

Aus der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie
der Ludwig-Maximilians-Universität München

Direktor: Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel

**Evaluation der Zusammenarbeit zwischen Pflegeheimen
und Zahnärzten bei der zahnmedizinischen Versorgung
pflegebedürftiger Mitmenschen im Alter**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Zahnheilkunde
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

Vorgelegt von

Michael Gräml

aus

Regensburg

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. dent. Christoph Benz

Mitberichterstatter: PD Dr. phil. Dr. habil. med. Britta Herbig
Prof. Dr. Daniel Edelhoff
Prof. Dr. Jochen Gensichen, MPH

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter:

Dekan: Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel

Tag der mündlichen Prüfung: 13.08.2021

Meiner Familie

1. Einleitung und Problemstellung.....	1
2. Literaturübersicht	2
2.1 Demographie Deutschlands und Entwicklung	2
2.1.1 Entwicklung der Altersgruppen.....	2
2.1.2 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit.....	4
2.2 Der alte Patient	7
2.2.1 Allgemeingesundheit bei Senioren.....	8
2.2.2 Multimorbidität im Alter	9
2.2.3 Psychische und kognitive Veränderungen.....	10
2.2.4 Mundgesundheit bei Senioren	11
2.2.4.1 Mundhygiene.....	11
2.2.4.2 Zahnpflegegewohnheiten und -fähigkeiten von Senioren.....	11
2.2.4.3 Karies	12
2.2.4.4 Parodontitis.....	13
2.2.4.5 Schleimhautveränderungen und Einfluss von Medikamenten auf orales System	14
2.2.5 Bezahnung und Zahnersatz.....	15
2.2.6 Wechselwirkungen zwischen Allgemein- und Mundgesundheit	16
2.3 Status Quo der Pflegesituation bei Senioren	17
2.3.1 Betreuung durch Pflegepersonal.....	18
2.3.1.1 Aktuelle Pflegerichtlinien	19
2.3.1.2 Aus- und Fortbildung des Pflegepersonals.....	19
2.3.1.3 Missstände in der Pflege	21
2.3.2 Zahnärztliche Betreuung	25
2.3.2.1 Aus- und Fortbildung der Zahnärzte	25
2.3.2.2 Regelung der Betreuung von Pflegebedürftigen bzw. Pflegeheimen	26
2.3.3 Erstattung von Mundgesundheitsleistungen.....	27
2.3.3.1 Ohne Kooperationsvertrag	27
2.3.3.2 Mit Kooperationsvertrag	33
2.3.3.3 Vergleich der Leistungsvergütung mit und ohne Kooperationsvertrag	38
2.4 Alterszahnmedizin.....	40
2.4.1 Definition und Aufgabe	41
2.4.2 Altersgerechte Zahnarztpraxis.....	42
2.4.3 Mobile Zahnmedizin	42
2.4.4 Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Fortbildung für Pflegekräfte und Ärzte.....	43

2.4.5 Prävention für Senioren	44
3. Material und Methode	46
3.1 Studienteilnehmer.....	46
3.1.1 Befragung von niedergelassenen Zahnärzten	46
3.1.2 Befragung der Pflegeheime	46
3.1.3 Überblick Teilnehmer und Rücklaufquote	48
3.1.4 Aufbau der Fragebögen	48
3.2 Art der Datenerfassung und Datenschutz	49
3.2.1 Datenschutz	49
3.2.2 Zur Auswertung der Umfragen	49
3.2.3 Zur Auswertung der Ergebnisse	52
3.2.3.1 Mehrfachantworten	52
3.2.3.2 Nicht ins Schema passende Antworten	53
3.2.3.3 Rundungsdifferenzen	54
3.2.3.4 Statistische Verfahren	54
4. Zielsetzung der Studie.....	54
5. Ergebnisse	55
5.1 Auswertung Pflegeheime	55
5.2 Auswertung Zahnärzte	93
6. Diskussion.....	125
6.1 Spezielle Diskussion	125
6.2 Allgemeine Diskussion	152
7. Epikrise.....	153
8. Zusammenfassung	155
9. Anhang	158
9.1 Ankündigung der Umfrage Pflegeheime.....	158
9.2 Ankündigung der Umfrage Zahnärzte.....	159
9.3 Anleitung zur anonymen Teilnahme	160
9.4 Fragebogen Pflegeheime	161
9.5 Fragebogen Zahnärzte	165
10. Abbildungsverzeichnis	169
11. Literaturverzeichnis.....	175
12. Danksagung.....	180
13. Lebenslauf	181
14. Eidesstattliche Versicherung.....	182

1. Einleitung und Problemstellung

83,1 Millionen Gesamtbevölkerung, 17,9 Mio. (ca. 22%) über 65 Jahre alt, 3,5 Mio. (ca. 4%) pflegebedürftig, 1,7 Mio. (ca. 2%) ambulant oder vollstationär durch Pflegedienste versorgt. In etwa so liest sich das Datenblatt der deutschen Bevölkerung im Jahr 2020. (Statistisches Bundesamt, 2019b)

Die in der Schule ehemals gelehrt Alterspyramide ist mittlerweile etwas außer Form geraten und hat inzwischen mehr Ähnlichkeit mit einer Urne als mit der früheren Pyramide, welche aktuell nur noch theoretischer Natur ist.

Es liegt ein Überhang an älteren Menschen vor, deren Lebenserwartung darüber hinaus noch zunimmt und es kommen zu wenige junge Mitbürger durch Geburten oder Zuwanderung nach. Eine Überalterung Deutschlands ist die Folge. (Statistisches Bundesamt, 2019a)

Als direkte Folge haben Abhängigkeit bei der Versorgung und Pflegebedürftigkeit in den vergangenen Jahren stetig zugenommen und es wird erwartet, dass das Maß an Pflegebedürftigkeit in den kommenden Jahren noch weiter zunehmen wird – Tendenz stark steigend.

Schon aktuell kommt die Pflege dem Bedarf an Pflegekräften nicht nach. Es herrscht ein Mangel an Pflegepersonal und Zeit für die Pflege vor. (Schwinger und Tsiasioti, 2018)

Diese Entwicklung bringt natürlich mehrere Problemstellungen mit sich. Doch wie sieht es mit der Gesundheit allgemein und der Mundgesundheit im Speziellen bei der Gruppe der pflegebedürftigen Senioren aus?

Ziel dieser Arbeit ist es, die Schnittstelle zwischen Zahnmedizinern und Pflegedienstleistern bei der Betreuung pflegebedürftiger Mitmenschen in Pflegeheimen genauer unter die Lupe zu nehmen und herauszufinden, inwieweit die Einschätzungen der Ist-Situation und die Ziele bei der Versorgung und Wünsche an die Zusammenarbeit divergieren oder harmonieren bzw. wo es ggf. noch Verbesserungspotential geben könnte.

Es sei darauf hingewiesen, dass in der vorliegenden Arbeit zur besseren Übersichtlichkeit und Einfachheit lediglich von Pflegedienstleitern, Heimleitern und Zahnärzten gesprochen wird, obwohl damit natürlich sowohl Frauen als auch Männer gemeint sind.

2. Literaturübersicht

2.1 Demographie Deutschlands und Entwicklung

2.1.1 Entwicklung der Altersgruppen

Betrachtet man die Bevölkerungsentwicklung Deutschlands von 1950 bis heute und zusätzlich die Hochrechnungen bis zum Jahr 2050, dann lässt sich diese wie folgt knapp zusammenfassen:

Die Deutschen werden immer älter und der Anteil an Alten wird immer größer. Gestiegene Lebenserwartung einerseits und gesunkene Geburtenraten andererseits führten und führen noch heute zu einem zunehmenden Ungleichgewicht bei der Verteilung der Altersgruppen.

Ohne positive Zuwanderung wäre gar ein Bevölkerungsrückgang zu verzeichnen. (Statistisches Bundesamt, 2019b)

Der Anteil der unter 20-Jährigen an der Gesamtbevölkerung ging von ehemals 30% im Jahr 1950 auf 18% im Jahr 2020 zurück, wohingegen im gleichen Zeitraum der Anteil der über 67-Jährigen von 8% auf 19% anstieg. Bis zum Jahr 2050 soll der Anteil an unter 20-Jährigen noch leicht auf 17% zurückgehen, während der Anteil der über 67-Jährigen nochmals deutlich auf 27% steigen soll. (Statistisches Bundesamt, 2019a)

Besonders hervorzuheben ist auch die Entwicklung der Gruppe der hochbetagten Menschen ab 85 Jahren, welche sich von 1,2 Mio. im Jahr 1991 auf 2,3 Mio. im Jahr 2018 beinahe verdoppelt hat und somit relativ gesehen sogar deutlich mehr gewachsen ist als die Gruppe der über 67-Jährigen. Doch die große Welle der hochbetagten Menschen steht uns erst noch bevor, denn bis zum Jahr 2050 soll sich die Zahl an Hochbetagten auf knapp 5,3 Mio. nochmals mehr als verdoppeln, bevor sie erst in den darauf folgenden Jahren wieder zu schrumpfen beginnen soll. (Statistisches Bundesamt, 2019a)

Im Jahr 1950 hatte Deutschland eine Gesamtbevölkerung von ca. 69,3 Mio. Menschen, von denen ca. 21,1 Mio. unter 20 Jahre und ca. 5,7 Mio. über 67 Jahre waren. (Statistisches Bundesamt, 2019a)

Im Jahr 1990 hatte Deutschland eine Gesamtbevölkerung von ca. 79,8 Mio. Menschen, von denen ca. 17,3 Mio. unter 20 Jahre und ca. 10,4 Mio. über 67 Jahre waren. (Statistisches Bundesamt, 2019a)

Heute im Jahr 2020 hat Deutschland eine Gesamtbevölkerung von gut 83,1 Mio. Menschen, von denen ca. 15,3 Mio. unter 20 Jahre und ca. 16,2 Mio. über 67 Jahre alt sind. (Statistisches Bundesamt, 2019a)

Im Jahr 2050 soll Deutschland eine Gesamtbevölkerung von ca. 77,6 Mio. Menschen haben, von denen dann ca. 13,4 Mio. unter 20 Jahre und ca. 21,0 Mio. über 67 Jahre alt sein werden. (Statistisches Bundesamt, 2019a; 4 Osterkamp, 2005)

Zur besseren Vorstellung werden die oben genannten Zahlen in Abbildung 1 und Abbildung 2 visualisiert.

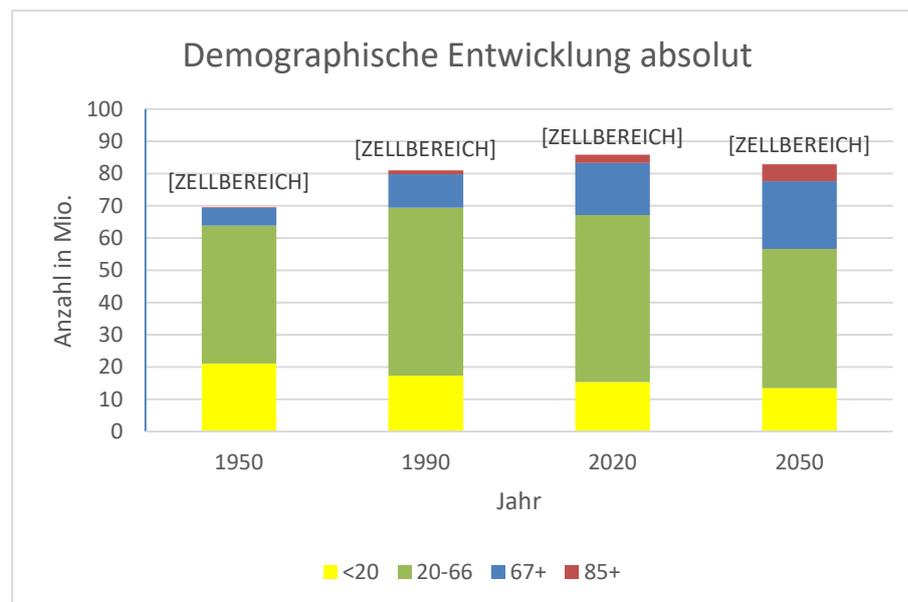


Abbildung 1: Demographische Entwicklung absolut

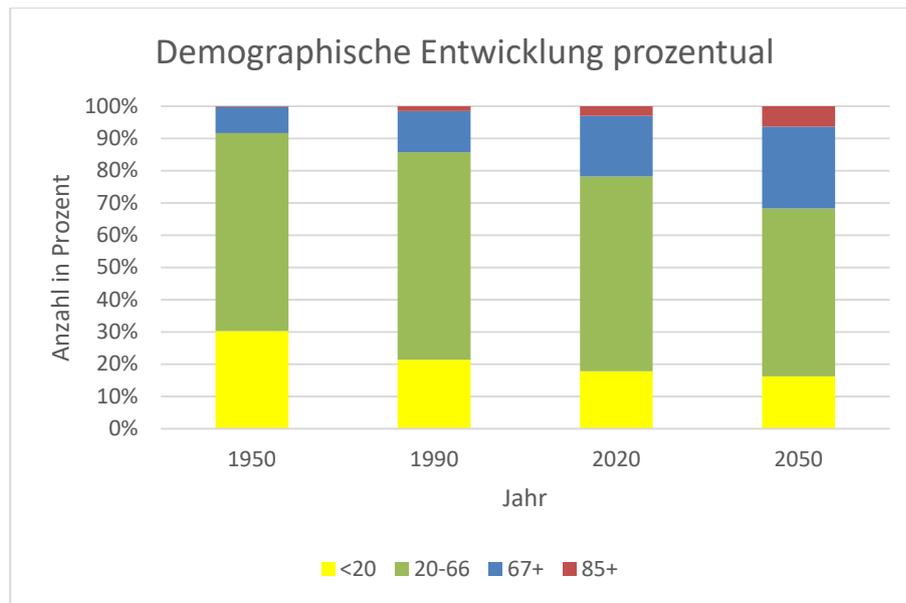


Abbildung 2: Demographische Entwicklung prozentual

All diese Annahmen für die Zukunft basieren auf den Prognosen des statistischen Bundesamtes, wobei bei den Variablen „Geburtenhäufigkeit“ und „Lebenserwartung“ mit dem mittleren Wert (2 = moderat) und bei der Variable „Wanderungssaldo“ mit dem niedrigen Wert (1 = gering) gerechnet wurde.

Es erscheint obsolet zu erwähnen, dass bei 27 verschiedenen Kombinationsmöglichkeiten durchaus mit einer gewissen Unsicherheit gerechnet werden muss.

2.1.2 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

Die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Zahlen zu fassen erweist sich als schwieriges Unterfangen. Zwar ist ein klarer Trend erkennbar, dass die Anzahl an Pflegebedürftigen in den vergangenen Jahren stetig und teils auch drastisch gestiegen ist, jedoch gehen die Prognosen hinsichtlich der zukünftigen Entwicklung teilweise doch stark auseinander. (Nowossadeck, 2013)

Darüber hinaus sind verlässliche Zahlen zur Anzahl an Pflegebedürftigen in den Jahren vor 2000 nur schwer zu finden. Auf den Seiten des Statistisches Bundesamtes etwa sind genaue Zahlen zu Anzahl, Alter und Art der Betreuung von Pflegebedürftigen erst ab dem Jahr 1999 zu finden.

Von 2 Mio. im Jahr 1999 hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen auf 3,4 Mio. im Jahr 2017 deutlich vergrößert und es wird von einer weiteren Zunahme dieser Zahl ausgegangen.

Die Versorgung der aktuell 3,4 Mio. Pflegebedürftigen gestaltet sich folgendermaßen:

2,6 Mio. (76%) werden zuhause versorgt und 0,8 Mio. (24%) werden vollstationär betreut (vgl. Abbildung 3).

Von den 2,6 Mio. der zuhause Betreuten werden dann 1,8 Mio. (70%) allein durch Angehörige und 0,8 Mio. (30%) von Angehörigen zusammen mit ambulanten Pflegediensten versorgt. (Statistisches Bundesamt – GENESIS-Online, 2020) (vgl. Abbildung 4)

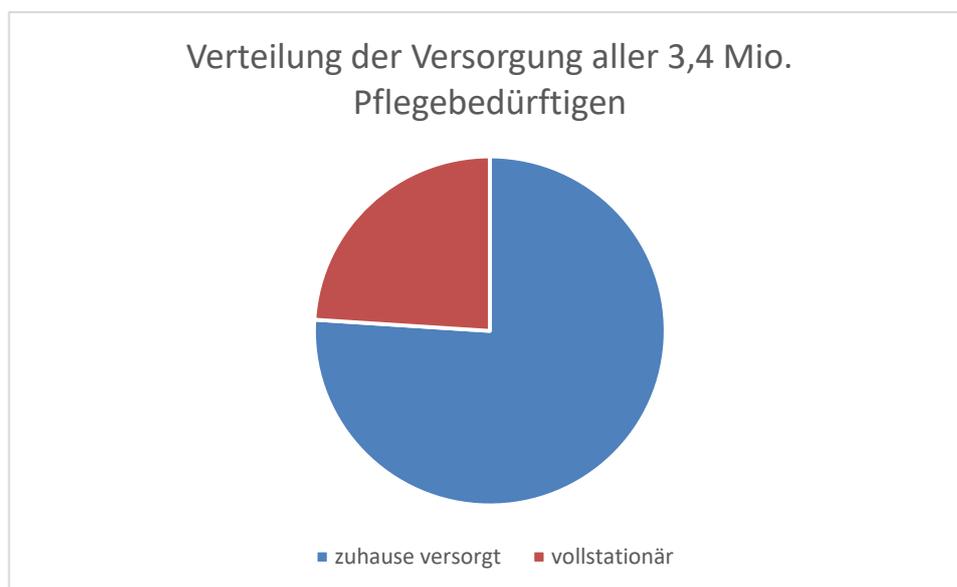


Abbildung 3: Verteilung der Pflegebedürftigen 1

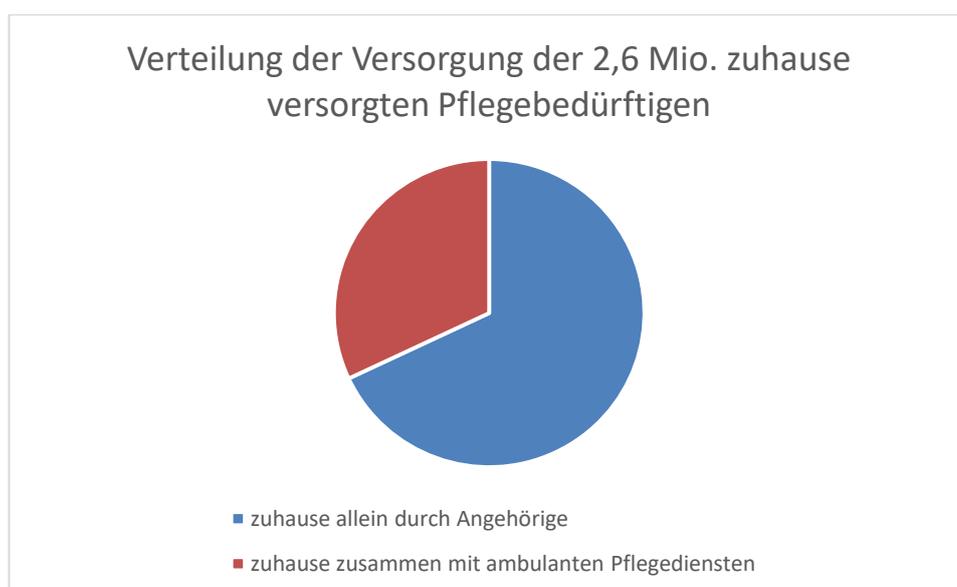


Abbildung 4: Verteilung der Pflegebedürftigen 2

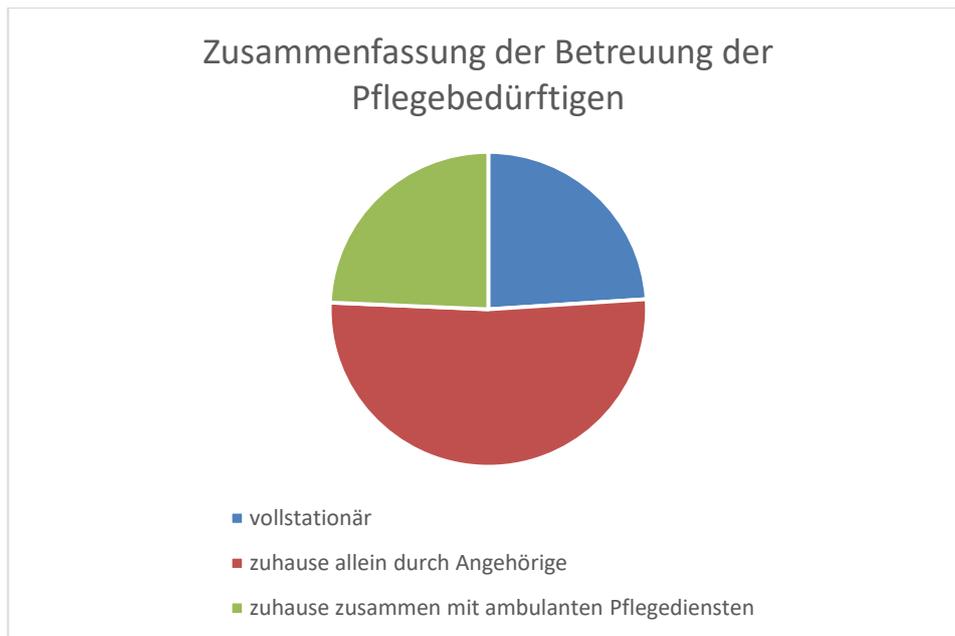


Abbildung 5: Verteilung der Pflegebedürftigen 3

In dieser Arbeit wird hauptsächlich die ca. ein Viertel aller Pflegebedürftigen umfassende Gruppe der vollstationär in Pflegeeinrichtungen betreuten Personen betrachtet.

Bei gleichbleibenden Pflegequoten rechnet man mit einem nochmals deutlichen Anstieg auf ca. 4,2 - 4,7 Mio. Pflegebedürftige im Jahr 2050, wohingegen bei sinkender Pflegequote bis dahin nur mit einem verhältnismäßig leichten Anstieg auf 3,5 - 4,1 Mio. Pflegebedürftige gerechnet wird (Nowossadeck, 2013).

Abbildung 6 zeigt das Delta der möglichen Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bis zum Jahr 2050.

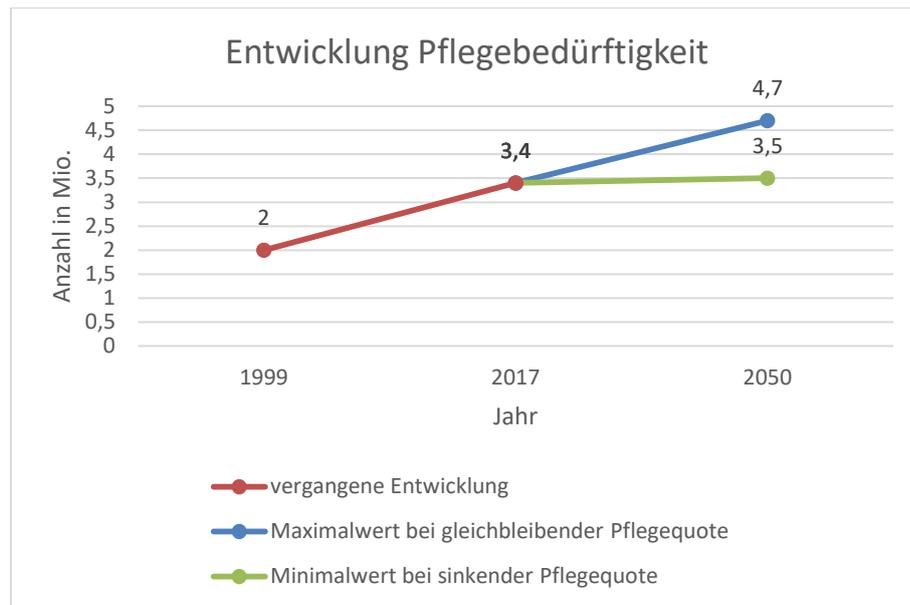


Abbildung 6: Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

Betrachtet man die demographische Entwicklung einerseits und die Zunahme der Pflegebedürftigen andererseits, so kommt man zu dem Schluss, dass es bei gleichbleibender Verteilung der Betreuungssituation (drei Viertel zuhause vs. ein Viertel stationär) unweigerlich auch zu einer steigenden Zahl von stationär zu betreuenden Menschen kommen wird.

Obwohl die Bereitschaft Familienangehörige zu pflegen nach wie vor hoch ist, wird die nun alternde, große Gruppe der Babyboomer nur die deutlich kleinere Gruppe ihrer eigenen Kinder und Kindeskiner zur eigenen häuslichen Pflege im familiären Rahmen zur Verfügung haben. Dies und der seit damals zunehmende Anteil an erwerbstätigen Frauen, die früher oft „nur“ Hausfrauen waren, sprechen dafür, dass der Anteil an stationär zu betreuenden Menschen vermutlich sogar deutlich steigen wird, da oft einfach die Zeit fehlt um Beruf und Pflege der Eltern bzw. Verwandtschaft unter einen Hut zu bringen. (Nowossadeck, 2013)

2.2 Der alte Patient

Die gängigen Alterseinteilungen beziehen sich in der Regel auf das kalendarische Alter, welches jedoch nicht mit dem biologischen Alter übereinstimmen muss, bzw. dies oft nicht tut. Denn wie bei jeder Maschine bestimmt der Umgang mit unserem Körper und auch andere Faktoren wie lange er in gutem Zustand bleibt.

Nichtsdestotrotz durchläuft jeder Körper altersbedingte Abnutzungserscheinungen und somit auch Funktionseinbußen, die unausweichlich sind.

Im Folgenden sollen knapp zusammengefasst die Auswirkungen des Alterns auf unseren menschlichen Körper dargestellt werden.

2.2.1 Allgemeinesundheit bei Senioren

Betrachtet man exemplarisch unseren Bewegungsapparat, so kann man feststellen, dass sein Leistungsmaximum etwa in der Mitte des zweiten Lebensjahrzehnts erreicht wird und es von dort an - bildlich gesprochen - nur noch bergab geht.

Auch unsere inneren Organe und Sinnesorgane büßen nach Erreichen ihrer maximalen Leistungsfähigkeit Jahr für Jahr, bzw. Jahrzehnt für Jahrzehnt etwas von ihrer Leistungsfähigkeit ein.

Das kardiovaskuläre System verliert an Elastizität, lässt den systolischen Blutdruck steigen und unser Herz schwerer arbeiten (Rabbo, 2007).

Die Filtrationsleistung der Niere reduziert sich, was zu Defiziten bei der Regulierung des Wasserhaushalts führt (Rabbo, 2007).

Bei der Lunge nehmen einerseits Elastizität, respiratorische Oberfläche und Zahl der Kapillaren ab, was zur Abnahme ihrer Leistungsfähigkeit führt. Andererseits steigt wegen eingeschränktem Hustenreflex und Schleimabtransport sowie reduzierter humoraler und zellulärer Abwehr die Gefahr von Infektionen. (Rabbo, 2007)

Im muskulo-skelettalen System zeigen sich altersbedingte Abnutzungs- und auch Abbau-Erscheinungen an Knochen (Osteoporose), Gelenken (Arthrose) und Muskulatur (Sarkopenie), welche zu Bewegungseinschränkungen führen. Darüber hinaus steigt durch nachlassende Reflexe und Reaktionsvermögen auch die Gefahr von Stürzen und Unfällen. (Rabbo, 2007; Saß et al., 2010)

Seh- und Hörkraft, oft aber auch Geruchs-, Geschmacks- und Tastsinn lassen im Laufe der Jahre mehr oder weniger deutlich nach (Rabbo, 2007).

Die Abnahme der Leistung unseres Immunsystems bedingt eine im Alter höhere Anfälligkeit gegenüber Infektionen, Autoimmunprozessen sowie vermutlich auch Krebserkrankungen (Rabbo, 2007).

Während das mittlere Erkrankungsalter für alle Krebsarten bei Frauen bei 68 Jahren und bei Männern bei 69 Jahren liegt, werden die höchsten

Neuerkrankungsraten bei Frauen der Altersgruppe 80-84 Jahre und Männern der Altersgruppe 75-79 Jahre erreicht (Saß et al., 2010).

So ist es nicht verwunderlich, dass ab einem gewissen Alter mit Funktionseinschränkungen auf mehreren Ebenen gerechnet werden muss.

„Neben der größeren Häufigkeit von Krankheiten sind die veränderte, oft unspezifische Symptomatik, der längere Krankheitsverlauf und die verzögerte Genesung wichtige Merkmale von Erkrankungen im Alter; die Krankheiten sind häufig chronisch und progredient.“ (Saß et al., 2010)

Hinzu kommt ein erhöhtes Vorliegen von Grunderkrankungen wie z.B. Diabetes mellitus, dessen Prävalenz bei den über 65-jährigen bei ca. 18% (Nobel, 2012), in der Altersgruppe 75-80 Jahre bei 20% und in Pflegeheimen bei über 25% liegt (Zeyfang et al., 2012) oder der Hypertonie - einem der Hauptfaktoren bzw. dem Hauptfaktor für zerebro- und kardiovaskuläre Erkrankungen - welche in der Altersgruppe über 65 Jahre in einer Prävalenz von 60-70% vorliegt (Middecke, 2008).

2.2.2 Multimorbidität im Alter

„Multimorbidität wird als das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Erkrankungen oder Gesundheitsprobleme (mindestens 2 oder mehr) bei einer Person definiert. [...] Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Mehrfacherkrankungen steigt mit dem Alter an und stellt ein zunehmendes Problem für die betroffenen Patienten, deren Angehörigen, aber auch für das Gesundheitssystem dar, da multimorbide Patienten eine verringerte Lebensqualität angeben, oftmals einen erhöhten Pflegebedarf benötigen und auf allen Ebenen mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. [...] Die Behandlung der Patienten ist oftmals schwierig und führt in nicht seltenen Fällen zur Verabreichung einer Vielzahl von Medikamenten und Wirkstoffen, die nicht aufeinander abgestimmt sind und so die Gefahr für unerwünschte Arzneimittelwirkungen bei einer fragilen Population zusätzlich erhöhen können.“ (Dodel, 2014)

Die sehr hohe Prävalenz von Mehrfacherkrankungen bei Personen über 65 Jahren wird in beinahe allen epidemiologischen Studien bestätigt. Lediglich die Prävalenzangaben variieren aufgrund von Unterschieden in Methodik, Studiendesign und Definition (teilweise wird Multimorbidität erst ab 3 oder mehr Erkrankungen definiert) doch oft sehr deutlich. (Dodel, 2014)

Gemittelt liegen bei den als multimorbid eingestuften Patienten mindestens 5 behandlungsbedürftige Erkrankungen vor (Saß et al., 2010; Dodel, 2014).

2.2.3 Psychische und kognitive Veränderungen

Es kann davon ausgegangen werden, dass ca. ein Viertel der über 65-Jährigen unter irgendeiner Art von psychischer Störung leidet, wobei Depressionen und Demenzen die häufigsten psychischen Störungen ausmachen (Saß et al., 2010).

Anders als bei Depressionen, bei denen sich keine mit dem Alter zunehmende Prävalenz feststellen lässt, gestaltet sich die Situation bei Demenzerkrankungen, da hier eine deutliche Zunahme mit steigendem Lebensalter beobachtet werden kann (Saß et al., 2010).

Liegt die Prävalenz einer Demenz bei den 65-69-Jährigen noch bei überschaubaren 1,5%, so verdoppelt sie sich innerhalb von je 5 Lebensjahren und liegt bei den über 90-Jährigen dann bei über 30% (Saß et al., 2010).

Da schon der normale Alterungsprozess mit einer Verminderung von kognitiven Fähigkeiten einhergehen kann, ist es oft schwierig die Grenze zu frühen Stadien der Demenz zu ziehen (Saß et al., 2010).

„Von einer Demenz spricht man de facto, wenn nicht nur eine Gedächtnisstörung, sondern zusätzlich noch mindestens eine kognitive Minderung vorliegt. Diese können u.a. eine Aphasie, Apraxie, Agnosie oder eine Störung der Exekutivfunktion sein.“ (Khmayyes, 2017)

Man unterscheidet klinisch drei Schweregrade der Demenz:

„leichte Demenz: kognitive Störungen, Alltagskompetenz noch vorhanden“ (Khmayyes, 2017)

„mittelgradige Demenz: Patient bedarf ständiger Beaufsichtigung“ (Khmayyes, 2017)

„schwere Demenz: permanenter Pflegebedarf“ (Khmayyes, 2017)

Auch wenn Demenzen verschiedene Ursachen haben können, so ist ihnen eine Sache gemein: mit weiterem Fortschreiten verliert die betroffene Person einen Teil ihrer Selbstständigkeit bis diese letztendlich zum Erliegen kommt.

2.2.4 Mundgesundheit bei Senioren

Zahlreiche Studien beweisen die Abnahme der oralen Gesundheit mit zunehmendem Alter. Dadurch steigen einerseits das Risiko für Karies, Parodontitis und Zahnverlust, andererseits führt eine stark reduzierte Mundhygiene nicht selten zu Einschränkungen im sozialen Miteinander. Besonderes Augenmerk soll hier auf die im Jahr 2016 erschienene „Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V)“ und ihre Vorgänger gerichtet werden, da diese einen zeitlichen Verlauf der Entwicklung innerhalb Deutschlands und damit ggf. auch eine Prognose für die Zukunft liefern kann.

2.2.4.1 Mundhygiene

Wie bereits oben für die Mundgesundheit beschrieben, weist auch die Mundhygiene unserer älteren Mitmenschen bisweilen erhebliche Defizite auf. Besonders hiervon betroffen sind pflegebedürftige Personen, da diese mehr oder weniger, bzw. sogar vollständig, auf Hilfe bei der Mundhygiene angewiesen sind. Muss die Mundhygiene bei Senioren generell schon eher als schlecht bezeichnet werden, so gibt es unter ihnen jedoch eine Gruppe, die sich das Prädikat „besonders schlechte Mundhygiene“ verdient – die Gruppe der pflegebedürftigen, in Pflegeheimen lebenden Senioren (Zenthöfer et al., 2016). Diese Gruppe, die dringend Hilfe bei der Zahn- und Zahnersatzreinigung bräuchte, trifft auf Pflegepersonal, das einerseits wenig Zeit und viele gleichzeitig zu betreuende Patienten hat sowie andererseits nur geringes Basiswissen zu Zahn- und Zahnersatzreinigung sowie Prophylaxe mitbringt (Zenthöfer et al., 2016; Nitschke und Kaschke, 2011).

2.2.4.2 Zahnpflegewohnheiten und -fähigkeiten von Senioren

Verschiedene Faktoren bedingen eine im Alter schlechter werdende Mundhygiene. Wenn Motorik und/oder Visus nachlassen, kann die Zahn- und Zahnersatzreinigung nicht mehr selbstständig suffizient durchgeführt bzw. visuell überprüft werden. Demenz und/oder Depression führen auch dazu, dass Körper- und Mundpflege entweder vergessen oder nicht mehr als relevant empfunden

werden. (Zenthöfer et al., 2016) Außerdem ist vielen Senioren weder ihre insuffiziente Mundhygiene bewusst, noch wissen sie um die Wechselwirkungen mit anderen Allgemeinerkrankungen.

Dazu kommt, dass die Häufigkeit von Zahnarztbesuchen mit zunehmendem Alter abnimmt und sich von einem regelmäßigen, kontrollorientierten Aufsuchen zu einem immer häufiger nur beschwerdeorientierten Aufsuchen des Zahnarztes verschiebt (Zenthöfer et al., 2016).

Zu den nachfolgenden Kapiteln „Karies“ und „Parodontitis“ muss man vorwegnehmen, dass es Faktoren außerhalb der klassischen Risikofaktoren für die Entstehung von Karies und Parodontitis gibt. So schneiden in beiden Kategorien Menschen mit hohem Sozialstatus und solche, die ein regelmäßiges, kontrollorientiertes Aufsuchen des Zahnarztes sowie regelmäßige professionelle Zahnreinigungen pflegen, signifikant besser ab als Menschen mit niedrigem Sozialstatus und rein beschwerdeorientiertem Aufsuchen des Zahnarztes. (Schiffner, 2016a und 2016b; Kocher und Hoffmann, 2016; Kocher und Holtfreter, 2016)

Generell kann festgehalten werden, dass Senioren mit kontrollorientiertem Zahnarzt-Besuchsverhalten mehr Zähne haben und weniger unversorgte Karies aufweisen (Schiffner, 2016a und 2016b; Kocher und Hoffmann, 2016; Kocher und Holtfreter, 2016).

2.2.4.3 Karies

Beim Thema Karies wird in der DMS V von Karieserfahrung gesprochen.

„Der Begriff der Karieserfahrung stellt eine Summe kariöser, gefüllter und wegen Karies entfernter Zähne dar und wird epidemiologisch mit dem DMFT gemessen. Da diese beschriebenen Zahnzustände nicht mehr reversibel sind, nimmt die Karieserfahrung im Laufe des Lebens kontinuierlich zu. Daher sind Senioren in aller Regel eine Gruppe mit hoher Karieslast, auch wenn die eigentliche Erkrankung bereits viele Jahre oder Jahrzehnte zurückliegen mag.“ (Schiffner, 2016b)

„Der DMFT-Wert summiert die Lebenserfahrung an therapierten und unversorgten kariösen Zähnen auf. Bei höheren Altersgruppen ist daher

grundsätzlich ein hoher DMFT-Wert zu erwarten, der zumeist hohe Anteile bereits extrahierter Zähne beinhaltet.“ (Schiffner, 2016a)

Die Gruppe der betagten Menschen (65-74 Jahre) weist einen durchschnittlichen DMFT-Wert von 17,7 auf und hat einen Sanierungsgrad von 90,6%, d.h. knapp 10% der Läsionen sind unbehandelt. Ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen lässt sich nicht feststellen. (Schiffner, 2016b)

Die Gruppe der hochbetagten Menschen (75-100 Jahre) weist einen durchschnittlichen DMFT-Wert von 21,6 auf und hat einen Sanierungsgrad von 83,0%, also bereits 17% an unbehandelten Läsionen. Es lässt sich feststellen, dass Frauen in dieser Altersgruppe eine signifikant höhere Karieserfahrung haben als gleichaltrige Männer. (Schiffner, 2016a)

Die größte Einzelkomponente beim DMFT-Wert ist in beiden Altersgruppen die Anzahl fehlender Zähne (Schiffner, 2016a und 2016b).

Eine in Zukunft zunehmende Problematik wird die Wurzelkaries darstellen, da bei immer mehr verbleibenden Zähnen und gleichzeitigem Attachmentverlust logischerweise auch vermehrt Wurzeloberflächen freiliegen, die eine erhöhte Kariesanfälligkeit im Vergleich zum Zahnschmelz zeigen. Hier kann festgestellt werden, dass Männer signifikant mehr Läsionen aufweisen als Frauen. (Schiffner, 2016a und 2016b)

2.2.4.4 Parodontitis

In der Gruppe der betagten Menschen (65-74 Jahre) sind 12,4% völlig zahnlos. Die mittlere Zahnzahl bei Personen mit mindestens noch einem eigenen Zahn beträgt 19,3 Zähne. (Kocher und Holtfreter, 2016)

44,8% dieser Altersgruppe weisen eine moderate parodontale Erkrankung auf, 19,8% eine schwere parodontale Erkrankung und immerhin 35,4% sind nicht oder lediglich milde parodontal erkrankt (Kocher und Holtfreter, 2016).

Männer dieser Altersgruppe sind signifikant schwerer erkrankt als Frauen (Kocher und Holtfreter, 2016).

In der Gruppe der hochbetagten Menschen (75-100 Jahre) sind bereits 32,8% völlig zahnlos. Die mittlere Zahnzahl bei Personen mit mindestens noch einem eigenen Zahn beträgt immerhin noch 15,2 Zähne. (Kocher und Hoffmann, 2016)

45,7% dieser Altersgruppe weisen eine moderate parodontale Erkrankung auf, 44,3% eine schwere parodontale Erkrankung und lediglich 10% sind nicht oder lediglich milde parodontal erkrankt (Kocher und Hoffmann, 2016).

In dieser Altersgruppe gibt es keinen signifikanten Unterschied mehr zwischen Männern und Frauen, was aber eher dadurch bedingt ist, dass die parodontal eigentlich stärker belasteten Männer einfach früher sterben, somit aus der Wertung fallen und sich in dieser Altersgruppe das Verhältnis bei einem dadurch zunehmenden Frauenanteil zu deren Ungunsten verschiebt (Kocher und Hoffmann, 2016).

Es lässt sich darüber hinaus feststellen, dass Hochbetagte deutlich stärker an parodontalen Erkrankungen leiden als Betagte (Kocher und Hoffmann, 2016).

2.2.4.5 Schleimhautveränderungen und Einfluss von Medikamenten auf orales System

Auch wenn Mundschleimhauterkrankungen in allen Altersgruppen auftreten, so erhöht sich mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit ihres Auftretens. Sie können durch verschiedene Auslöser bedingt sein wie z.B. durch Medikamente, Rauchgewohnheiten, Veränderung des Immunsystems, Zahnersatz oder auch orale Veränderungen des Alterns (z.B. Atrophie). (Nobel, 2012)

Zudem leiden viele ältere Patienten an mehreren Grunderkrankungen (Stichwort „Multimorbidität“), was wiederum zu einer nötigen Einnahme diverser Medikamente führt, welche nicht immer gut aufeinander abgestimmt sind und somit unerwünschte Nebenwirkungen auftreten. (Dodel, 2014)

Das Auftreten von Mundschleimhautveränderungen steigt mit der Anzahl an eingenommenen Medikamenten. Außerdem führen Grunderkrankungen wie Diabetes mellitus oft zu einer verzögerten, schlechteren Wundheilung. (Nobel, 2012)

Besonders erwähnt werden sollen hier die Mundtrockenheit (Xerostomie), die einen gravierenden Einfluss auf das orale System hat. Fehlender Speichelfluss erhöht einerseits das Risiko für Karies, Parodontitis und Mukositis, andererseits begünstigt er die Entstehung einer oralen Candidiasis und führt gleichzeitig zu einer erhöhten Verletzlichkeit der Mukosa gegenüber mechanischen Reizen durch z.B. Zahnersatz. (Nobel, 2012)

„Die Xerostomie ist ebenso wie die orale Candidiasis häufig multifaktoriell bedingt. Mehr als 400 Medikamente können über zentrale oder periphere Rezeptorblockade zu einer Mundtrockenheit führen. [...] Aber auch mangelnde Flüssigkeitszufuhr, systemische Erkrankungen wie das Sjögren-Syndrom, eine vorangegangene Tumorthherapie – als Radio- oder Chemotherapie – oder auch nur Gewohnheiten wie Mundatmung oder Schnarchen tragen zur Mundtrockenheit bei.“ (Nobel, 2012)

2.2.5 Bezahnung und Zahnersatz

Wie in den vorhergehenden Kapiteln zu Karies und Parodontitis bereits festgestellt, haben der Sozialstatus und das Inanspruchnahmepattern zahnärztlicher Dienstleistungen auch einen gravierenden Einfluss auf die Anzahl der vorhandenen Zähne im Alter. Hier kann festgehalten werden, dass betagte und hochbetagte Menschen mit hohem Sozialstatus und solche mit regelmäßigen, kontrollorientierten Zahnarztbesuchen signifikant mehr Zähne haben als ihre gleichaltrigen Mitmenschen mit niedrigem Sozialstatus und/oder lediglich beschwerdeorientierter Vorstellung bei einem Zahnarzt. (Nitschke und Stark, 2016a und 2016b)

Durchschnittlich haben 65-74-Jährige 16,9 Zähne, wobei sich die Zahl der Zahnlosen im Laufe der Jahre deutlich reduziert hat. Waren in dieser Altersgruppe bei der DMS III noch 24,8% und in der DMS IV noch 22,6% zahnlos, so sind bei der DMS V nun lediglich 12,4% völlig ohne eigene Zähne. (Nitschke und Stark, 2016b)

„33,0 % der jüngeren Senioren tragen einen abnehmbaren, 36,6 % einen festsitzenden und 14,1 % sowohl festsitzenden als auch abnehmbaren Zahnersatz.“ (Nitschke und Stark, 2016b)

„In der Altersgruppe der jüngeren Senioren war bei 91,9 % der Studienteilnehmer keine Versorgung mithilfe von Implantaten vorhanden. Die restlichen Studienteilnehmer (8,1 %) verfügten über verschiedene implantologische Versorgungskonzepte (6,8 % festsitzend, 1,2 % abnehmbar und 0,2 % kombiniert festsitzend-abnehmbar). Damit hat sich das Vorhandensein von Implantaten im Vergleich zur DMS IV ungefähr verdreifacht (DMS IV: 2,6 %).“ (Nitschke und Stark, 2016b)

75-100-Jährige haben im Durchschnitt noch 10,2 Zähne. Die Zahl der Zahnlosen ist im Vergleich zu den jüngeren Senioren mit 32,8% fast dreimal so hoch. (Nitschke und Stark, 2016a) Ein Vergleich zur Entwicklung gegenüber DMS III und DMS IV kann nicht gezogen werden, da diese Altersgruppe in den früheren Studien nicht explizit differenziert wurde. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass sich die Zahl an Zahnlosen auch in dieser Altersgruppe analog zur Gruppe der jüngeren Senioren verhält und somit abgenommen hat.

„Von den [...] älteren Senioren besaßen 7,4 % keinen Zahnersatz, 57,4 % einen abnehmbaren, 19,8 % einen festsitzenden und 15,4 % sowohl einen festsitzenden als auch einen abnehmbaren Zahnersatz.“ (Nitschke und Stark, 2016a)

„Insgesamt waren 92,0 % nicht mit Implantaten versorgt. In der gesamten Altersgruppe der älteren Senioren verfügten sie über verschiedene implantologische Versorgungen: festsitzender Zahnersatz 4,3 %, abnehmbarer Zahnersatz 3,4 %, kombiniert festsitzend-abnehmbarer Zahnersatz 0,3 %.“ (Nitschke und Stark, 2016a)

Als Trend der letzten Jahre bzw. Jahrzehnte muss man feststellen, dass sich in den Altersgruppen der Betagten (65-74 Jahre) und Hochbetagten (75-100 Jahre) die Zahl der fehlenden Zähne und auch der vollständigen Zahnlosigkeit deutlich reduziert hat (Nitschke und Stark, 2016a).

Dies hat zur Folge, dass Menschen mit nachlassenden motorischen, koordinativen, kognitiven und visuellen Fähigkeiten vor die Situation gestellt werden, nun eine größere Zahl an eigenen Zähnen sauber halten zu müssen, v.a. wenn erschwerend hinzu kommt, dass die Versorgung mit komplexem, pflegeintensivem Zahnersatz wie z.B. Implantat-getragenen Konstruktionen zunehmen wird.

2.2.6 Wechselwirkungen zwischen Allgemein- und Mundgesundheit

Es gibt viele Bereiche, in denen Mundgesundheit und Allgemeingesundheit interagieren, sich gegenseitig beeinflussen oder gar voneinander abhängig sind. Als sehr naheliegendes Beispiel kann hier z.B. die Nahrungsaufnahme und damit die Ernährung genannt werden. Der Zahnstatus beeinflusst die Kaufunktion und diese wiederum beeinflusst die Ernährung. (Müller und Nitschke, 2005)

Kann mit vielen eigenen Zähnen und/oder festsitzendem Zahnersatz noch fast alles zerkaut werden, so nimmt die Kauleistung mit schwindender Zahnzahl und herausnehmbarem Zahnersatz kontinuierlich ab (Müller und Nitschke, 2005).

Gesunde, aber schwer zu kauende Lebensmittel verschwinden schleichend aus der täglichen Ernährung und die fehlenden Kalorien werden – besonders von Menschen mit niedrigerer Bildung – durch vermehrte Aufnahme von Zucker und Fett ausgeglichen (Müller und Nitschke, 2005), was wiederum Adipositas, Diabetes mellitus und kardiovaskuläre Erkrankungen begünstigt (Joost und Gerlach, 2018), oder aber das Kaloriendefizit wird nicht ausgeglichen und eine zunehmende Unterernährung ist die Folge (Zenthöfer et al., 2016).

Weniger offensichtliche, aber in vielen Studien untersuchte und nachgewiesene, komplexe Wechselwirkungen bestehen zwischen der Parodontitis einerseits und Endokarditis, Diabetes mellitus, kardiovaskulären Erkrankungen und wiederkehrenden Lungenentzündungen bei älteren Personen andererseits (Dörfer et al., 2017).

Außerdem deuten Studienuntersuchungen einen Zusammenhang zwischen Parodontitis und Demenz an (Nilsson et al., 2018).

Auf die Details dieser Wechselwirkungen einzugehen, würde den Rahmen dieser Arbeit mehr als sprengen und es sei hier auf die vielfältigen Untersuchungen bzw. Literatur zu diesen Themen verwiesen.

2.3 Status Quo der Pflegesituation bei Senioren

Die „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“ dokumentiert für das Jahr 2017 eine Zahl von 72122 Zahnärztinnen und Zahnärzten, die tatsächlich zahnärztlich tätig waren (Gesundheitsberichterstattung des Bundes (a)).

Das „Statistische Bundesamt“ dokumentiert für dasselbe Jahr 14480 Pflegeheime (11241 davon mit vollstationärer Dauerpflege) und 14050 ambulante Pflegedienste (Statistisches Bundesamt 2019c).

Bei beiden gibt es in der Verteilung regionale Unterschiede, bei denen eine Häufung in Ballungszentren beobachtet werden kann. Es kann der Einfachheit halber angenommen werden, dass die regionale Verteilung wegen Angebot und Nachfrage bei beiden nicht extrem divergiert, sondern dass in Ballungsräumen mit hoher Nachfrage von beiden mehr vorhanden sind und in ländlichen, strukturschwachen Gebieten weniger.

Zieht man von den 72122 Zahnärztinnen und Zahnärzten jetzt die (Stand 2017) 4891 Kieferorthopäden und Oralchirurgen (Gesundheitsberichterstattung des

Bundes (b)) und 1689 MKG-Chirurgen (zm-online, 2017) ab, bleiben noch 65542 Zahnärzte übrig, die rein theoretisch ein Pflegeheim betreuen könnten. Dies bedeutet, dass ein Pflegeheim laut dieser Rechnung von 5,8 Zahnärzten betreut werden könnte.

Da aber vermutlich hauptsächlich Zahnärzte mit Kassenzulassung überhaupt an ein solches Engagement denken, ist es sinnvoller die Zahlen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung KZBV zu verwenden, auch wenn sich dort nur die Zahl der Kieferorthopäden (2017: 3054), nicht aber der Oral- und/oder Kieferchirurgen sowie der Spezialisten (Endodontologen, Kinderzahnärzte, Parodontologen u.a.) von der Gesamtzahl der Zahnärzte mit Kassenzulassung (2017: 50634) abziehen lässt. (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 2019) Bei dieser Rechnung kommt man auf eine Zahl von immerhin 4,2 Zahnärzten pro Pflegeheim.

Da aber in dieser Rechnung - wie gesagt - weder Chirurgen noch Spezialisten ausgeschlossen werden, muss von einer Quote ausgegangen werden, die niedriger liegt. Nach Meinung des Autors dürfte die Zahl der Zahnärzte, die für die Betreuung eines Pflegeheims tatsächlich in Frage kommen, zwischen 3 und 4 Zahnärzten pro Heim liegen.

Trotzdem stellen viele Studien übereinstimmend fest, dass die zahnärztliche Versorgung von Pflegeheimen in nur geringem Maße erfolgt. Knapp die Hälfte der Pflegeheime erhält jährlich 0-3 Zahnarztbesuche und höchstens ein Viertel wird regelmäßig zahnmedizinisch betreut. (Reißmann et al., 2010)

2.3.1 Betreuung durch Pflegepersonal

Wie bereits weiter oben im Text beschrieben werden in Deutschland ca. 0,8 Mio. Menschen vollstationär in Pflegeheimen betreut und weitere 0,8 Mio. zuhause von Angehörigen zusammen mit ambulanten Pflegediensten versorgt (Statistisches Bundesamt – GENESIS-Online, 2020).

Daten der Bundesagentur für Arbeit zufolge waren 2017 ca. 1,7 Mio. Pflegekräfte erwerbstätig (1,1 Mio. Krankenpflege, 0,6 Mio. Altenpflege), mit jährlich leicht steigenden Zahlen (Bundesagentur für Arbeit, 2019).

Im ersten Moment könnte man angesichts dieser Zahlen von einer durchaus guten Betreuungssituation ausgehen. Weiter unten im Text wird auf die Missstände in der Pflege eingegangen.

2.3.1.1 Aktuelle Pflegerichtlinien

Seit Januar 2017 wird in Deutschland die Pflegebedürftigkeit in 5 Grade eingeteilt (Pflegegrad 1 bis Pflegegrad 5). Die niedrigste Stufe „Pflegegrad 1“ entspricht dabei geringen Beeinträchtigungen von Selbstständigkeit oder Fähigkeiten, die höchste Stufe „Pflegegrad 5“ gibt es bei schwersten Beeinträchtigungen von Selbstständigkeit oder Fähigkeiten, welche besondere Anforderungen an die pflegerische Versorgung bedingen. (Bundesministerium für Gesundheit (c))

Die Zuordnung eines Pflegegrades geschieht, nach Beantragung bei der Pflegekasse, durch einen Gutachter anhand eines Blickes auf die Selbstständigkeit des Antragstellers. Hierzu werden 6 Module mittels eines Punkteschemas ausgewertet und anschließend die 6 Module mit einer definierten Gewichtung zu einem Gesamtwert zusammengefasst, welcher dann den Pflegegrad ergibt. (Modul 1 "Mobilität", Modul 2 "Geistige und kommunikative Fähigkeiten", Modul 3 "Verhaltensweisen und psychische Problemlagen", Modul 4 "Selbstversorgung", Modul 5 "Selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen – sowie deren Bewältigung", Modul 6 "Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte"). (Bundesministerium für Gesundheit (c))

Vor 2017 erfolgte die Einteilung in 3 Pflegestufen und es gab die Möglichkeit der zusätzlichen Feststellung einer „erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz“. Die neuen Pflegegrade sollen zu einer individuelleren Einstufung des Pflegebedarfs führen. (Bundesministerium für Gesundheit (c))

Die Pflegeversicherung zahlt dann abhängig vom Pflegegrad pauschale Leistungen, die von Pflegegrad 1 bis Pflegegrad 5 steigen, sodass sich für die Pflegegrade 2-5 bei der vollstationären Betreuung ein gleich hoher Eigenanteil ergibt, der nur zwischen den verschiedenen Heimen variiert (Bundesministerium für Gesundheit (b)).

2.3.1.2 Aus- und Fortbildung des Pflegepersonals

Seit Januar 2020 wird die Ausbildung der Pflegberufe durch das 2017 eingeführte und dann stufenweise umgesetzte Pflegeberufegesetz geregelt, welches die vorher

vom Altenpflegegesetz und Krankenpflegegesetz getrennt geregelten Ausbildungen ersetzt (Bundesministerium für Gesundheit (a)).

Wichtig: Folgende Punkte zum neuen Pflegeberufegesetz wurden direkt vom Bundesministerium für Gesundheit übernommen:

- „ • Alle Auszubildenden erhalten zwei Jahre lang eine gemeinsame, generalistisch ausgerichtete Ausbildung, in der sie einen Vertiefungsbereich in der praktischen Ausbildung wählen. Auszubildende, die im dritten Ausbildungsjahr die generalistische Ausbildung fortsetzen, erwerben den Berufsabschluss „Pflegefachfrau“ bzw. „Pflegefachmann“.*
- Auszubildende, die ihren Schwerpunkt in der Pflege alter Menschen oder der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sehen, können wählen, ob sie – statt die generalistische Ausbildung fortzusetzen – einen gesonderten Abschluss in der Altenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege erwerben wollen.*
- Sechs Jahre nach Beginn der neuen Ausbildungen soll überprüft werden, ob für die gesonderten Berufsabschlüsse in der Altenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege weiterhin Bedarf besteht.*
- Nach zwei Dritteln der Ausbildung wird eine Zwischenprüfung zur Ermittlung des Ausbildungsstandes eingeführt. Den Ländern wird dadurch die Möglichkeit eröffnet, die mit der Zwischenprüfung festgestellten Kompetenzen im Rahmen einer Pflegeassistenten- oder -helferausbildung anzuerkennen. Ein Bestehen der Prüfung ist nicht erforderlich, um die Ausbildung fortzuführen.*
- Vorbehaltene Tätigkeiten sind in § 4 geregelt. Für den Pflegebereich werden damit erstmals bestimmte berufliche Tätigkeiten, die dem Pflegeberuf nach diesem Gesetz vorbehalten sind, also nur von entsprechend ausgebildetem Personal ausgeführt werden dürfen, geregelt.*
- Ergänzend zur beruflichen Pflegeausbildung wird ein Pflegestudium eingeführt.*
- Zukünftig wird kein Schulgeld mehr gezahlt werden. Zudem haben die Auszubildenden Anspruch auf eine angemessene Ausbildungsvergütung.*
- Die Finanzierung der Pflegeausbildung wird neu geregelt. Sie erfolgt einheitlich über Landesfonds und ermöglicht damit bundesweit eine qualitätsgesicherte und wohnort-nahe Ausbildung. Durch ein Umlageverfahren werden ausbildende und nicht ausbildende Einrichtungen gleichermaßen zur Finanzierung herangezogen.*
- Wie bisher werden bei Umschulungen Lehrgangskosten durch die Arbeitsagenturen und Jobcenter übernommen; dabei wird die Möglichkeit zur dreijährigen Umschulungsförderung dauerhaft verankert. Auszubildende werden auch dafür nicht mit Kosten belastet.*
- Die neue generalistische Pflegeausbildung wird über die EU-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen in anderen EU-Mitgliedstaaten*

automatisch anerkannt werden. Die gesonderten Abschlüsse in der Altenpflege und der Kinderkrankenpflege können weiterhin im Rahmen einer Einzelfallprüfung in anderen EU-Mitgliedstaaten anerkannt werden.“

(Bundesministerium für Gesundheit (a))

Wie die Fortbildung nach Erlangen des Abschlusses aussieht, darüber lässt sich nur spekulieren. Zwar findet man im Internet diverse Seiten, die eine Fortbildung anbieten, um auf dem neuesten Stand zu bleiben. Jedoch lassen die von den Pflegeheimen im Fragebogen dieser Arbeit (Frage 10 „Zu welchen zahnmedizinischen Themen wird ihr Pflegepersonal unterwiesen oder fortgebildet und in welchen Abständen?“) gegebenen Antworten doch stark daran zweifeln, dass nach abgeschlossener Ausbildung noch Weiterbildung im großen Maße stattfindet.

2.3.1.3 Missstände in der Pflege

Der Berufszweig der Pflegeberufe setzt sich - wie oben erwähnt - aus den zwei Teilgebieten Krankenpflege und Altenpflege zusammen.

Beiden Teilgebieten der Pflege ist es gemein, dass sie – so scheint es aktuell zumindest – fest mit einem anderen Begriff verbunden sind, nämlich dem Fachkräftemangel.

Dieser Fachkräftemangel ist leider kein lokales Phänomen, sondern ein generalisiertes, das in ganz Deutschland zu Problemen bei der Betreuung der Pflegebedürftigen führt.

Zwar herrschen in beiden Bereichen Missstände, jedoch sind die Missstände in der Altenpflege noch deutlicher ausgeprägt.

Bereits heute herrscht akuter bundesweiter Mangel an Fachkräften, bei dem einer zwar stark wachsenden Anzahl an Pflegekräften auf der einen Seite eine überproportional stark zunehmende Zahl an Pflegebedürftigen gegenübersteht, was wiederum zu einer größer werdenden Versorgungslücke führen wird.

(Bundesagentur für Arbeit, 2019; Bundesministerium für Gesundheit (d))

Abbildung 7 der Bundesagentur für Arbeit zeigt sehr eindrucksvoll, wie flächendeckend der Fachkräftemangel ist.

Fachkräfteengpassanalyse vom Dezember 2018



Datenquelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Abbildung 7: Fachkräfteengpassanalyse (Bundesagentur für Arbeit, 2019)

In dieser Arbeit wird aufgrund des betrachteten Kollektivs mehr auf die Missstände in der Altenpflege eingegangen.

Um jedoch zu verstehen, woher die Missstände in der Pflege und besonders dem Bereich der Altenpflege kommen, muss man beide Bereiche zusammen betrachten.

Daten der Bundesagentur für Arbeit zufolge waren 2017 ca. 1,7 Mio. Pflegekräfte erwerbstätig (1,1 Mio. Krankenpflege, 0,6 Mio. Altenpflege), mit jährlich leicht steigenden Zahlen. Mit einem hohen Anteil von ca. 57% Teilzeit- oder geringfügig Beschäftigten reduziert sich jedoch deren Arbeitskraft auf ca. 1,3 Mio. Vollzeitäquivalente (0,8 Mio. Krankenpflege, 0,5 Mio. Altenpflege). (Bundesagentur für Arbeit, 2019)

Die Bundesagentur für Arbeit schreibt selbst: „Pflegerberufe sind Frauen- und Teilzeitdomänen.“ (Bundesagentur für Arbeit, 2019)

Bis hierhin ähneln sich die Rahmenbedingungen der beiden Pflegeberufe sehr, es gibt jedoch auch Bereiche, in denen sie sich deutlich unterscheiden.

Während die Gruppe der Krankenpflegekräfte zu 12% aus Spezialisten und Experten, 72% Fachkräften und lediglich 16% Helfern besteht (vgl. Abbildung 8), setzt sich die Gruppe der Altenpflegekräfte dagegen aus 54% Fachkräften und 46% Helfern zusammen. Spezialisten oder Experten scheint es auf diesem Gebiet nicht zu geben (vgl. Abbildung 9). (Bundesagentur für Arbeit, 2019)

Des Weiteren gibt es gravierende Unterschiede bei der Lohngestaltung, wie sich Abbildung 10 entnehmen lässt.

Logischerweise verdienen in beiden Bereichen Fachkräfte deutlich mehr als reine Helfer. Das in Abbildung 10 dargestellte beträchtliche Brutto-Lohngefälle zwischen Krankenpflegern (3314€) und Altenpflegern (2746€) erscheint auf den ersten Blick jedoch überproportional groß, entspricht es doch grob 20% Mehr- bzw. Minderlohn. (Bundesagentur für Arbeit, 2019)

Allein diese Tatsache trägt mit Sicherheit nicht zur Attraktivität des Berufes Altenpfleger/-in bei.

Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Krankenpflegekräfte
Deutschland, jeweils Juni



Abbildung 8: Krankenpflegekräfte
(Bundesagentur für Arbeit, 2019)

Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Altenpflegekräfte
Deutschland, jeweils Juni

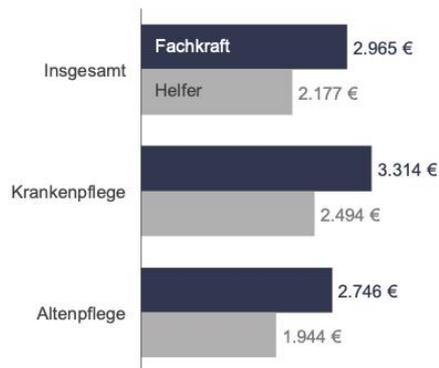


Abbildung 9: Altenpflegekräfte
(Bundesagentur für Arbeit, 2019)

Bruttolöhne im Vergleich

Deutschland, Dezember 2017

Medianentgelte sozialversicherungspflichtig Vollzeitbeschäftigter



Datenquelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Abbildung 10: Lohnverteilung (Bundesagentur für Arbeit, 2019)

Der schlechten Bezahlung steht leider eine physisch wie auch psychisch durchaus belastende Tätigkeit gegenüber und dies zeigt sich wiederum an den Krankentagen und Fehlzeiten. Die in der Pflege Beschäftigten sind deutlich länger als der Durchschnitt krank und weisen auch mehr psychische Leiden auf.

Als Hauptbelastungen werden z.B. Zeitdruck, Schichtarbeit, Überstunden, Überbelegungen sowie schlechte Work-Life-Balance angegeben. (Barkley, 2016) Um dem Fachkräftemangel etwas entgegenzuwirken, wurden in den letzten Jahren verschiedene Maßnahmen ergriffen, die mehr oder weniger erfolgversprechend sind.

Einerseits gibt es seit Dezember 2012 eine staatliche (finanzielle) Förderung zur Weiterbildung in der Altenpflege, die es in der Krankenpflege nicht in diesem Maße gibt. Andererseits gilt erst seit Januar 2020 eine einheitliche Regelung zur Pflegeausbildung beider Berufe nach dem Pflegeberufegesetz, wodurch die Ausbildung besser geregelt und die Attraktivität des Berufes gesteigert werden soll. (Bundesagentur für Arbeit, 2019)

Zusätzlich wird versucht den hohen Bedarf an Pflegekräften vermehrt mit Arbeitskräften aus Leiharbeitsunternehmen zu decken, was aufgrund höherer gebotener Löhne durchaus attraktiv zu sein scheint, aber natürlich nicht die Sicherheit einer Festanstellung bietet (Bundesagentur für Arbeit, 2019).

Darüber hinaus werden seit Jahren mit Erfolg ausländische Arbeitskräfte nach Deutschland abgeworben, was jedoch oft mit sprachlichen Problemen und Schwierigkeiten bei der Berufsanerkennung einhergeht (Bundesagentur für Arbeit, 2019).

„Aufgrund ihrer unterschiedlichen Methodik, differierender Annahmen und unterschiedlicher Szenarien sind die Ergebnisse der verschiedenen Prognosen zum Pflegekräftebedarf nur schwer miteinander vergleichbar. Allerdings zeigen sie einen verallgemeinerbaren Trend: Die Zahl der zukünftig benötigten Pflegekräfte wird stark ansteigen und in wenigen Jahrzehnten ein Mehrfaches der heutigen Beschäftigtenzahlen umfassen.“ (Nowossadeck, 2013)

2.3.2 Zahnärztliche Betreuung

Wie bereits weiter oben im Text beschrieben, verändert sich die Häufigkeit der Zahnarztbesuche und deren Gründe bei unseren alternden Mitmenschen von einem vormals meist regelmäßigen, kontrollorientierten zu einem sehr unregelmäßigen, beschwerdeorientierten Aufsuchverhalten (Zenthöfer et al., 2016).

Gerade bei Patienten, die in ihrer Mobilität oder Alltagskompetenz stark eingeschränkt sind, muss hier eine aufsuchende, kontrollorientierte zahnärztliche Betreuung realisiert werden.

Wie schon weiter oben im Text beschrieben, findet aber gerade diese Betreuung nur sehr spärlich statt mit keinen oder nur seltenen Besuchen (max. 3 pro Jahr) bei knapp der Hälfte der Pflegeheime und maximal einem Viertel regelmäßig betreuter Pflegeheime (Reißmann et al., 2010).

2.3.2.1 Aus- und Fortbildung der Zahnärzte

Zum 1. Oktober 2020 soll die neue Approbationsordnung für Zahnärzte in Kraft treten. In dieser wird die seit 1955 geltende, weitgehend unveränderte Approbationsverordnung modernisiert.

„Die Novellierung ist angesichts der fachlichen Weiterentwicklung der Zahnmedizin und der veränderten Anforderungen an eine moderne und interdisziplinäre Lehre dringend erforderlich, um auch künftig die Qualität der zahnärztlichen Ausbildung als Voraussetzung für die zahnmedizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten in einer älter werdenden Gesellschaft sicherzustellen.“ (Bundesministerium für Gesundheit (e))

Auch wenn die oft geforderte gemeinsame Ausbildung von Medizinern und Zahnmedizinern nicht umgesetzt wurde, so wird in der Novellierung doch großer Wert auf fächerübergreifende Ausbildung und bessere Ausbildung zu Allgemeinerkrankungen sowie Schnittstellen zur Allgemeinmedizin, gerade auch bei alternden Menschen gelegt (Bundesministerium für Gesundheit (e)). Dies ist ein erster - wenn auch nur unvollständiger – Schritt, die Zahnmedizin auch rechtlich als das zu etablieren, was sie letztendlich ist: ein Teilgebiet der Medizin. Zwar wird auch jetzt schon im Studium auf die Wechselwirkungen zwischen oraler Gesundheit und Allgemeingesundheit sowie die Erkennung oraler Symptome von Allgemeinerkrankungen eingegangen, jedoch ist in der noch geltenden Approbationsordnung das Thema Alterszahnmedizin nicht verpflichtend aufgeführt und wird nur an wenigen Universitäten gelehrt (Nitschke und Kaschke, 2011).

Somit steht der fertig ausgebildete Zahnarzt in der Pflicht sich selbstständig in diesem Bereich weiterzubilden.

Betrachtet man aber die Generation-Y-Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ), so muss man festhalten, dass sich 76,3% der Teilnehmer nicht gut im Bereich Alterszahnmedizin ausgebildet fühlen und lediglich 5% sich vorstellen können, Alterszahnmedizin später besonders intensiv zu betreiben (Benz, 2018).

„Jeder, der die Pflegezahnmedizin kennt, weiß, was hier alles anders ist: die physische und psychische Konstitution der Patienten, die Umgebung, die Arbeitsweise, die Diagnosemöglichkeiten, die Therapieoptionen und die juristischen Implikationen. Natürlich kann die Universität keine Spezialisten für Alterszahnmedizin ausbilden. Versäumt man aber Pflegezahnmedizin als „normalen“ Teil der Praxistätigkeit darzustellen, entstehen mentale Barrieren, die sich später schwer einreißen lassen.“ (Benz, 2018)

2.3.2.2 Regelung der Betreuung von Pflegebedürftigen bzw. Pflegeheimen

Für die zahnmedizinische Versorgung pflegebedürftiger Personen gelten keine anderen Regelungen als für nicht pflegebedürftige Personen. Folglich haben Menschen jeglichen Alters ein Recht zur Selbstbestimmung, es sei denn, sie haben nach § 1896 ff. BGB (Bürgerliches Gesetzbuch) einen Betreuer, welcher

dann bevollmächtigt ist rechtliche Entscheidungen zu treffen. (BGB, Buch 4, Familienrecht)

Somit kann rein rechtlich niemand allgemein- oder zahnmedizinischen Kontrollen oder Behandlungen vorschreiben oder diese übergeordnet festlegen.

Patienten, Betreuer, Pflegeheime und Zahnärzte müssen Untersuchungen und Behandlungen gemeinsam koordinieren und zusammen mit den Patienten bzw. deren Betreuern festlegen, ob regelmäßige, kontrollorientierte Untersuchungen und /oder Behandlungen gewünscht sind.

Die Betreuung kann mit oder ohne Kooperationsvertrag zwischen Pflegeheim und Zahnarzt stattfinden.

2.3.3 Erstattung von Mundgesundheitsleistungen

2.3.3.1 Ohne Kooperationsvertrag

Folgende BEMA Leistungen sind für Besuche von pflegebedürftigen Patienten OHNE Kooperationsvertrag abrechenbar:

Wichtig: Alle nachfolgenden Leistungen wurden aus dem BEMA-Verzeichnis der KZBV mit Stand 01.07.19 kopiert und lediglich so angepasst, dass sie gut als Tabelle darstellbar sind! (KZBV, 2019)

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
107a PBZst	Entfernen harter Zahnbeläge bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten, je Sitzung	16
	Die Leistung nach Nr. 107a ist einmal pro Kalenderhalbjahr abrechnungsfähig. Sie kann nicht abgerechnet werden, wenn in demselben Kalenderhalbjahr bereits eine Leistung nach Nr. 107 abgerechnet worden ist.	
151 Bs1	Besuch eines Versicherten, einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung	38
	Neben der Leistung nach Nr. 151 sind die Leistungen nach Nrn. 153 a, 153 b, 154 und 155 nicht abrechnungsfähig. Die Nummer 151 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.	
152 Bs2a	a) Besuch je weiteren Versicherten in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 151 – einschließlich Beratung und eingehende	34

Untersuchung

- Bs2b b) Besuch je weiteren Versicherten in derselben Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 151 – einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung 26
1. Die Leistung nach Nr. 152 a ist nur abrechnungsfähig für Versicherte, die in derselben Privatwohnung des nach Nr. 151 aufgesuchten Versicherten leben.
 2. Die Leistung nach Nr. 152 b ist abrechnungsfähig für Versicherte in derselben Einrichtung (z. B. betreute Wohngemeinschaft, stationäre Pflegeeinrichtung).
 3. Neben den Leistungen nach Nrn. 152 a und 152 b sind die Leistungen nach Nrn. 153 a, 153 b, 154 und 155 nicht abrechnungsfähig. Die Nrn. 152 a und 152 b können zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.
- 153
- Bs3a a) Besuch eines Versicherten in einer Einrichtung zu vorher vereinbarten Zeiten und bei regelmäßiger Tätigkeit in der Einrichtung einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung, ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht 30
- Bs3b b) Besuch je weiteren Versicherten in derselben Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 153 a zu vorher vereinbarten Zeiten und bei regelmäßiger Tätigkeit in der Einrichtung einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung, ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht 26
1. Zu den Einrichtungen zählen stationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen, in denen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Zwecks der Einrichtung stehen.
 2. Die Leistungen nach Nrn. 153 a und 153 b sind neben den Leistungen nach Nrn. 151, 152 a, 152 b, 154 und 155 nicht abrechnungsfähig. Die Nrn. 153 a und 153 b können zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.
- 161 Zuschläge für Besuche nach den Nrn. 151 und 154
- ZBs1a a) Zuschlag für dringend angeforderte und unverzüglich durchgeführte Besuche 18

ZBs1b	b) Zuschlag für Montag bis Freitag in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr durchgeführte Besuche	29
ZBs1c	c) Zuschlag für Montag bis Freitag in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr durchgeführte Besuche	50
ZBs1d	d) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit zwischen 8 und 20 Uhr durchgeführte Besuche	38
ZBs1e	e) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr durchgeführte Besuche	67
ZBs1f	f) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr durchgeführte Besuche	88

Die Zuschläge nach den Nrn. 161 a bis 161 f sind nicht nebeneinander abrechnungsfähig.

162	Zuschläge für Besuche nach den Nrn. 152 a, 152 b und 155	
ZBs2a	a) Zuschlag für dringend angeforderte und unverzüglich durchgeführte Besuche	9
ZBs2b	b) Zuschlag für Montag bis Freitag in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr durchgeführte Besuche	15
ZBs2c	c) Zuschlag für Montag bis Freitag in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr durchgeführte Besuche	25
ZBs2d	d) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit zwischen 8 und 20 Uhr durchgeführte Besuche	19
ZBs2e	e) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr durchgeführte Besuche	34
ZBs2f	f) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr durchgeführte Besuche	44

Die Zuschläge nach den Nrn. 162 a bis 162 f sind nicht nebeneinander abrechnungsfähig.

171	Zuschlag für Besuche nach Nrn. 151, 152	
PBA1a	a) Zuschlag für das Aufsuchen von Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten	37
PBA1b	b) Zuschlag für das Aufsuchen je weiteren Versicherten, der einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet ist oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhält, in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen	30

Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 171 a

1. Die Zuschläge nach Nrn. 171 a und 171 b sind abrechnungsfähig für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten und die Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder Einschränkung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können.
2. Der Zuschlag nach Nr. 171 a ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 151, der Zuschlag nach Nr. 171 b ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 152 a oder Nr. 152 b abrechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 171 a ist neben den Zuschlägen nach Nrn. 161 und 165, der Zuschlag nach Nr. 171 b ist neben den Zuschlägen nach Nrn. 162 und 165 abrechnungsfähig. Die Zuschläge nach Nrn. 171 a und 171 b sind neben dem Wegegeld und der Reiseentschädigung abrechnungsfähig.
3. Die Anspruchsberechtigung auf einen Zuschlag nach Nr. 171 a oder Nr. 171 b ist vom Zahnarzt in der Patientenakte zu dokumentieren (ggf. anhand des Bescheids der Pflegekasse oder des Bescheids über die Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII, sofern ein solcher dem Zahnarzt vorgelegt wird). Bei unbefristeten Bescheiden hat dies einmalig zu erfolgen. Bei befristeten Bescheiden ist der Fristablauf zu dokumentieren.
4. Die Notwendigkeit des Aufsuchens, beispielsweise bei fehlender Unterstützung durch das Lebensumfeld, bei Desorientierung oder bei Bettlägerigkeit, ist zu dokumentieren.

173 Zuschlag für Besuche nach Nr. 153

ZBs3a a) Zuschlag für das Aufsuchen nach Nr. 153 a von 32
Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten

ZBs3b b) Zuschlag für das Aufsuchen nach Nr. 153 b je 24
weiteren Versicherten, der einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet ist oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhält, in derselben Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 173 a

1. Die Zuschläge nach Nrn. 173 a und 173 b sind abrechnungsfähig für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten und die Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder Einschränkung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können.
2. Der Zuschlag nach Nr. 173 a ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 153 a, der Zuschlag nach Nr.

173 b ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 153 b abrechnungsfähig. Die Zuschläge nach Nrn. 173 a und 173 b sind neben dem Zuschlag nach Nr. 165 abrechnungsfähig. Die Zuschläge nach Nrn. 173 a und 173 b sind neben dem Wegegeld und der Reiseentschädigung abrechnungsfähig.

3. Die Anspruchsberechtigung auf einen Zuschlag nach Nr. 173 a oder Nr. 173 b ist vom Zahnarzt in der Patientenakte zu dokumentieren (ggf. anhand des Bescheids der Pflegekasse oder des Bescheids über die Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII, sofern ein solcher dem Zahnarzt vorgelegt wird). Bei unbefristeten Bescheiden hat dies einmalig zu erfolgen. Bei befristeten Bescheiden ist der Fristablauf zu dokumentieren.

174	Präventive zahnärztliche Leistungen nach § 22a SGB V zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten	
PBa	a) Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan	20

Die Erhebung des Mundgesundheitsstatus umfasst die Beurteilung des Pflegezustands der Zähne, des Zahnfleisches, der Mundschleimhaut sowie des Zahnersatzes, einschließlich Dokumentation anhand des Vordrucks gemäß § 8 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V.

Der individuelle Mundgesundheitsplan umfasst insbesondere die Angabe:

- der gegenüber dem Versicherten und ggf. der Pflege- oder Unterstützungspersonen zur Anwendung empfohlenen Maßnahmen und Mittel zur Förderung der Mundgesundheit einschließlich der täglichen Mund- und Prothesenhygiene, der Fluoridanwendung, der zahngesunden Ernährung (insbesondere des verringerten Konsums zuckerhaltiger Speisen und Getränke) sowie der Verhinderung bzw. Linderung von Mundtrockenheit/Xerostomie;
- der empfohlenen Durchführungs- bzw. Anwendungsfrequenz dieser Maßnahmen und Mittel;
- ob die Maßnahmen von dem Versicherten selbst, mit Unterstützung durch die Pflege- oder Unterstützungsperson oder vollständig durch diese durchzuführen sind;
- zur Notwendigkeit von Rücksprachen mit weiteren an der Behandlung Beteiligten sowie zum vorgesehenen Ort der Behandlung.

PBb	b) Mundgesundheitsaufklärung	26
-----	------------------------------	----

Die Mundgesundheitsaufklärung umfasst die folgenden Leistungen:

- Aufklärung über die Inhalte des

Mundgesundheitsplans nach Nr. 174a;

- Demonstration und ggf. praktische Anleitung zur Reinigung der Zähne und des festsitzenden Zahnersatzes, des Zahnfleisches sowie der Mundschleimhaut;
- Demonstration und ggf. praktische Unterweisung zur Prothesenreinigung und zur Handhabung des herausnehmbaren Zahnersatzes;
- Erläuterung des Nutzens der vorstehenden Maßnahmen, Anregen und Ermutigen des Versicherten sowie dessen Pflege- oder Unterstützungspersonen, die jeweils empfohlenen Maßnahmen durchzuführen und in den Alltag zu integrieren.

Bei der Mundgesundheitsaufklärung sind die Lebensumstände des Versicherten zu erfragen sowie dessen individuelle Fähigkeiten und Einschränkungen angemessen zu berücksichtigen. Sofern der Versicherte der Unterstützung durch eine Pflege- oder Unterstützungsperson bedarf, ist diese im jeweils erforderlichen Umfang in die Mundgesundheitsaufklärung einzubeziehen.

Die Mundgesundheitsaufklärung erfolgt in einer für den Versicherten sowie ggf. für die Pflege- oder Unterstützungspersonen verständlichen und nachvollziehbaren Art und Weise.

Soweit dem Versicherten ein Verständnis oder die Umsetzung der Hinweise aus der Mundgesundheitsaufklärung nur eingeschränkt möglich ist, sind diese Maßnahmen im jeweils erforderlichen Umfang auf Pflege- oder Unterstützungspersonen zu konzentrieren bzw. ggf. zu beschränken. In diesen Fällen sind den Pflege- oder Unterstützungspersonen konkrete Hinweise zur Mund- und Prothesenpflege und zur Zusammenarbeit mit dem Versicherten zu geben.

1. Die Leistungen nach Nrn. 174 a und 174 b sind nur abrechnungsfähig für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten. Die Anspruchsberechtigung auf eine Leistung nach Nr. 174 a oder Nr. 174 b ist vom Zahnarzt in der Patientenakte zu dokumentieren (ggf. anhand des Bescheids der Pflegekasse oder des Bescheids über die Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII, sofern ein solcher dem Zahnarzt vorgelegt wird). Bei unbefristeten Bescheiden hat dies einmalig zu erfolgen. Bei befristeten Bescheiden ist der Fristablauf zu dokumentieren.
2. Die Leistungen nach Nrn. 174 a und 174 b können je Kalenderhalbjahr einmal abgerechnet werden. Neben den Leistungen nach Nrn. 174 a und 174 b können am selben Tag erbrachte Leistungen nach Nrn. IP 1, IP 2, FU 1 und FU 2 nicht abgerechnet werden.

181 Ksl	Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten	14
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Leistung nach Nr. 181 ist nur abrechnungsfähig, wenn sich der Zahnarzt zuvor oder im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Versicherten und dessen Erkrankung befasst hat. 2. Die Leistung nach Nr. 181 ist auch dann abrechnungsfähig, wenn die Erörterung zwischen einem Zahnarzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen/zahnärztlichen Vertreter eines anderen Arztes/Zahnarztes erfolgt. 3. Die Leistung nach Nr. 181 ist nicht abrechnungsfähig, wenn die Zahnärzte Mitglieder derselben Berufsausübungsgemeinschaft oder einer Praxisgemeinschaft von Ärzten/Zahnärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung sind. Sie ist nicht abrechnungsfähig für routinemäßige Besprechungen. 	

Bei Beginn dieser Arbeit gab es die Leistungen 107a, 173 und 174 noch nicht.

2.3.3.2 Mit Kooperationsvertrag

Folgende BEMA Leistungen sind für Besuche von pflegebedürftigen Patienten MIT Kooperationsvertrag abrechenbar:

Wichtig: Alle nachfolgenden Leistungen wurden aus dem BEMA-Verzeichnis der KZBV mit Stand 01.07.19 kopiert und lediglich so angepasst, dass sie gut als Tabelle darstellbar sind! (KZBV, 2019)

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
107a PBZst	Entfernen harter Zahnbeläge bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten, je Sitzung	16
	Die Leistung nach Nr. 107a ist einmal pro Kalenderhalbjahr abrechnungsfähig. Sie kann nicht abgerechnet werden, wenn in demselben Kalenderhalbjahr bereits eine Leistung nach Nr. 107 abgerechnet worden ist.	
154 Bs4	Besuch eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V, einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung	30
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Leistung nach Nr. 154 ist nur abrechnungsfähig für pflegebedürftige Versicherte, die in einer stationären Pflegeeinrichtung betreut werden, wenn der Vertragszahnarzt mit der stationären Pflegeeinrichtung einen Kooperationsvertrag gemäß § 119b Abs. 1 SGB V geschlossen hat, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht und wenn die hierfür zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die 	

Berechtigung zur Abrechnung festgestellt hat.

2. Neben der Leistung nach Nr. 154 sind die Leistungen nach Nrn. 151, 152 a, 152 b, 153 a und 153 b nicht abrechnungsfähig. Die Nr. 154 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.

155

Bs5

Besuch je weiteren pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V, in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 154 – einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung 26

1. Die Leistung nach Nr. 155 ist nur abrechnungsfähig für pflegebedürftige Versicherte, die in einer stationären Pflegeeinrichtung betreut werden, wenn der Vertragszahnarzt mit der stationären Pflegeeinrichtung einen Kooperationsvertrag gemäß § 119b Abs. 1 SGB V geschlossen hat, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht und wenn die hierfür zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die Berechtigung zur Abrechnung festgestellt hat.
2. Neben der Leistung nach Nr. 155 sind die Leistungen nach Nrn. 151, 152 a, 152 b, 153 a und 153 b nicht abrechnungsfähig. Die Nr. 155 kann zusätzlich zum Wegegeld und zur Reiseentschädigung abgerechnet werden.

161

Zuschläge für Besuche nach den Nrn. 151 und 154

ZBs1a

g) Zuschlag für dringend angeforderte und unverzüglich durchgeführte Besuche 18

ZBs1b

h) Zuschlag für Montag bis Freitag in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr durchgeführte Besuche 29

ZBs1c

i) Zuschlag für Montag bis Freitag in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr durchgeführte Besuche 50

ZBs1d

j) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit zwischen 8 und 20 Uhr durchgeführte Besuche 38

ZBs1e

k) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr durchgeführte Besuche 67

ZBs1f

l) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr durchgeführte Besuche 88

Die Zuschläge nach den Nrn. 161 a bis 161 f sind nicht nebeneinander abrechnungsfähig.

162	Zuschläge für Besuche nach den Nrn. 152 a, 152 b und 155	
ZBs2a	g) Zuschlag für dringend angeforderte und unverzüglich durchgeführte Besuche	9
ZBs2b	h) Zuschlag für Montag bis Freitag in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr durchgeführte Besuche	15
ZBs2c	i) Zuschlag für Montag bis Freitag in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr durchgeführte Besuche	25
ZBs2d	j) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit zwischen 8 und 20 Uhr durchgeführte Besuche	19
ZBs2e	k) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr durchgeführte Besuche	34
ZBs2f	l) Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr durchgeführte Besuche	44

Die Zuschläge nach den Nrn. 162 a bis 162 f sind nicht nebeneinander abrechnungsfähig.

172	Zuschlag nach § 87 Abs. 2j SGB V für die kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V	
SP1a	a) Zuschlag für das Aufsuchen eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung	40
SP1b	b) Zuschlag für das Aufsuchen je weiteren pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 172 a	32

1. Die Zuschläge nach Nrn. 172 a und 172 b sind nur abrechnungsfähig für pflegebedürftige Versicherte, die in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) betreut werden, wenn der Vertragszahnarzt mit der stationären Pflegeeinrichtung einen Kooperationsvertrag gemäß § 119b Abs. 1 SGB V geschlossen hat, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht und wenn die hierfür zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die Berechtigung zur Abrechnung festgestellt hat.
2. Der Zuschlag nach Nr. 172 a ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 154, der Zuschlag nach Nr. 172 b ist nur in Verbindung mit einem Besuch nach Nr. 155 abrechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 172 a ist neben den Zuschlägen nach Nrn. 161 und 165, der Zuschlag nach Nr. 172 b ist neben den Zuschlägen nach Nrn. 162 und 165 abrechnungsfähig. Die Zuschläge nach Nrn. 172 a

und 172 b sind neben dem Wegegeld und der Reiseentschädigung abrechnungsfähig.

3. Der Vertragszahnarzt kann für pflegebedürftige Versicherte, die in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) betreut werden, mit welcher der Vertragszahnarzt einen Kooperationsvertrag gemäß § 119b Abs. 1 SGB V abgeschlossen hat, der den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht und insoweit den Vertragszahnarzt zur Abrechnung der Zuschläge nach Nrn. 172 a und 172 b berechtigt, keine Leistungen nach Nrn. 171 a und 171 b abrechnen.

174	Präventive zahnärztliche Leistungen nach § 22a SGB V zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten	
PBa	c) Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan	20

Die Erhebung des Mundgesundheitsstatus umfasst die Beurteilung des Pflegezustands der Zähne, des Zahnfleisches, der Mundschleimhaut sowie des Zahnersatzes, einschließlich Dokumentation anhand des Vordrucks gemäß § 8 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V.

Der individuelle Mundgesundheitsplan umfasst insbesondere die Angabe:

- der gegenüber dem Versicherten und ggf. der Pflege- oder Unterstützungspersonen zur Anwendung empfohlenen Maßnahmen und Mittel zur Förderung der Mundgesundheit einschließlich der täglichen Mund- und Prothesenhygiene, der Fluoridanwendung, der zahngesunden Ernährung (insbesondere des verringerten Konsums zuckerhaltiger Speisen und Getränke) sowie der Verhinderung bzw. Linderung von Mundtrockenheit/Xerostomie;
- der empfohlenen Durchführungs- bzw. Anwendungsfrequenz dieser Maßnahmen und Mittel;
- ob die Maßnahmen von dem Versicherten selbst, mit Unterstützung durch die Pflege- oder Unterstützungsperson oder vollständig durch diese durchzuführen sind;
- zur Notwendigkeit von Rücksprachen mit weiteren an der Behandlung Beteiligten sowie zum vorgesehenen Ort der Behandlung.

PBb	d) Mundgesundheitsaufklärung	26
-----	------------------------------	----

Die Mundgesundheitsaufklärung umfasst die folgenden Leistungen:

- Aufklärung über die Inhalte des Mundgesundheitsplans nach Nr. 174a;
- Demonstration und ggf. praktische Anleitung zur

Reinigung der Zähne und des festsitzenden Zahnersatzes, des Zahnfleisches sowie der Mundschleimhaut;

- Demonstration und ggf. praktische Unterweisung zur Prothesenreinigung und zur Handhabung des herausnehmbaren Zahnersatzes;
- Erläuterung des Nutzens der vorstehenden Maßnahmen, Anregen und Ermutigen des Versicherten sowie dessen Pflege- oder Unterstützungspersonen, die jeweils empfohlenen Maßnahmen durchzuführen und in den Alltag zu integrieren.

Bei der Mundgesundheitsaufklärung sind die Lebensumstände des Versicherten zu erfragen sowie dessen individuelle Fähigkeiten und Einschränkungen angemessen zu berücksichtigen. Sofern der Versicherte der Unterstützung durch eine Pflege- oder Unterstützungsperson bedarf, ist diese im jeweils erforderlichen Umfang in die Mundgesundheitsaufklärung einzubeziehen.

Die Mundgesundheitsaufklärung erfolgt in einer für den Versicherten sowie ggf. für die Pflege- oder Unterstützungspersonen verständlichen und nachvollziehbaren Art und Weise.

Soweit dem Versicherten ein Verständnis oder die Umsetzung der Hinweise aus der Mundgesundheitsaufklärung nur eingeschränkt möglich ist, sind diese Maßnahmen im jeweils erforderlichen Umfang auf Pflege- oder Unterstützungspersonen zu konzentrieren bzw. ggf. zu beschränken. In diesen Fällen sind den Pflege- oder Unterstützungspersonen konkrete Hinweise zur Mund- und Prothesenpflege und zur Zusammenarbeit mit dem Versicherten zu geben.

3. Die Leistungen nach Nrn. 174 a und 174 b sind nur abrechnungsfähig für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten. Die Anspruchsberechtigung auf eine Leistung nach Nr. 174 a oder Nr. 174 b ist vom Zahnarzt in der Patientenakte zu dokumentieren (ggf. anhand des Bescheids der Pflegekasse oder des Bescheids über die Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII, sofern ein solcher dem Zahnarzt vorgelegt wird). Bei unbefristeten Bescheiden hat dies einmalig zu erfolgen. Bei befristeten Bescheiden ist der Fristablauf zu dokumentieren.
4. Die Leistungen nach Nrn. 174 a und 174 b können je Kalenderhalbjahr einmal abgerechnet werden. Neben den Leistungen nach Nrn. 174 a und 174 b können am selben Tag erbrachte Leistungen nach Nrn. IP 1, IP 2, FU 1 und FU 2 nicht abgerechnet werden.

KsIK	Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V	14
------	---	----

1. Die Leistung nach Nr. 182 ist nur abrechnungsfähig für konsiliarische Erörterungen, die pflegebedürftige Versicherte betreffen, welche in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) betreut werden und der Vertragszahnarzt mit der stationären Pflegeeinrichtung einen Kooperationsvertrag gemäß § 119b Abs. 1 SGB V geschlossen hat, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht und wenn die hierfür zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung die Berechtigung zur Abrechnung festgestellt hat.
2. Die Leistung nach Nr. 182 ist auch dann abrechnungsfähig, wenn die Erörterung zwischen einem Kooperationszahnarzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen/zahnärztlichen Vertreter eines anderen Arztes/Zahnarztes erfolgt.
3. Die Leistung nach Nr. 182 ist nicht abrechnungsfähig, wenn die Zahnärzte Mitglieder derselben Berufsausübungsgemeinschaft oder einer Praxisgemeinschaft von Ärzten/Zahnärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung sind.

Bei Beginn dieser Arbeit gab es die Leistungen 107a und 174 noch nicht.

2.3.3.3 Vergleich der Leistungsvergütung mit und ohne Kooperationsvertrag

Beim Eingehen eines Kooperationsvertrages geht man eine Verbindlichkeit mit einem Pflegeheim ein. Aus eigener Erfahrung kann dies auch dazu führen, dass ein Pflegeheim ggf. meint, man habe Rufbereitschaft und warte nur auf den nächsten Anruf, um dann direkt ins Heim zu fahren. Diese „Notfalleinsätze“ während oder nach der Sprechstunde können durchaus zur Belastung werden.

Inwieweit lohnt es sich also, diese Verpflichtung mit einem oder auch mehreren Pflegeheimen einzugehen?

Ohne Kooperationsvertrag kann man für den Besuch von Versicherten in Pflegeheimen 2 Varianten (je nach Grund bzw. Planung des Besuchs) abrechnen. Außerhalb der normalen Arbeitszeiten kommen entsprechende Zuschläge hinzu. Da die meisten planbaren Untersuchungen wohl während der regulären Arbeitszeiten durchgeführt werden, werden die exemplarischen Rechnungen ohne diese Abend-/Nacht-/Feiertag-Zuschläge gemacht.

Variante1: (bei unplanmäßiger, z.B. kurzfristiger Anforderung)

Abrechnung für den ersten Versicherten:

-151: Besuch

38 Punkte

-171a: Zuschlag bei Pflegegrad	37 Punkte
Summe:	75 Punkte (+ Wegegeld)

Abrechnung für jeden weiteren Versicherten:

-152b: Besuch	26 Punkte
-171b: Zuschlag bei Pflegegrad	30 Punkte
Summe:	56 Punkte (+Wegegeld)

Variante 2: (bei geplanter, vorher vereinbarter Zeit und regelmäßiger Tätigkeit im Heim)**Abrechnung für den ersten Versicherten:**

-153a: Besuch	30 Punkte
-173a: Zuschlag bei Pflegegrad	32 Punkte
Summe:	62 Punkte (+Wegegeld)

Abrechnung für jeden weiteren Versicherten:

-153b: Besuch	26 Punkte
-173b: Zuschlag bei Pflegegrad	24 Punkte
Summe:	50 Punkte (+Wegegeld)

Mit Kooperationsvertrag gibt es für den Besuch von Versicherten in Pflegeeinrichtungen lediglich eine Variante der Abrechnung. Wie in den oben gezeigten Rechenbeispielen wird auch hier von Besuchen zu regulären Arbeitszeiten ausgegangen und ohne Abend-/Nacht-/Feiertag-Zuschläge gerechnet.

Abrechnung für den ersten Versicherten:

-154: Besuch	30 Punkte
-172a: Zuschlag Kooperation	40 Punkte
Summe:	70 Punkte (+Wegegeld)

Abrechnung für jeden weiteren Versicherten:

-155: Besuch	26 Punkte
-172b: Zuschlag Kooperation	32 Punkte

Summe: 58 Punkte (+Wegegeld)

Die Nummern 107a (16 Punkte), 174a (20 Punkte), 174b (26 Punkte) ebenso wie das Konsil mit anderen Ärzten (181 bzw. 182, je 14 Punkte) können unabhängig vom Vorliegen eines Kooperationsvertrages sowohl beim ersten als auch bei allen weiteren besuchten Versicherten abgerechnet werden, sofern sie erbracht wurden, und haben dazu in allen Fällen jeweils ihre gleichbleibende Punktzahl.

Man kann also festhalten, dass sich ein Kooperationsvertrag bei regelmäßigen, geplanten Besuchen im Pflegeheim durchaus lohnen kann, vor allem, wenn durch die entstehende bzw. entstandene Routine (Organisation, Arbeitsabläufe) die anfangs erhöhte Behandlungsdauer pro Patient allmählich sinkt.

Bei unplanmäßiger Anforderung ins Heim wird ein Kollege mit Kooperationsvertrag bei Behandlung von bis zu 3 Patienten schlechter honoriert als Kollegen ohne Kooperationsvertrag. Erst ab der Behandlung von mindestens 4 Patienten erhält er mehr als ohne Kooperationsvertrag.

2.4 Alterszahnmedizin

Auch wenn die Ausbildung zum Thema Alterszahnmedizin im Studium aktuell noch nicht ganz angekommen ist, so hat sie sich doch als Teilgebiet der Zahnmedizin etabliert – es gibt zahlreiche Fortbildungen zur Pflegezahnmedizin, ein Curriculum sowie eine eigene Fachgesellschaft DAGZ (Deutsche Gesellschaft für AlterszahnMedizin) – und man muss kein Hellseher sein um festzustellen, dass sich der Stellenwert der Alterszahnmedizin in den kommenden Jahren und Jahrzehnten nochmals deutlich steigern wird. Bereits jetzt sollte bei der jungen Generation von Zahnärztinnen und Zahnärzten ein Umdenken stattfinden, denn ihr zu behandelndes Patientenkollektiv wird weder jünger noch mobiler. Wie bereits oben erwähnt wird die Zahl an stationär untergebrachten, pflegebedürftigen Patienten in nicht allzu ferner Zukunft stark ansteigen und dies wird zwangsläufig auch zu Änderungen im Behandlungsablauf dieser Patienten führen müssen.

2.4.1 Definition und Aufgabe

„Seniorenzahnmedizin ist ein Sammelbegriff für ein zahnmedizinisches Fachgebiet, das auch als Gerostomatologie, Gerodontologie, Gerontostomatologie sowie Alternszahnmedizin, Alterszahnmedizin oder Alterszahnheilkunde bekannt ist.“ (Bär et al., 2009)

Ihre verschiedenen Teilbereiche sollen hier nur kurz vorgestellt werden:

-Orale Gerontologie:

befasst sich mit altersbedingten Veränderungen im stomatognathen System, welche im Zusammenhang mit dem generellen Alterungsprozess stehen (Bär et al., 2009)

-Orale Geriatrie:

befasst sich mit Vorgängen im orofacialen System, die ihre Ursache in einer Allgemeinerkrankung bzw. auch deren Therapie bei älteren Patienten haben (Bär et al., 2009)

- Gerostomatologische Gesundheits-, Ernährungs- und Pflegewissenschaften: betrachten Einflüsse sowie Zusammenhänge verschiedener Faktoren auf die zahnmedizinische Betreuung (Bär et al., 2009)

-Geriatrische Zahnmedizin:

stellt die zahnmedizinische Betreuung von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen dar (Bär et al., 2009)

Aufgabe der Alterszahnmedizin ist es, unseren alten Patienten einerseits die gleichen Behandlungskonzepte und -möglichkeiten wie ihren jüngeren Mitmenschen bieten zu können und andererseits Behandlungen an ihre körperlichen und geistigen Fähigkeiten anzupassen (Geiger, 2011).

Natürlich gibt es viele körperlich und geistige „fitte“ Senioren, doch gerade bei der Betreuung eines Pflegeheimes wird man es größtenteils mit immobilen, dementen, multimorbiden und multipharmazierten sowie motorisch wie auch visuell und akustisch eingeschränkten Patienten zu tun haben. Im besten Fall trifft nur eine der genannten Einschränkungen zu, im schlechtesten Fall alle. Ohne jetzt weiter auf die potentiellen Schwierigkeiten bei der Behandlung dieser Patientengruppe einzugehen, sei auf Kapitel 2.2 „Der Alte Patient“ verwiesen.

2.4.2 Altersgerechte Zahnarztpraxis

Um Senioren den Weg zum Zahnarzt und den Aufenthalt in der Praxis so einfach und angenehm wie möglich zu machen, sollte man bei Beschilderung, Ausstattung und Gestaltung der Räumlichkeiten einige Dinge beachten.

Im Idealfall ist die Praxis gut mit dem Auto/Taxi zugänglich und somit ohne größeren Fußweg zu erreichen. Außerdem sollte sowohl die Praxis als auch die Türklingel gut und in großer, gut lesbarer Schrift beschildert sein. Barrierefreiheit sollte vom Betreten des Gebäudes bis zum Erreichen von Behandlungsräumen, Wartebereich und Toiletten gewährleistet sein. Darüber hinaus sollten weder Gänge noch Türen oder gar Räume zu klein dimensioniert sein, um eine Fortbewegung auch mittels Rollator oder Rollstuhl zu ermöglichen. Eine helle Ausleuchtung aller Räumlichkeiten sowie ausreichend vorhandene, nicht zu tief platzierte Sitzgelegenheiten (auch nahe der Rezeption) sollten vorhanden sein. Zudem sollten die Toiletten behindertengerecht und groß genug für die Benutzung von Hilfsmitteln wie Rollatoren etc. sein und zudem Haltegriffe bieten. Neben einer stressfreien Atmosphäre und freundlichem Personal sollte auf einen niedrigen Lautstärkepegel ohne störende Neben- oder Hintergrundgeräusche geachtet werden. (Benz und Haffner, 2008)

2.4.3 Mobile Zahnmedizin

Kann ein Patient nicht mehr in die Zahnarztpraxis kommen, so wird man ihn zu Diagnosesicherung, Behandlungsplanung und Therapie aufsuchen müssen. Viele Behandlungen kann ein Zahnarzt aber nicht ohne technisches Equipment und/oder assistierendes Personal (zahnmedizinische Fachangestellte) durchführen. (Geiger, 2011) Einer rein aufsuchenden Tätigkeit ohne spezielles Equipment (und die damit verbundenen Einschränkungen bei der Behandlung) steht die mobile Zahnmedizin gegenüber, bei der durch Verwendung mobiler Behandlungseinheiten eine fast reguläre Behandlung möglich ist (Geiger, 2011).

Die mobilen Behandlungseinheiten sind in der Regel als Koffer gestaltet, in dem sich das zur Behandlung Nötigste befindet (Absaugung, Luft-Wasser-Sprühansatz, Anschlüsse für Winkelstücke, Ultraschall, Turbine), wiegen ca. 15-20kg und sind aufwändig in der Wartung.

Sucht man allerdings nach solch einer mobilen Behandlungseinheit, so wird man feststellen, dass es auf dem Markt nur wenige Geräte gibt, die die qualitativen Anforderungen an eine regelmäßige mobile Behandlung erfüllen. Eines dieser wenigen Geräte ist das TRANSCARE MAX AV40 der Firma ACTEON mit einem Listenpreis von ca. 10000€, welches auch in der Praxis des Autors vorhanden ist und bei Besuchen im Pflegeheim regelmäßig zum Einsatz kommt.

(Anmerkung des Autors: Auf der Internetseite der Firma Acteon wird die mobile Behandlungseinheit nicht mehr aufgeführt und ist ggf. nur noch über Drittanbieter zu erhalten. Dies legt die Vermutung nahe, dass eine wirtschaftliche Vermarktung mangels Nachfrage nicht möglich war.)

Doch auch wenn eine mobile Behandlungseinheit und geschultes Personal vorhanden sind, ist die Behandlung nicht mit einer regulären Behandlung gleichzusetzen. Vorbereitung, Transport, Auf- und Abbau, Rücktransport und Wartung der verwendeten Geräte sind sehr zeitaufwändig und werden nicht honoriert. Außerdem sind Behandlungen oft am Bett der immobilen Patienten durchzuführen, was wiederum zu Einschränkungen in den Behandlungsmöglichkeiten und zu erhöhtem Zeitaufwand führt, von Problemen bei Kommunikation oder Kooperation ganz zu schweigen. (Nitschke und Kaschke, 2011)

Da aktuell weder bei den ambulanten noch bei den stationär untergebrachten Pflegebedürftigen ein ausreichender Zugang zur zahnmedizinischen Versorgung erreicht wird (Nitschke und Kaschke, 2011), sollte der Teilbereich der mobilen Zahnmedizin stärker in den Fokus rücken. Zahnärzte müssen sich besser für die mobile Behandlung - auch komplexerer Fälle - ausstatten und die Honorierung solcher Behandlungen und der damit verbundenen Investitionen muss deutlich besser ausfallen.

2.4.4 Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Fortbildung für Pflegekräfte und Ärzte

Zahnärzte brauchen bei der Betreuung alternder Patienten medizinische Kenntnisse, die über ihr zahnmedizinisches Fachwissen hinausgehen. Sie müssen einerseits über Gesundheitszustand, Medikation und Therapieplan Bescheid wissen und andererseits Anzeichen und Folgen altersbedingter physio- und

pathologischer Veränderungen sicher erkennen können, um eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und damit Betreuung sicherzustellen. (Geiger, 2011)

Allerdings müssen umgekehrt auch Ärzte und Pflegepersonal in der Lage sein, ein gesundes orales System von einem erkrankten, behandlungsbedürftigen oralen System zu unterscheiden. Dafür sollte bereits in der Ausbildung ein breites Fundament geschaffen werden, auf das dann später mit Fort- und Weiterbildungen aufgebaut werden kann. (Bär et al., 2009)

Da Pflegekräfte - wie auch weiter oben schon erwähnt - zum Thema Mundhygiene meist unzureichend bis gar nicht ausgebildet sind, wurde ein 3-stufiges Konzept entwickelt, bestehend aus einem 45-minütigem Theorieteil, einem direkt anschließenden 90-minütigem Praxisteil mit Demonstrationen und Übungen sowie einer separaten zweiten Übungseinheit, bei der in kleinen Gruppen eine 2-3-stündige Intensivschulung mit Patientenkontakt stattfindet (Bär et al., 2009).

„Mitgliedern der DGAZ wird ein 45-minütiger Vortrag, den Prof. Dr. Benz und OA Dr. Haffner, München, zusammengestellt haben, zu den Versandkosten für diese Schulung bereitgestellt. [...] Weitere Informationen zu diesen Fortbildungsprogrammen sind auf der Homepage der DGAZ (www.dgaz.org) zu finden.“ (Bär et al., 2009)

2.4.5 Prävention für Senioren

Wie in vielen Studien nachgewiesen, dient die Prophylaxe in allen Altersgruppen dem Erhalt gesunder Verhältnisse im orofacialen Bereich und ist bei Kindern und Jugendlichen längst zu festen Bestandteil der zahnmedizinischen Behandlung geworden. Sie bildet aber auch die Basis dafür, immer mehr eigene Zähne im Alter zu haben und diese auch gesund und ohne Beschwerden zu erhalten (Geiger, 2011).

Da aber gerade in den Pflegeheimen eine oftmals mehr als suboptimale Mundhygiene vorliegt und das Pflegepersonal nicht die Zeit und/oder Fähigkeiten zur Mund- und Zahnersatzpflege aufweist (Zenthöfer et al., 2016; Nitschke und Kaschke, 2011), müssen für die Gruppe der pflegebedürftigen Senioren besondere Präventionsmaßnahmen ergriffen werden (Geiger, 2011).

Die verschiedenen Präventionskonzepte umfassen die Kollektivprophylaxe (z.B. Speisesalzfluoridierung), Gruppenprophylaxe (Mundgesundheitsmaßnahmen) und Individualprophylaxe (Oesterreich, 2010; Bizhang und Zimmer, 2012).

„Bei Konzepten für die Oralprophylaxe älterer Menschen muss auch das Thema Kosten-Nutzen-Effektivität (=Effizienz) Berücksichtigung finden. Selbstverständlich ist die Erhaltung oder Wiedererlangung von Gesundheit unser allererstes Ziel, aber wenn dieses Ziel mit verschiedenen Mitteln erreicht werden kann, sind wir als Leistungserbringer des Gesundheitswesens verpflichtet, dies im Sinne der Ressourcenschonung unseres Gemeinwesens mit der effizientesten Maßnahme zu tun.“ (Bizhang und Zimmer, 2012)

Während die Kollektivprophylaxe eine besonders hohe (Kosten-) Effizienz und die Gruppenprophylaxe eine hohe (Kosten-) Effizienz aufweist, muss man festhalten, dass die Individualprophylaxe mit regelmäßigen Zahnreinigungen an Effektivität zwar alle anderen Maßnahmen übertrifft, jedoch auch die mit Abstand teuerste Variante der Prävention darstellt und daher erst zur Anwendung kommen sollte, wenn andere Präventionsformen ohne Erfolg bleiben (Bizhang und Zimmer, 2012).

Wie mobile Prophylaxe bei pflegebedürftigen älteren Menschen erfolgreich umgesetzt werden kann, zeigt z.B. das Projekt „Teamwerk – Zahnmedizin für Menschen mit Behinderungen“ in München, bei dem in Zusammenarbeit mit der AOK Bayern und der Bayerischen Landes Zahnärztekammer das „Duale Konzept“ entstand (Benz und Haffner, 2008). In dem 2002 durch einen Münchner Industriellen finanzierten Projekt konnte früh festgestellt werden, dass Patienten, die zwei- oder dreimal jährlich betreut wurden, eine deutlich schlechtere Mundhygiene aufwiesen als die viermal jährlich betreuten Senioren. Seit 2005 erfolgt die Finanzierung als Modellprojekt der AOK Bayern und ermöglicht so die Untersuchung und Betreuung der teilnehmenden Pflegeheime und Senioren vier Mal jährlich (Benz und Haffner, 2008), mit dem Ziel das Projekt deutschlandweit in Zusammenarbeit mit weiteren Landes Zahnärztekammern und Krankenkassen zu etablieren (Geiger, 2011).

Das oben genannte „Duale Konzept“ umfasst dabei folgende zwei Module:

Im Modul „Prävention“ wird die Schulung der Pflegekräfte zur täglichen Mundhygiene und regelmäßigen Prophylaxebetreuung im Heim durch mobile Prophylaxeteams zusammengefasst.

Das Modul „Therapie“ setzt auf dezentral arbeitende Zahnärzte („Patenzahnärzte“) bei einfachen Behandlungen und Kompetenzzentren mit besonderer zahnmedizinischer und allgemeinmedizinischer Spezialisierung bei komplexeren Behandlungen. (Benz und Haffner, 2008)

3. Material und Methode

3.1 Studienteilnehmer

3.1.1 Befragung von niedergelassenen Zahnärzten

Ende des Jahres 2016 schickte der Zahnärztliche Bezirksverband (ZBV) Oberpfalz dankenswerter Weise auf Bitte des Autors in einem Rundschreiben an seine Mitglieder jeweils eine Ankündigung zur Umfrage und einen Fragebogen zum Thema „Zusammenarbeit mit Pflegeheimen“ und bat gleichzeitig in diesem Rundschreiben um die Beantwortung und Rücksendung des Fragebogens an den Autor. Die Fragebögen wurden analog Briefwahlunterlagen zugesandt, sodass der anonyme Fragebogen in einem anonymen Umschlag in einem zweiten Adressumschlag zurückgeschickt werden konnte. Nach Registrierung des Einganges wurde der anonyme Fragebogensumschlag in eine Urne gesteckt und erst nach Erhalt aller Fragebögen-Umschläge begann die Auswertung.

Der ZBV sandte 691 Fragebögen an seine Mitglieder (niedergelassene Zahnärzte, zahnärztliche Assistenten, angestellte Zahnärzte, Zahnärzte an der Universität Regensburg), von denen 286 beantwortet und zurückgesendet wurden. Möglicherweise haben Praxen z.B. mit angestellten Zahnärzten etc. pro Praxis nur einen Fragebogen ausgefüllt und zurückgesandt. Dies hätte einen indirekten Einfluss auf die Rücklaufquote, kann aber hier nicht verifiziert werden.

Somit ergibt sich bei der Umfrage an die Zahnärzte eine Rücklaufquote von 41,4%.

3.1.2 Befragung der Pflegeheime

Die Umfrage bei den Pflegeheimen richtete sich explizit an Pflegeheime für Senioren, also an Einrichtungen, in denen alte Menschen mit Pflegegrad betreut

werden. Naturgemäß besteht hier ein Großteil der Pflegebedürftigen aus älteren und alten Menschen.

Die Suche nach Pflegeheimen gestaltete sich etwas schwieriger als bei den Zahnärzten, da es im Jahre 2016 keine zugänglichen Daten mit allen Pflegeheimen in der Oberpfalz gab. Da es zudem verschiedene Träger von Alten- bzw. Pflegeheimen gibt und diese zumindest im Jahre 2016 offensichtlich in keinem gemeinsamen Verband organisiert waren, konnte der Autor quasi keine vorgefertigte Liste von Pflegeheimen abfragen.

Vielmehr wurde durch Online-Recherche im Internet www.google.de und auf der Internet-Seite www.pflegeberatung.de eine Umkreissuche um Regensburg/Bernhardswald (Praxisort des Autors) herum mit einem Radius von 50 km (im Jahr 2016 der größtmögliche Suchradius) durchgeführt. Bei diesen verschiedenen Suchstrategien konzentrierte sich der Autor auf Pflegeheime im Regierungsbezirk Oberpfalz/Bayern, allerdings wurden auch Pflegeheime außerhalb der Oberpfalz im näheren Umkreis von Regensburg in die Liste der zu befragenden Heime mit aufgenommen, um die Anzahl der befragten Pflegeheime zu erhöhen. Hierbei wurden 162 Pflegeheim-Adressen gefunden, davon allerdings 12 wieder aussortiert, da es sich hierbei lediglich um Unterabteilungen anderer Heime handelte. Schließlich wurde der Fragebogen an 150 Pflegeheime verschickt. Dabei wurde wie bei den Zahnärzten darauf hingewiesen, dass die Umfrage und Auswertung anonym erfolgen soll. Leider war die Rücksendequote anfangs sehr gering. Deshalb ging der Autor dazu über, alle Pflegeheime nochmals telefonisch zu kontaktieren und mit den Pflegedienstleitern die Fragen persönlich durchzugehen. Auch dies erwies sich oft als sehr schwierig, da die Pflegedienstleiter teilweise nur schwer erreichbar waren. Bei diesen Telefonaten wurde dann u.a. sowohl nach Pflegegraden wie auch den damals zur Einführung bereits geplanten Pflegestufen (siehe Frage 3 Pflegeheime) gefragt.

Von den 150 kontaktierten Pflegeheimen nahmen schließlich 107 an der Umfrage teil. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 71,3%.

Ergänzend ist zu sagen, dass es im Jahre 2016 im Regierungsbezirk Oberpfalz/Bayern 156 Pflegeheime gab (Bayerisches Landesamt für Statistik, 2018).

3.1.3 Überblick Teilnehmer und Rücklaufquote

<u>Statistische Daten zu Pflegeheimen und Zahnärzten in der Oberpfalz im Jahre 2016</u>		
	Pflegeheime	Zahnärzte
Gesamtzahl Oberpfalz	156	691
Ausgesandte Fragebögen	150 *	691
Ausgewertete Fragebögen	107	286
Rücklaufquote	71,3%	41,4%
*: an Pflegeheime in der Oberpfalz und auch außerhalb der Oberpfalz in einem Umkreis von 50km um Regensburg		

Abbildung 11: Überblick Teilnehmer und Rücklaufquote

3.1.4 Aufbau der Fragebögen

Die Fragebögen, welche sich im Anhang dieser Arbeit befinden, sind bei beiden befragten Kollektiven sehr ähnlich aufgebaut, haben neben gleichen Fragen aber auch fachspezifische Anteile und gliedern sich folgendermaßen:

Beide Fragebögen beginnen mit Fragen zu Daten, die uns das befragte Kollektiv besser einschätzen lassen, wie z.B. der Länge der Berufserfahrung, der Größe des Ortes, an dem sich das Heim bzw. die Praxis befinden, die Größe des Heimes und die betreuten Pflegegrade.

Dem schließt sich ein Teil an, in dem Gesundheits- und Wissenszustände in Heimen abgeschätzt werden sollen.

Als nächstes wird die Art der Zusammenarbeit und die Bewertung dieser sowie die Einschätzung der Behandlungsmöglichkeiten in Heim und Praxis abgefragt – der IST-Zustand.

Zuletzt wird abgefragt, wie eine zahnärztliche Betreuung von Pflegebedürftigen in Heimen zukünftig aussehen sollte – der SOLL-Zustand.

3.2 Art der Datenerfassung und Datenschutz

3.2.1 Datenschutz

Wie oben bereits erwähnt, wurden die Fragebögen analog zu Briefwahlunterlagen zugesandt, sodass der anonyme Fragebogen in einem anonymen Umschlag in einem zweiten Adressumschlag zurückgeschickt werden konnte. Nach Registrierung des Einganges wurde der anonyme Fragebogensumschlag in eine Urne gesteckt und erst nach Erhalt aller Fragebögen-Umschläge begann die Auswertung.

Da die Befragung mittels anonymisierten Fragebogens bei den Pflegeheimen nicht klappte, wurden zur Wahrung der Anonymität die telefonisch erhobenen Daten ebenfalls ohne Vermerk des beantwortenden Heimes auf dem Fragebogen notiert und lediglich die Teilnahme des Heimes auf einer Liste abgehakt. Die Auswertung der Bögen lässt somit keine Zuordnung eines Bogens zu einem teilnehmenden Pflegeheim zu.

3.2.2 Zur Auswertung der Umfragen

Sämtliche Antworten aller Pflegeheim-Fragebögen sowie aller Zahnärzte-Fragebögen wurden manuell ausgewertet und separat für Pflegeheime bzw. für Zahnärzte getrennt als Rohdaten in eine Pflegeheim-Excel-Datei bzw. in eine Zahnarzt-Excel-Datei übertragen. Dabei wurden einige wenige unklare Antworten verworfen und nur eindeutige Antworten in die jeweilige Excel-Datei übernommen. Pro Pflegeheim bzw. Zahnarzt steht eine Zeile zur Verfügung, während in den Spalten die jeweiligen Antworten aufgelistet werden. Diese beiden Primärtabellen sind sehr umfangreich und können hier nicht wiedergegeben werden.

Abbildung 12 zeigt ein Musterbeispiel eines kleinen Teils einer Primärtabelle. Wenn bei einer Frage Mehrfachantworten möglich waren, so gibt es in der Zeile des Pflegeheimes bzw. des Zahnarztes eine Zelle mit allen Antworten des Teilnehmers pro Frage (kombinierte Mehrfachantworten). Diese kombinierten Mehrfachantworten wurden dann mit Hilfe eines Excel-Tools („*Text in Spalten*“) in Einzel-Teilantworten aufgespalten. Gab es keine Möglichkeiten zu

Mehrfachantworten, dann werden die Einzelantworten direkt aus der entsprechenden Zelle ausgewertet.

Teilnehmer	Kombinierte					
	Mehrfachantworten Frage XX	Einzel-Teilantworten Frage XX			Einzelantworten XY	
	Frage XX	Frage XX	Frage XX	Frage XX	Frage XY	Frage XZ
1	1,2,3	1	2	3	2	...
2	2,4,7	2	4	7	4	...
3	1,3	1	3		2	...
4	3	3			1	...
5	2,4,6	2	4	6	5	...
6	1,2,6	1	2	6
...
...
...
...

Musterbeispiel einer Primärtabelle (fiktive Werte)
 Bei Frage XX gab es Mehrfachantworten, wobei hier die kombinierten Mehrfachantworten sowie die Einzelantworten ausgewertet wurden.
 Bei Frage XY gab es nur die Möglichkeit einer Antwort, also nur Einzelantworten

Abbildung 12: Musterbeispiel Primärtabelle

Mit Excel-eigenen Tools („Ersetzen“) wurden die beiden Primärtabellen auf fehlerhafte Eingaben überprüft bzw. korrigiert. In einem zweiten Schritt wurden dann die Einzelantworten/Einzelteilantworten bzw. die kombinierten Mehrfachantworten (Ermitteln aller Kombinationen von Antworten mit „Duplikate entfernen“) ausgewertet, indem mit Hilfe von in Excel integrierten Formeln („Zählenwenn“) für jede Frage sowohl die betreffenden Einzelantworten/Einzelteilantworten wie auch die kombinierten Mehrfachantworten aufaddiert und die Ergebnisse pro Frage in jeweils eine weitere Sekundärtabelle überführt wurden. Sowohl für die Pflegeheim-Fragebögen als auch die Zahnärzte-Fragebögen gibt es pro Frage eine Sekundärtabelle sowohl für die Einzelantworten wie auch – wenn Mehrfachantworten möglich waren - eine Sekundärtabelle für kombinierte Mehrfachantworten. In jeder Sekundärtabelle kann man die absolute Zahl der

Einzelantworten bzw. der kombinierten Mehrfachantworten sowie deren prozentuale Verteilung ablesen.

In der Abbildung 13 sieht man ein Original-Beispiel einer Sekundärtabelle aus der Auswertung der Zahnärzte-Fragebögen. Im unteren Teil sieht man die Auswertung der kombinierten Mehrfachantworten.

Fragebogen Zahnärzte - Frage 12: Besteht ein Kooperationsvertrag?			
Zählkriterium	Abs. Zahl	Prozent	
1 Ja	26	9,1%	
2 Nein	14	4,9%	
3 Nein, möchte ich nicht	121	42,3%	
4 Nein, möchte Heim nicht	26	9,1%	
5 Nein, kenne ich nicht	99	34,6%	
6 Nein, aber geplant	4	1,4%	
- keine Antwort	3	1,0%	
12. Kombinierte Antworten			
Zählkriterium	Abs. Zahl	Prozent	
1	26	9,1%	
2	14	4,9%	
3	114	39,9%	
4	21	7,3%	
5	97	33,9%	
6	4	1,4%	
3,4	5	1,7%	
3,5	2	0,7%	
-	3	1,0%	

Abbildung 13: Beispiel Sekundärtabelle

Diese Sekundärtabellen wurden wiederum jeweils in Excel-Balken-Diagramme zur visuellen Verdeutlichung der Ergebnisse überführt. Wo es sinnvoll ist, insbesondere im Vergleich der Antworten von Pflegeheimen und Zahnärzten, wurden aus diesen Sekundärtabellen Mittelwerte, Standardabweichung, Signifikanz und Verteilung errechnet.

3.2.3 Zur Auswertung der Ergebnisse

Wie bereits oben erwähnt, wurden die Sekundärtabellen zur besseren Auswertbarkeit in Balken-Diagramme überführt. Je nach Fragestellung waren entweder nur eine Antwort oder auch Mehrfachantworten möglich. In der folgenden Auswertung wird aus der Fragestellung heraus entschieden, ob es sinnvoll ist entweder nur die Einzel-/Teil-Antworten oder zusätzlich die kombinierten Mehrfachantworten auszuwerten. Dies wird für jede Frage beschrieben. In den meisten Fällen werden die Einzel-/Teil-Antworten ausgewertet.

Mittelwert, Standardabweichung, Signifikanz und Verteilung beziehen sich auf die Werte der Y-Achse in den Diagrammen. Antwort 1 ist immer die unterste Antwort, die Antwortnummer steigt von unten nach oben. Ein Mittelwert von beispielsweise 2,5 bedeutet, dass der Mittelwert exakt zwischen Antwort 2 und Antwort 3 liegt. Der Wert der Standardabweichung bezieht sich ebenfalls auf Antwortnummern.

3.2.3.1 Mehrfachantworten

Bei der Auswertung der Diagramme wird unterhalb der Diagramme darauf hingewiesen, wenn auf die Frage Mehrfachantworten möglich waren.

Bei möglichen Mehrfachantworten ergibt sich folgende Problematik:

Die prozentuale bzw. absolute Auswertung von Fragen, bei denen Mehrfachantworten möglich waren, ist schwierig, da z.B. eine Mehrfachantwort nicht wiedergibt, in welchem Verhältnis diese Antworten zueinander stehen. So wäre es z.B. möglich, dass alle Befragten angegeben hätten, dass sowohl Antwort 1 und 4 zutrifft. Die Auswertung ergäbe 100% Antwort 1 und 100% Antwort 4. Möglicherweise meinten aber die Befragten, dass z.B. Antwort 1 in 10% der Fälle stimmt, während Antwort 4 z.B. in 90% der Fälle stimmt. Dies ist bei der Auswertung von Mehrfachantworten auf eine Frage zu bedenken.

Waren Mehrfachantworten auf eine Frage möglich, so steht unter dem Diagramm der Satz: „Hier waren Mehrfachantworten möglich (siehe *1 Seite 52,53)“

*1 bedeutet also: „Bei der Auswertung muss unbedingt bedacht werden, dass die absolute Zahl bzw. Prozentzahl des Einzelwertes keinen klaren

Hinweis auf die tatsächliche Häufigkeit der Aussage der Einzelantwort in der täglichen Praxis der Pflegeheime bzw. Zahnärzte gibt. Der Wert hinter dem Balken sagt lediglich, wie viele Pflegeheime bzw. Zahnärzte (absolut bzw. prozentual) diese Aussage bejahen können. Wenn beispielsweise ein Pflegeheim oder Zahnarzt zwei Antwortmöglichkeiten auf eine Frage bejaht, wird hier noch keine Aussage über das Verhältnis der Häufigkeiten beider Aussagen in der täglichen Praxis des Pflegeheimes bzw. Zahnarztes getroffen.“

3.2.3.2 Nicht ins Schema passende Antworten

Weiterhin kam es bei den Antworten der Pflegedienstleiter, aber auch bei den Zahnärzten relativ häufig vor, dass Antworten nicht exakt im Schema der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten gegeben wurden. Nehmen wir als Beispiel Frage 13 Pflegeheime: Der Autor gab hier nur die Möglichkeiten „sehr gut“, „gut“, „befriedigend“, „ausreichend“, „mangelhaft“, „ungenügend“ und „keine Zusammenarbeit“ vor. Allerdings wurde hier vielfach auch zwischen zwei Antworten (Notenstufen) angekreuzt, so dass der Autor genötigt war auch Zwischenstufen wie „sehr gut bis gut“ oder „gut bis befriedigend“ etc. in die Auswertung mit aufzunehmen (dies war der Fall bei den Fragen 4,5,6,7,13 an die Pflegeheime und den Fragen 6,7,8,10,19,20 an die Zahnärzte).

Diese handschriftlichen Antworten wurden auf eine Eignung zur Aufnahme in die Wertung überprüft und, wenn möglich, integriert bzw. das Antwortschema angepasst. Antworten, die sich nicht in irgendeiner Weise mit der Frage in Einklang bringen ließen, wurden als nicht beantwortet gewertet.

Mit Antworten, die unter „Sonstiges“ gegeben wurden, wurde ebenso verfahren.

Somit gibt es bei einigen Fragen Antworten, welche nicht als Antwortmöglichkeit vorgegeben waren.

Wurde bei einer Frage die Antwort „Weiß ich nicht“ gegeben oder die Frage nicht normgemäß beantwortet, so steht unter dem Diagramm der Satz: „**Rot markierte Antwortbalken werden nicht zur Berechnung der Statistik herangezogen (siehe *2 Seite 53,54)**“

*2 bedeutet also: Nicht ins Schema passenden Antworten genauso wie z.B. Antworten wie „weiß ich nicht“ etc. wurden bei der Berechnung des Mittelwertes, der Standardabweichung, der Signifikanz und Frage nach Normalverteilung nicht berücksichtigt und mit Excel-Tools („Ersetzen“) eben bei dieser Berechnung wieder entfernt.

3.2.3.3 Rundungsdifferenzen

Da in den Diagrammen zur besseren Übersicht bei den Prozentangaben mit maximal einer Nachkommastelle gearbeitet wurde, kann es bei der Addition der Prozentwerte von Antworten, wo nur eine Antwortmöglichkeit gegeben war, zu Rundungsdifferenzen kommen.

3.2.3.4 Statistische Verfahren

Die statistischen Auswertungen wurden mit dem Programm IBM SPSS 25 durchgeführt.

Für die Signifikanzbestimmungen wurde der t-Test bei unabhängigen Stichproben angewendet. Als Signifikanzniveau wurde $P < 0,05$ angenommen.

4. Zielsetzung der Studie

Ziel dieser Untersuchung war es die Zusammenarbeit zwischen Zahnärzten und Pflegeheimen bei der Betreuung pflegebedürftiger Menschen mit den Augen beider Parteien zu sehen, um Reibungspunkte und Schwachstellen auf beiden Seiten auszumachen sowie Verbesserungspotentiale zu erkennen oder erfolgreiche Ansätze auszubauen.

5. Ergebnisse

5.1 Auswertung Pflegeheime

Frage 1: Wie viele Bewohner gibt es in Ihrer Einrichtung?

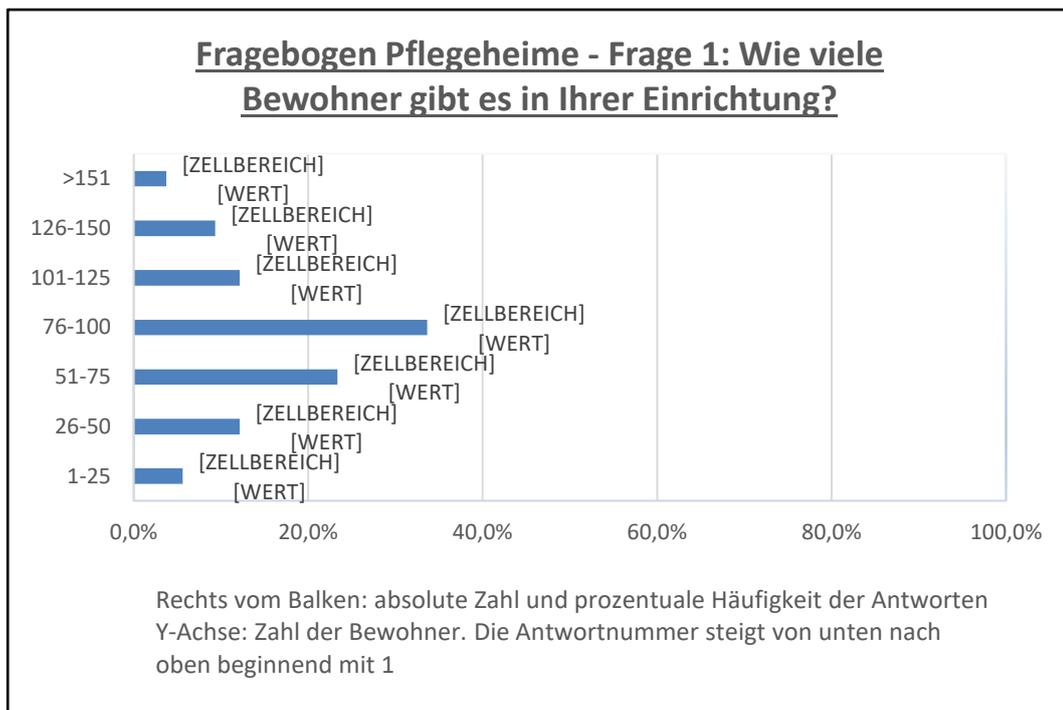


Abbildung 14: Pflegeheime Frage 1

Der Mittelwert der Antworten liegt bei 3,78 (zwischen „51-75“ und „76-100“ Bewohnern).

Die Standardabweichung ist 1,42.

Kleine Heime bis 50 Bewohner sind mit 17,7% vertreten.

Mittelgroße Heime mit 51-100 Bewohner machen mit 57% den größten Teil aus.

25 sind große Heime mit über 100 Bewohnern.

Es handelt sich um eine Normalverteilung.

Im Zentrum der Verteilungskurve liegt mit 33,6% der Pflegeheime eine Bewohnerzahl von 76-100.

Frage 2: Wie viele Einwohner hat der Ort, an dem Ihre Pflegeeinrichtung lokalisiert ist?

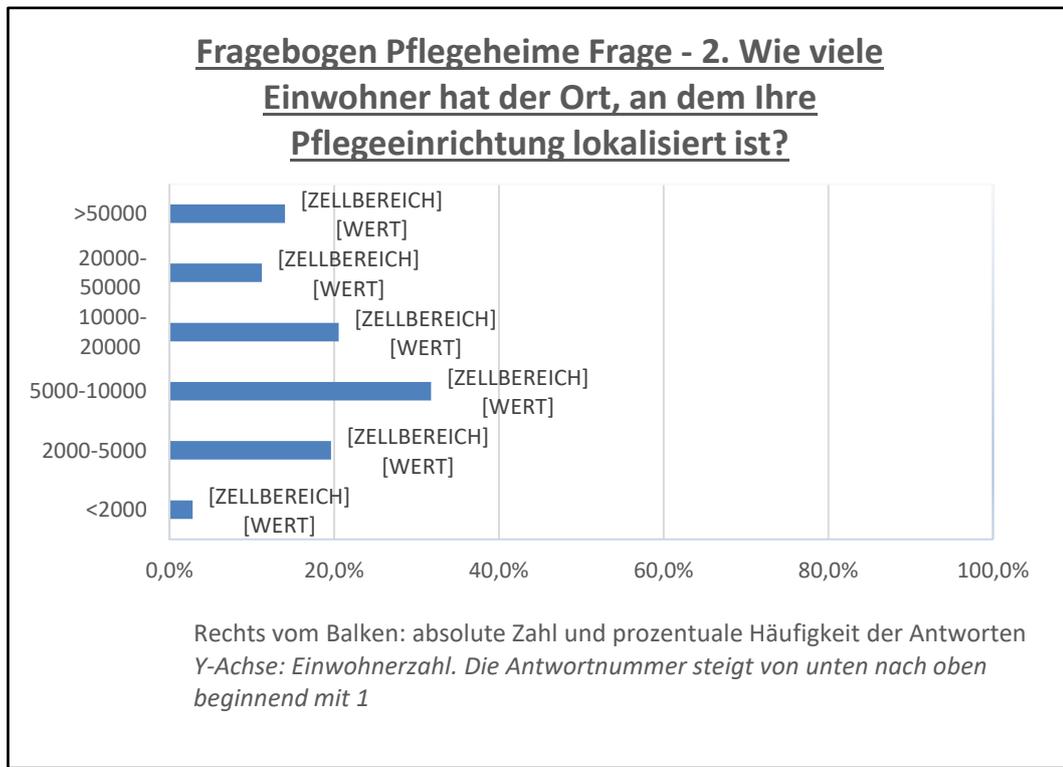


Abbildung 15: Pflegeheime Frage 2

Der Mittelwert der Antworten liegt bei 3,60 (zwischen „5000-10000“ und „10000-20000“ Einwohnern).

Die Standardabweichung ist 1,37.

72 Prozent aller Pflegeheime sind in Orten mit einer Einwohnerzahl zwischen 2000-20000 lokalisiert, sodass sich ein Großteil der Pflegeheime eher in einer ländlichen bzw. kleinstädtischen Region befindet. Nur 14% aller untersuchten Pflegeheime sind in Städten mit mehr als 50000 Einwohnern.

Aufgrund der Wahl der Skala zur Bestimmung der Ortsgröße lässt sich keine Normverteilung berechnen. Jedoch scheinen die Heime im ländlichen Bereich quasi normverteilt zu sein.

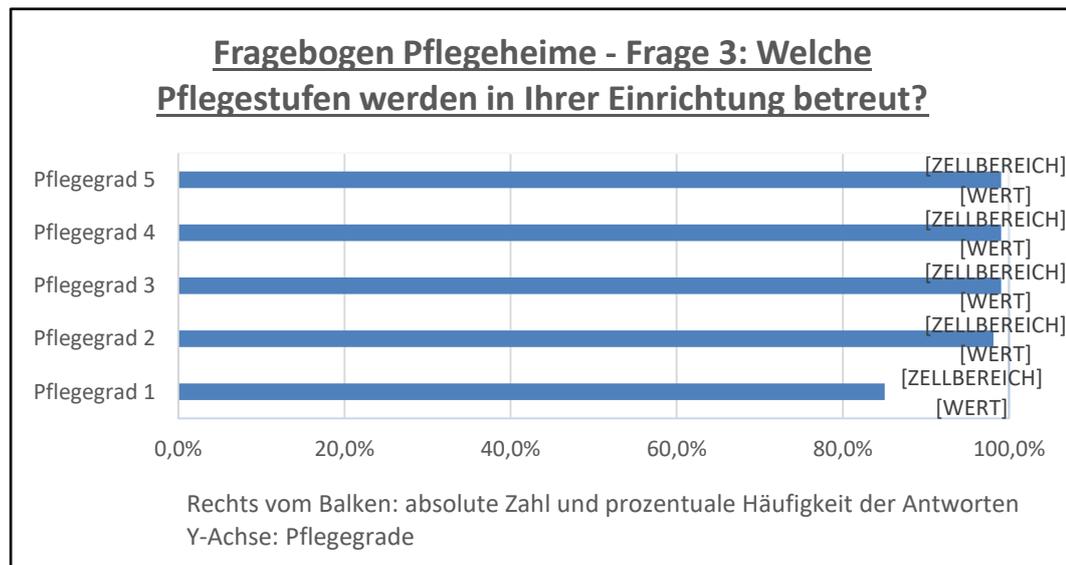
Frage 3: Welche Pflegestufen werden in Ihrer Einrichtung betreut?

Abbildung 16: Pflegeheime Frage 3

„Hier waren Mehrfachantworten möglich (siehe *1 Seite 52,53)“

(Hinweis: Es wurde bei der telefonischen Umfrage, die startete als es noch Pflegestufen gab, bereits nach den später betreuten Pflegegraden gefragt).

85 % aller Pflegeheime betreuen alle Pflegegrade von 1-5.

In 99% der Pflegeheime werden die Pflegegrade 3-5 betreut und in 98% die Pflegegrade 2-5.

Pflegegrad 1 hingegen wird in lediglich 85 % der Pflegeheime betreut.

Frage 4: Wie schätzen Sie die Mundgesundheitsituation der Bewohner Ihrer Einrichtung ein?

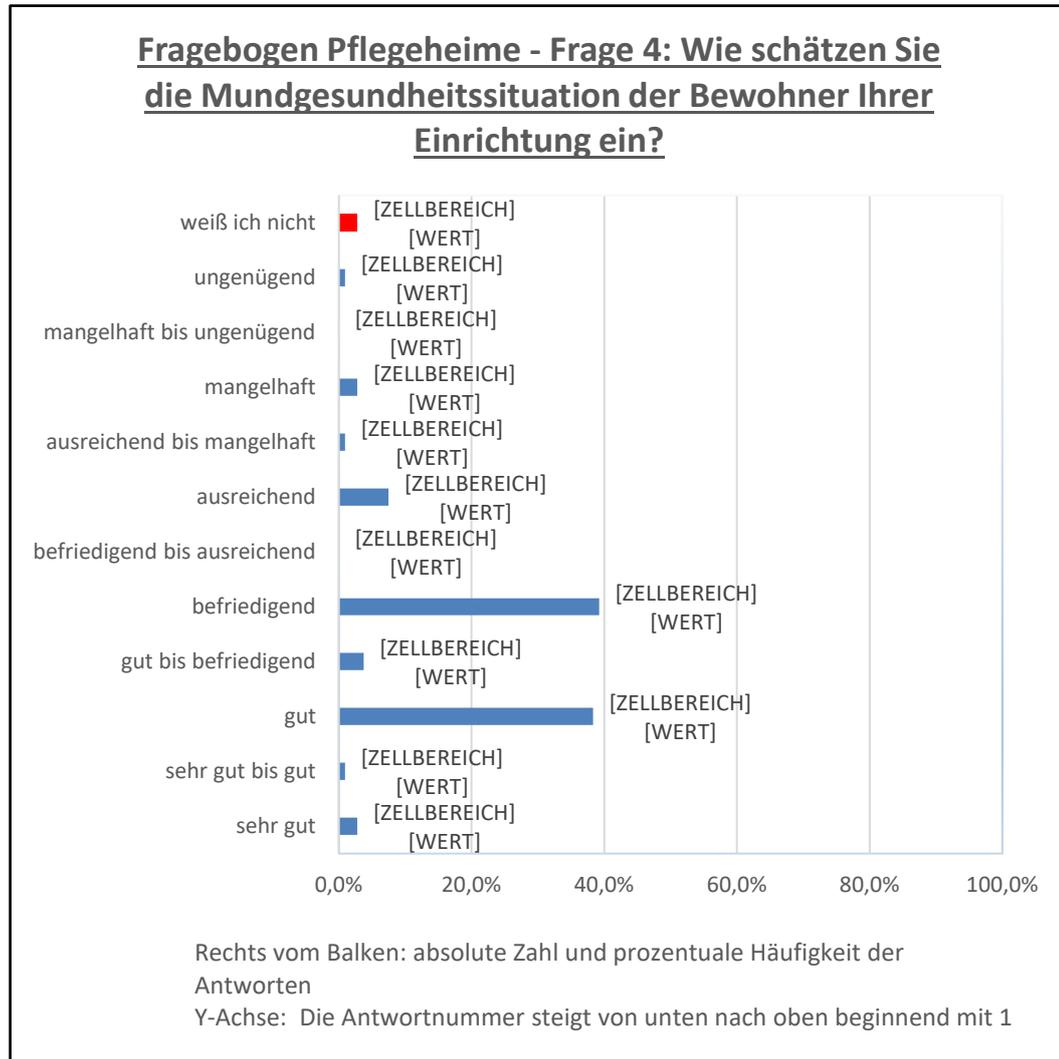


Abbildung 17: Pflegeheime Frage 4

„Rot markierte Antwortbalken werden nicht zur Berechnung der Statistik herangezogen (siehe *2 Seite 53,54)“

Der Mittelwert der Antworten liegt bei 4,38 (zwischen „gut bis befriedigend“ und „befriedigend“).

Die Standardabweichung liegt bei 1,73.

Es handelt sich um eine Normalverteilung.

81,3% schätzen die Mundgesundheitsituation ihrer Bewohner in einem Bereich von „gut“ bis „befriedigend“ ein und 42% bewerten diese gar mit „sehr gut“ bis „gut“. Somit wird von 85 % der Pflegedienstleitern die Mundgesundheitsituation ihrer Bewohner in einem Bereich von „sehr gut“ bis „befriedigend“ eingeschätzt.

Frage 5: Wie schätzen Sie die Mundgesundheitsituation in Pflegeheimen generell ein?

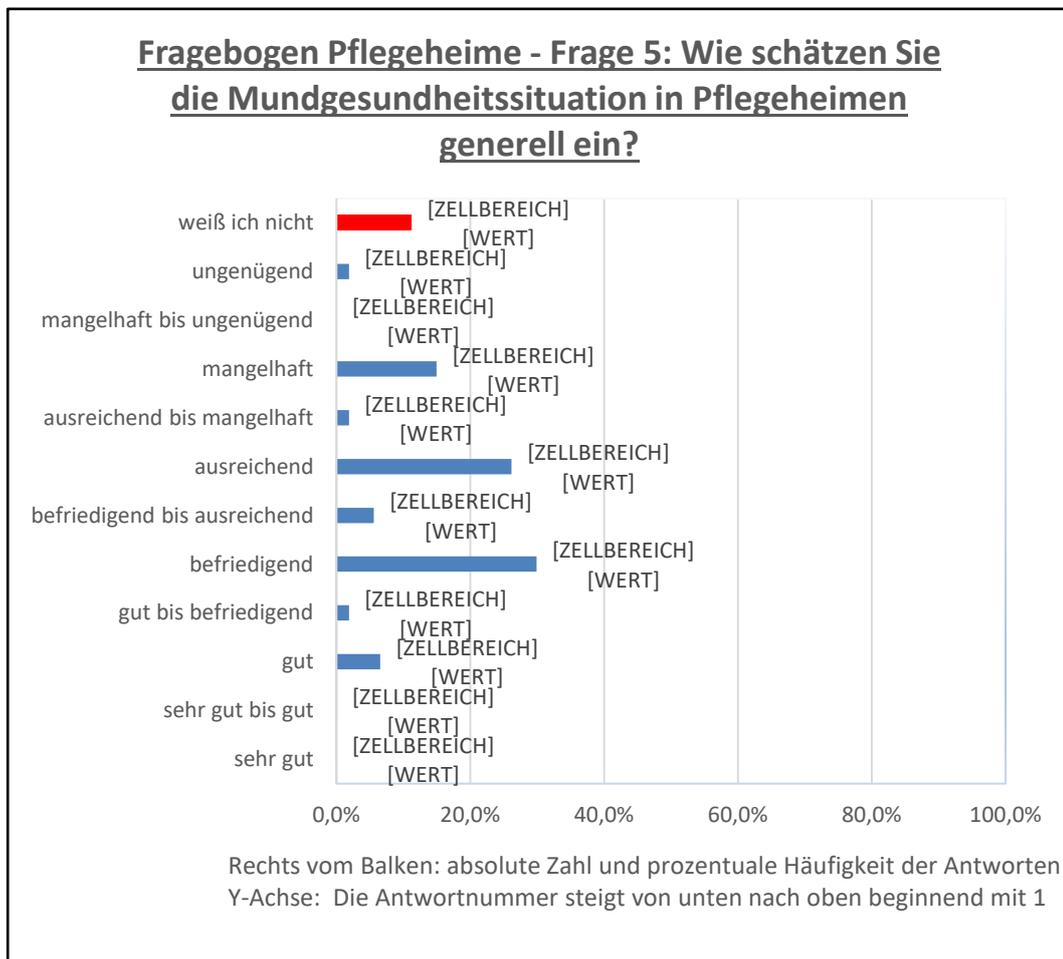


Abbildung 18: Pflegeheime Frage 5

„Rot markierte Antwortbalken werden nicht zur Berechnung der Statistik herangezogen (siehe *2 Seite 53,54)“

Der Mittelwert der Antworten liegt bei 6,35 (zwischen „befriedigend bis ausreichend“ und „ausreichend“).

Die Standardabweichung liegt bei 1,84.

Es handelt sich um eine Normalverteilung.

Die generelle Mundgesundheitsituation in Pflegeheimen wird nur in 6,5% der Fälle in einem Bereich von „sehr gut“ bis „gut“ eingeschätzt („sehr gut“ 0%).

In 78,6 % wird sie zwischen „befriedigend“ und „mangelhaft“ eingeschätzt.

Frage 6: Wie schätzen Sie die Kenntnisse des Pflegepersonals Ihrer Einrichtung bzgl. der Mundhygienesituation der Heimbewohner ein?

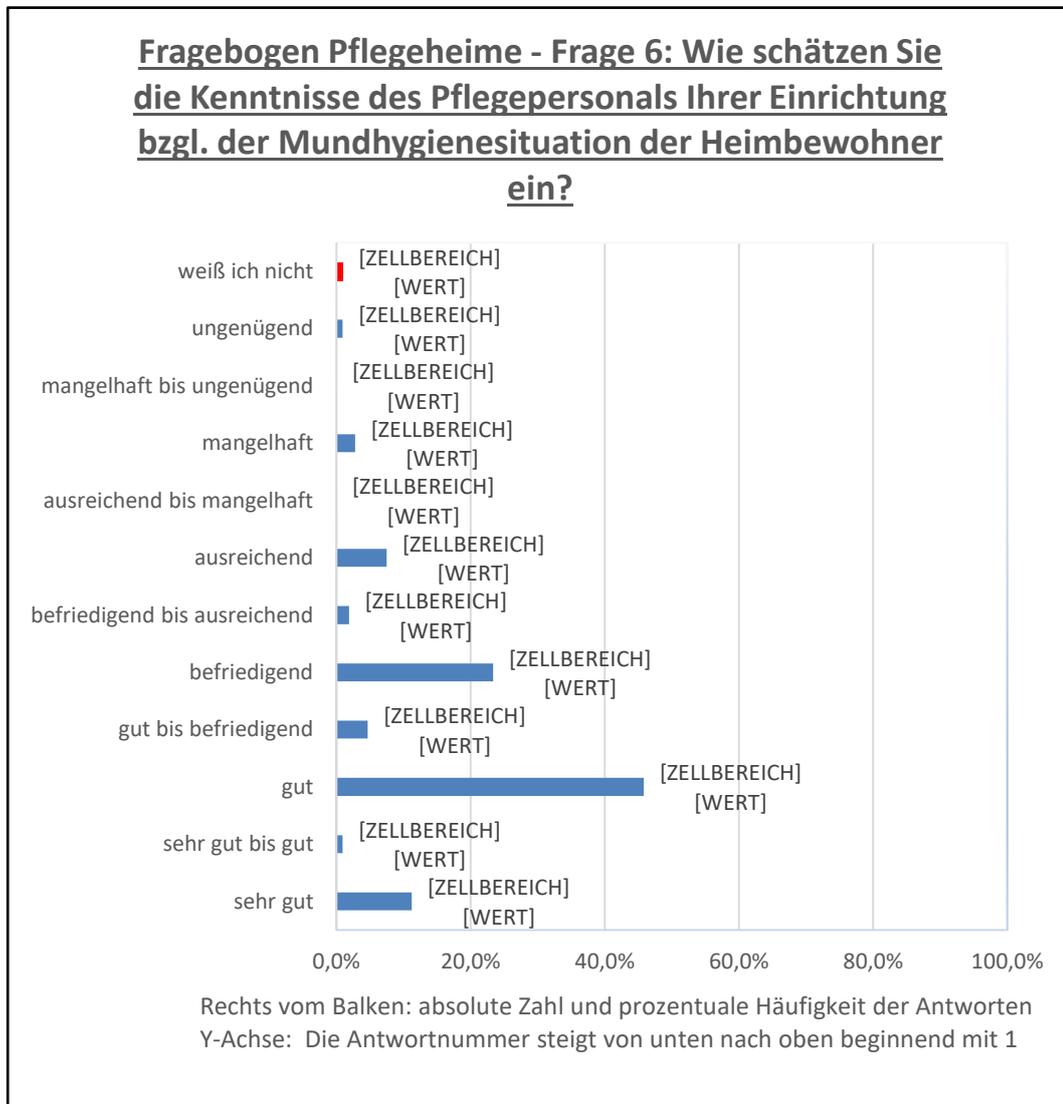


Abbildung 19: Pflegeheime Frage 6

„Rot markierte Antwortbalken werden nicht zur Berechnung der Statistik herangezogen (siehe *2 Seite 53,54)“

Der Mittelwert der Antworten liegt bei 3,89 (zwischen „gut“ und „gut bis befriedigend“).

Die Standardabweichung liegt bei 1,91.

Es handelt sich um eine Normalverteilung.

Die Pflegedienstleiter schätzen die Kenntnisse des Pflegepersonals Ihrer eigenen Einrichtung zu knapp 46% als „gut“ und in 86 % der Fälle in einem Bereich zwischen „sehr gut“ bis „befriedigend“ ein.

Frage 7: Wie beurteilen Sie die Kenntnisse Ihres Pflegepersonals bzgl. des Einflusses der Mundhygiene auf Allgemeinerkrankungen und umgekehrt?

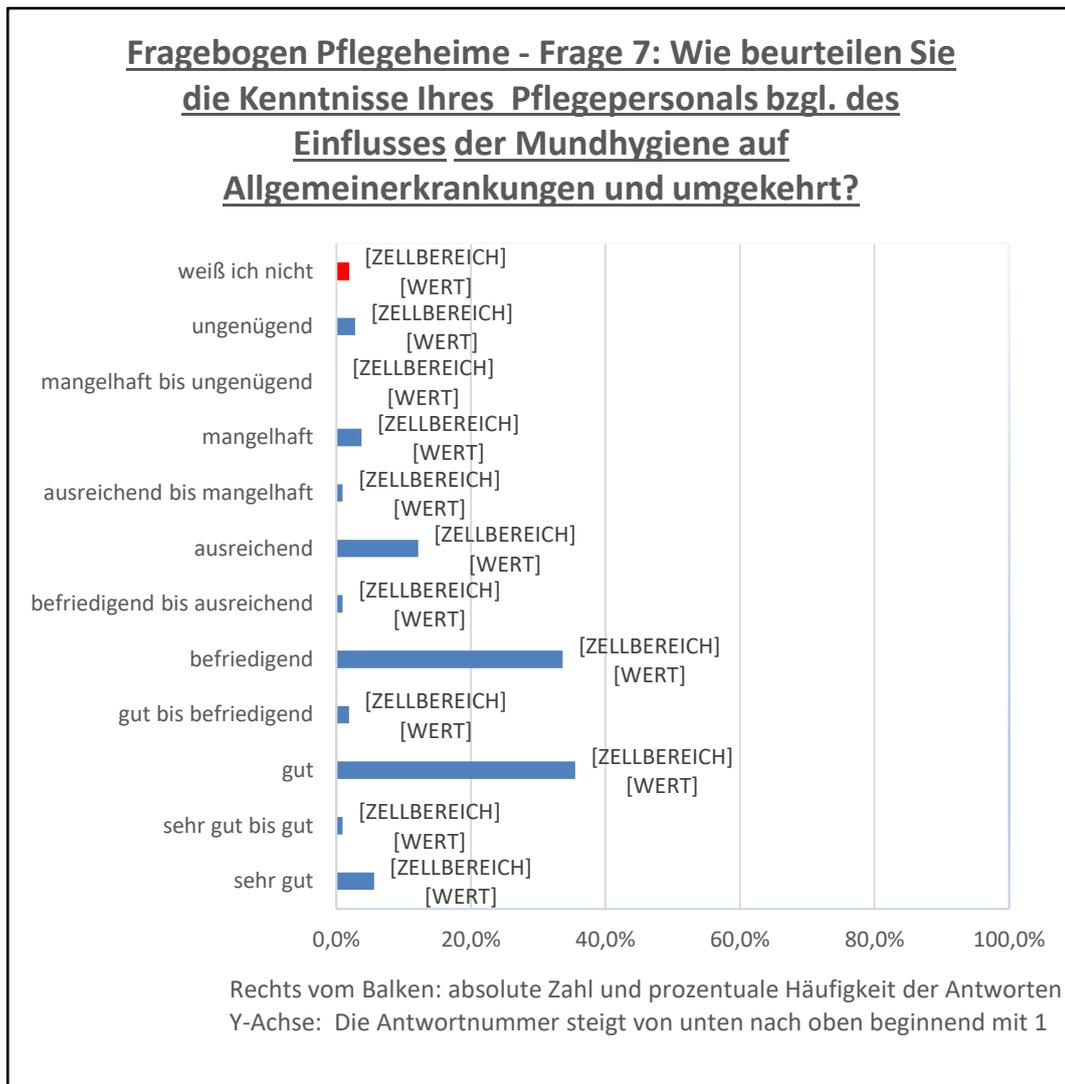


Abbildung 20: Pflegeheime Frage 7

„Rot markierte Antwortbalken werden nicht zur Berechnung der Statistik herangezogen (siehe *2 Seite 53,54)“

Der Mittelwert der Antworten liegt bei 4,61 (zwischen „gut bis „befriedigend“ und „befriedigend“).

Die Standardabweichung liegt bei 2,13.

Es handelt sich um eine Normalverteilung.

Die Pflegedienstleiter schätzen die Kenntnisse des Pflegepersonals Ihrer eigenen Einrichtung zu etwa 6% als „sehr gut“ und in 77,5 % der Fälle in einem Bereich zwischen „sehr gut“ bis „befriedigend“ ein.

Frage 8: Wie viel Zeit steht Ihrem Personal für die tägliche Zahnpflege und Zahnersatzreinigung pro Heimbewohner zur Verfügung?

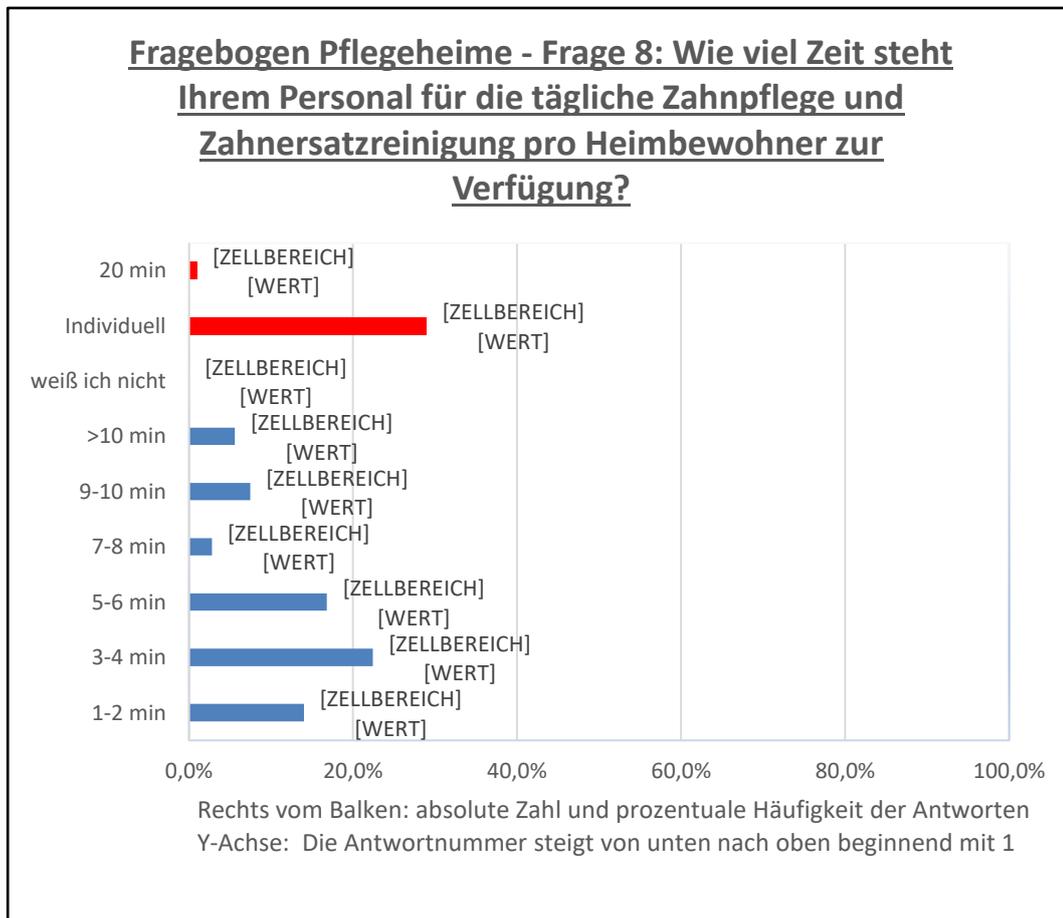


Abbildung 21: Pflegeheime Frage 8

„Rot markierte Antwortbalken werden nicht zur Berechnung der Statistik herangezogen (siehe *2 Seite 53,54)“

Der Mittelwert der Antworten liegt bei 2,79 (zwischen „3-4 min“ und „5-6 min“).

Die Standardabweichung liegt bei 1,55

Die Antwort „20min“ wurde den Antworten „>10min“ zugerechnet.

Die Antworten der Pflegedienstleiter zeigen hier eine etwas breitere Verteilung mit Häufung bei „3-4min“. Bei 14% der Pflegeheime stehen dem Personal ca. 1-2 min pro Bewohner für die tägliche Zahn- und Zahnersatzpflege zur Verfügung. Bei knapp 40% der Pflegeheime stehen 3-6 min zur Verfügung. Nur 5,6% der Pflegeheime verwenden mehr als 10 min täglich für die Zahn- bzw. Zahnersatzpflege Ihrer Bewohner.

Frage 9: Wie viele der pflegebedürftigen Heimbewohner kooperieren gut bei der täglichen Mundhygiene und Zahnersatzreinigung?

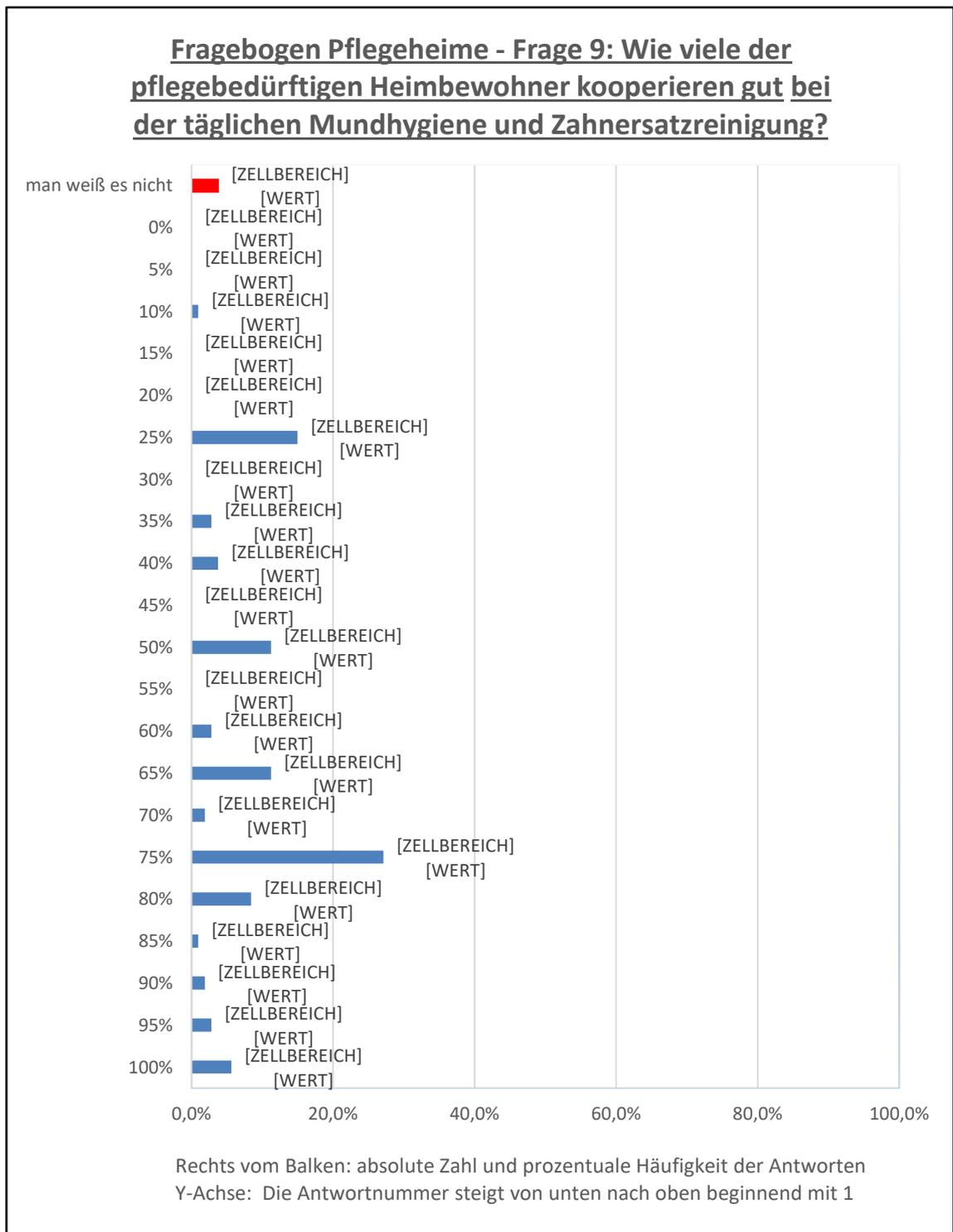


Abbildung 22: Pflegeheime Frage 9

„Rot markierte Antwortbalken werden nicht zur Berechnung der Statistik herangezogen (siehe *2 Seite 53,54)“

Der Mittelwert der Antworten liegt bei 8,53 (zwischen „65%“ und „60%“ gute Kooperation).

Die Standardabweichung liegt bei 4,52.

Hier liegt keine Normalverteilung vor.

Die vorgegebenen Antworten waren Brüche (z.B. 1/4, 1/3, 1/2 usw.), da aber sehr viele Antworten in Prozentangaben gegeben wurden, rechnete der Autor alle Antworten der Einfachheit halber in Prozentangaben um.

Die Antworten sind breit gestreut, entsprechend ist auch die Standardabweichung hoch. Analog dem Mittelwert der Antworten bei „60 % guter Kooperation“ bedeutet dies, dass in den meisten Pflegeheimen mehr als die Hälfte der Bewohner gut bei Mundhygiene bzw. Zahnersatzreinigung kooperieren.

Frage 10: Zu welchen zahnmedizinischen Themen wird Ihr Pflegepersonal unterwiesen oder fortgebildet und in welchen Abständen?

(Diese Frage ist unterteilt in 4 fachliche Unterabschnitte)

Frage 10a: Kariesentstehung/Kariesprophylaxe

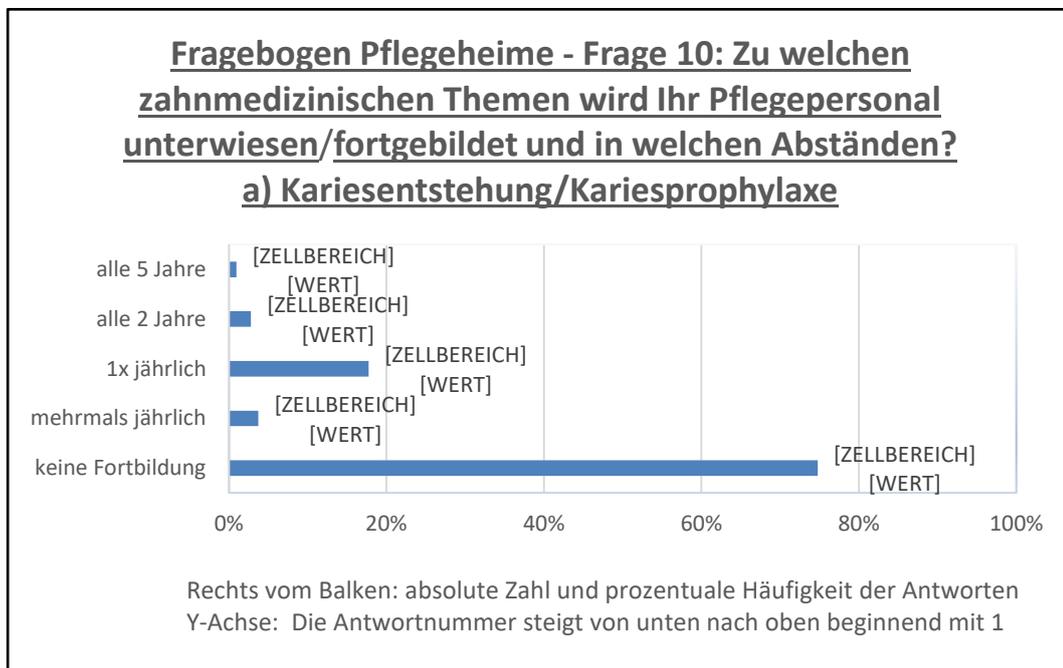


Abbildung 23: Pflegeheime Frage 10a

Die Antwort „keine Fortbildung“ sticht mit 75% der Fälle hervor.

Frage 10b: Parodontitis/Parodontitisprophylaxe

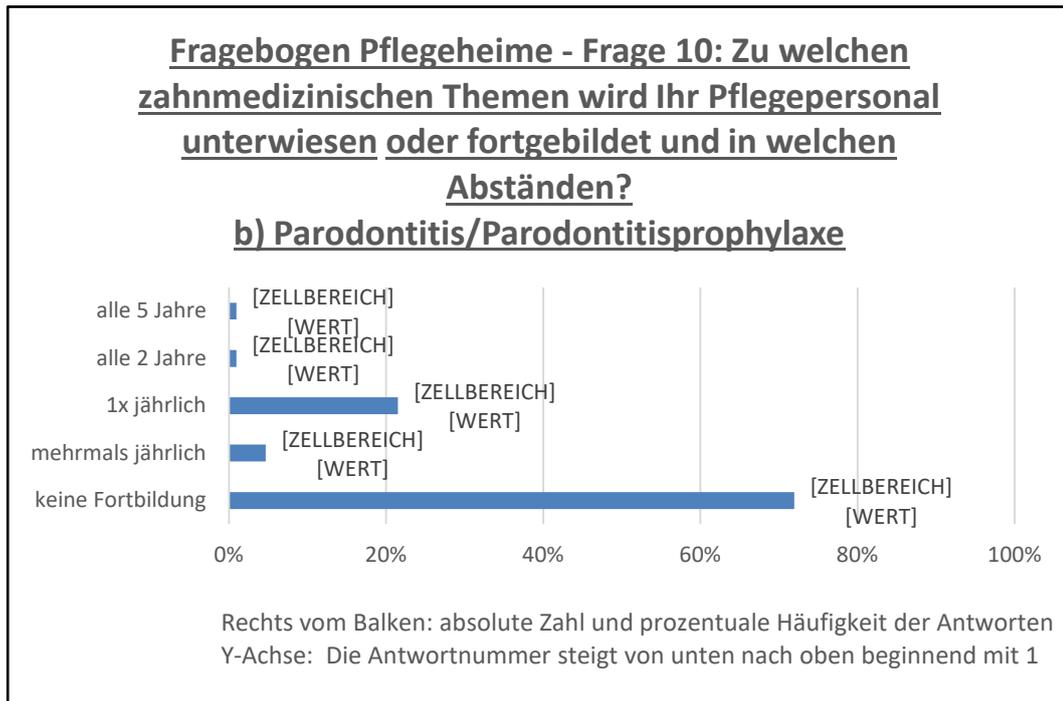


Abbildung 24: Pflegeheime Frage 10b

Die Antwort „keine Fortbildung“ sticht mit 72% der Fälle hervor.

Frage 10c: Reinigung von Zahnersatz und Kontrolle der Funktion von Zahnersatz

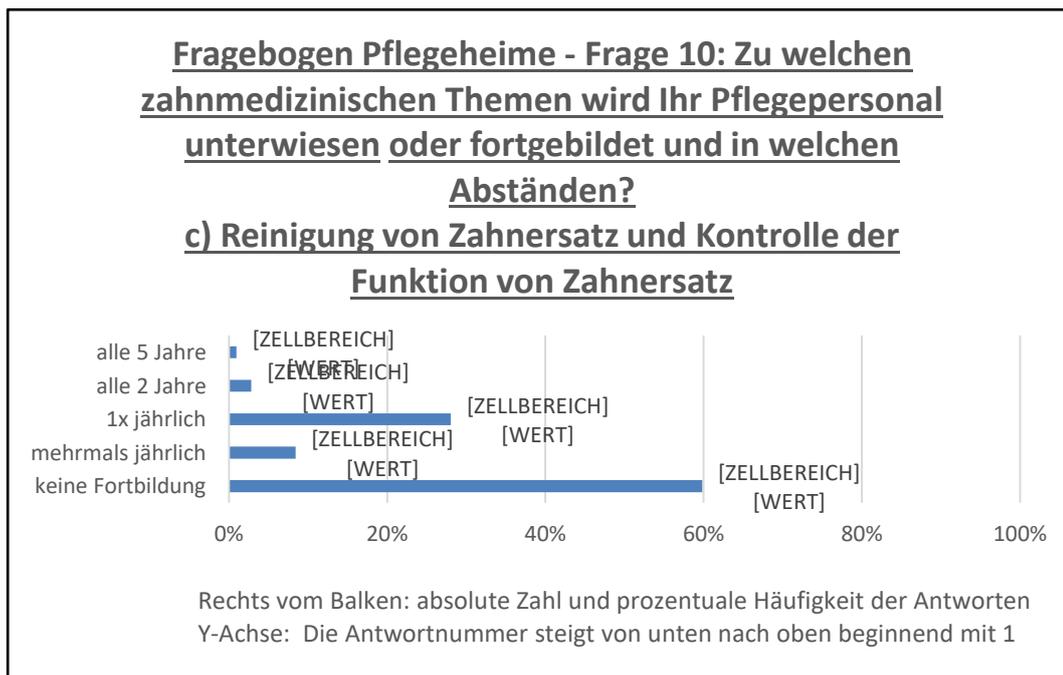


Abbildung 25: Pflegeheime Frage 10c

Die Antwort „keine Fortbildung“ sticht mit 60% der Fälle hervor.

Frage 10d: Wechselwirkungen zwischen Mundgesundheit und Allgemeinerkrankungen

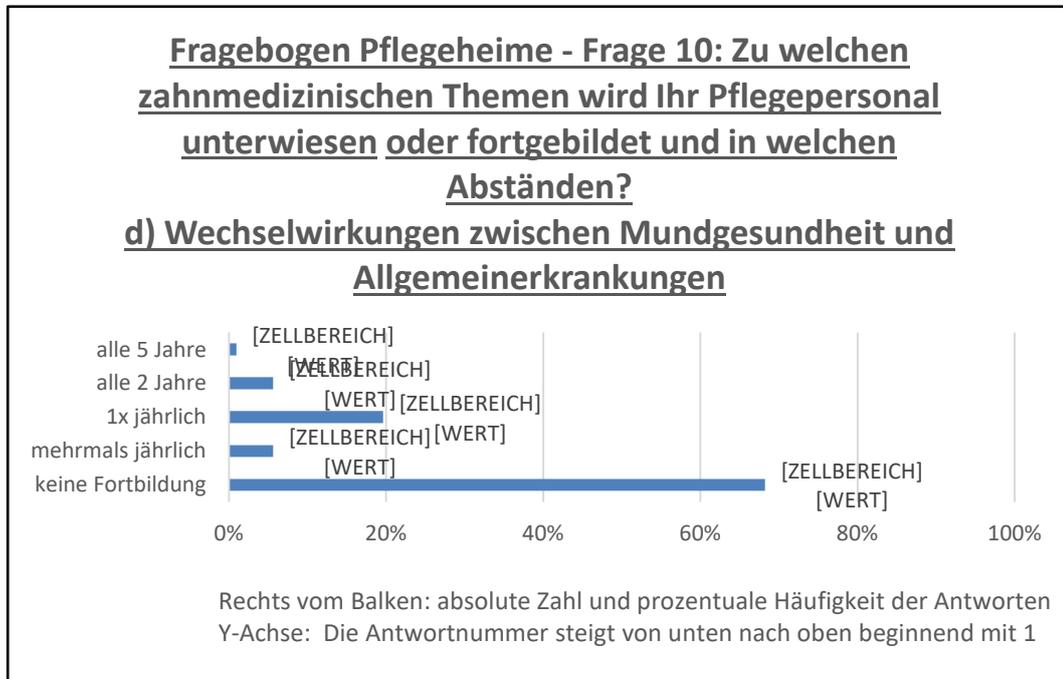


Abbildung 26: Pflegeheime Frage 10d

Die Antwort „keine Fortbildung“ sticht mit 68% der Fälle hervor.

In der folgenden Abbildung 27 wird eine Zusammenfassung der Auswertungen der Fragen 10a bis 10d dargestellt. Hieraus ergibt sich, dass ca. 70 % der Pflegeheime generell keine Fortbildung für ihr Personal durchführen bzw. durchführen können. Ein kleiner Teil, also ca. 20 %, führt jährliche Fortbildungen in den abgefragten zahnmedizinischen Bereichen durch und nur unter 10 % aller Pflegeheime bilden das Pflegepersonal mehrmals im Jahr zu zahnmedizinischen Themen fort.

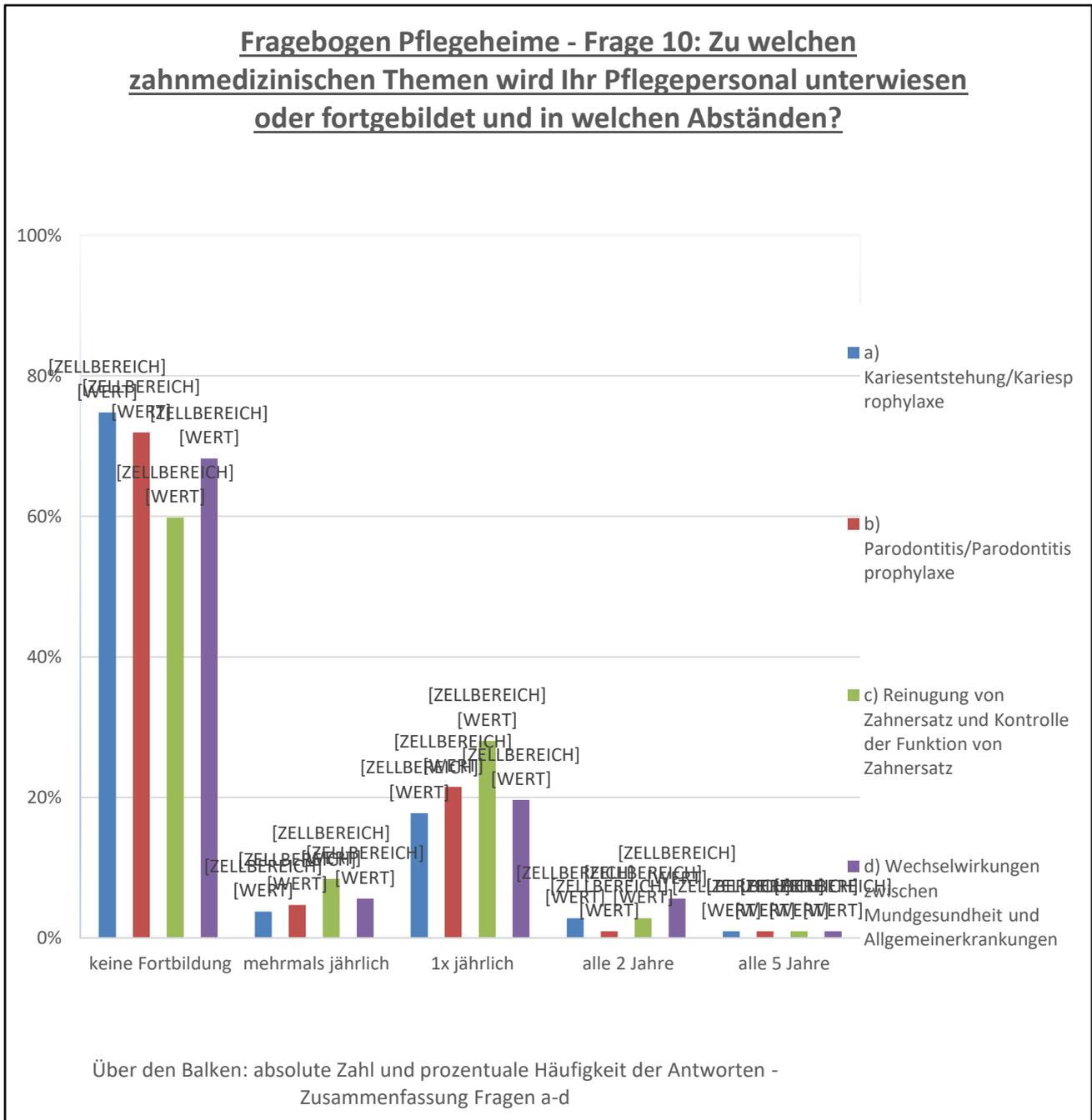


Abbildung 27: Pflegeheime Frage 10 Zusammenfassung

Frage 11.1: Wer führt die Zahnpflege in der Regel durch und wie oft?

Die Fragen sind aufgeteilt in Zahnpflege (Fragen 11.1 a, b, c) und in Zahnersatzreinigung (Fragen 11.2 a, b, c), wobei danach gefragt wird, wer die Reinigung bzw. Pflege durchführt. „Heimbewohner?“, „Angehörige?“ oder „Pflegepersonal?“.

Zur besseren Übersicht werden die Diagramme bzgl. Zahnpflege bzw. Zahnersatzreinigung der betreffenden Pflege-Gruppen direkt hintereinander dargestellt.

Unter „Sonstiges“ konnten die Pflegeheime noch Zusatzangaben machen. Hier gab die Mehrzahl der Pflegeheime an, dass die Zahn- bzw. Zahnersatzreinigung im Wesentlichen vom Pflegepersonal durchgeführt wird.

Frage 11.1 a: Zahnpflege durch Heimbewohner selbstständig?

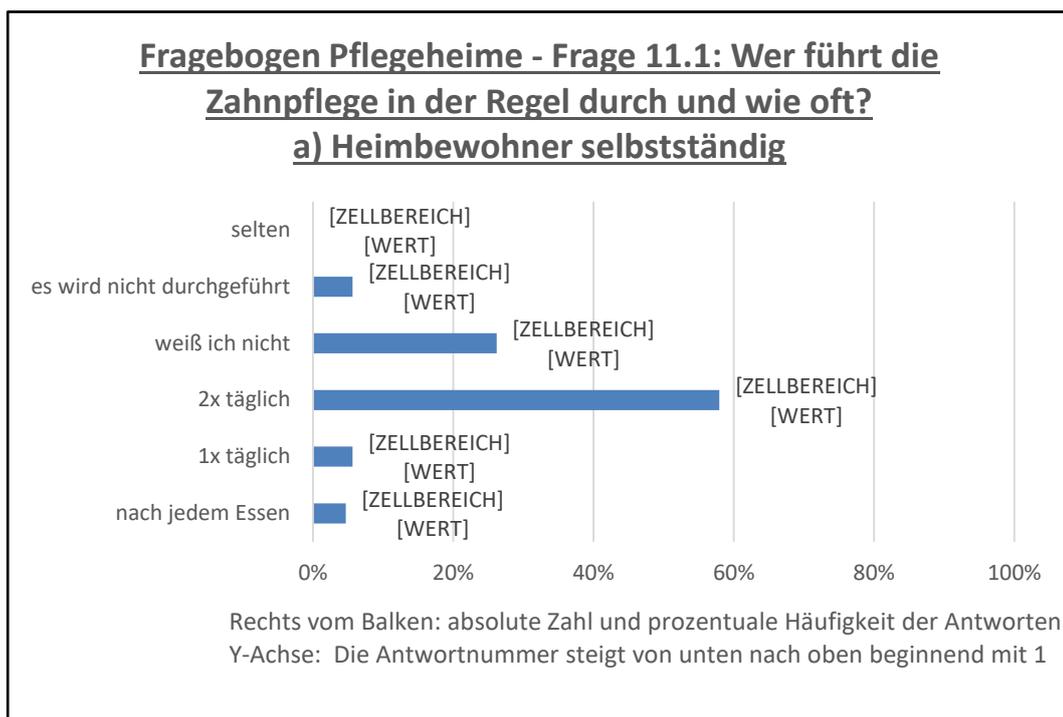


Abbildung 28: Pflegeheime Frage 11.1 a

Knapp 60 % der Pflegedienstleiter gehen davon aus, dass die Heimbewohner selbstständig zweimal pro Tag Ihre Zähne pflegen.

Ca. 26 % wissen nicht, ob und wie oft die Heimbewohner ihre Zähne pflegen.

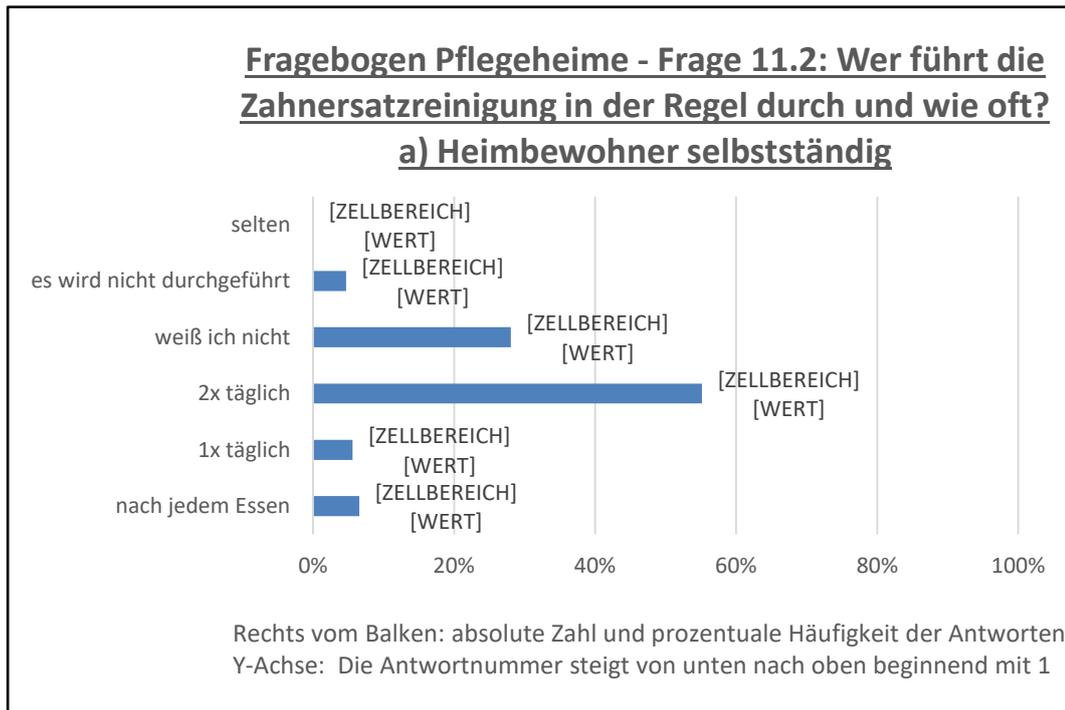
Frage 11.2 a: Zahnersatzreinigung durch Heimbewohner selbstständig?

Abbildung 29: Pflegeheime Frage 11.2 a

55 % der Pflegedienstleiter gehen davon aus, dass die Heimbewohner selbstständig zweimal pro Tag ihren Zahnersatz reinigen.

Ca. 28 % wissen nicht, ob und wie oft die Heimbewohner ihren Zahnersatz reinigen.

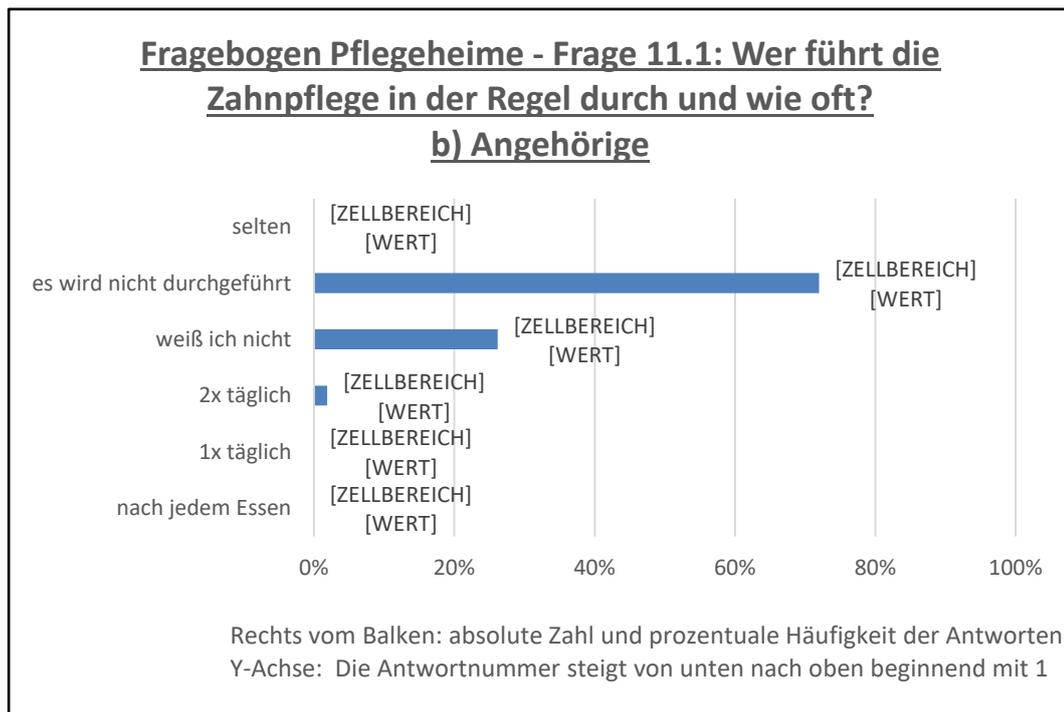
Frage 11.1 b: Zahnpflege durch Angehörige?

Abbildung 30: Pflegeheime Frage 11.1 b

26 % der Pflegedienstleiter/ wissen nicht, ob Angehörige die Zähne der Bewohner pflegen und 72 % gehen davon aus, dass Angehörige nicht zur Zahnpflege der Heimbewohner beitragen.

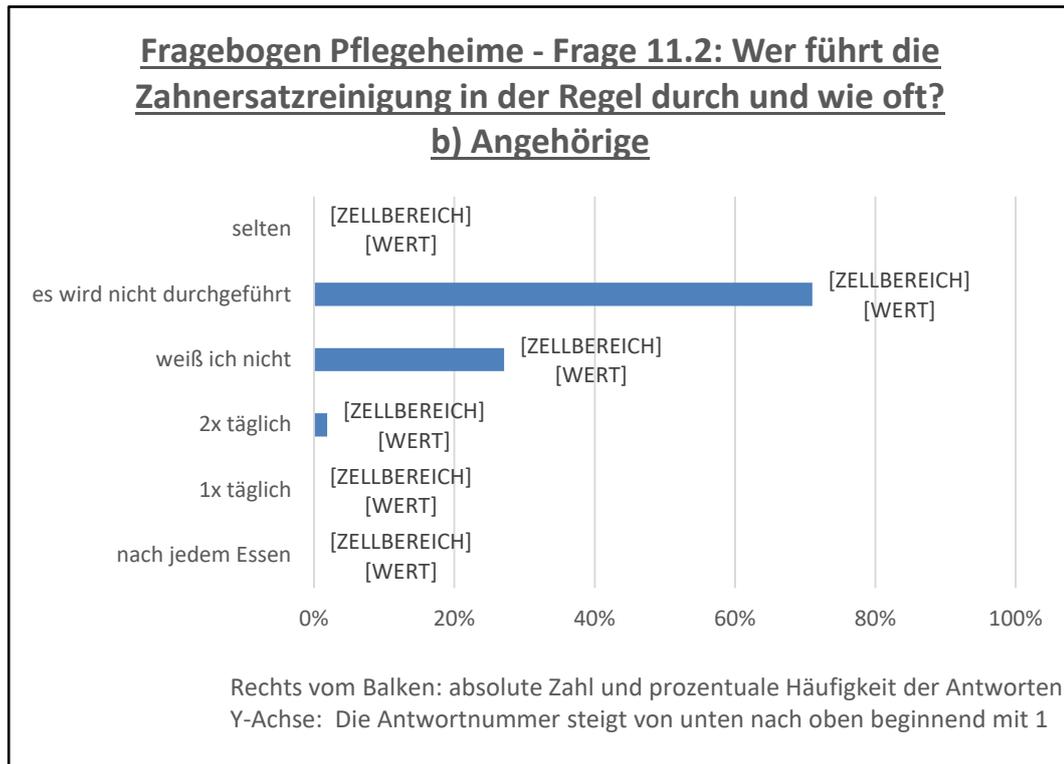
Frage 11.2 b: Zahnersatzreinigung durch Angehörige?

Abbildung 31: Pflegeheime Frage 11.2 b

27 % der Pflegedienstleiter wissen nicht, ob Angehörige den Zahnersatz der Bewohner reinigen und 71 % gehen davon aus, dass Angehörige nicht den Zahnersatz ihrer angehörigen Heimbewohner reinigen.

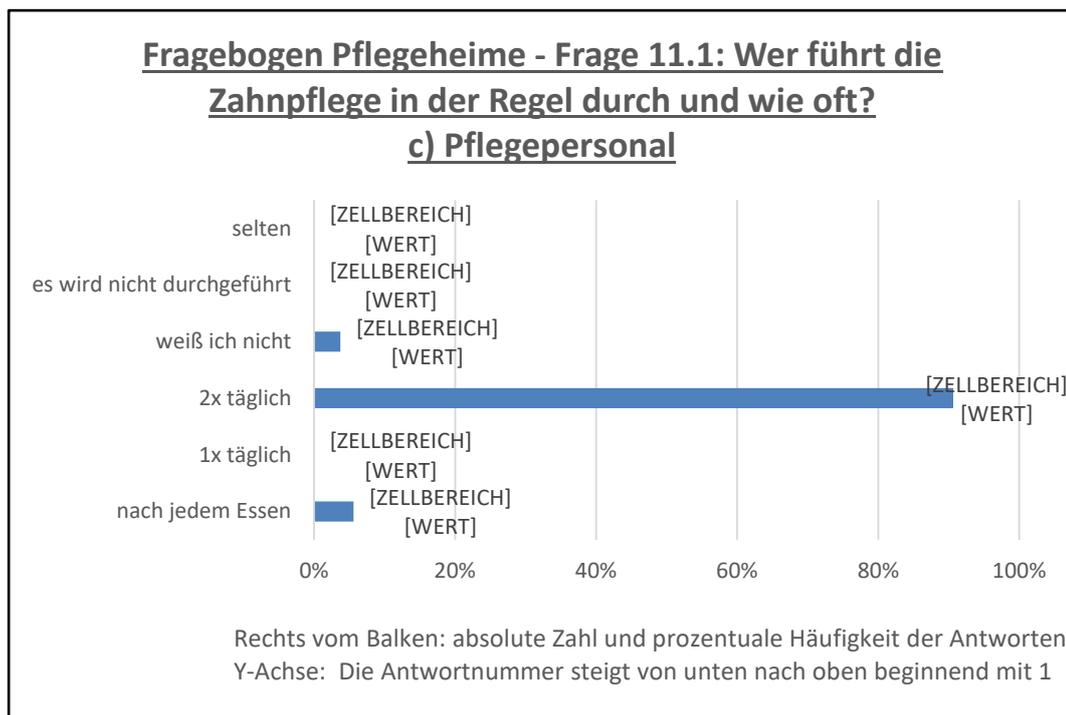
Frage 11.1 c: Zahnpflege durch Pflegepersonal?

Abbildung 32: Pflegeheime Frage 11.1 c

Mehr als 90 % der Pflegedienstleiter gehen davon aus, dass das Pflegepersonal zweimal pro Tag die Zahnpflege bei den Heimbewohnern durchführt.

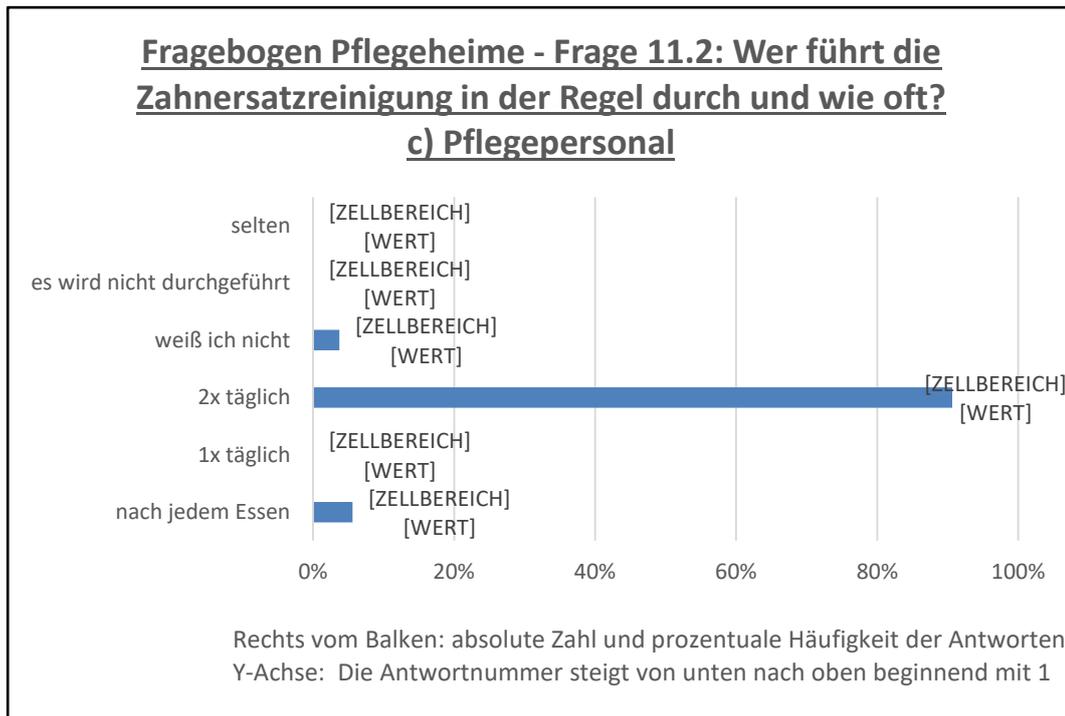
Frage 11.2 c: Zahnersatzreinigung durch Pflegepersonal?

Abbildung 33: Pflegeheime Frage 11.2 c

Mehr als 90 % der Pflegedienstleiter gehen davon aus, dass das Pflegepersonal zweimal pro Tag die Zahnersatzreinigung bei den Heimbewohnern durchführt.

Die Antworten betreffend Zahnpflege bzw. Zahnersatzpflege wurden in Bezug auf die Frage „wer pflegt?“ erwartungsgemäß nahezu identisch beantwortet.

Laut den Antworten der Pflegedienstleiter werden also Zahnpflege und Zahnersatzreinigung zu mehr als 90 % zwei Mal täglich vom Pflegepersonal und zu knapp 60 % von den Heimbewohnern selbst zwei Mal täglich durchgeführt. Angehörige sind bei der Zahn- bzw. Zahnersatzpflege eher nicht beteiligt.

Abbildungen 34 und 35 sollen die Verteilung nochmals zusammenfassen.

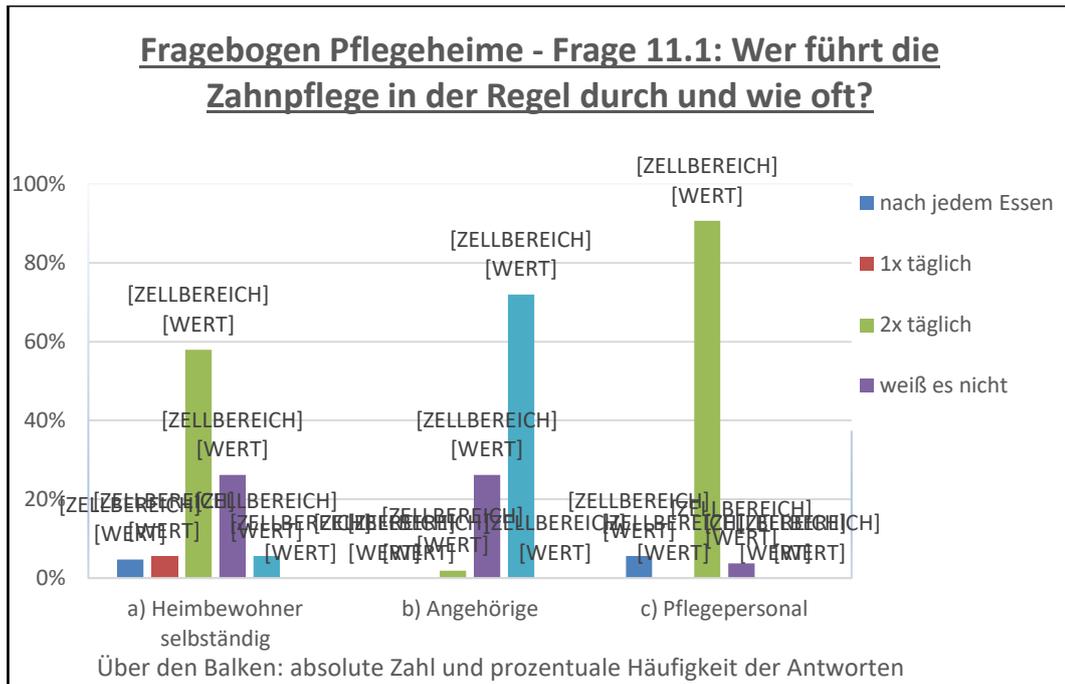


Abbildung 34: Pflegeheime Frage 11.1 Zusammenfassung

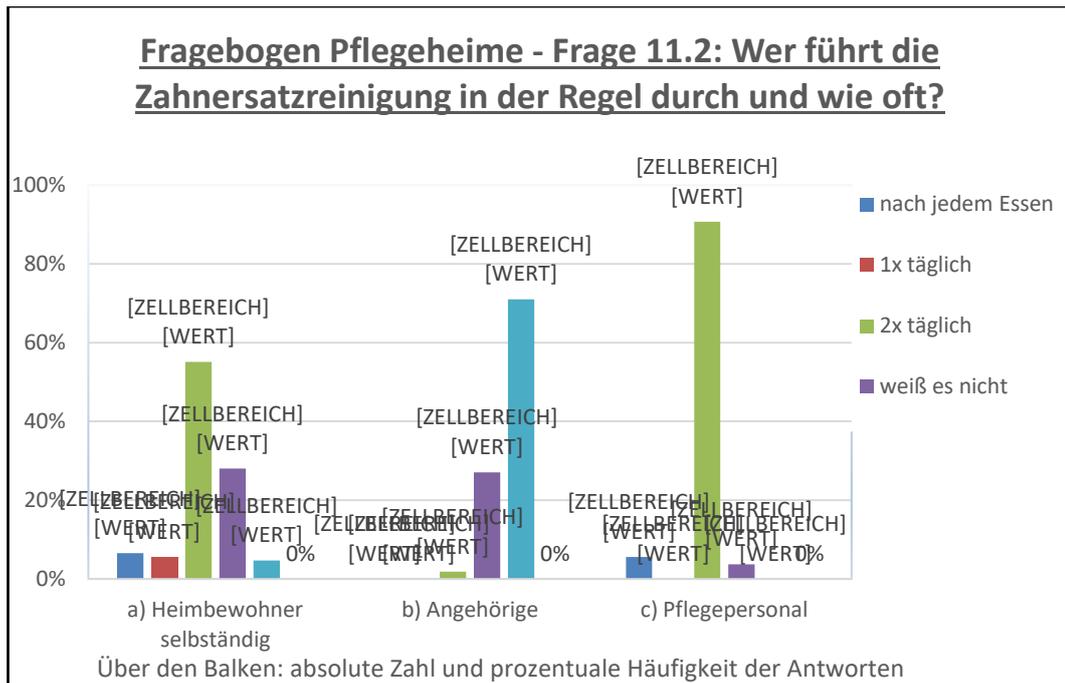


Abbildung 35: Pflegeheime Frage 11.2 Zusammenfassung

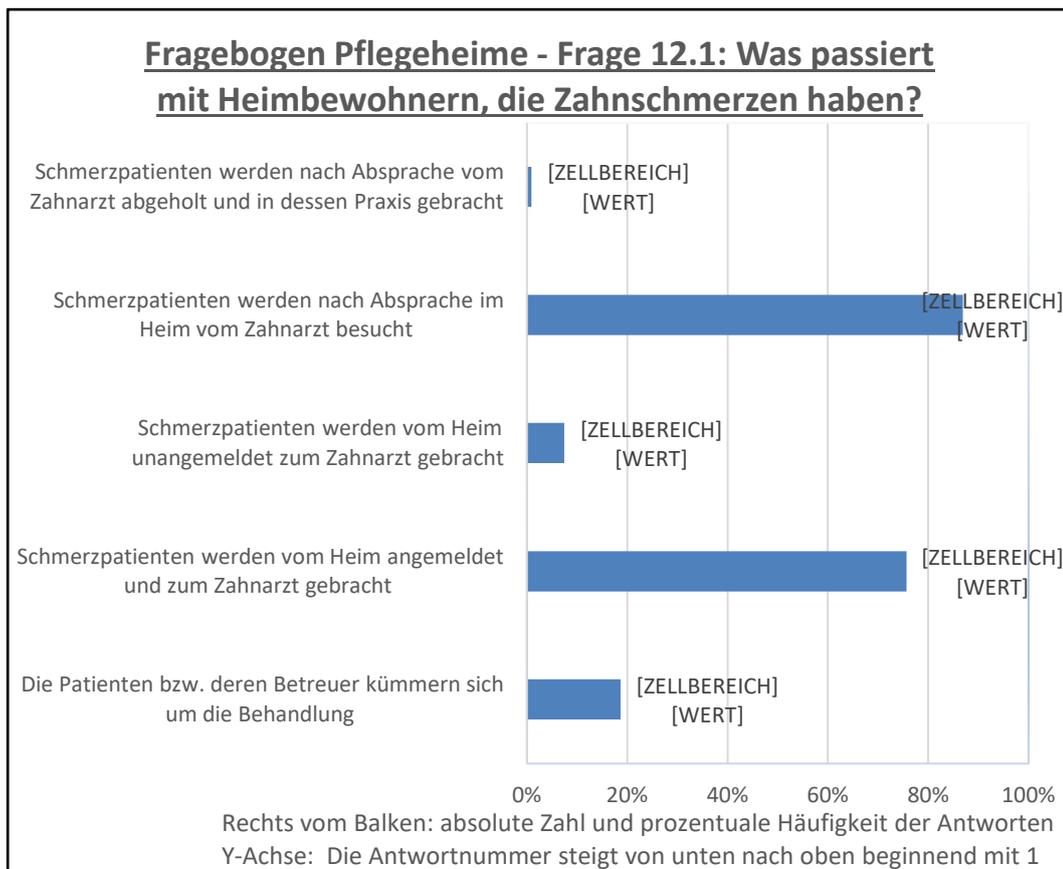
Frage 12.1: Was passiert mit Heimbewohnern, die Zahnschmerzen haben?

Abbildung 36: Pflegeheime Frage 12.1

„Hier waren Mehrfachantworten möglich (siehe *1 Seite 52,53)“

Die zwei mit Abstand häufigsten Einzelantworten sind:

- Schmerzpatienten werden vom Heim angemeldet und zum Zahnarzt gebracht (76 %),
- Schmerzpatienten werden nach Absprache im Heim vom Zahnarzt besucht (87 %).

In ca. 19% der Fälle kümmern sich Bewohner bzw. Betreuer um die Behandlung.

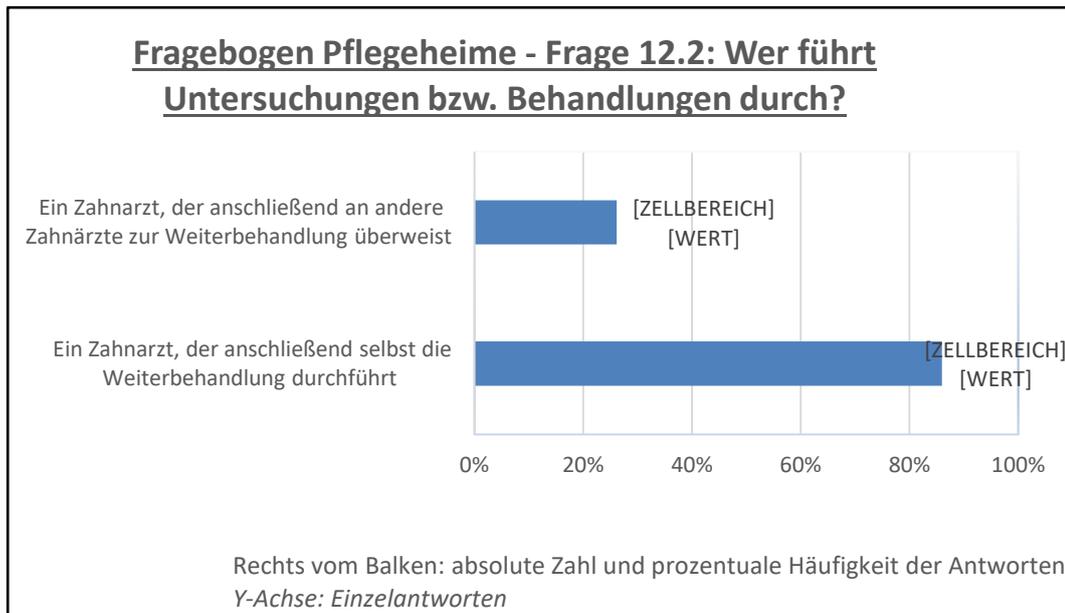
Frage 12.2: Wer führt Untersuchungen bzw. Behandlungen durch?

Abbildung 37: Pflegeheime Frage 12.2

„Hier waren Mehrfachantworten möglich (siehe *1 Seite 52,53)“

86 % der Pflegeheime geben an, dass der gleiche Zahnarzt, der die Untersuchung durchführt, auch die Weiterbehandlung durchführt, wobei auch 26% der Pflegeheime zur Antwort geben, dass ein Zahnarzt, der einen Bewohner untersucht, diesen Bewohner zur Behandlung an einen anderen Zahnarzt weiter überweist. Es ist allerdings nicht klar, ob damit nicht einfach Überweisungen an chirurgisch tätige Zahnärzte zu Zahntentfernungen gemeint sind.

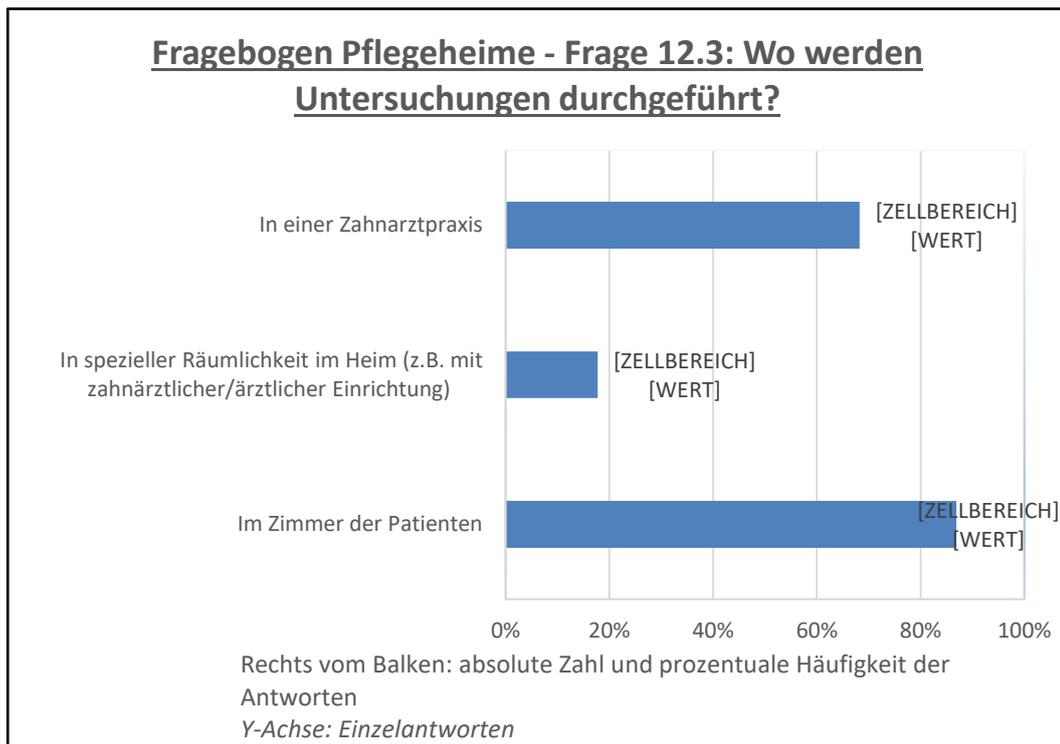
Frage 12.3: Wo werden Untersuchungen durchgeführt?

Abbildung 38: Pflegeheime Frage 12.3

„Hier waren Mehrfachantworten möglich (siehe *1 Seite 52,53)“

68% der Pflegeheime geben an, dass zahnärztliche Untersuchungen Ihrer Bewohner u.a. in einer Zahnarztpraxis stattfinden.

87% der Pflegeheime geben an, dass zahnärztliche Untersuchungen Ihrer Bewohner u.a. im Zimmer des Bewohners stattfinden.

Nur 18% der zahnärztlichen Untersuchungen der Heimbewohner werden in speziellen Räumlichkeiten des Pflegeheimes durchgeführt.

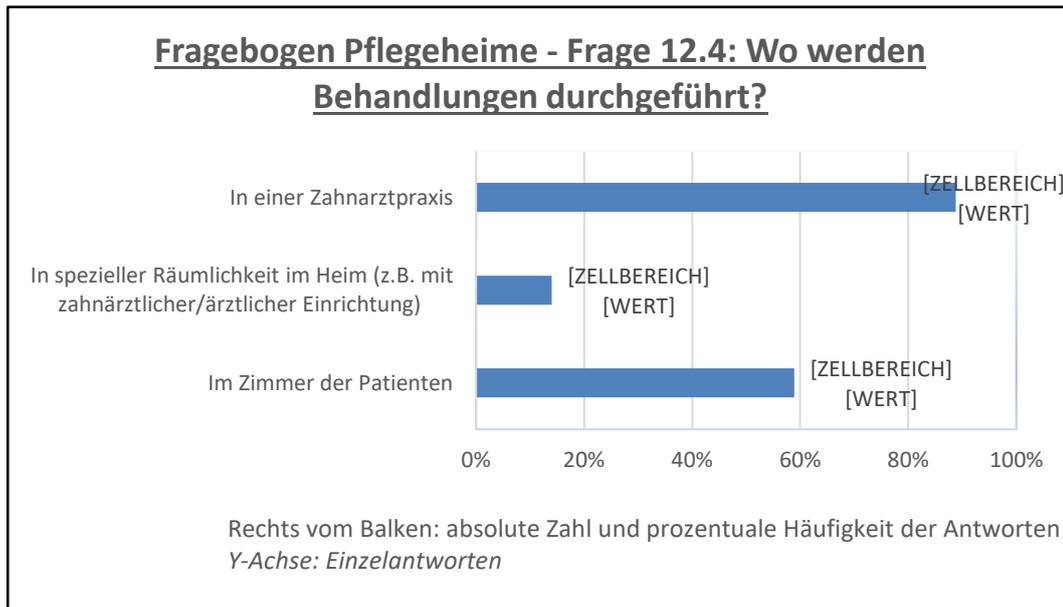
Frage 12.4: Wo werden Behandlungen durchgeführt?

Abbildung 39: Pflegeheime Frage 12.4

„Hier waren Mehrfachantworten möglich (siehe *1 Seite 52,53)“

89% der Pflegeheime geben an, dass zahnärztliche Behandlungen Ihrer Bewohner u.a. in einer Zahnarztpraxis stattfinden.

59% der Pflegeheime geben an, dass zahnärztliche Behandlungen Ihrer Bewohner u.a. im Zimmer des Bewohners stattfinden.

14% der Pflegeheime geben an, dass zahnärztliche Behandlungen Ihrer Bewohner u.a. in speziellen Räumlichkeiten des Pflegeheimes stattfinden.

Auswertung der kombinierten Mehrfachantworten:

Die Kombination von Antwort 1 und 3 ist mit 43,9% am häufigsten. 34,6% der Pflegeheime geben an, dass die Behandlung von Bewohnern nur in einer Zahnarztpraxis stattfindet.

Frage 12.5: Wann werden Untersuchungen bzw. Behandlungen durchgeführt?

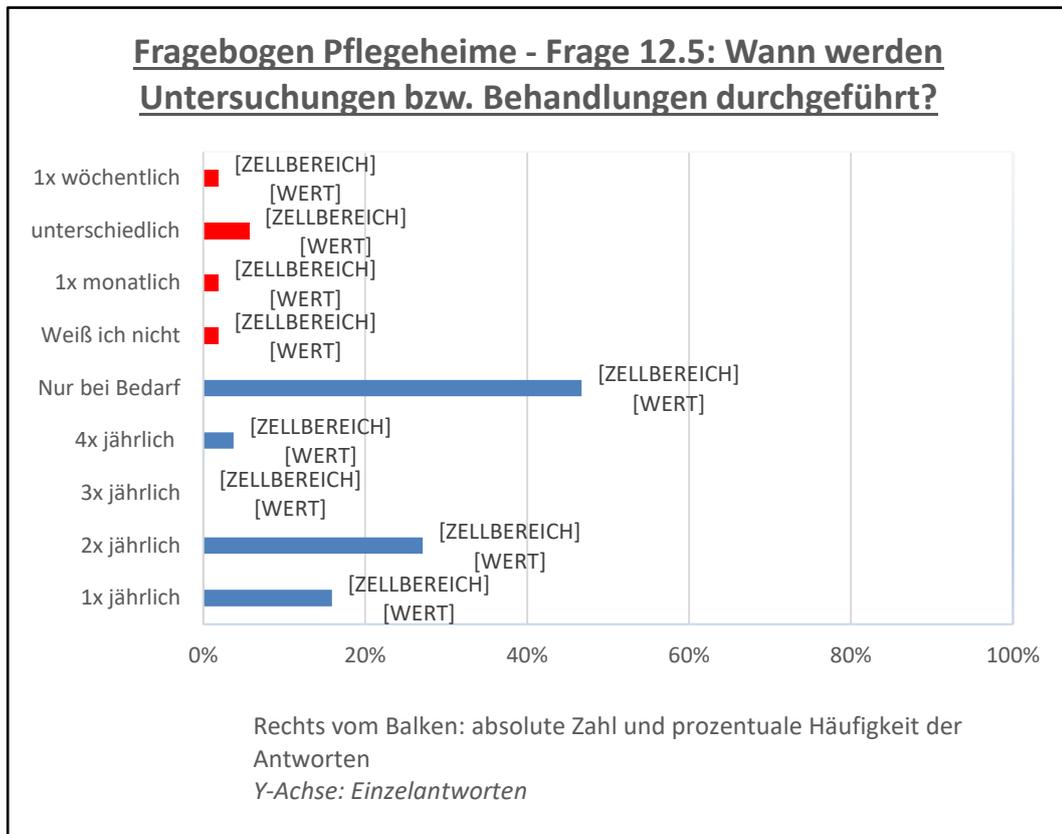


Abbildung 40: Pflegeheime Frage 12.5

„Hier waren eigentlich keine Mehrfachantworten möglich, wurden aber gegeben (siehe deshalb *1 Seite 52,53)“

„Rot markierte Antwortbalken werden nicht zur Berechnung der Statistik herangezogen (siehe *2 Seite 53,54)“

In 47% der Pflegeheime werden Untersuchungen bzw. Behandlungen nur nach Bedarf durchgeführt, bei 27% der Pflegeheime 2 x pro Jahr, bei 16% der Pflegeheime nur 1 x pro Jahr.

Wegen der zu unspezifischen Formulierung der Frage ist nicht klar, ob damit gemeint ist, dass ein- oder zweimal pro Jahr pro Bewohner ein Zahnarzt kommt, oder innerhalb eines Jahres ein- oder zweimal ein Zahnarzt ins Heim kommt.

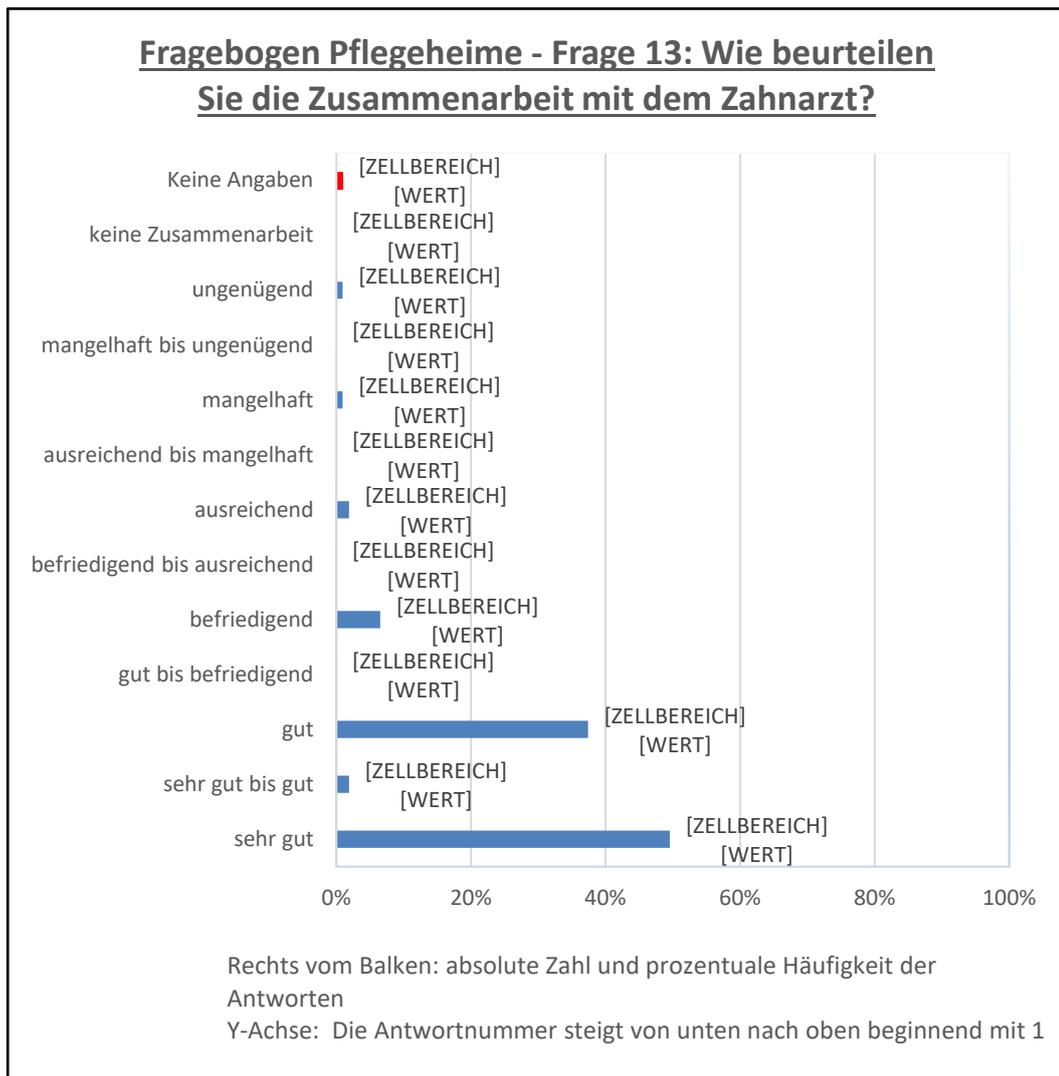
Frage 13: Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit dem Zahnarzt?

Abbildung 41: Pflegeheime Frage 13

„Rot markierte Antwortbalken werden nicht zur Berechnung der Statistik herangezogen (siehe *2 Seite 53,54)“

Der Mittelwert der Antworten liegt bei Antwort 2,32 (zwischen „sehr gut bis gut“ und „gut“).

Die Standardabweichung liegt bei 1,75.

Die überwiegende Zahl (89%) der Pflegedienstleiter/-innen beurteilen die Zusammenarbeit mit dem Zahnarzt als „sehr gut“ bis „gut“.

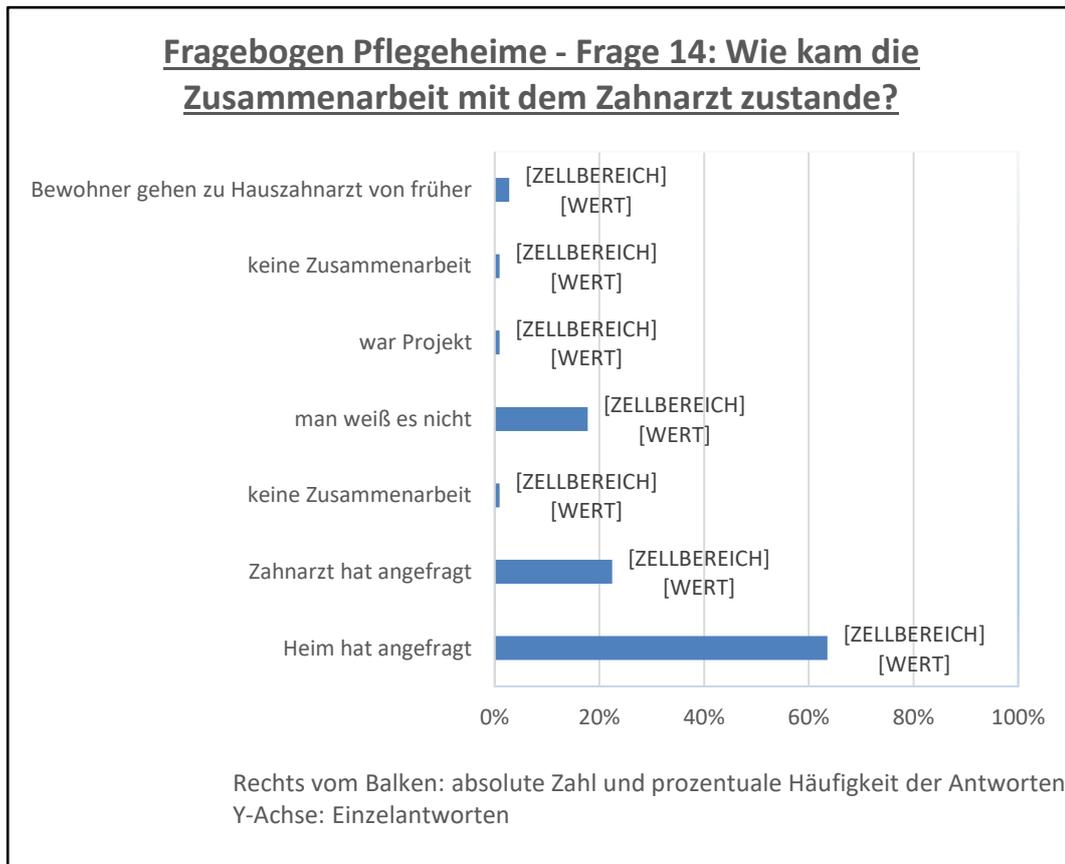
Frage 14: Wie kam die Zusammenarbeit mit dem Zahnarzt zustande?

Abbildung 42: Pflegeheime Frage 14

„Hier waren eigentlich keine Mehrfachantworten möglich, wurden aber gegeben (siehe deshalb *1 Seite 52,53)“

Laut Angaben der Pflegeheime hat in 64% der Fälle das Pflegeheim die Zusammenarbeit initiiert, während in 22% der Fälle ein Zahnarzt angefragt hat.

Vermutlich wird hier unter „anfragen“ auch die Kontaktaufnahme zu reinen Schmerzbehandlungen verstanden.

Frage 15: Besteht ein Kooperationsvertrag?

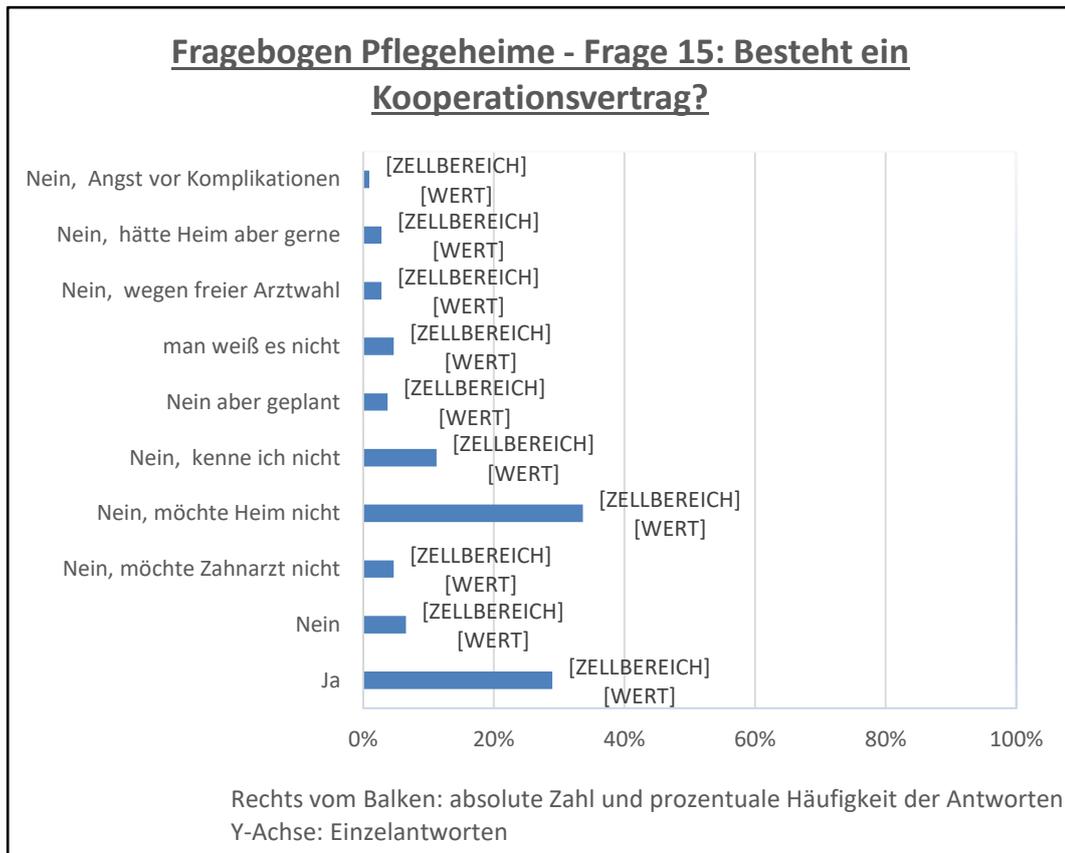


Abbildung 43: Pflegeheime Frage 15

„Hier waren eigentlich keine Mehrfachantworten möglich, wurden aber gegeben (siehe deshalb *1 Seite 52,53)“

Zur Vereinfachung wurde Abbildung 44 erstellt.

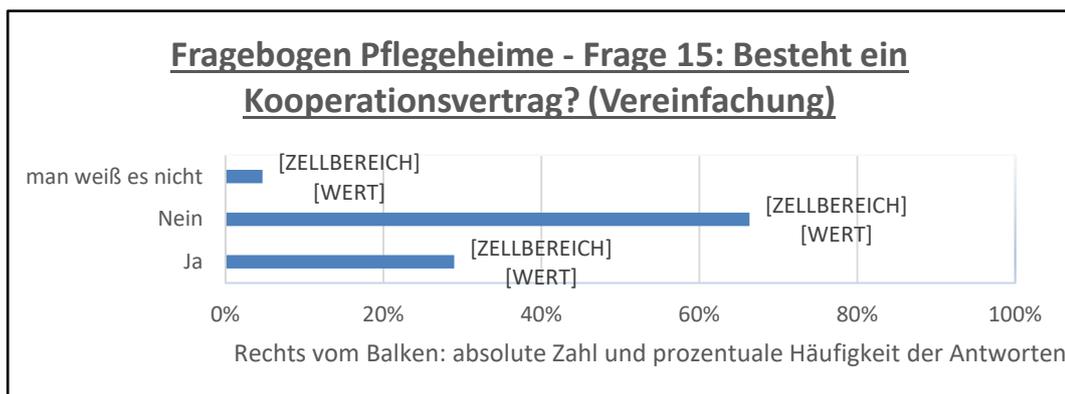


Abbildung 44: Pflegeheime Frage 15 Vereinfachung

Im Jahre 2016 arbeiten also 29% der Pflegeheime mit einem Zahnarzt auf Basis eines Kooperationsvertrages zusammen, während 66% der Heime keinen Kooperationsvertrag mit einem Zahnarzt haben.

Frage 16.1: Warum arbeiten Sie NICHT mit einem Zahnarzt zusammen?

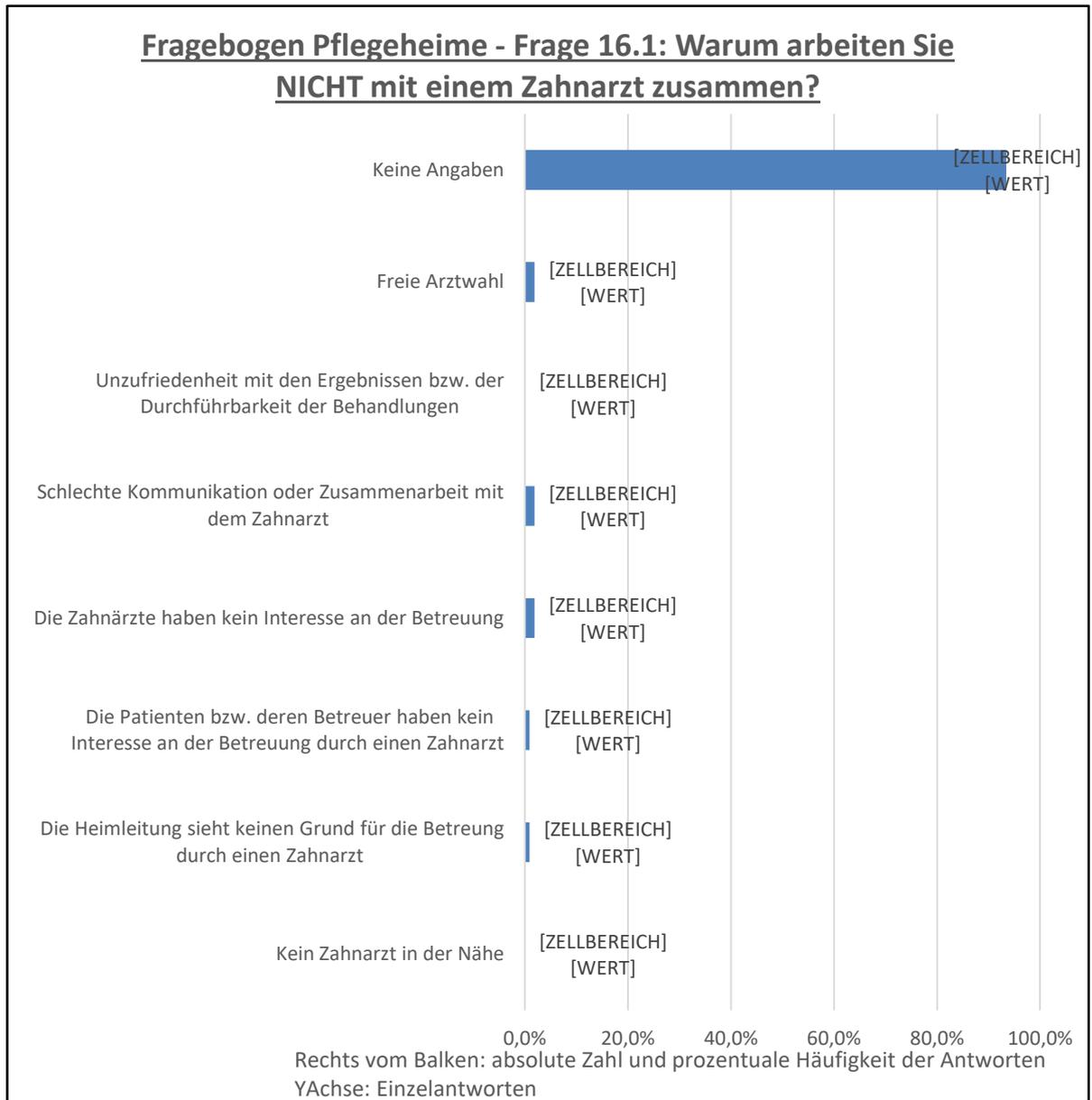


Abbildung 45: Pflegeheime Frage 16.1

„Hier waren Mehrfachantworten möglich (siehe *1 Seite 52,53)“

Die absolute Mehrzahl der Pflegeheime macht hierzu keine Angaben, da sie in irgendeiner Art und Weise mit einem Zahnarzt zusammenarbeiten.

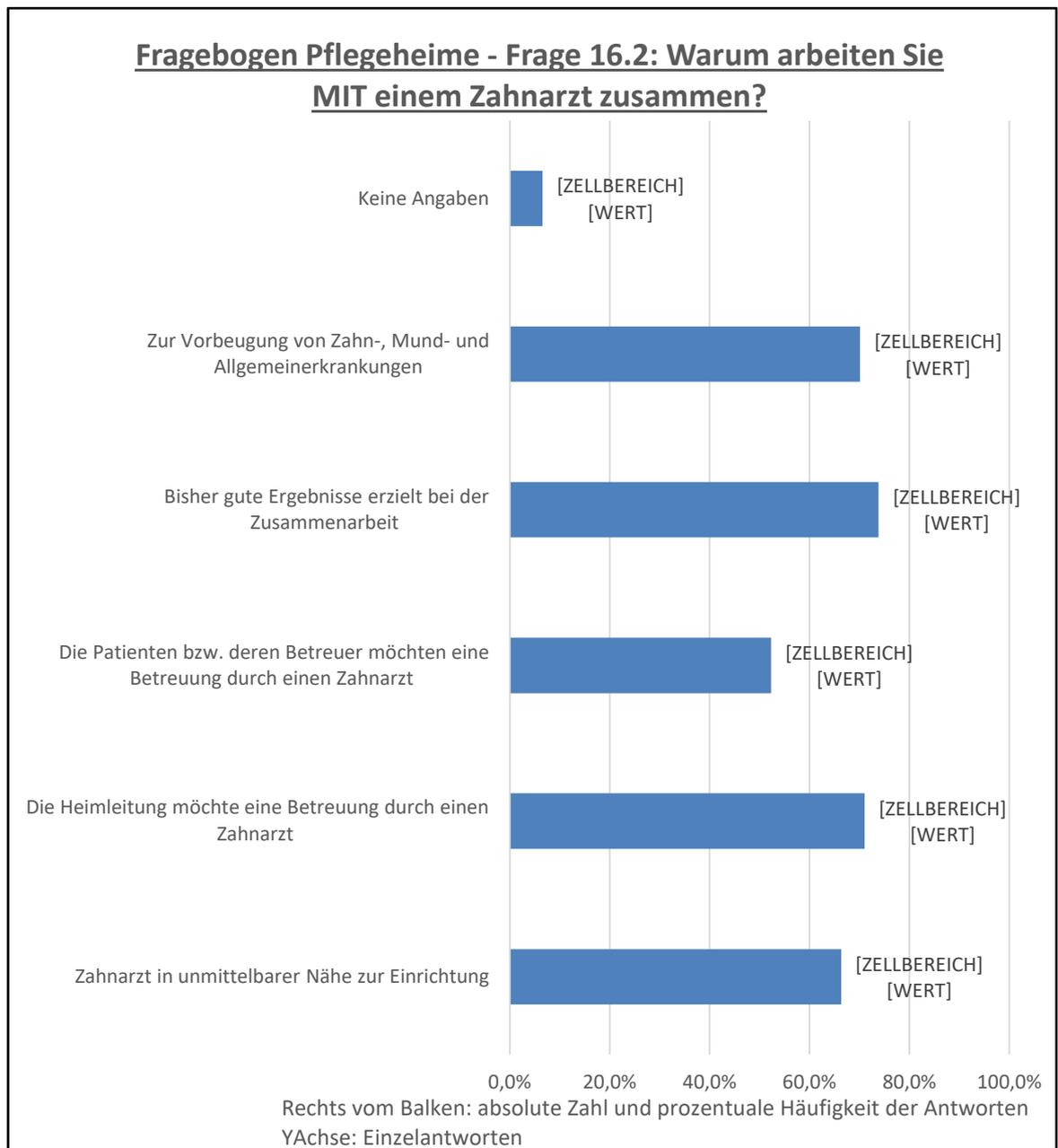
Frage 16.2: Warum arbeiten Sie MIT einem Zahnarzt zusammen?

Abbildung 46: Pflegeheime Frage 16.2

„Hier waren Mehrfachantworten möglich (siehe *1 Seite 52,53)“

Die Antworten sind breit gestreut. 30,8% der Pflegeheime beantworten dies mit einer Kombination der Antworten 1,2,3,4,5.

Frage 17: Ist Ihr Pflegeheim auf die zahnärztliche Behandlung direkt im Heim vorbereitet?

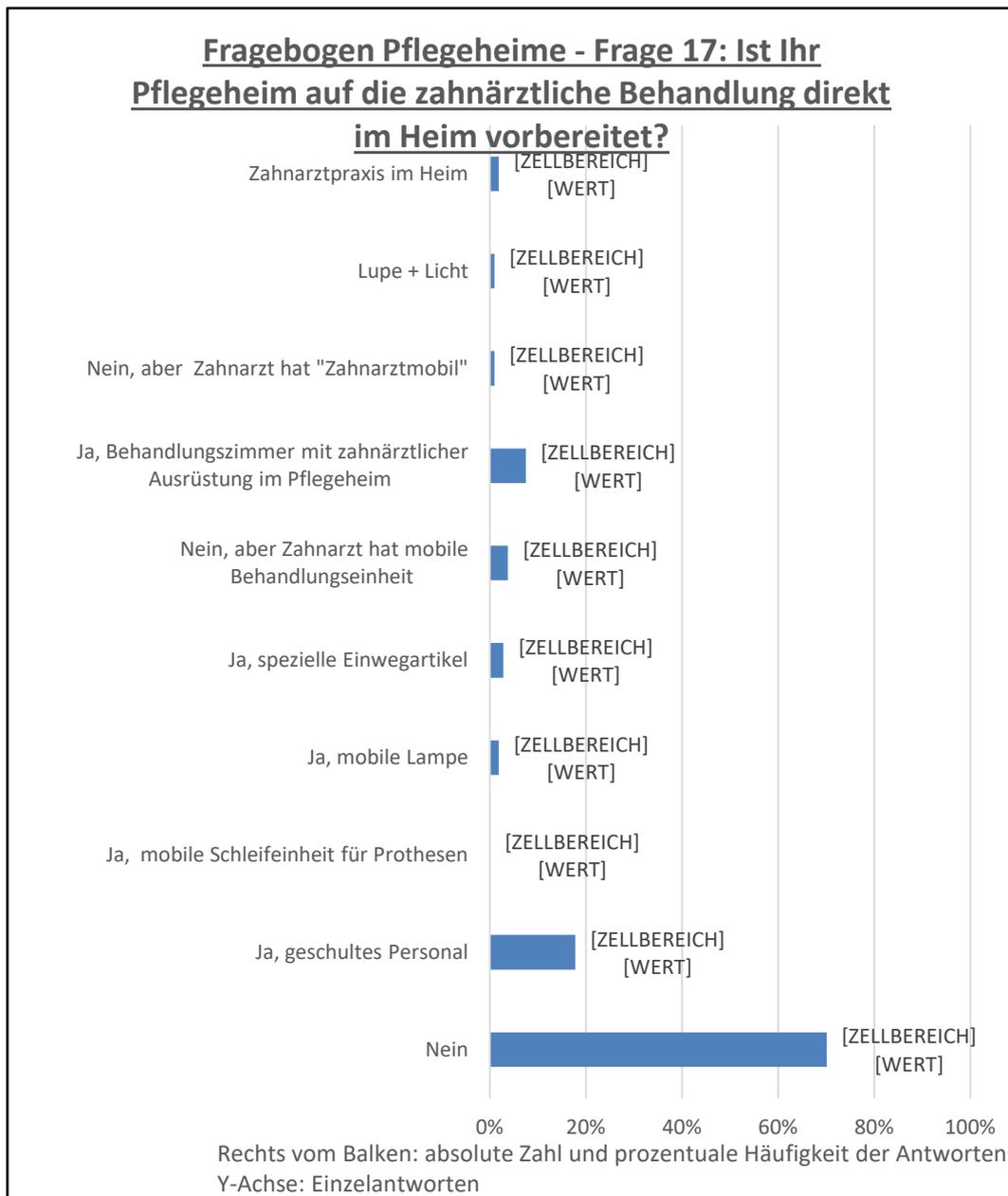


Abbildung 47: Pflegeheime Frage 17

„Hier waren Mehrfachantworten möglich (siehe *1 Seite 52,53)“

70% der Pflegeheime sind nicht auf die zahnärztliche Behandlung direkt im Heim vorbereitet. 18% der Pflegeheime gehen davon aus, dass sie dafür geschultes Personal haben. Immerhin haben 7% der Pflegeheime ein Behandlungszimmer

mit zahnärztlicher Ausrüstung im Pflegeheim. Allerdings geht aus dieser Antwort nicht hervor, welche zahnärztliche Ausrüstung hier gemeint ist.

Frage 18: Wie beurteilen Sie die Durchführbarkeit zahnärztlicher Behandlungen bei pflegebedürftigen Patienten in Räumlichkeiten des Pflegeheims?

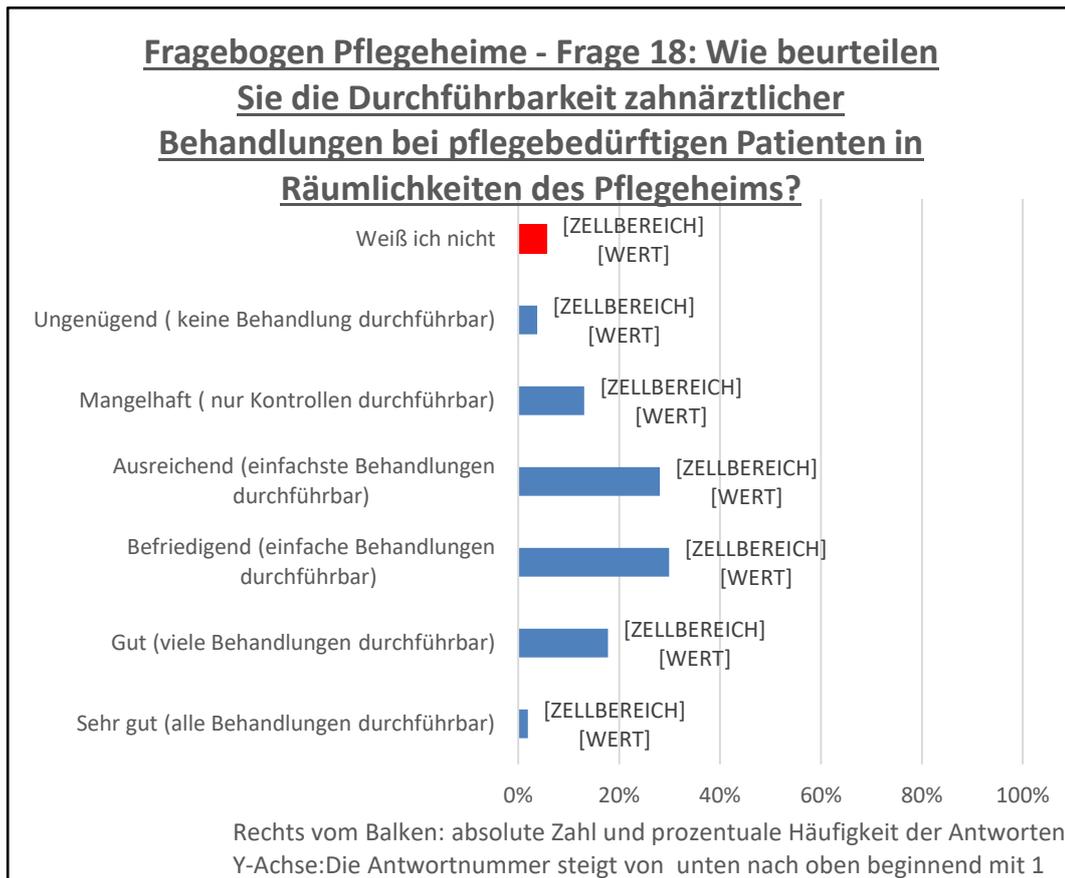


Abbildung 48: Pflegeheime Frage 18

„Rot markierte Antwortbalken werden nicht zur Berechnung der Statistik herangezogen (siehe *2 Seite 53,54)“

Der Mittelwert der Antworten liegt bei 3,47 (zwischen „befriedigend“ und „ausreichend“).

Die Standardabweichung liegt bei 1,12.

Es liegt eine Normalverteilung vor.

Immerhin betrachten 21% der Pflegeheime die Behandlungsmöglichkeiten ihrer Bewohner im Pflegeheim als „sehr gut“ bis „gut“. Allerdings sind 71% der Pflegedienstleiter der Meinung, dass die zahnärztliche Behandlung in den Räumen des Pflegeheimes nur „befriedigend“ bis „mangelhaft“ durchführbar ist.

Frage 19: Wie beurteilen Sie die Durchführbarkeit zahnärztlicher Behandlungen bei pflegebedürftigen Patienten in der Zahnarztpraxis?

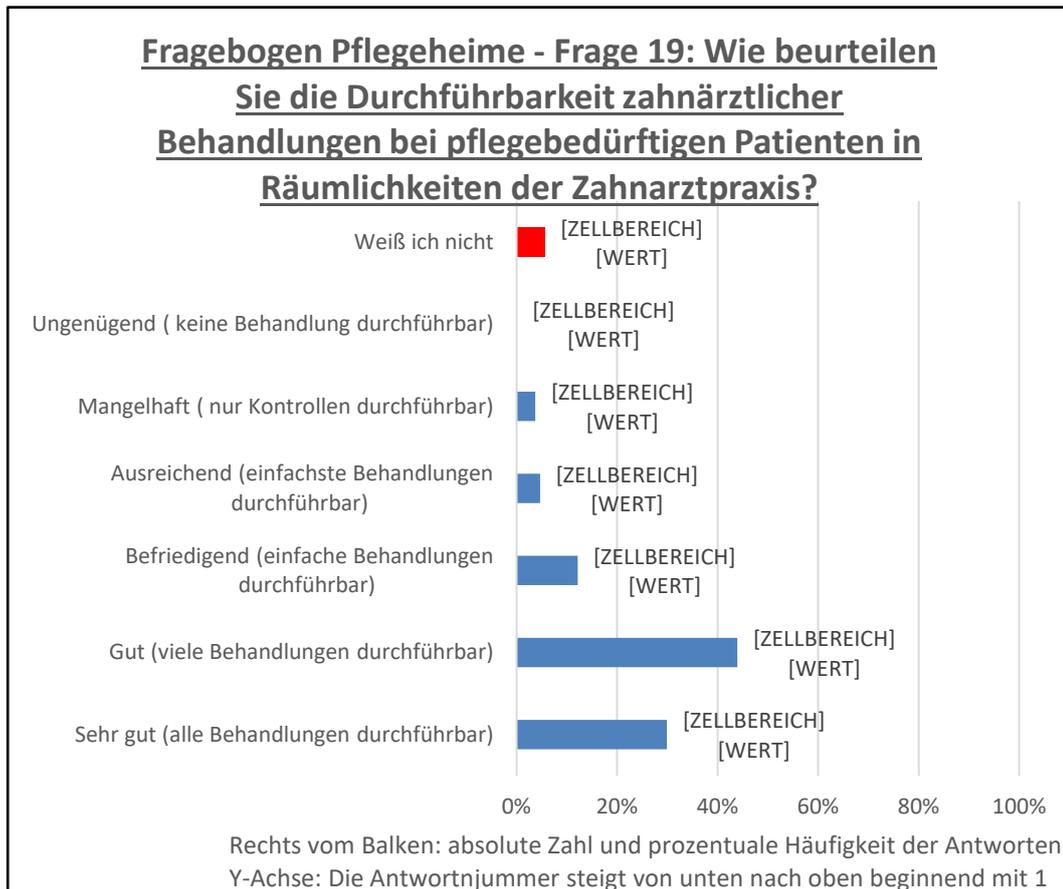


Abbildung 49: Pflegeheime Frage 19

„Rot markierte Antwortbalken werden nicht zur Berechnung der Statistik herangezogen (siehe *2 Seite 53,54)“

Der Mittelwert der Antworten liegt bei 2,03 (zwischen „gut“ und „befriedigend“, aber nahezu bei „gut“).

Die Standardabweichung liegt bei 1.

Es liegt eine Normalverteilung vor.

74% der Pflegeheime beurteilen die Behandlungsmöglichkeiten ihrer Bewohner in der Zahnarztpraxis als „sehr gut“ bis „gut“. Allerdings sind 21% der Pflegedienstleiter der Meinung, dass die zahnärztliche Behandlung ihrer pflegebedürftigen Bewohner in einer Zahnarztpraxis nur „befriedigend“ bis „mangelhaft“ durchführbar ist.

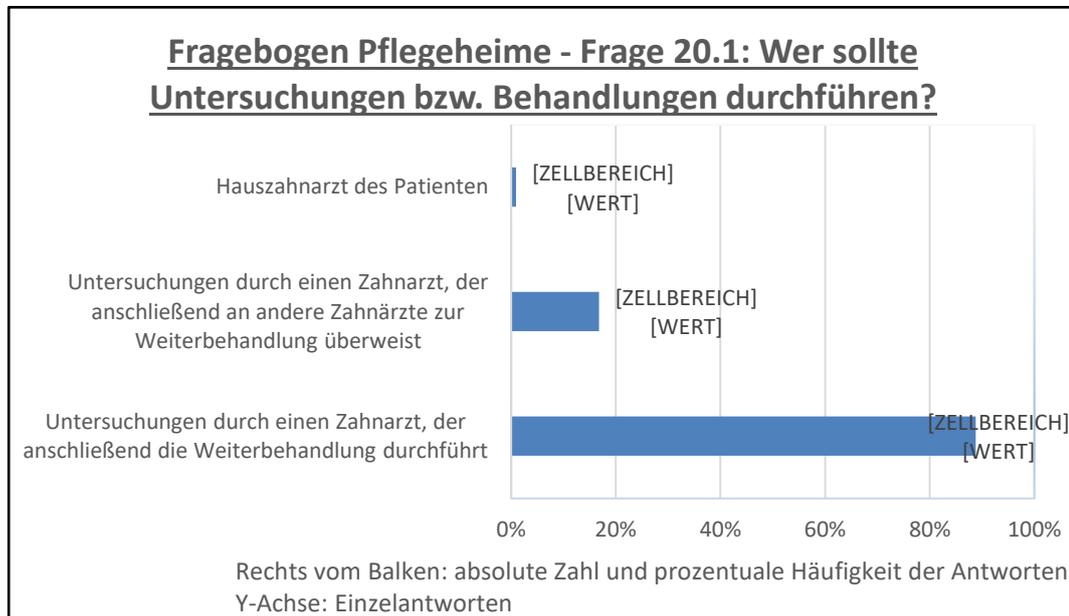
Frage 20.1: Wer sollte Untersuchungen bzw. Behandlungen durchführen?

Abbildung 50: Pflegeheime Frage 20.1

„Hier waren eigentlich keine Mehrfachantworten möglich, wurden aber gegeben (siehe deshalb *1 Seite 52,53)“

89% der Pflegeheime sehen es als sinnvoll an, dass die Behandlung durch den Zahnarzt gemacht wird, der auch die Untersuchung durchführt. Nur 17% der Pflegedienstleiter sind der Meinung, dass ein Zahnarzt untersuchen und an andere Zahnärzte weiter überweisen sollte.

Frage 20.2: Wann sollten Untersuchungen bzw. Behandlungen durchgeführt werden?

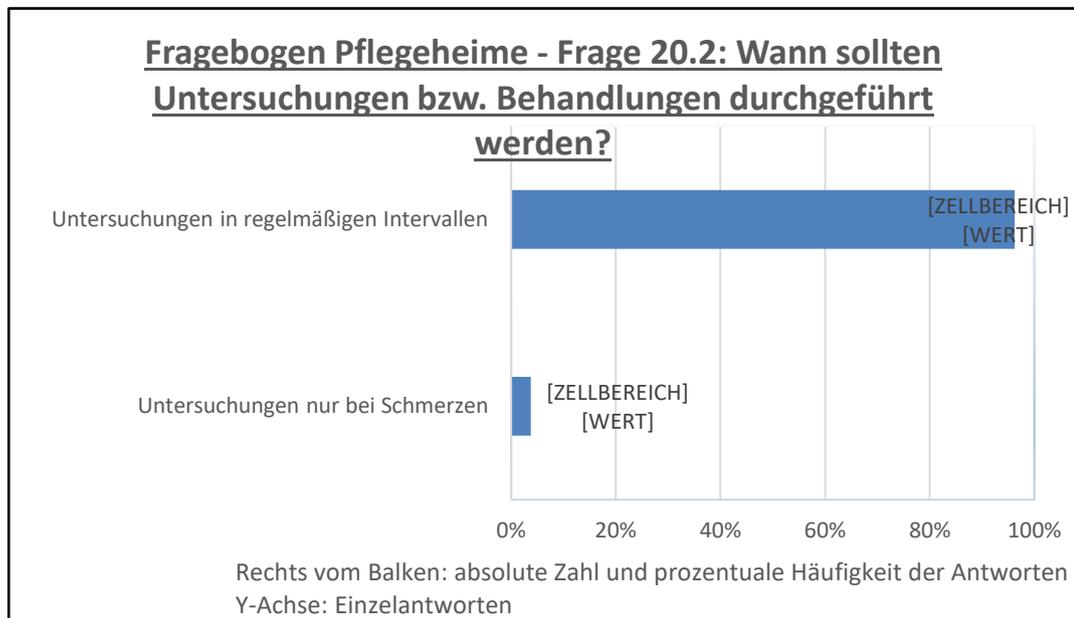


Abbildung 51: Pflegeheime Frage 20.2

96% der Pflegeheime sind der Meinung, dass Untersuchungen ihrer Bewohner in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden sollten.

Frage 20.3: Wo sollten Untersuchungen bzw. Behandlungen durchgeführt werden?

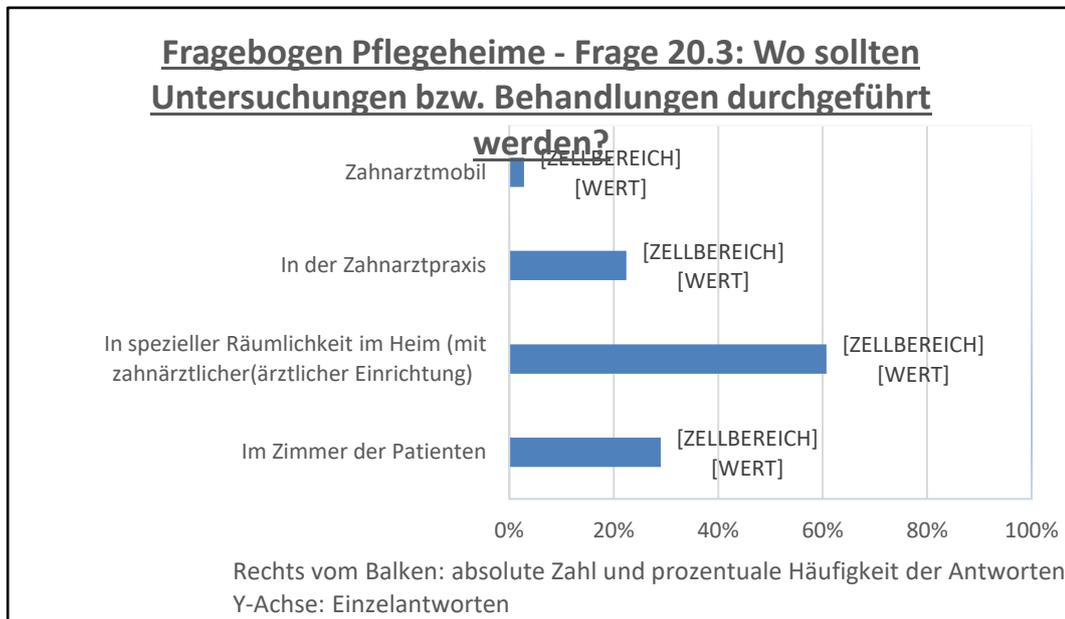


Abbildung 52: Pflegeheime Frage 20.3

„Hier waren eigentlich keine Mehrfachantworten möglich, wurden aber gegeben (siehe deshalb *1 Seite 52,53)“

Auffällig ist, dass die Pflegedienstleiter/-innen allgemein Untersuchungen und Behandlungen im Pflegeheim bevorzugen (61% + 29% = 90%). 29% der Pflegedienstleiter/-innen sehen nur das Zimmer des Patienten als sinnvoll an. Eine geringere Zahl von 22% sehen die Zahnarztpraxis als sinnvollen Ort der Untersuchung bzw. Behandlung an.

Immerhin 3% schlugen die Behandlung in einem „Zahnarztmobil“ vor

Frage 20.4: Wie häufig sollten Prophylaxeuntersuchungen durchgeführt werden?

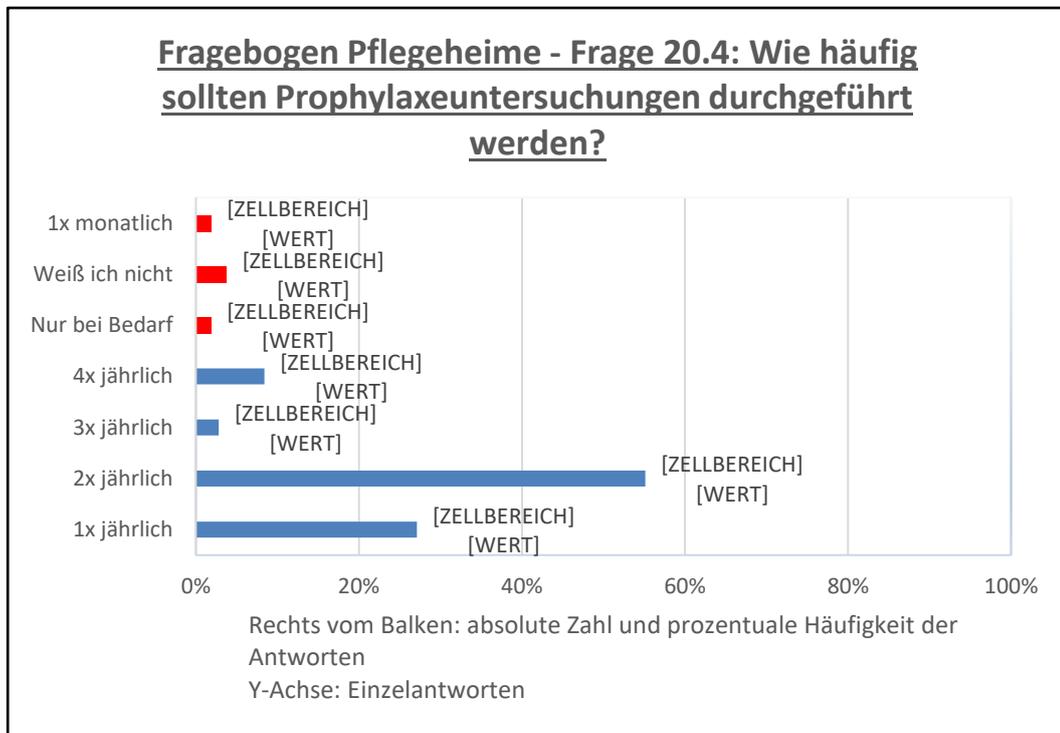


Abbildung 53: Pflegeheime Frage 20.4

„Hier waren eigentlich keine Mehrfachantworten möglich, wurden aber gegeben (siehe deshalb *1 Seite 52,53)“

„Rot markierte Antwortbalken werden nicht zur Berechnung der Statistik herangezogen (siehe *2 Seite 53,54)“

Der Mittelwert der Antworten liegt bei 1,91 (zwischen „1x jährlich“ und „2x jährlich“, aber mit Tendenz zu „2x jährlich“).

Die Standardabweichung liegt bei 0,82.

Die Mehrzahl (55%) der Pflegedienstleiter bevorzugt eine Untersuchung 2x pro Jahr. 27% sehen 1x pro Jahr als sinnvoll an. 8% sehen 4x pro Jahr als sinnvoll an.

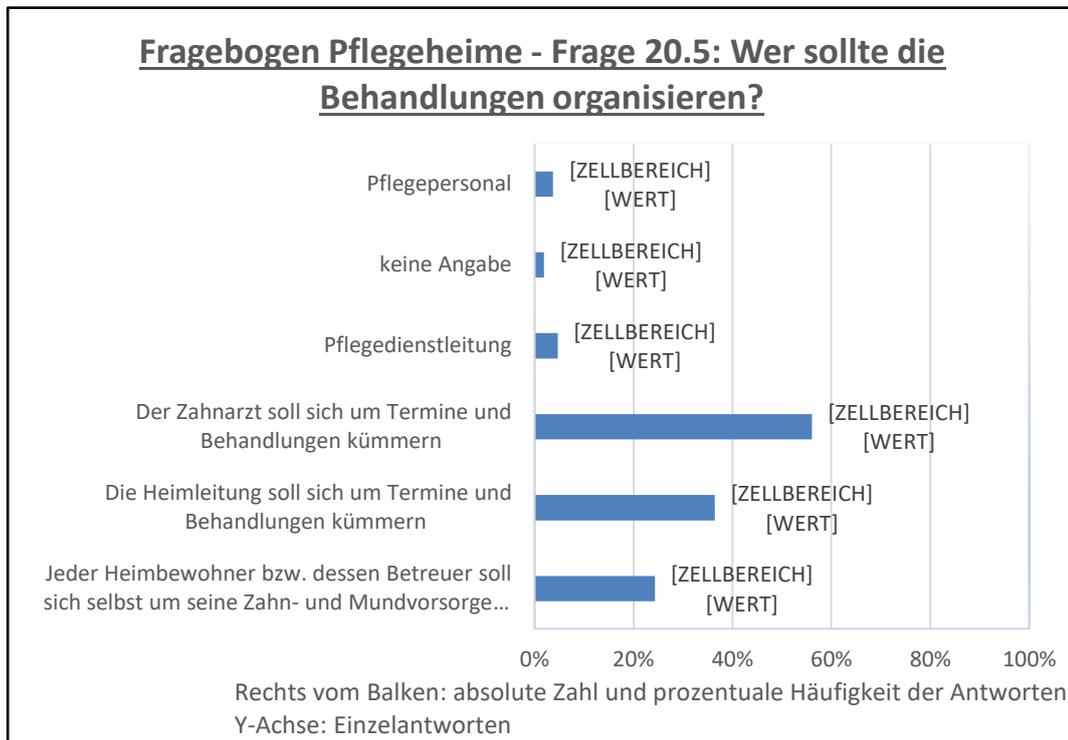
Frage 20.5: Wer sollte die Behandlungen organisieren?

Abbildung 54: Pflegeheime Frage 20.5

„Hier waren eigentlich keine Mehrfachantworten möglich, wurden aber gegeben (siehe deshalb *1 Seite 52,53)“

56% der Pflegeheime würden es als gut ansehen, wenn sich die Zahnärzte um die Terminierung kümmern, 45% würden diese Aufgabe den Pflegeheimen (Heimleitung, Personal, Pflegedienstleitung) übertragen.

Telefonisch gaben viele Pflegeheime an, dass Zahnärzte und Pflegeheime zusammen die Organisation durchführen sollten.

24% sind der Meinung, dass sich Bewohner bzw. Betreuer um die zahnärztlichen Termine kümmern sollten.

5.2 Auswertung Zahnärzte

Frage 1: Wie lange sind Sie bereits als Zahnärztin/Zahnarzt tätig?

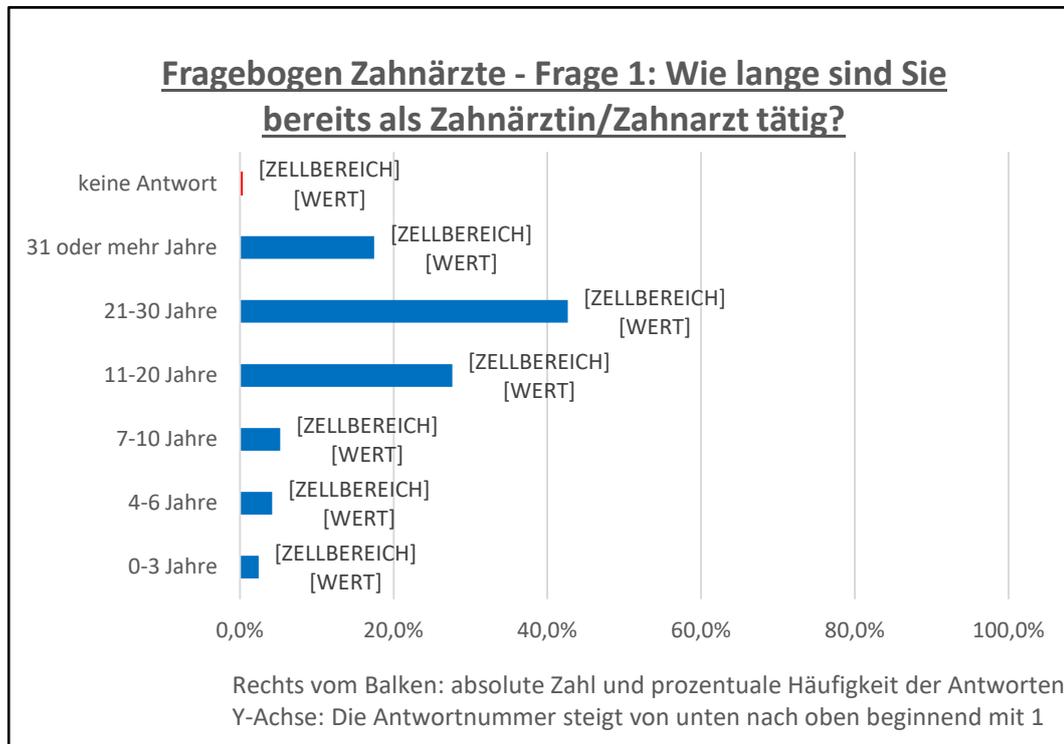


Abbildung 55: Zahnärzte Frage 1

„Rot markierte Antwortbalken werden nicht zur Berechnung der Statistik herangezogen (siehe *2 Seite 53,54)“

Der Mittelwert liegt bei 4,57 (zwischen „11-20 Jahre“ und „21-30 Jahre“).

Die Standardabweichung ist 1,12.

Die Jahres-Skala hätte zur Statistik linear gewählt werden sollen.

87,8 % der befragten Zahnärzte sind sehr erfahren mit einer mehr als 10-jährigen Tätigkeit als Zahnarzt. Junge Zahnärzte mit geringer Berufserfahrung sind in der Umfrage eher in geringem Maße beteiligt.

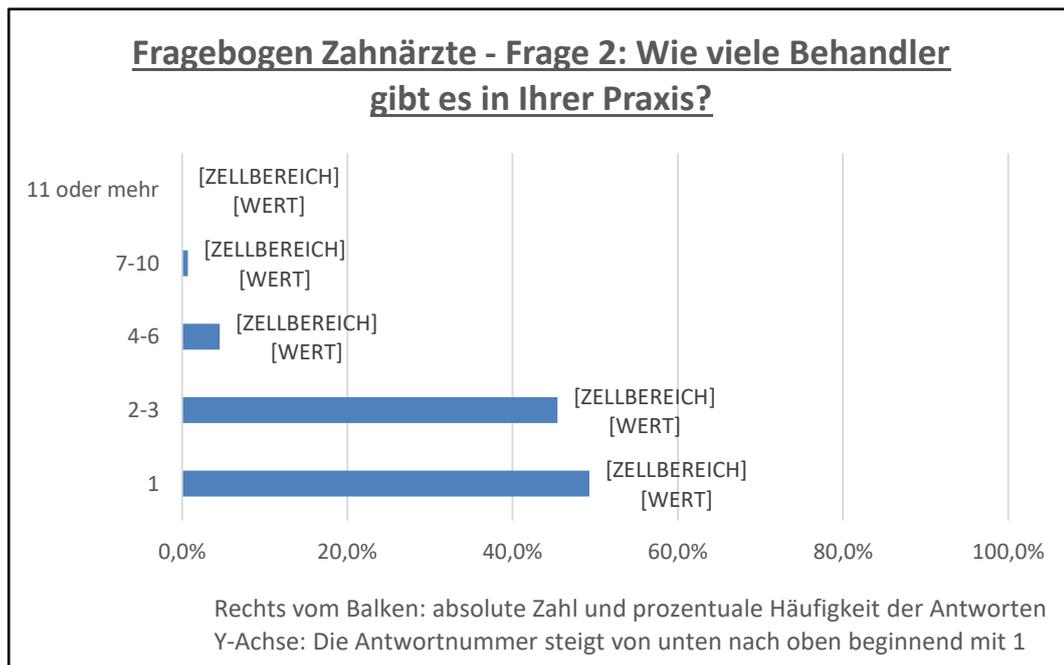
Frage 2: Wie viele Behandler gibt es in Ihrer Praxis?

Abbildung 56: Zahnärzte Frage 2

Der Mittelwert liegt bei 1,57 (zwischen „1“ und „2-3“).

Die Standardabweichung ist 0,62.

Die Skala der Behandler hätte zur Statistik linear gewählt werden soll.

Knapp 95% der befragten Praxen haben maximal 3 Behandler.

49,3% der Praxen haben einen Behandler, 45,5% der Praxen haben 2-3 Behandler.

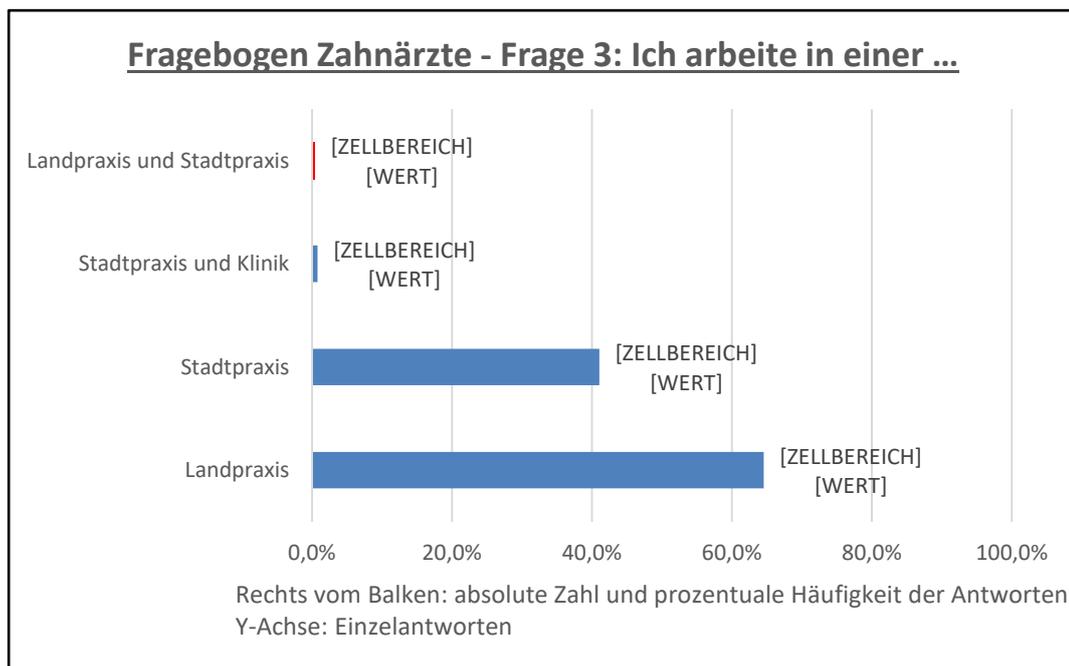
Frage 3: Ich arbeite in einer...

Abbildung 57: Zahnärzte Frage 3

„Hier waren eigentlich keine Mehrfachantworten möglich, wurden aber gegeben (siehe deshalb *1 Seite 52,53)“

„Rot markierte Antwortbalken werden nicht zur Berechnung der Statistik herangezogen (siehe *2 Seite 53,54)“

64,6% der befragten Zahnärzte arbeiten in Landpraxen, während 41% in Stadtpraxen tätig sind. (Mehr als 100%, da manchmal 2 Antworten gegeben wurden.)

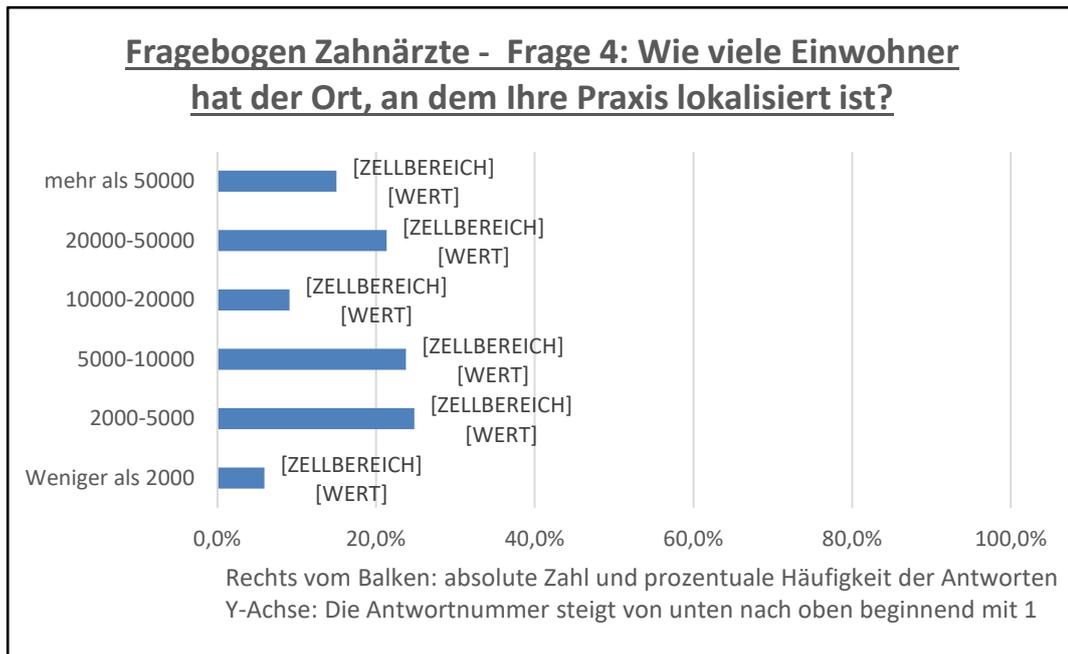
Frage 4: Wie viele Einwohner hat der Ort, an dem Ihre Praxis lokalisiert ist?

Abbildung 58: Zahnärzte Frage 4

Der Mittelwert der Antworten liegt bei 3,6 (zwischen „5000-10000“ und „10000-20000“).

Die Standardabweichung ist 1,56.

Die Skala der Einwohner hätte zur Statistik linear gewählt werden soll.

Die Einwohnerzahl der Orte, an denen die befragten Praxen ihren Sitz haben, ist breit gefächert zwischen „kleiner 2000“ bis „größer 50000“.

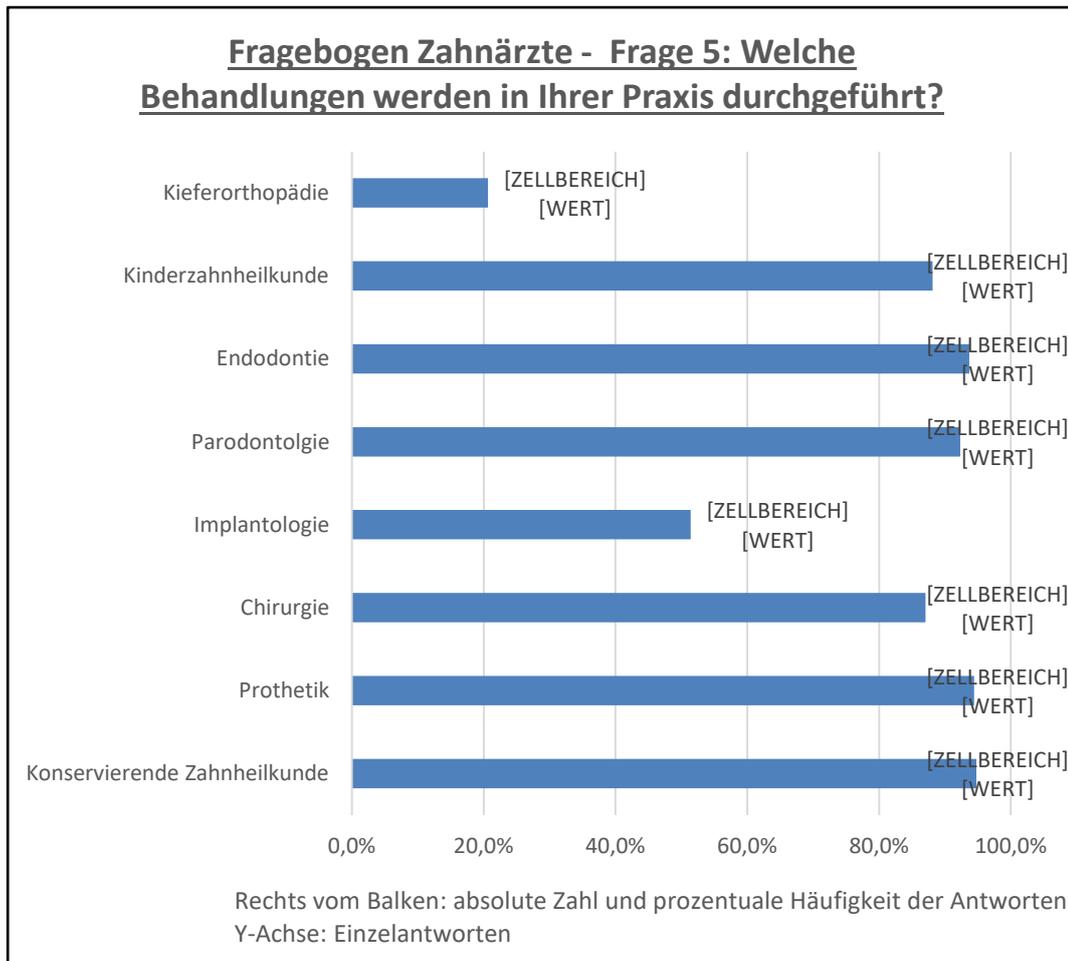
Frage 5: Welche Behandlungen werden in Ihrer Praxis durchgeführt?

Abbildung 59: Zahnärzte Frage 5

„Hier waren Mehrfachantworten möglich (siehe *1 Seite 52,53)“

In Abbildung 59 wurde ein Diagramm erstellt, welches die Antworten aller befragten Zahnärzte in Bezug auf einzelne Fachdisziplinen in der Zahnheilkunde widerspiegelt, während Abbildung 60 eine Differenzierung nach „Allgemeinzahnärzten“ und „Fachzahnärzten“ zulässt.

Als Allgemeinzahnarzt wurden Zahnärzte eingestuft, welche als Mindestkriterium Antwort 1 angaben.

Als rein chirurgisch tätiger Zahnarzt wurde eingestuft, wer die Antworten 3, 4 oder 5 entweder alleine oder nur eine Kombination aus diesen ankreuzte.

Als Kinderzahnarzt wurde eingestuft, wer nur die Antwort 7 (auch in Kombination mit Antwort 1) ankreuzte.

Als KFO-Zahnarzt wurde eingestuft, wer nur die Antwort 8 ankreuzte.

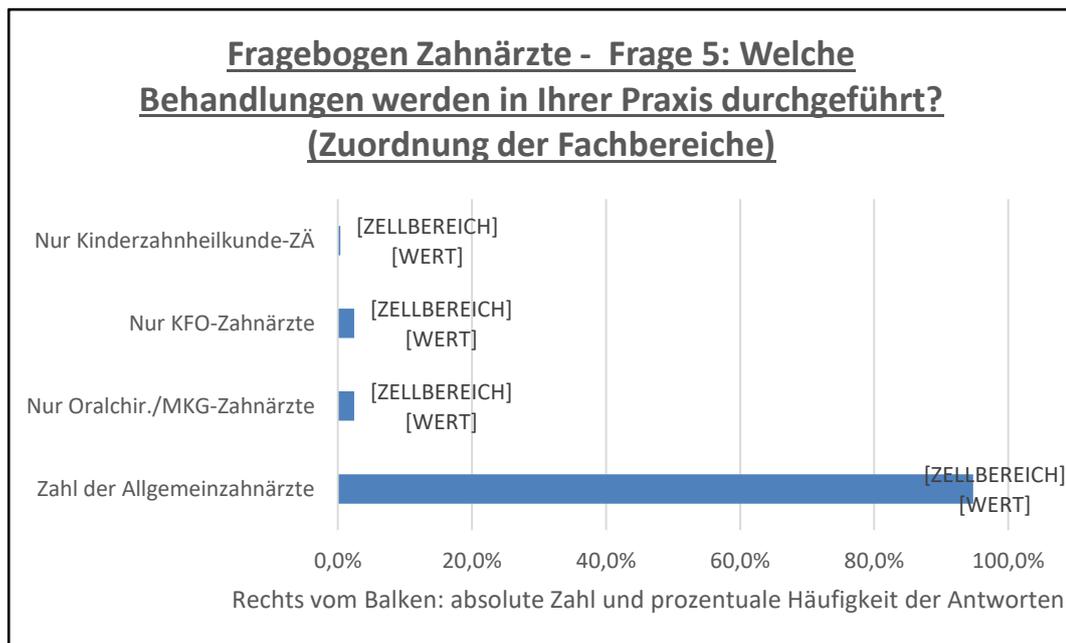


Abbildung 60: Zahnärzte Frage 5 Vereinfachung

94,8% der befragten Zahnärzte sind demnach der Kategorie „Allgemeinzahnärzte“ zuzuordnen.

Frage 6: Wie schätzen Sie die Mundgesundheitsituation von pflegebedürftigen Heimbewohnern generell ein?

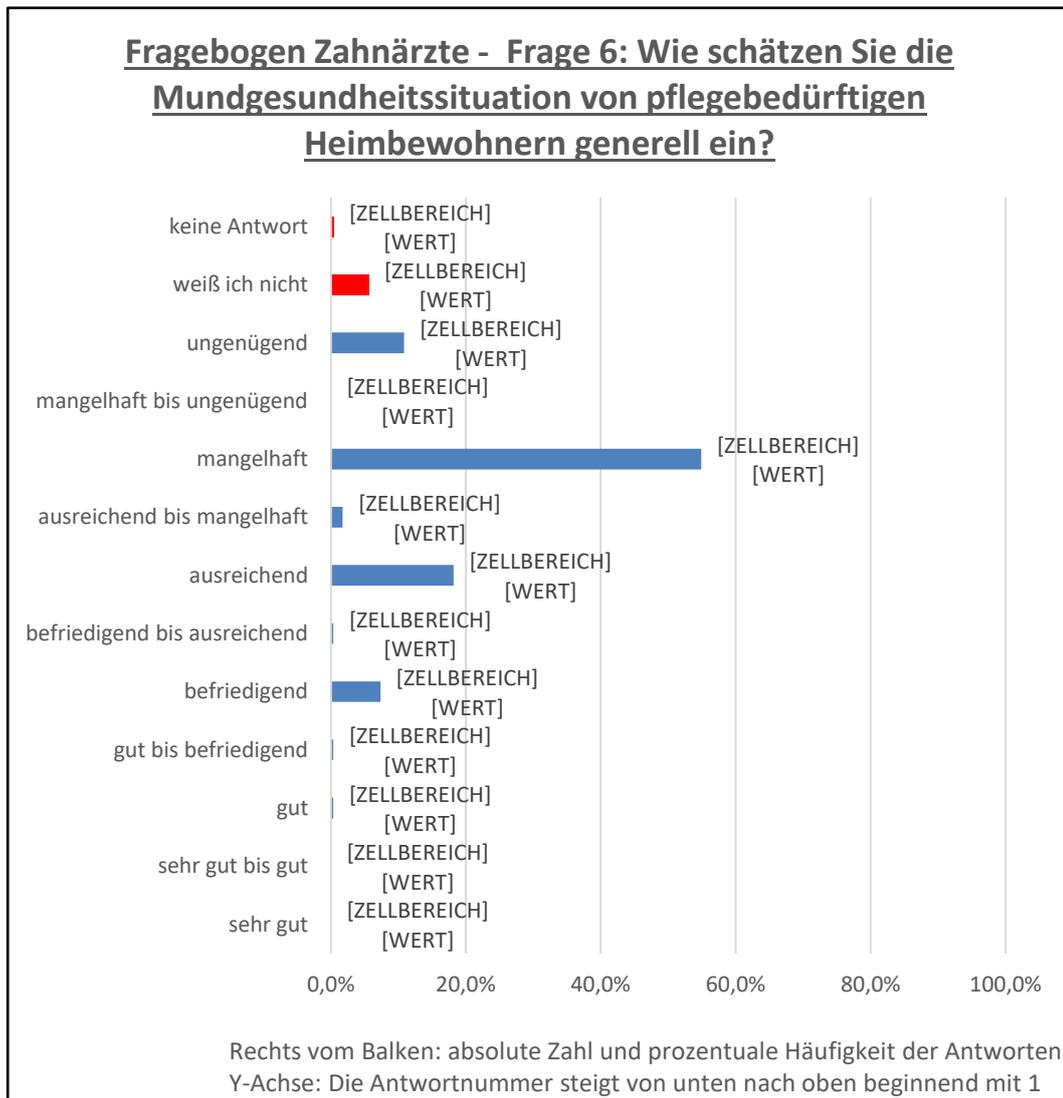


Abbildung 61: Zahnärzte Frage 6

„Rot markierte Antwortbalken werden nicht zur Berechnung der Statistik herangezogen (siehe *2 Seite 53,54)“

Der Mittelwert der Antworten liegt bei 8,46 (zwischen „ausreichend bis mangelhaft“ und „mangelhaft“).

Die Standardabweichung beträgt 1,57, (Normalverteilung).

0,3% der Zahnärzte beurteilen die Mundgesundheit von pflegebedürftigen Heimbewohnern als „sehr gut“ bis „gut“, während 85,6% die Mundgesundheit als „ausreichend“ bis „ungenügend“ einschätzen.

Die Antworten konzentrieren sich mit 54,9% der Antworten auf „mangelhaft“.

10,8% der Zahnärzte beurteilen die Mundgesundheit als „ungenügend“.

Frage 7: Wie beurteilen Sie die Kenntnisse des Pflegepersonals bzgl. der Mundhygienesituation der pflegebedürftigen Heimbewohner?

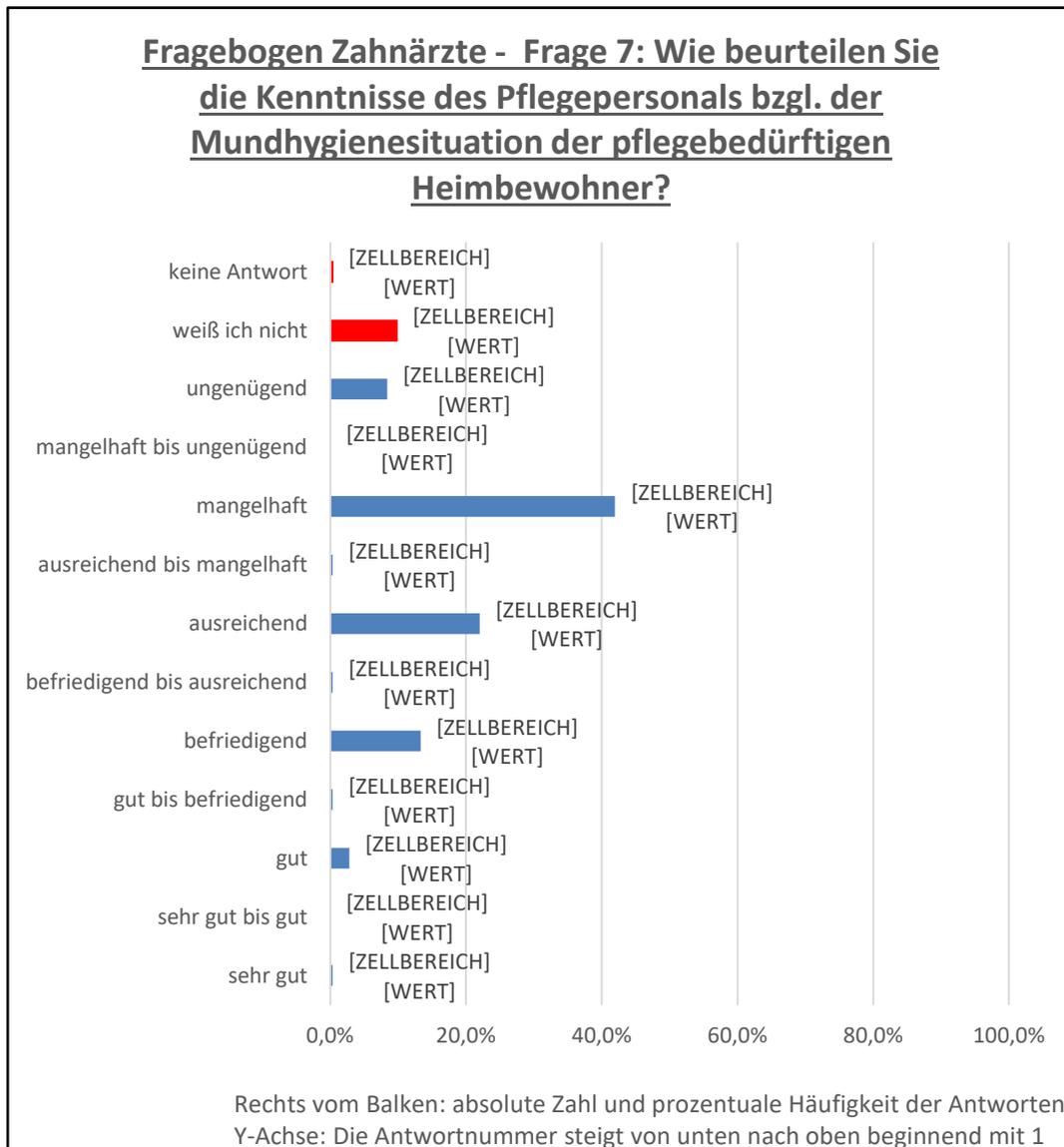


Abbildung 62: Zahnärzte Frage 7

„Rot markierte Antwortbalken werden nicht zur Berechnung der Statistik herangezogen (siehe *2 Seite 53,54)“

Der Mittelwert der Antworten liegt bei 7,85 (zwischen „ausreichend“ und „ausreichend bis mangelhaft“).

Die Standardabweichung beträgt 1,98. (Normalverteilung)

16,4% der Zahnärzte beurteilen die Kenntnisse des Pflegepersonals als „gut“ bis „befriedigend“, während 72,7% die Kenntnisse nur als „ausreichend“ bis „ungenügend“ einschätzen. 42% der Zahnärzte beurteilen die Kenntnisse als „mangelhaft“, 8,4% gar als „ungenügend“.

Frage 8: Wie beurteilen Sie die Kenntnisse des Pflegepersonals bzgl. des Einflusses der Mundhygiene auf Allgemeinerkrankungen und umgekehrt?

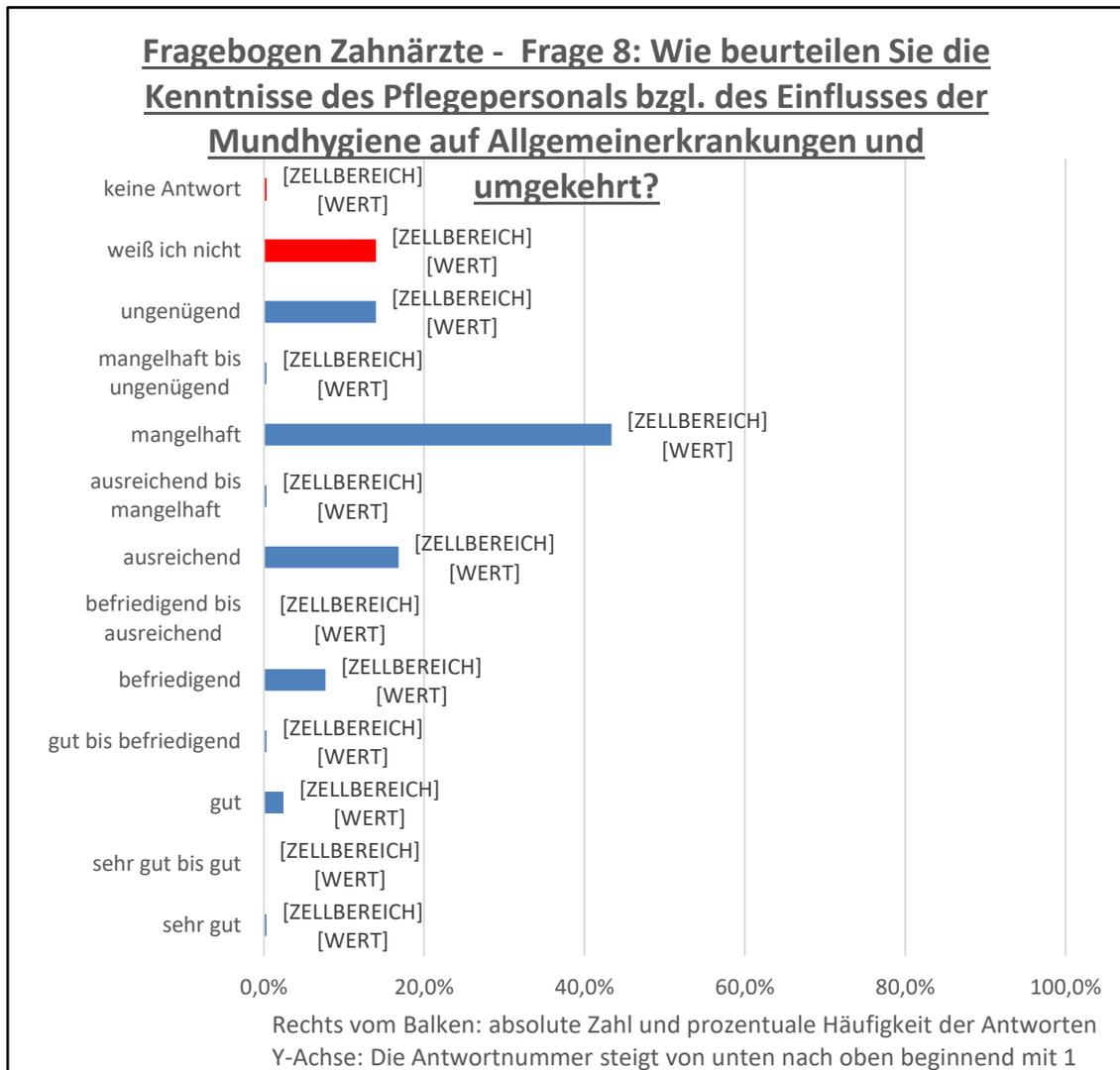


Abbildung 63: Zahnärzte Frage 8

„Rot markierte Antwortbalken werden nicht zur Berechnung der Statistik herangezogen (siehe *2 Seite 53,54)“

Der Mittelwert der Antworten liegt bei 8,35 (zwischen „ausreichend bis mangelhaft“ und „mangelhaft“).

Die Standardabweichung beträgt 1,96. (Normalverteilung)

10,4% der Zahnärzte beurteilen die Kenntnisse des Pflegepersonals als „gut“ bis „befriedigend“, während 74,8% die Kenntnisse nur als „ausreichend“ bis „ungenügend“ einschätzen.

43,4% der Zahnärzte beurteilen die Kenntnisse als „mangelhaft“, 14% gar als „ungenügend“.

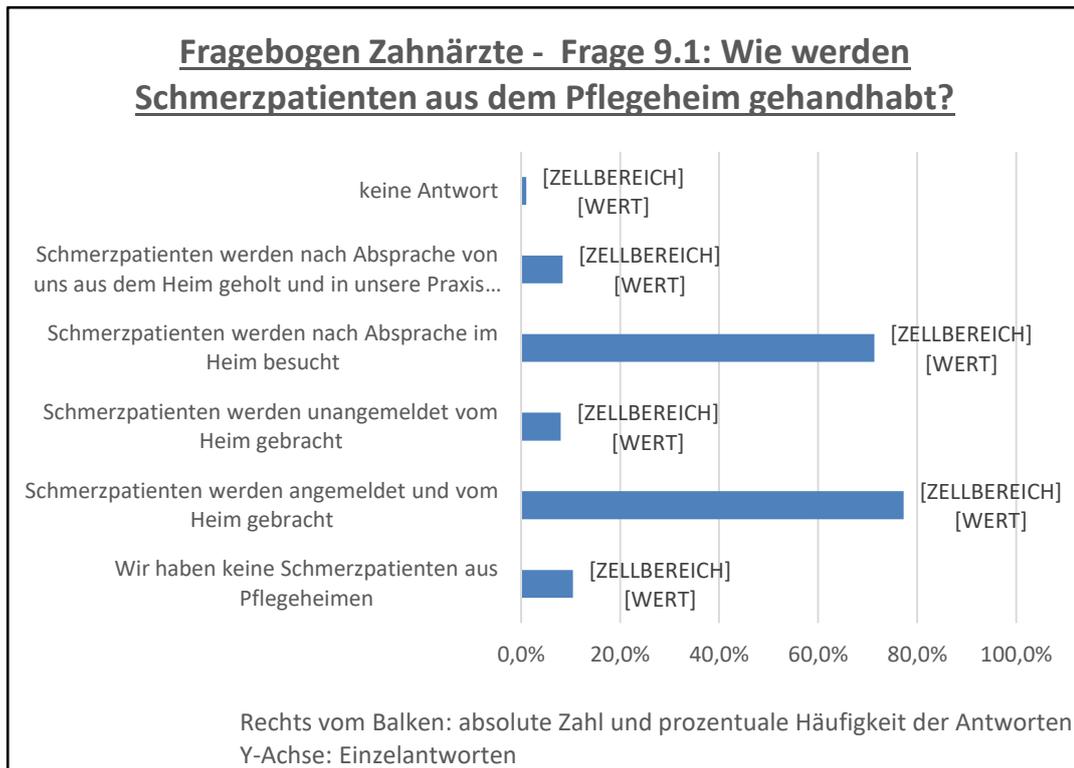
Frage 9.1: Wie werden Schmerzpatienten aus dem Pflegeheim gehandhabt?

Abbildung 64: Zahnärzte Frage 9.1

„Hier waren Mehrfachantworten möglich (siehe *1 Seite 52,53)“

Die zwei Hauptaussagen sind, dass Schmerzpatienten nach Absprache im Heim besucht werden (71,3%) und dass Schmerzpatienten angemeldet und vom Heim in die Zahnarztpraxis gebracht werden (77,3%).

49% aller Zahnarztpraxen geben als Mehrfachantwort die Kombination dieser beiden Antworten an.

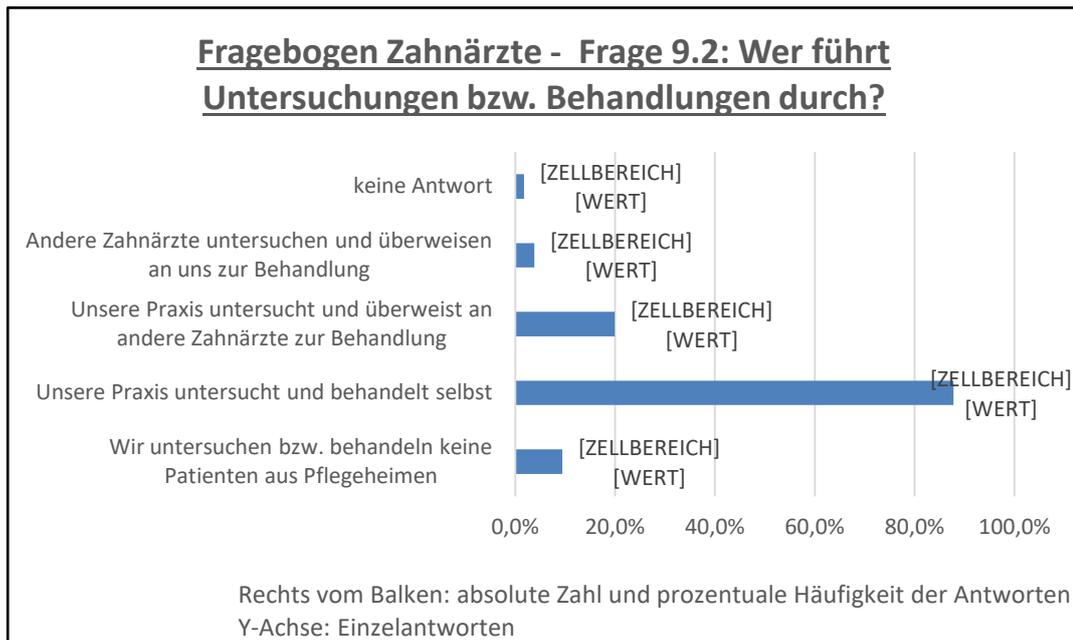
Frage 9.2: Wer führt Untersuchungen bzw. Behandlungen durch?

Abbildung 65: Zahnärzte Frage 9.2

„Hier waren Mehrfachantworten möglich (siehe *1 Seite 52,53)“

In 87,8% der Fälle werden Untersuchungen durchgeführt und bei Bedarf wird anschließend durch die gleiche Praxis auch weiterbehandelt, während in 19,9% der Fälle durch die untersuchende Praxis anschließend an andere Zahnärzte weiter überwiesen wird.

9,4% der befragten Zahnarztpraxen untersuchen bzw. behandeln keine Patienten aus Pflegeheimen.

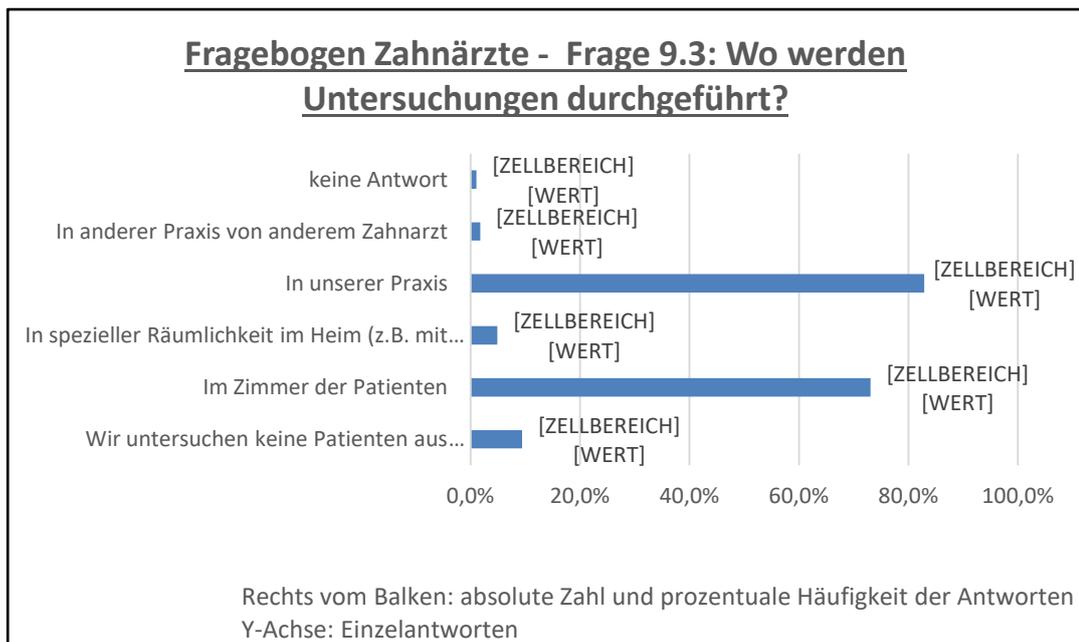
Frage 9.3: Wo werden Untersuchungen durchgeführt?

Abbildung 66: Zahnärzte Frage 9.3

„Hier waren Mehrfachantworten möglich (siehe *1 Seite 52,53)“

In 82,9% der Zahnärzte führen Untersuchungen von Pflegeheim-Bewohnern in der Zahnarztpraxis durch, während in 73,1% diese Untersuchungen im Zimmer des Patienten machen. Die Auswertung der kombinierten Mehrfachantworten ergibt: 61,5% der Zahnarztpraxen geben als Mehrfachantwort eine Kombination dieser beiden Antworten an.

Nur in 4,9% der Fälle werden diese Untersuchungen in speziellen Räumlichkeiten des Pflegeheimes durchgeführt.

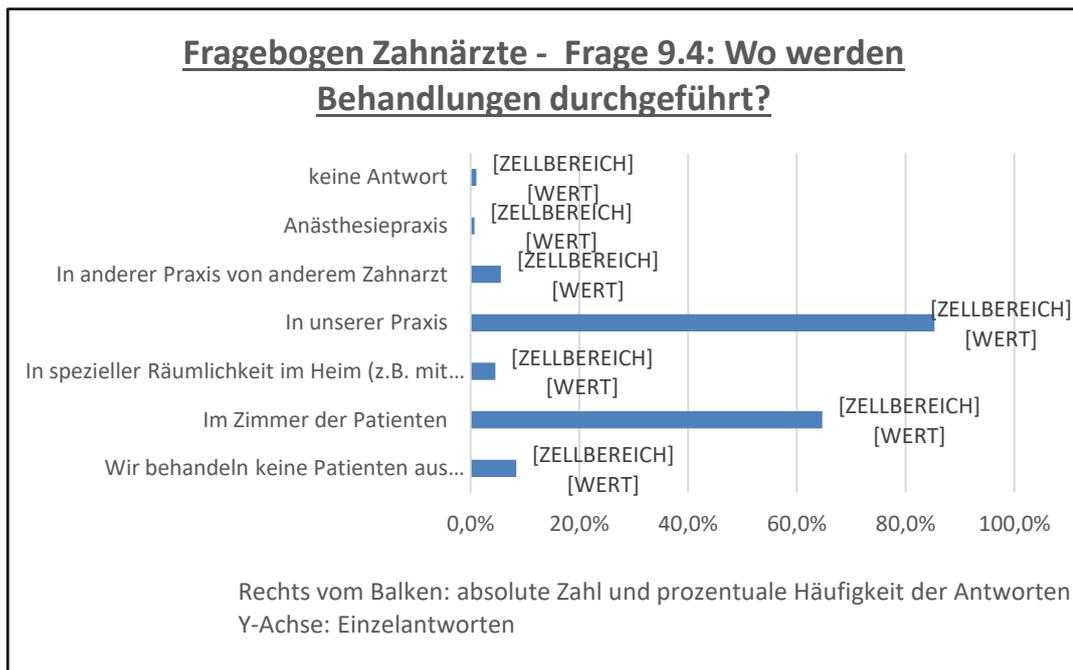
Frage 9.4: Wo werden Behandlungen durchgeführt?

Abbildung 67: Zahnärzte Frage 9.4

„Hier waren Mehrfachantworten möglich (siehe *1 Seite 52,53)“

In 85,3% der Zahnärzte führen Behandlungen von Pflegeheim-Bewohnern in der Zahnarztpraxis durch, während in 64,7% der Zahnärzte Behandlungen im Zimmer des Patienten durchführen. Die Auswertung der kombinierten Mehrfachantworten ergibt: 53,5% der Zahnärzte geben als Mehrfachantwort eine Kombination dieser beiden Antworten an. 23,1% der Praxen behandeln Pflegeheimbewohner nur in der Zahnarztpraxis.

Nur in 4,5% der Fälle werden diese Behandlungen in speziellen Räumlichkeiten des Pflegeheimes durchgeführt.

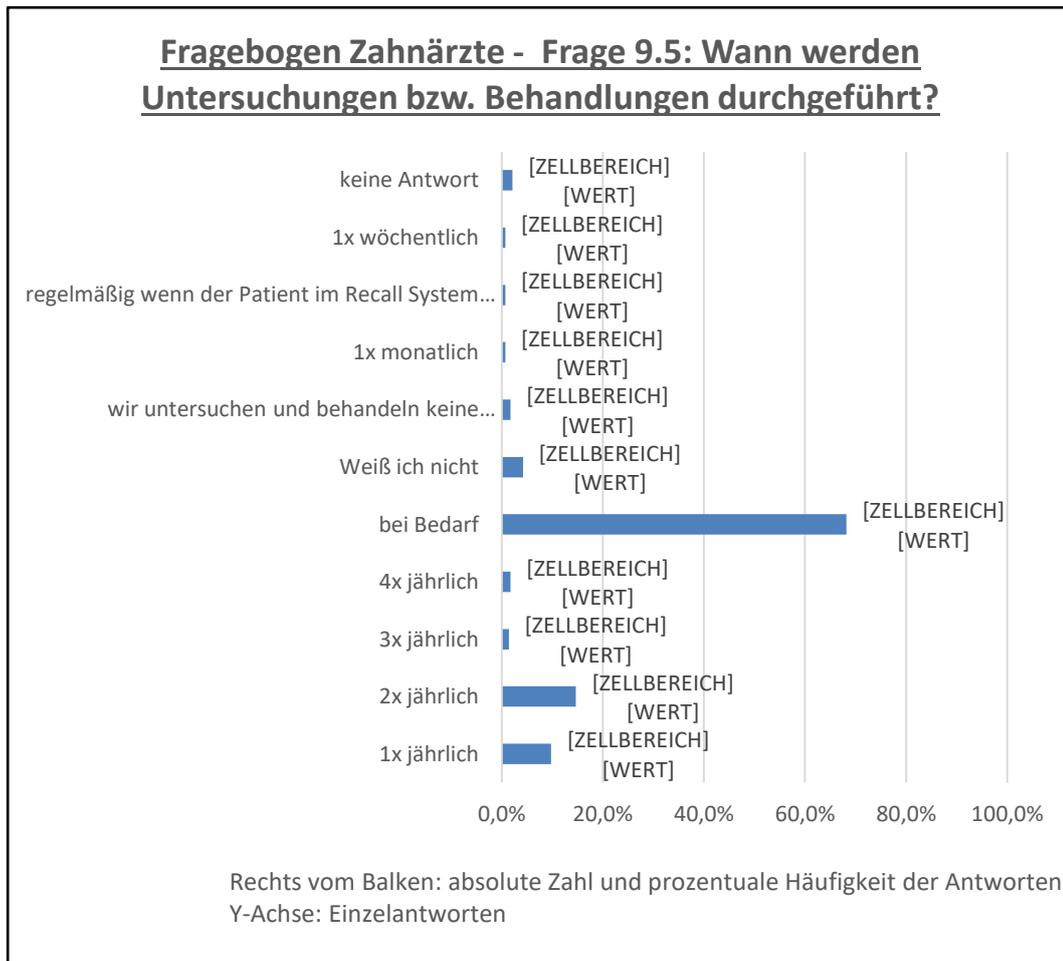
Frage 9.5: Wann werden Untersuchungen bzw. Behandlungen durchgeführt?

Abbildung 68: Zahnärzte Frage 9.5

„Hier waren eigentlich keine Mehrfachantworten möglich, wurden aber gegeben (siehe deshalb *1 Seite 52,53)“

Der Fokus steht auf der Aussage, dass 68,2 % der Zahnärzte nur bei Bedarf pflegebedürftige Heimbewohner untersuchen bzw. behandeln. 14,7% der Zahnärzte führen Untersuchungen bzw. Behandlungen 2x jährlich durch, 9,8% 1x jährlich.

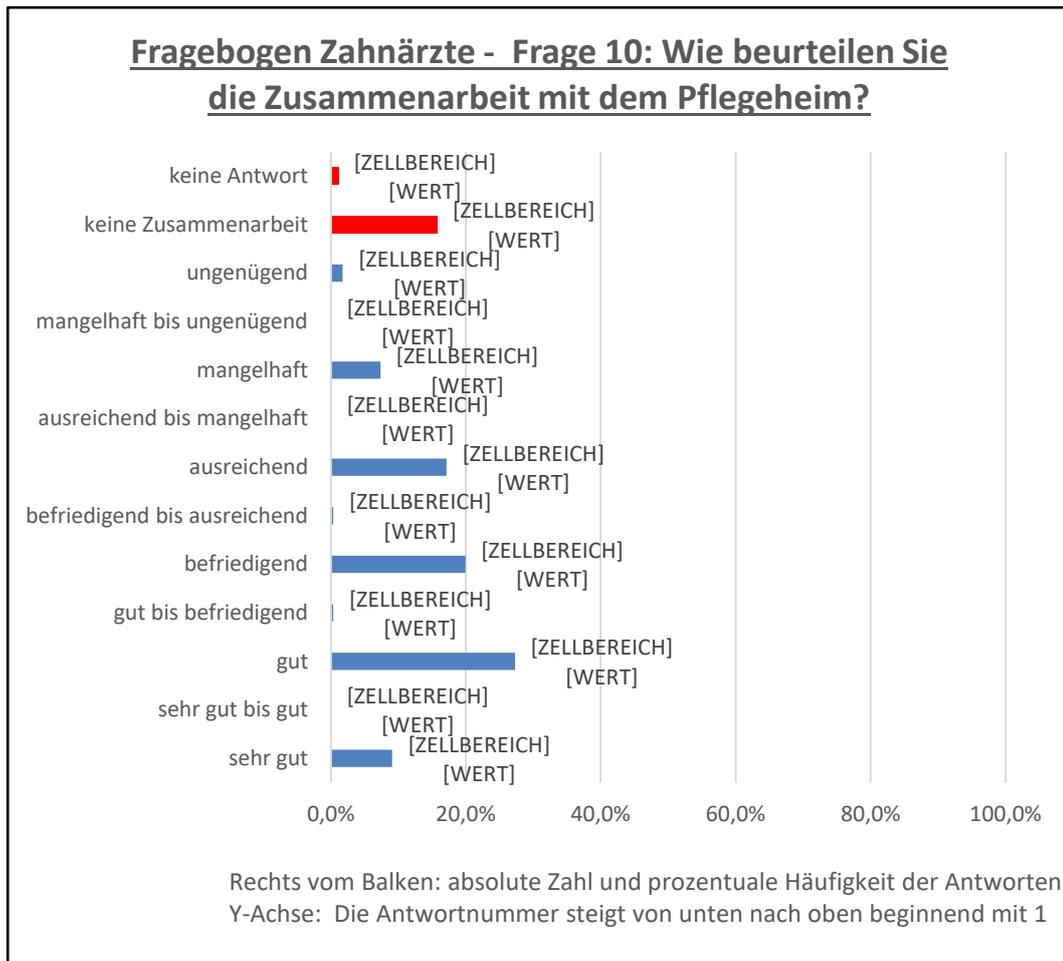
Frage 10: Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit dem Pflegeheim?

Abbildung 69: Zahnärzte Frage 10

„Rot markierte Antwortbalken werden nicht zur Berechnung der Statistik herangezogen (siehe *2 Seite 53,54)“

Der Mittelwert der Antworten liegt bei 5,94 (zwischen „befriedigend“ und „befriedigend bis ausreichend“).

Die Standardabweichung beträgt 3,46.

Es liegt eine Normalverteilung vor.

Die Schwankungsbreite der Antworten ist relativ groß. 36,4% der Zahnärzte beurteilen die Zusammenarbeit als „sehr gut“ bis „gut“, 37,3% als „befriedigend“ bis „ausreichend“ und 9% als „mangelhaft“ bis „ungenügend“.

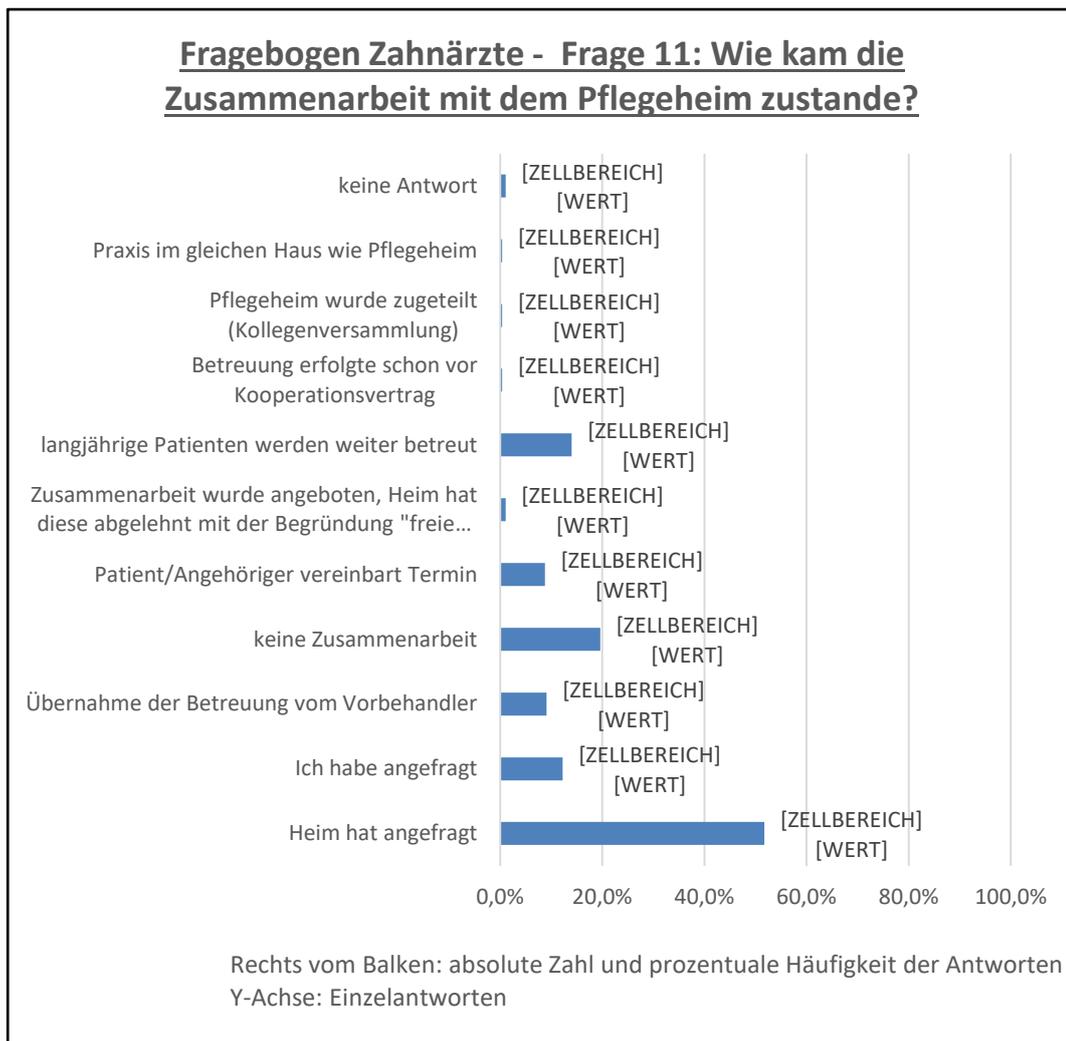
Frage 11: Wie kam die Zusammenarbeit mit dem Pflegeheim zustande?

Abbildung 70: Zahnärzte Frage 11

„Hier waren eigentlich keine Mehrfachantworten möglich, wurden aber gegeben (siehe deshalb *1 Seite 52,53)“

Hier gibt es diverse Ursachen für eine Zusammenarbeit. In 51,7% der Fälle hat laut Aussage der Zahnärzte das Pflegeheim angefragt, um die Zusammenarbeit zu initiieren. In 12,2% der Fälle hat der betreffende Zahnarzt eine Zusammenarbeit angefragt.

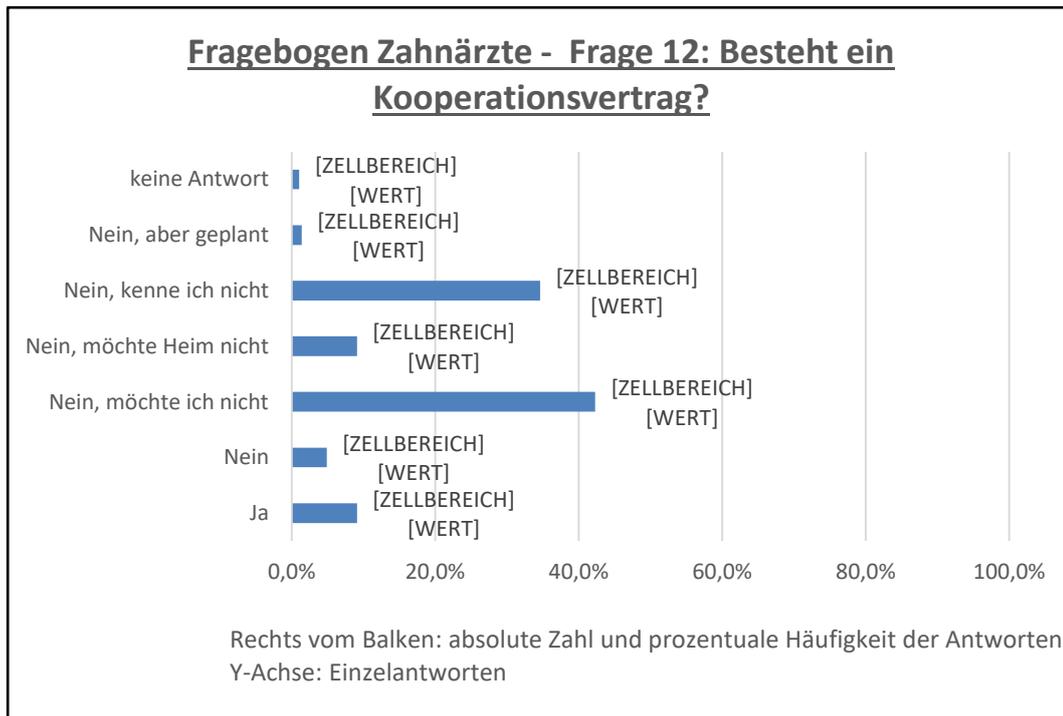
Frage 12: Besteht ein Kooperationsvertrag?

Abbildung 71: Zahnärzte Frage 12

„Hier waren eigentlich keine Mehrfachantworten möglich, wurden aber gegeben (siehe deshalb *1 Seite 52,53)“

Allerdings wurden Mehrfachantworten nur von 2,4% der Zahnärzte gegeben. 97,6% der Zahnärzte gaben eine einzige Antwort.

Demnach kennen im Jahre 2016 34,6% der Zahnärzte einen Kooperationsvertrag nicht. 42,3% der Zahnärzte möchten zum Zeitpunkt der Befragung keinen Kooperationsvertrag.

Nur 9,1% der befragten Zahnärzte haben im Jahr 2016 einen Kooperationsvertrag mit einem Pflegeheim (vergleiche Abbildung 72).

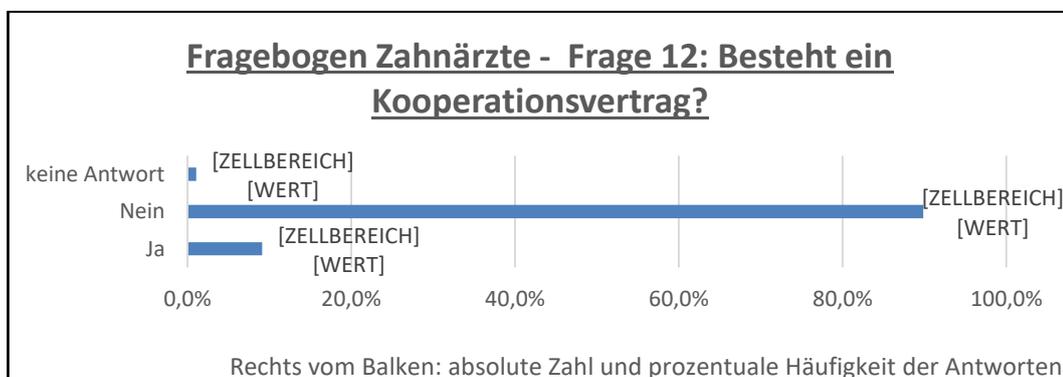


Abbildung 72: Zahnärzte Frage 12 Vereinfachung

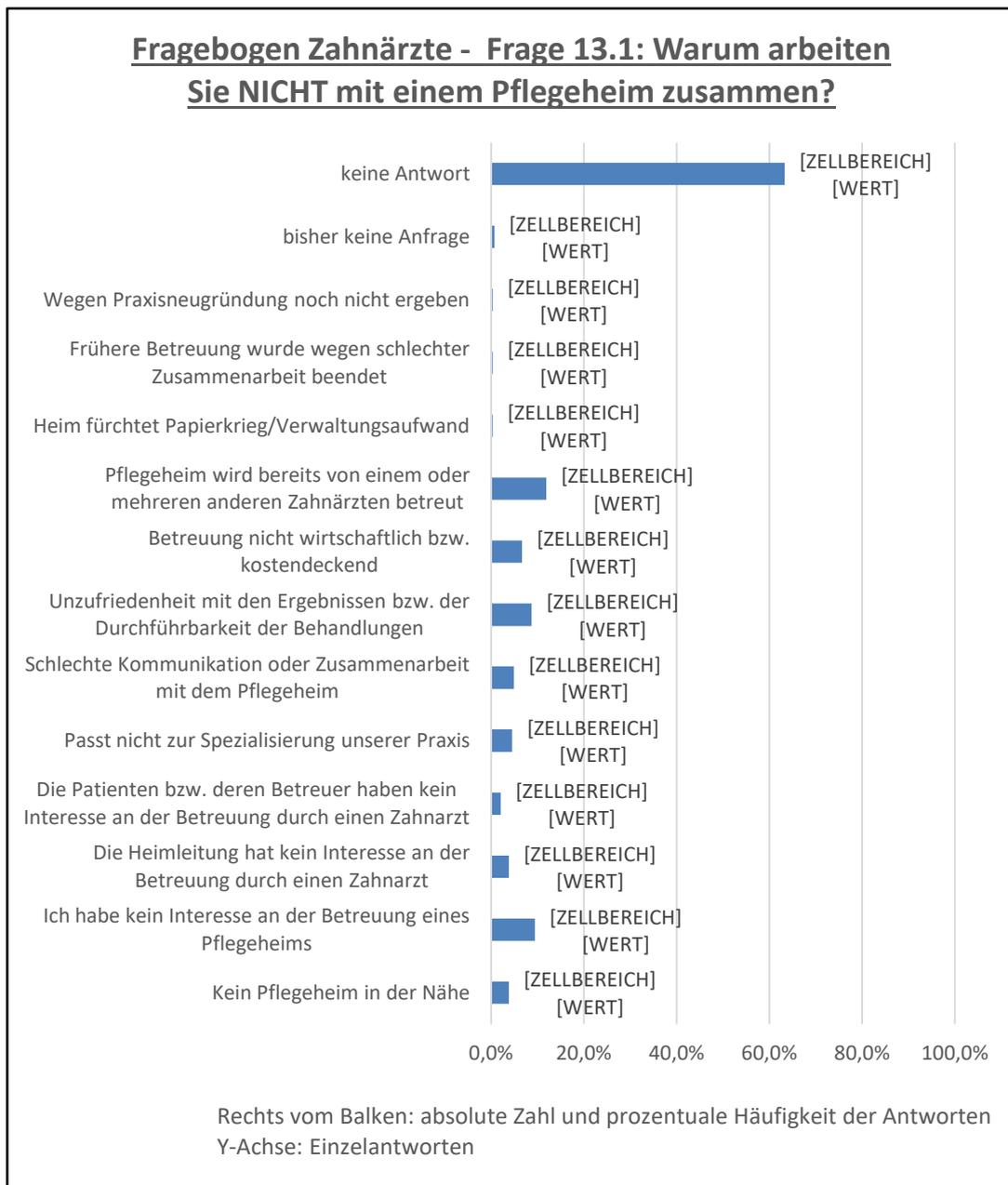
Frage 13.1: Warum arbeiten Sie NICHT mit einem Pflegeheim zusammen?

Abbildung 73: Zahnärzte Frage 13.1

„Hier waren Mehrfachantworten möglich (siehe *1 Seite 52,53)“

Hier gibt es diverse, breit gestreute Antworten, allerdings beantworten 63,3% der Zahnärzte die Frage nicht, da vermutlich irgendeine Art der Zusammenarbeit besteht.

Frage 13.2: Warum arbeiten Sie MIT einem Pflegeheim zusammen?

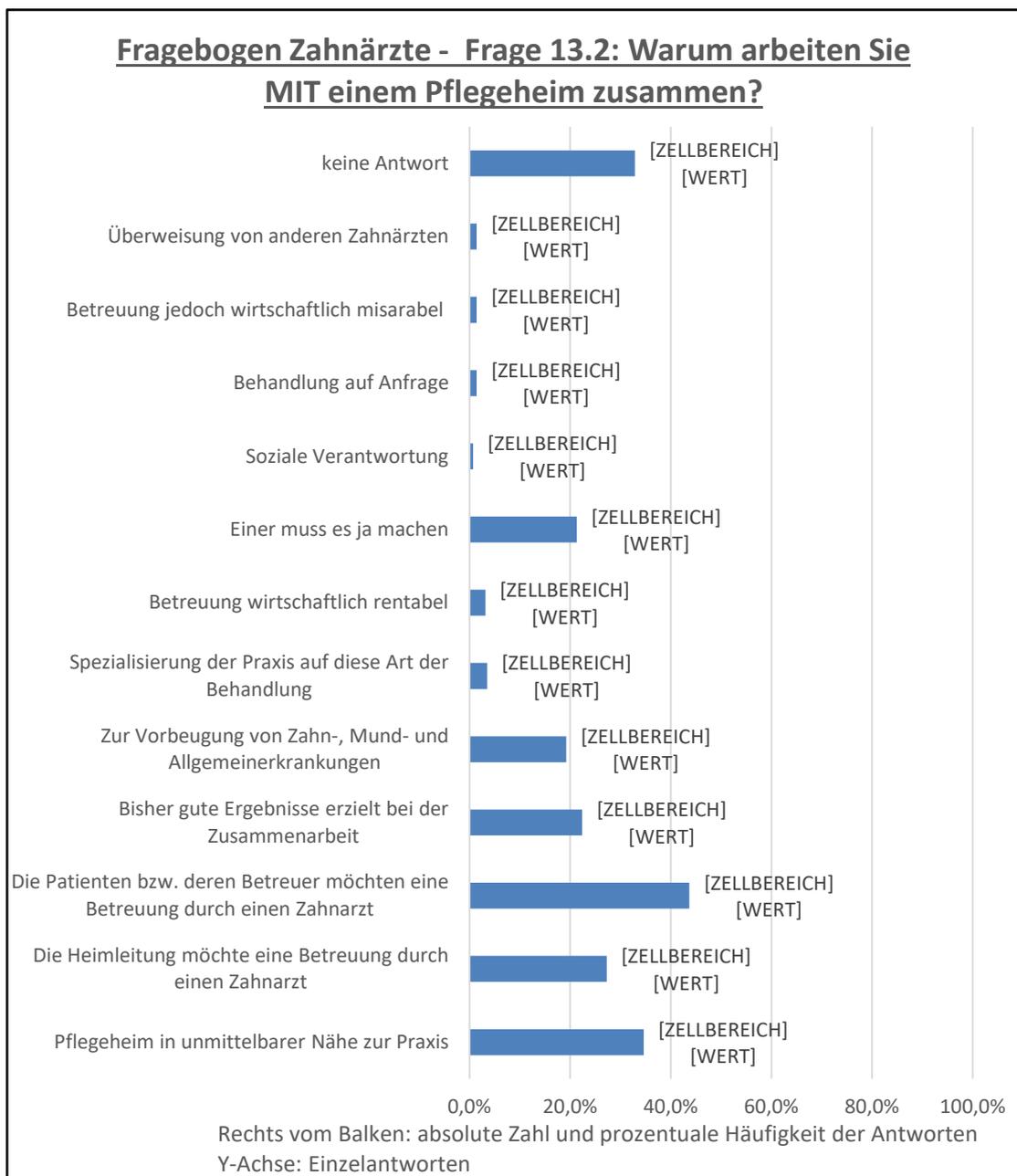


Abbildung 74: Zahnärzte Frage 16.2

„Hier waren Mehrfachantworten möglich (siehe *1 Seite 52,53)“

Es gibt ebenfalls breit gestreute Gründe für die Zusammenarbeit mit einem Pflegeheim.

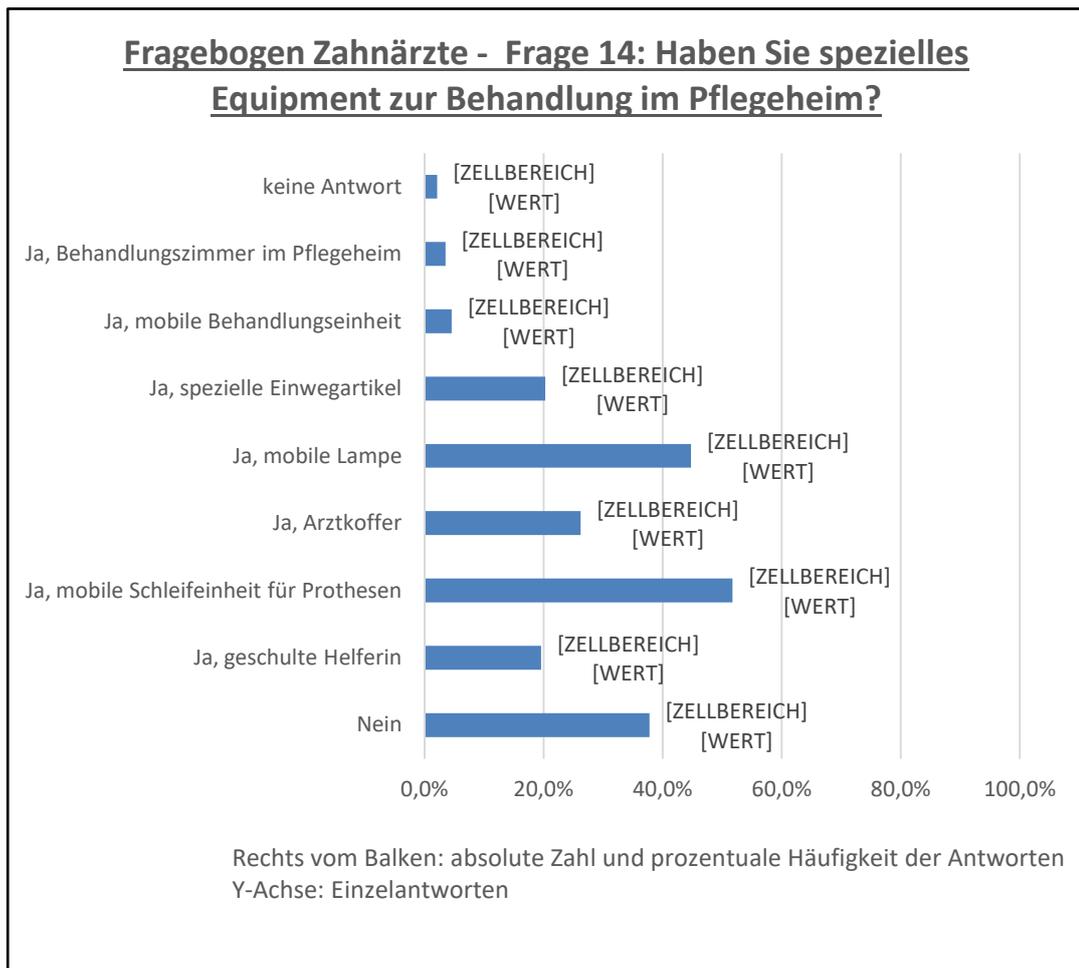
Frage 14: Haben Sie spezielles Equipment zur Behandlung im Pflegeheim?

Abbildung 75: Zahnärzte Frage 14

„Hier waren Mehrfachantworten möglich (siehe *1 Seite 52,53)“

37,8% der befragten Zahnärzte haben kein spezielles Equipment, wobei auch bei der Auswertung der kombinierten Mehrfachantworten sichtbar wird, dass die Ausrüstung der befragten Zahnärzte zur Behandlung im Pflegeheim sehr unterschiedlich ist.

Anmerkung: Wie von ein paar Kollegen auf den Fragebögen richtigerweise notiert wurde, ist eine Helferin natürlich nicht als Equipment einzustufen oder zu bezeichnen. Der Autor bittet dies zu entschuldigen.

Frage 15: Haben Sie eine spezielle Fortbildung im Bereich Alterszahnheilkunde?

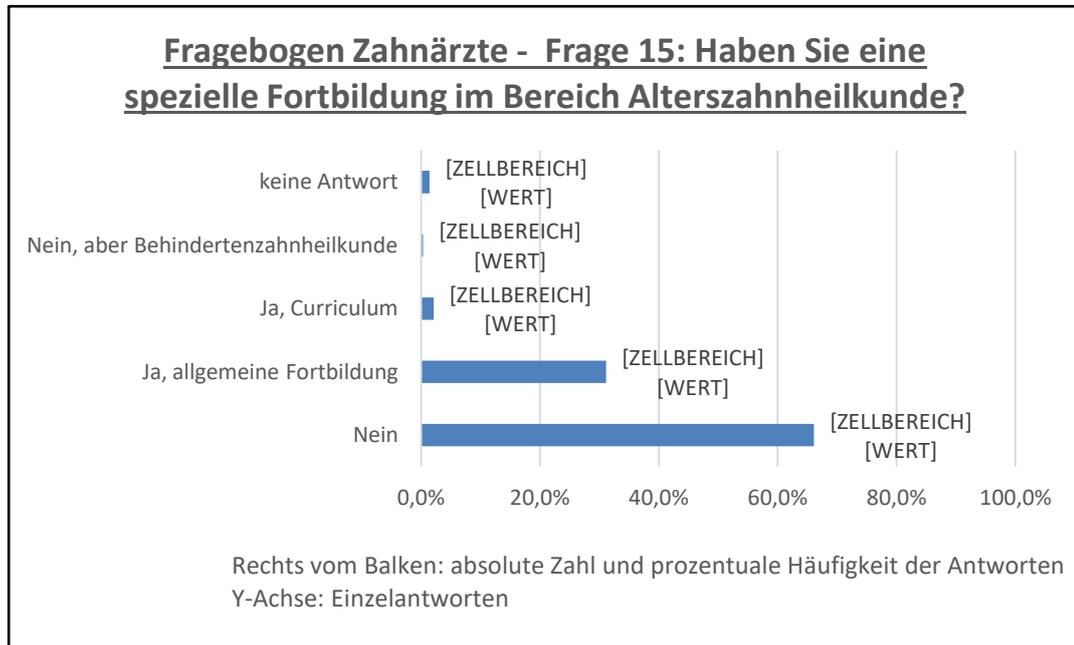


Abbildung 76: Zahnärzte Frage 15

„Hier waren eigentlich keine Mehrfachantworten möglich, wurden aber gegeben (siehe deshalb *1 Seite 52,53)“

66,1% der Zahnärzte haben keine spezielle Fortbildung zum Thema Alterszahnheilkunde, allerdings sehen sich 31,1% der Zahnärzte durch allgemeine Fortbildung für die Alterszahnheilkunde speziell fortgebildet.

Frage 16a: Haben Sie den Eindruck, dass bei Heimbewohnern mit Betreuer Behandlungen unabhängig von den Kosten im besten Interesse des Heimbewohners durchgeführt werden können? (Betreuer staatlich gestellt)

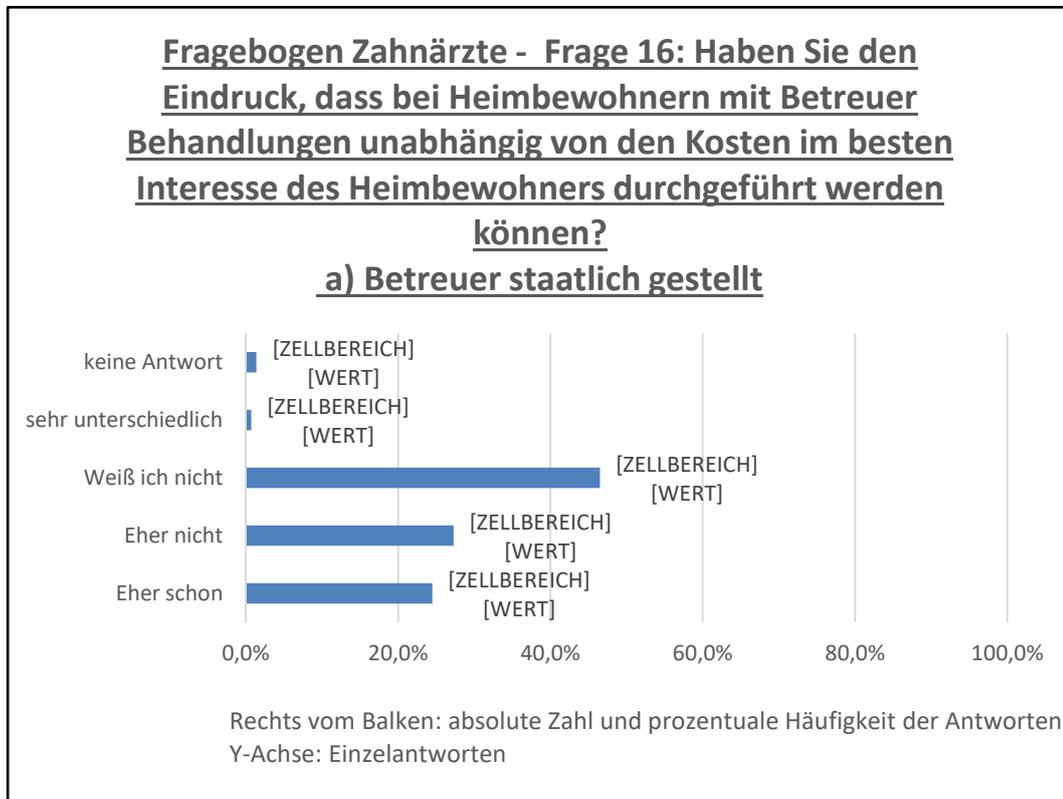


Abbildung 77: Zahnärzte Frage 16a

„Hier waren eigentlich keine Mehrfachantworten möglich, wurden aber gegeben (siehe deshalb *1 Seite 52,53)“

Die Antworten lassen keine klaren Aussagen zu.

**Frage 16b: Haben Sie den Eindruck, dass bei Heimbewohnern mit Betreuer
Behandlungen unabhängig von den Kosten im besten Interesse des
Heimbewohners durchgeführt werden können? (Betreuer verwandt)**

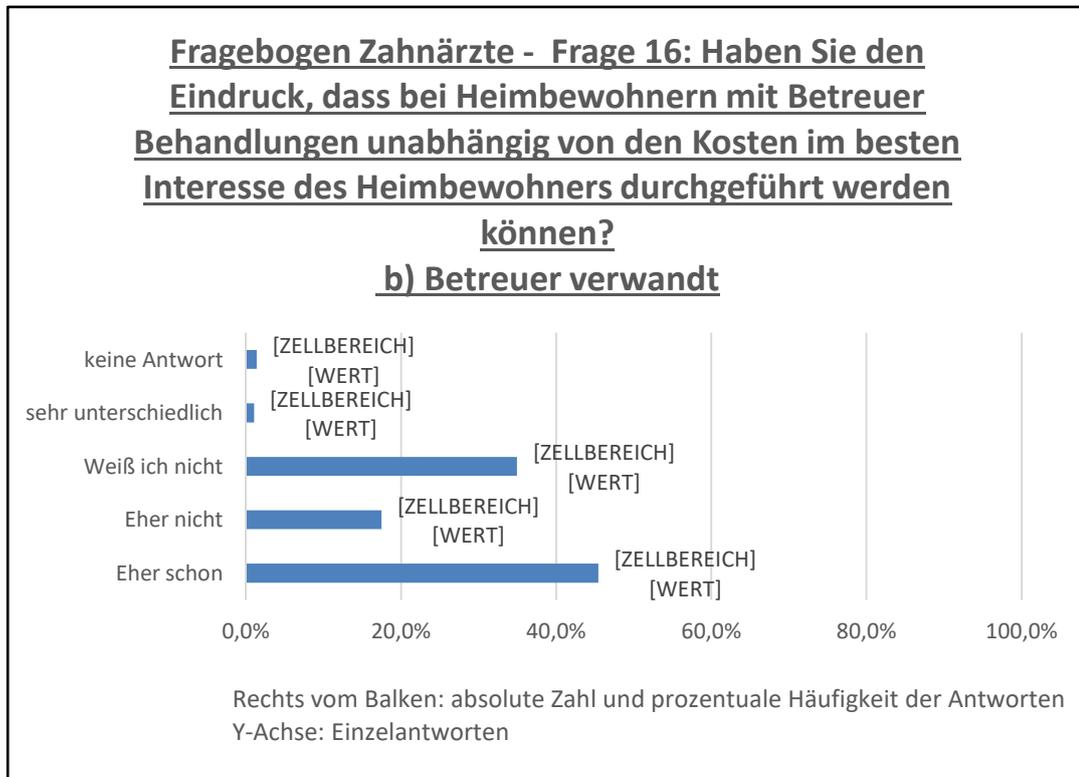


Abbildung 78: Zahnärzte Frage 16b

„Hier waren eigentlich keine Mehrfachantworten möglich, wurden aber gegeben (siehe deshalb *1 Seite 52,53)“

Im Gegensatz zu Frage 16a zeichnet sich hier die Tendenz ab, dass Zahnärzte der Meinung sind, bei verwandtem Betreuer könnten die Behandlungen noch mehr im besten Interesse des pflegebedürftigen Heimbewohners durchgeführt werden.

Frage 17: Wie beurteilen Sie die Durchführbarkeit zahnärztlicher Behandlungen bei pflegebedürftigen Patienten in Räumlichkeiten des Pflegeheims?

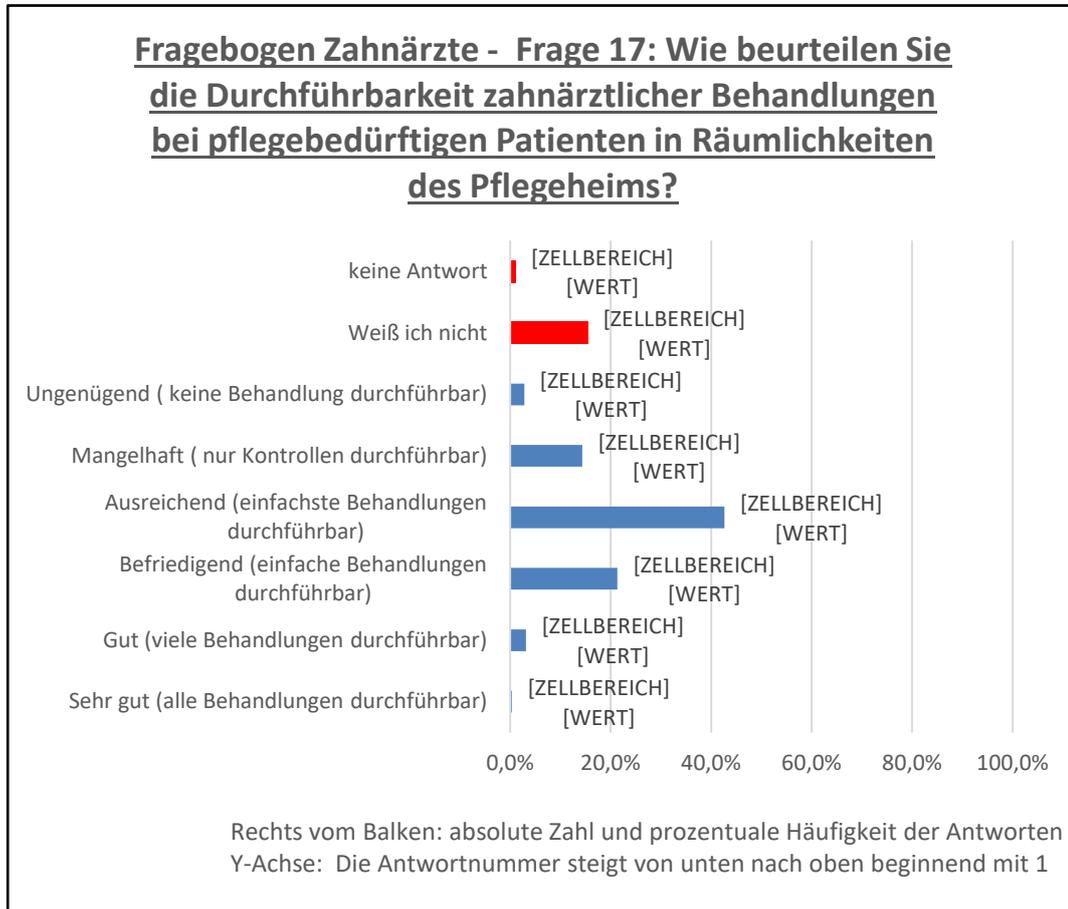


Abbildung 79: Zahnärzte Frage 17

„Rot markierte Antwortbalken werden nicht zur Berechnung der Statistik herangezogen (siehe *2 Seite 53,54)“

Der Mittelwert der Antworten liegt bei 3,90 (zwischen „befriedigend“ und „ausreichend“).

Die Standardabweichung beträgt 0,85.

Es liegt eine Normalverteilung vor.

3,4% der Zahnärzte beurteilen die Durchführbarkeit von Behandlungen im Heim (womit ziemlich sicher in fast allen Fällen das Zimmer des Heimbewohners gemeint ist) als „sehr gut“ bis „gut“, 64% als „befriedigend“ bis „ausreichend“ und 17,1% als „mangelhaft“ bis „ungenügend“.

Im Zentrum der Verteilung ist die Aussage „ausreichend“ mit 42,7%.

Frage 18: Wie beurteilen Sie die Durchführbarkeit zahnärztlicher Behandlungen bei pflegebedürftigen Patienten in Ihrer Praxis?

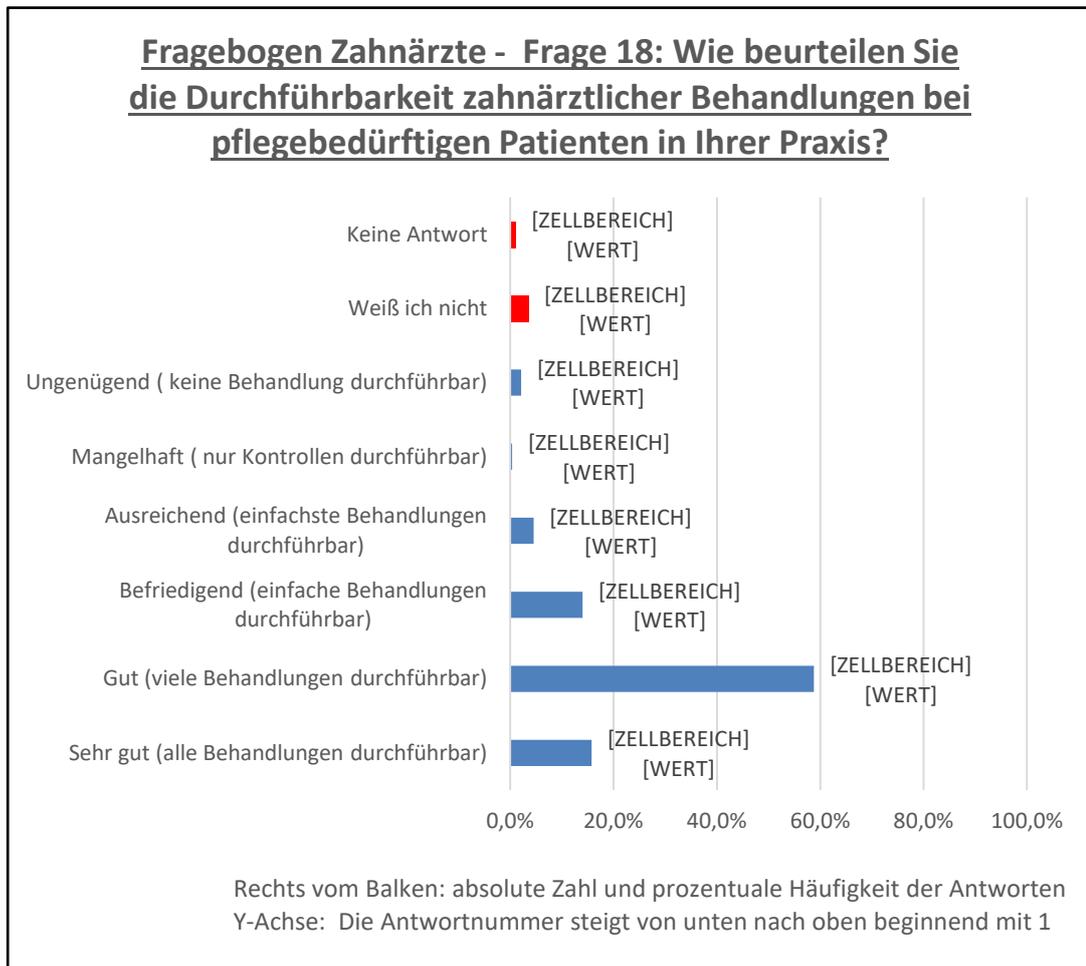


Abbildung 80: Zahnärzte Frage 18

„Rot markierte Antwortbalken werden nicht zur Berechnung der Statistik herangezogen (siehe *2 Seite 53,54)“

Der Mittelwert der Antworten liegt bei 2,18 (zwischen „gut“ und „befriedigend“).

Die Standardabweichung beträgt 0,92.

Es liegt eine Normalverteilung vor.

74,4% der Zahnärzte beurteilen die Durchführbarkeit von Behandlungen in ihrer Praxis als „sehr gut“ bis „gut“, 18,5% als „befriedigend“ bis „ausreichend“ und 2,4% als „mangelhaft“ bis „ungenügend“.

Frage 19: Wie beurteilen Sie die Honorierung der Behandlung von Heimpatienten OHNE Kooperationsvertrag bzgl. der Wirtschaftlichkeit?

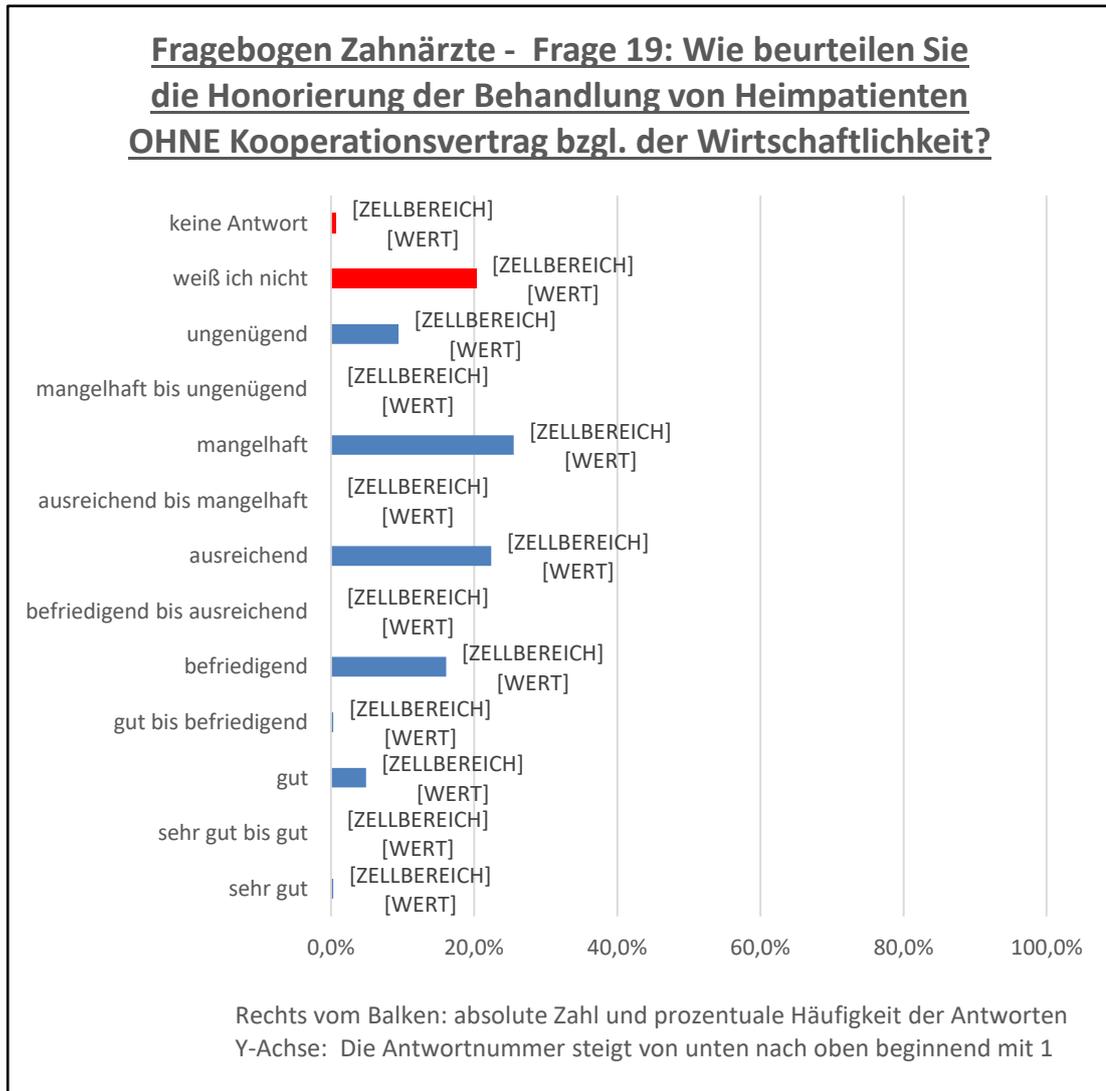


Abbildung 81: Zahnärzte Frage 19

„Rot markierte Antwortbalken werden nicht zur Berechnung der Statistik herangezogen (siehe *2 Seite 53,54)“

Der Mittelwert der Antworten liegt bei 7,43 (zwischen „ausreichend“ und „ausreichend bis mangelhaft“).

Die Standardabweichung beträgt 2,24.

Nur 5,2% der Zahnärzte beurteilen die Frage mit „sehr gut“ bis „gut“, 38,5% mit „befriedigend“ bis „ausreichend“ und 34,9% mit „mangelhaft“ bis „ungenügend“.

Frage 20: Wie beurteilen Sie die Honorierung der Behandlung von Heimpatienten MIT Kooperationsvertrag bzgl. der Wirtschaftlichkeit?

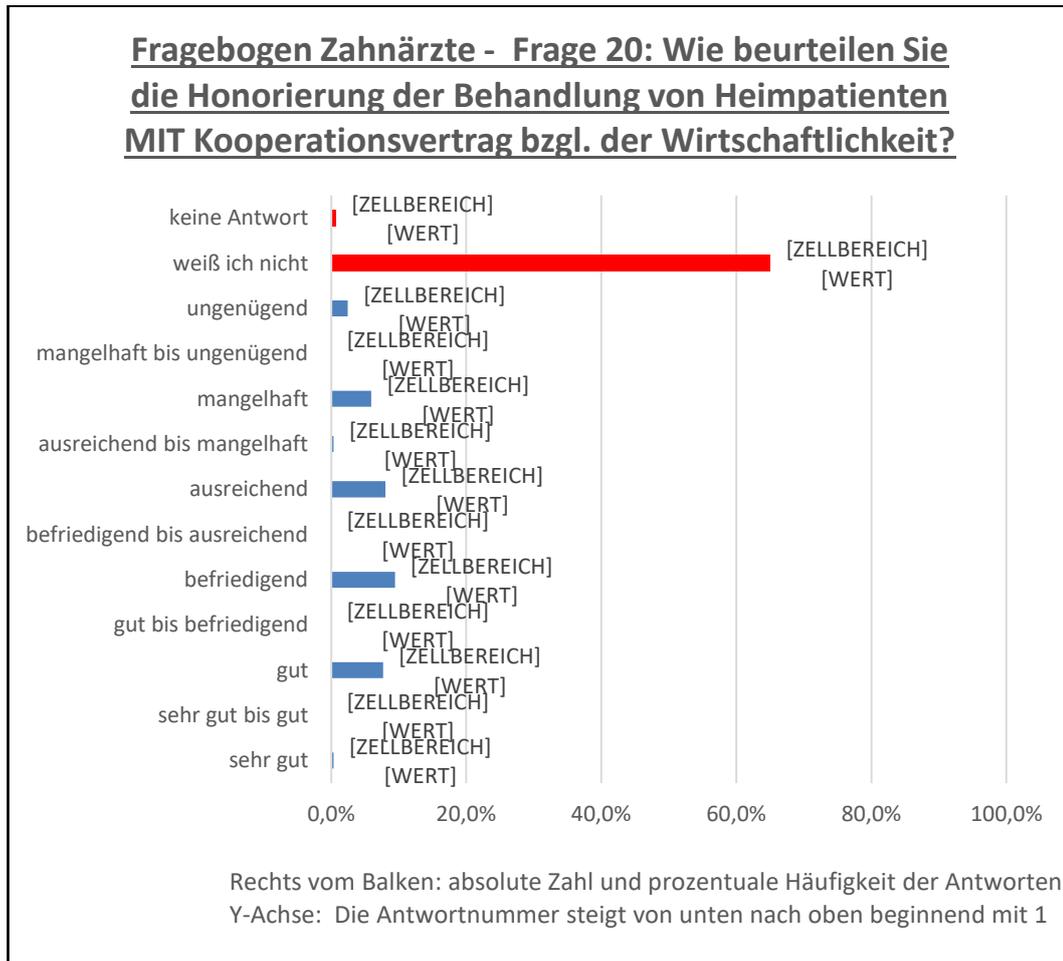


Abbildung 82: Zahnärzte Frage 20

„Rot markierte Antwortbalken werden nicht zur Berechnung der Statistik herangezogen (siehe *2 Seite 53,54)“

Der Mittelwert der Antworten liegt bei 6,13 (zwischen „befriedigend bis ausreichend“ und „ausreichend“.

Die Standardabweichung beträgt 2,48.

65% der Zahnärzte beantworten die Frage mit „weiß ich nicht“, die restlichen Antworten sind breit verteilt.

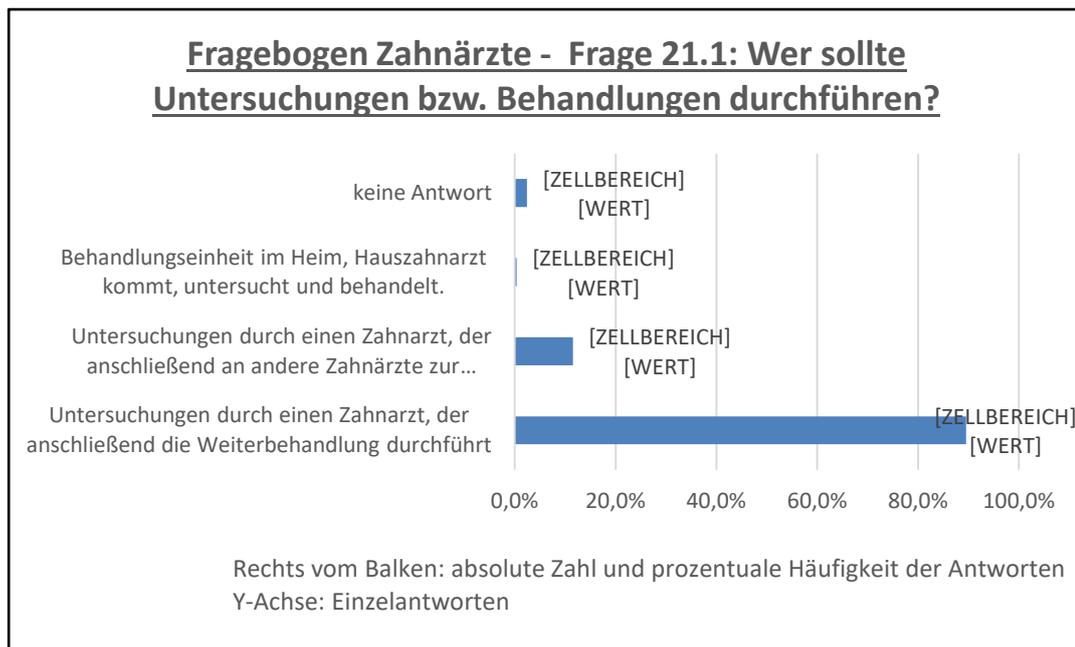
Frage 21.1: Wer sollte Untersuchungen bzw. Behandlungen durchführen?

Abbildung 83: Zahnärzte Frage 21.1

„Hier waren eigentlich keine Mehrfachantworten möglich, wurden aber gegeben (siehe deshalb *1 Seite 52,53)“

89,5% der Zahnärzte sind der Meinung, dass der Zahnarzt, der die Untersuchung durchführt, in der Regel auch später die Weiterbehandlung machen soll. Nur 11,5% der Zahnärzte sind der Meinung, dass ein Zahnarzt, der untersucht, später an andere Zahnärzte zur Weiterbehandlung überweisen soll.

Frage 21.2: Wann sollten Untersuchungen bzw. Behandlungen durchgeführt werden?

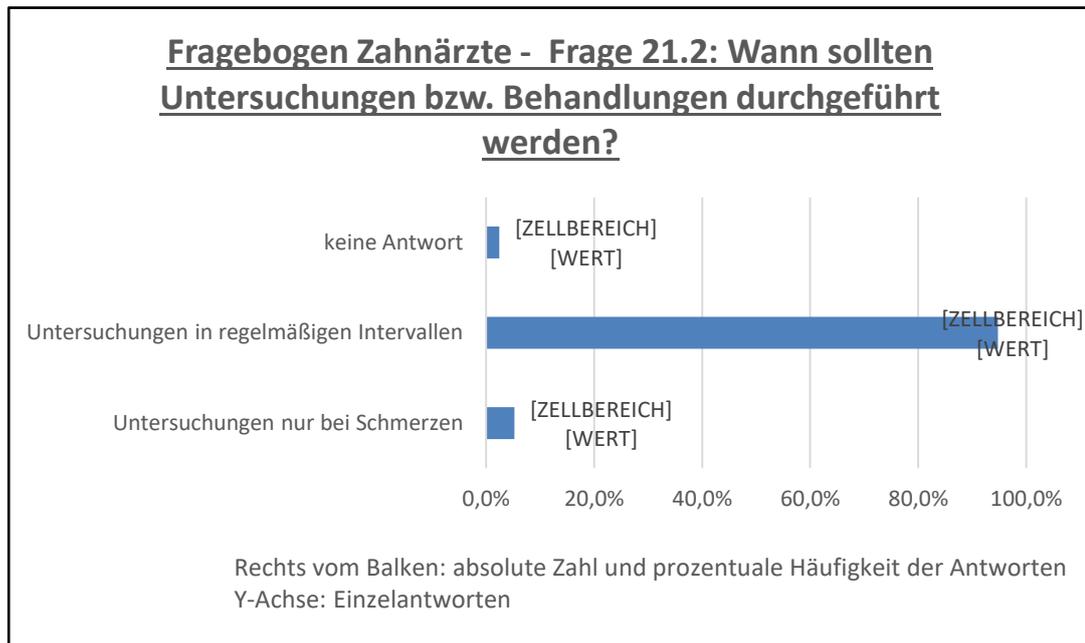


Abbildung 84: Zahnärzte Frage 21.2

„Hier waren eigentlich keine Mehrfachantworten möglich, wurden aber gegeben (siehe deshalb *1 Seite 52,53)“

Die befragten Zahnärzte sind in 94,8% der Fälle dafür, dass Untersuchungen bzw. Behandlungen in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden sollten.

Interessanterweise sind aber doch gut 5% für ein rein beschwerdeorientiertes Aufsuchen.

Frage 21.3: Wo sollten Untersuchungen bzw. Behandlungen durchgeführt werden?

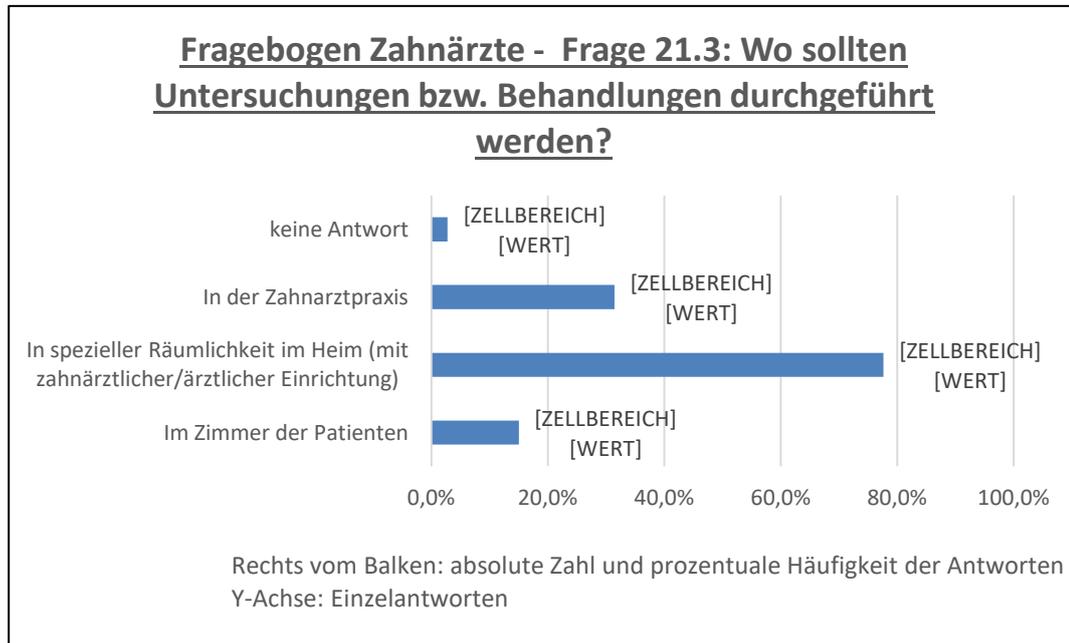


Abbildung 85: Zahnärzte Frage 21.3

„Hier waren eigentlich keine Mehrfachantworten möglich, wurden aber gegeben (siehe deshalb *1 Seite 52,53)“

77,6% der Zahnärzte sind dafür, dass dies in speziellen Räumlichkeiten des Pflegeheimes durchgeführt werden sollten, 31,5% sind für die Behandlung in der Zahnarztpraxis. 15% der Zahnärzte sehen auch das Zimmer des Pflegebedürftigen/Patienten als Möglichkeit.

Frage 21.4: Wie häufig sollten Prophylaxeuntersuchungen durchgeführt werden?

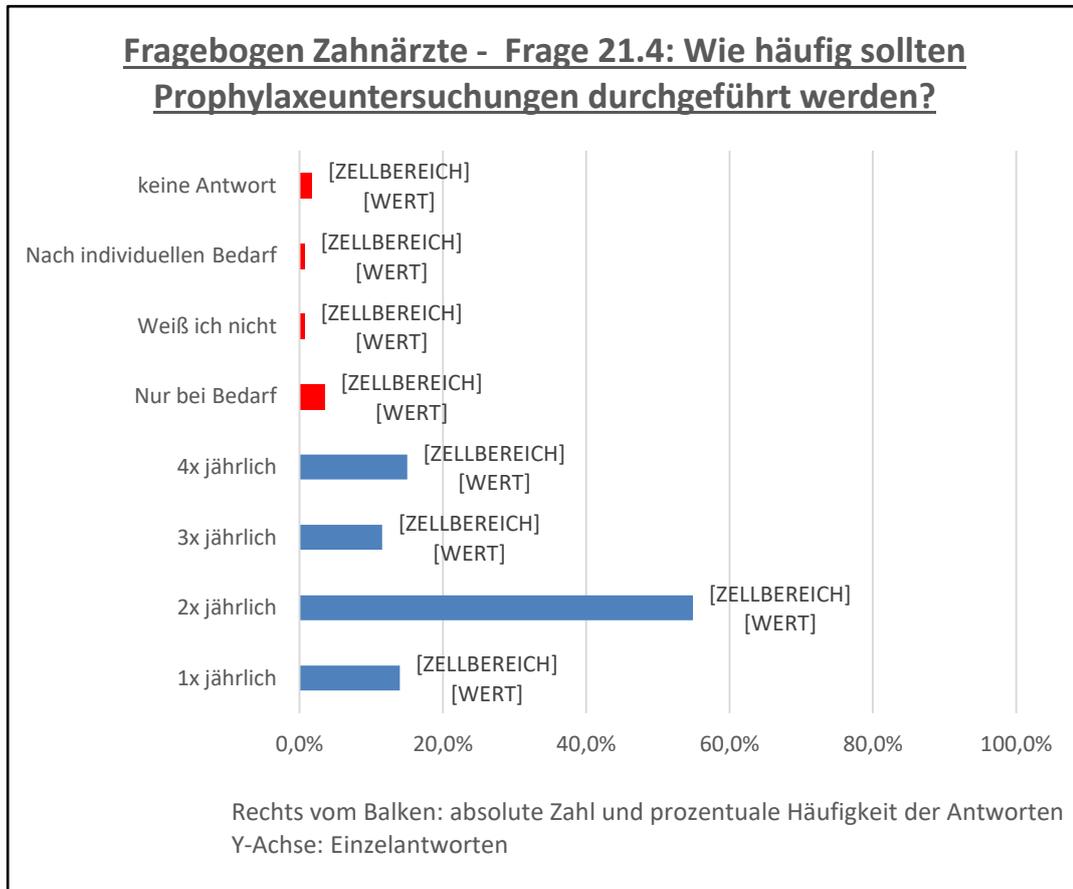


Abbildung 86: Zahnärzte Frage 21.4

„Rot markierte Antwortbalken werden nicht zur Berechnung der Statistik herangezogen (siehe *2 Seite 53,54)“

Der Mittelwert der Antworten liegt bei 2,29 (zwischen „2x jährlich“ und „3x jährlich“ mit Tendenz zu „2x jährlich“.

Die Standardabweichung beträgt 0,90.

54,9% der befragten Zahnärzte bevorzugen Prophylaxeuntersuchungen 2x jährlich.

Auch 1x, 3x bzw. 4x pro Jahr wird in geringerem Prozentsatz als sinnvoll angesehen.

Frage 21.5: Wer sollte die Behandlungen organisieren?

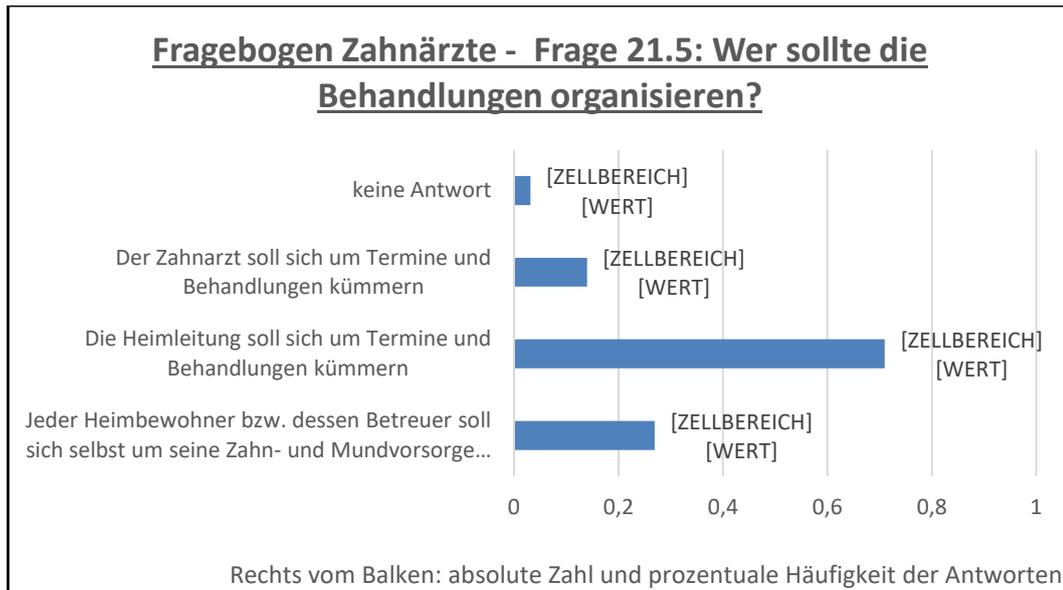


Abbildung 87: Zahnärzte Frage 21.5

„Hier waren eigentlich keine Mehrfachantworten möglich, wurden aber gegeben (siehe deshalb *1 Seite 52,53)“

71,0% der befragten Zahnärzte favorisieren, dass die Heimleitung Zahnarzttermine organisieren soll. 26,9% der Zahnärzte sind dafür, dass sich die Heimbewohner selbst bzw. deren Betreuer um die Termine kümmern sollen. Nur 14,0% der Zahnärzte sehen es als sinnvoll an, dass sich der behandelnde Zahnarzt um die Termine kümmert.

Bei den kombinierten Antworten waren knapp 4% dafür, dass Heimleitung und Zahnärzte zusammen die Termine organisieren und 8% für eine Organisation durch Heimleitung und Betreuer/Bewohner.

6. Diskussion

6.1 Spezielle Diskussion

Im Folgenden wird auf die einzelnen Fragen an die Pflegeheime bzw. Zahnärzte vielfach gemeinsam eingegangen. Dabei werden Fragen, welche sowohl an die Pflegeheime als auch an die Zahnärzte in ähnlicher Form gestellt wurden, in einem gemeinsamen Kapitel behandelt. Ebenfalls gemeinsam behandelt werden Fragen an die Pflegeheime und auch Zahnärzte, welche thematisch in engem Zusammenhang stehen, damit die Sichtweise von Pflegedienstleitern und Zahnärzten verglichen und gemeinsam diskutiert werden kann.

Wo es möglich ist und sinnvoll erscheint wurden zur Visualisierung erneut Diagramme erstellt.

Lokalisation der Praxen und Pflegeheime, Anzahl der Pflegeheimbewohner, Anzahl der Behandler

(Pflegeheime Fragen 1,2, Zahnärzte Fragen 2,3,4)

Die durchschnittliche Anzahl der Bewohner eines Pflegeheimes im Raum Oberpfalz/Bayern liegt zwischen 50-100 Bewohnern.

Die Umfrage ergab, dass 49,3% der Praxen einen Behandler und 45,5% der Praxen 2-3 Behandler haben.

Insbesondere für Praxen mit 2-3 Behandlern dürfte die Betreuung eines durchschnittlichen Pflegeheimes kein Problem sein, aber auch Praxen mit einem Behandler sollten bei guter Organisation, wie dies auch bei Kooperationsverträgen gefordert wird, kein Problem bei der Betreuung eines Pflegeheimes haben.

Die Einwohnerzahl der Orte, in denen die befragten Zahnärzte arbeiten, ist relativ gleichmäßig verteilt zwischen „weniger als 2000“ bis hin zu „mehr als 50000“.

Nachdem 72 Prozent aller Pflegeheime in Orten mit einer Einwohnerzahl zwischen 2000-20000 lokalisiert sind, ist davon auszugehen, dass bei der heutigen Dichte von Zahnarztpraxen jedes Pflegeheim einen Zahnarzt vor Ort vorfinden müsste.

Allerdings könnte der Trend, dass ländliche Gebiete ärztlich bzw. zahnärztlich eher unterversorgt sind, für die zahnärztliche Versorgung von Pflegeheimen auf dem Land durchaus ein Problem sein bzw. werden. Zudem ist davon auszugehen, dass eine einzelne Zahnarztpraxis in einer ländlichen Gemeinde schon allein durch die normale Praxistätigkeit stark ausgelastet ist.

Vergleich der Einschätzung der Mundgesundheitsituation von pflegebedürftigen Heimbewohnern generell:

(Pflegeheime Frage 5, Zahnärzte Frage 6)

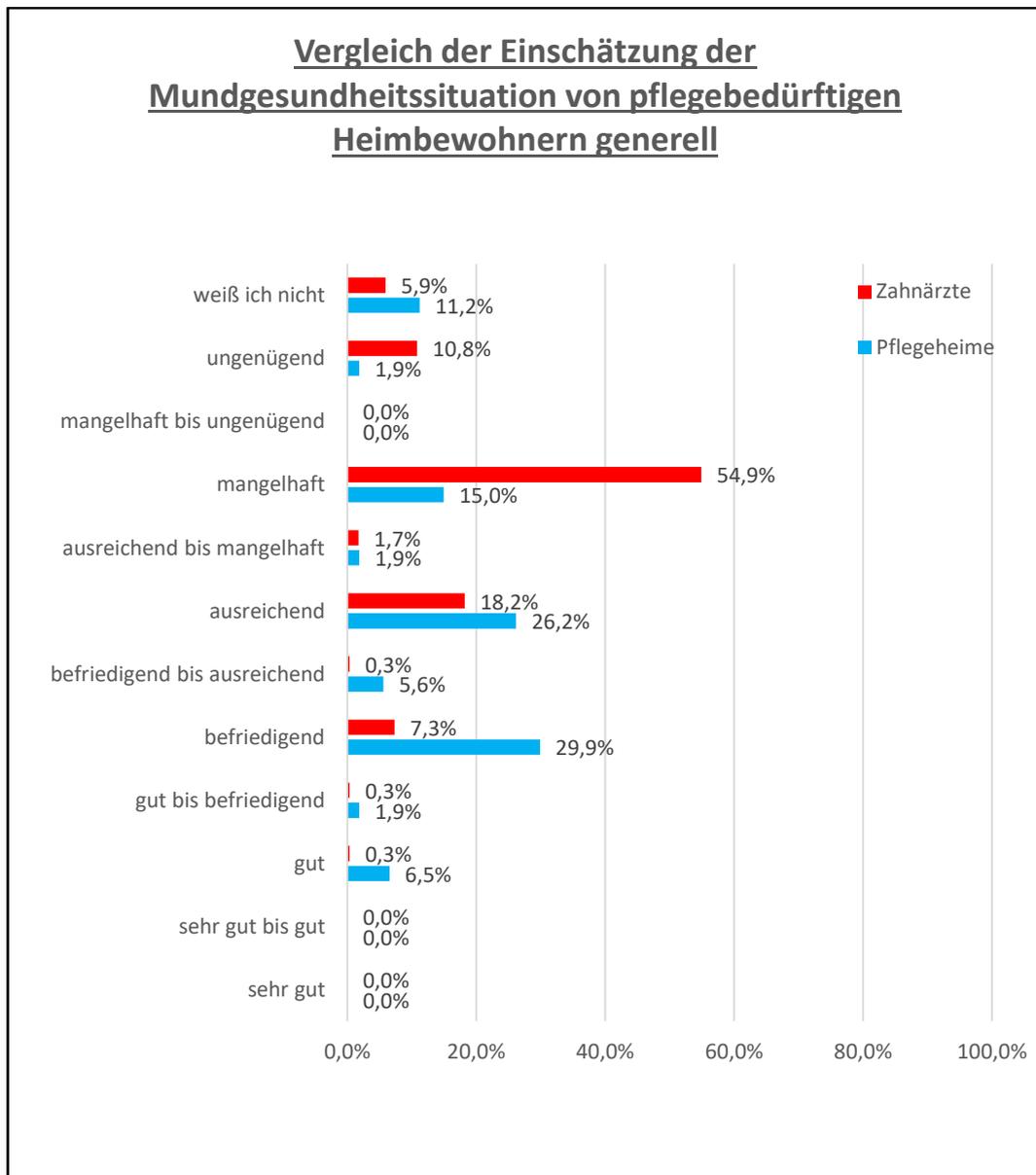


Abbildung 88: Vergleich Mundhygiene generell

Bei der Einschätzung der Mundgesundheitsituation von Bewohnern in Pflegeheimen besteht eine große Diskrepanz zwischen Pflegedienstleitern und Zahnärzten.

Es ist nachvollziehbar, dass die Pflegedienstleiter die Mundgesundheit der Bewohner Ihrer Einrichtung in hohem Maße als „sehr gut“ bis „befriedigend“ einschätzen, aber schon die Einschätzung der generellen Mundgesundheitsituation in Pflegeheimen durch Pflegedienstleiter fällt deutlich negativer aus (siehe weiter unten).

Zahnärzte hingegen bewerten die Situation weitaus schlechter.

Für Pflegedienstleiter kann die Einschätzung nur subjektiv sein, während Zahnärzte die Situation aus Untersuchungen und Behandlungen und durch Ihren zahnärztlichen Sachverstand deutlich objektiver beurteilen können. Allerdings würde man sich wünschen, dass generell Heimleitung, Pflegedienstleiter und Pflegekräfte eine deutlich höhere Sensibilität in Bezug auf die Mundgesundheitsituation Ihrer Bewohner aufweisen würden, da eben in vielen unterschiedlichen Untersuchungen etc. auf dieses Problem hingewiesen wird.

Hier gilt es durch Schulungen bzw. Aufklärungen der Pflegedienstleiter und Pflegekräfte sowie durch eine noch intensivere Zusammenarbeit zwischen Pflegeheimen und Zahnärzten das Bewusstsein der Pflegedienstleiter in Bezug auf die häufig schlechte Mundgesundheitsituation von Bewohnern Ihrer Pflegeheime zu schärfen.

Ein klares Bewusstsein dieser Situation könnte dazu beitragen in Zusammenarbeit mit den Zahnärzten die Mundgesundheit von Bewohnern von Pflegeheimen zu verbessern.

Vergleich der Einschätzung der Mundgesundheitsituation im eigenen Pflegeheim und von pflegebedürftigen Heimbewohnern generell:

(Pflegeheime Frage 4, Pflegeheime Frage 5)

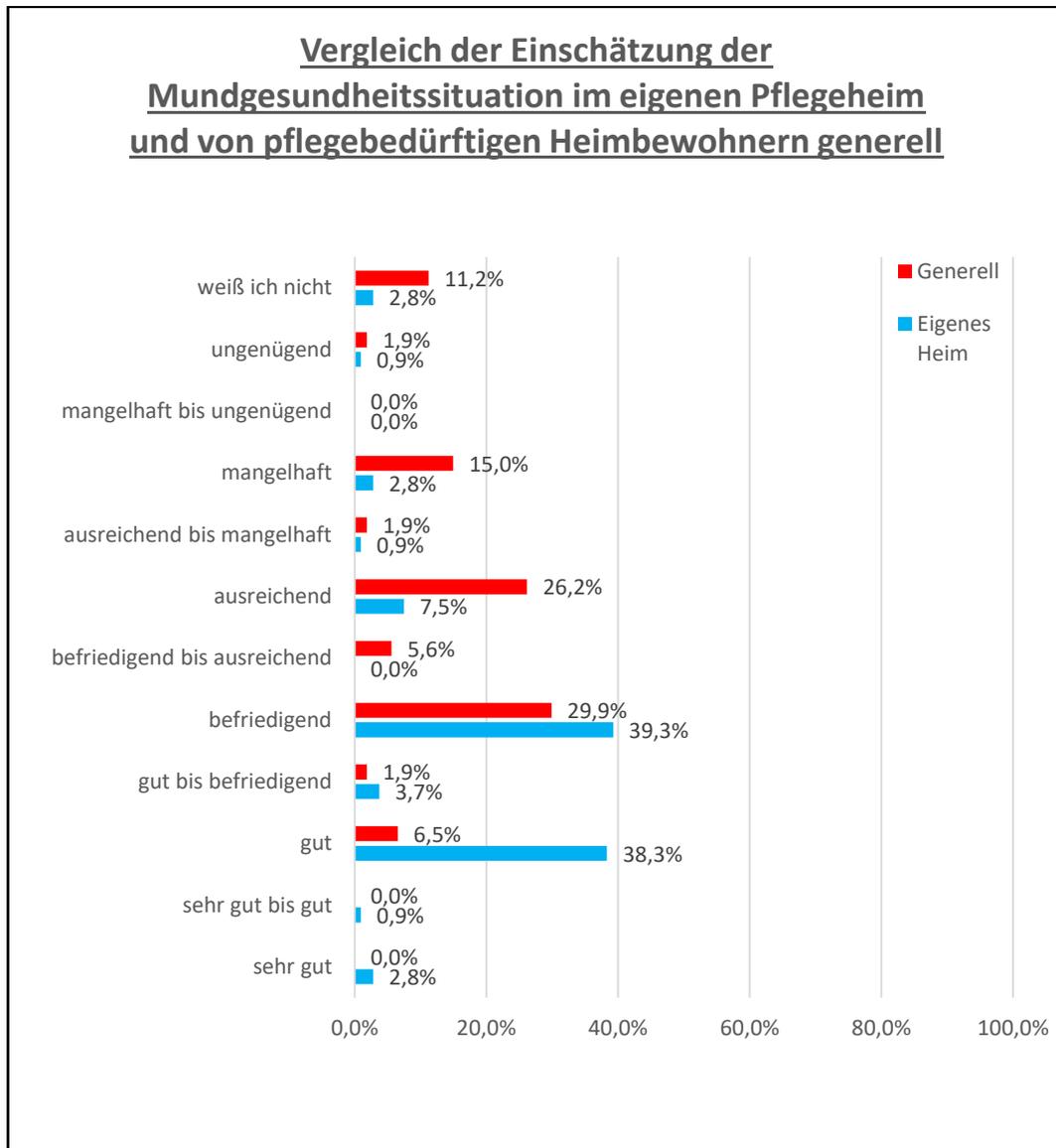


Abbildung 89: Vergleich Mundhygiene eigenes Heim mit anderen

Die Heimleitungen schätzen die Mundgesundheitsituation in der Gesamtheit der Pflegeheime tendenziell deutlich schlechter ein als in ihrem eigenen Pflegeheim.

Während sie sich selbst in 42% der Fälle mit „sehr gut“ bis „gut“ bewerten, geben sie nur 6,5% der Heime generell dieses Prädikat.

Dass im eigenen Heim die Mundhygiene „ausreichend“ bis „ungenügend“ ist, denken 12,1%. Dass sie es in anderen Heimen ist, glauben 45% der Befragten.

Dies deutet darauf hin, dass das vorhandene Mundhygienedefizit zwar allgemein bekannt ist, jedoch nur bei den jeweils anderen aufzutreten scheint.

Vergleich der Einschätzung der Kenntnisse des Pflegepersonals zur Mundgesundheitsituation der Pflegeheimbewohner:

(Pflegeheime Frage 6, Zahnärzte Frage 7)

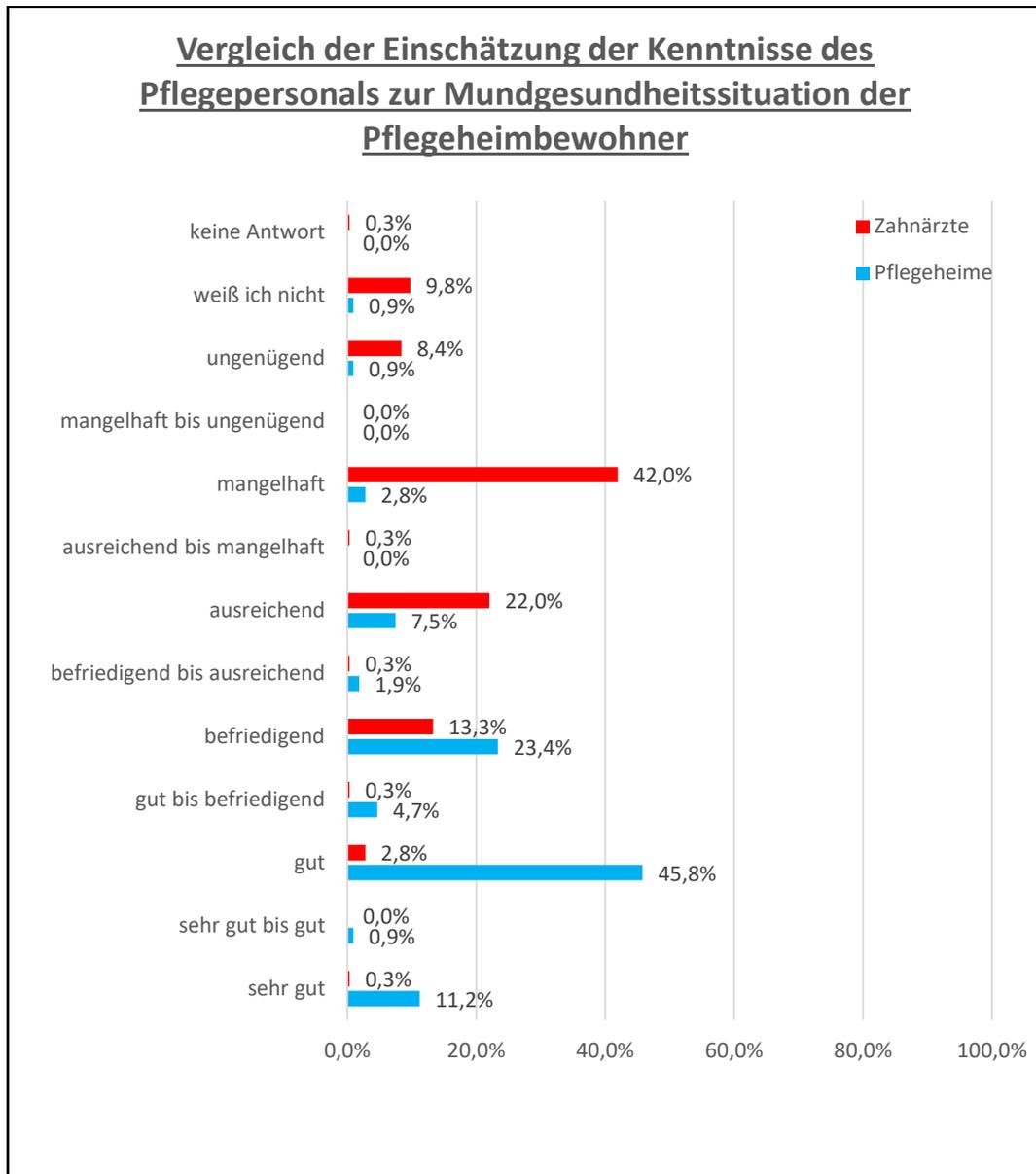


Abbildung 90: Vergleich Kenntnisse zur Mundhygiene

In der Frage nach den Kenntnissen des Pflegepersonals in Bezug auf die Mundgesundheitsituation der Bewohner wird eine deutliche Diskrepanz zwischen Pflegedienstleitern und Zahnärzten sichtbar. Zahnärzte beurteilen sie höchst signifikant deutlich schlechter. Dies zeigt sich an den Peaks der Verteilungshäufigkeiten, der bei den Zahnärzten bei „mangelhaft“ und bei den Pflegeheimen bei „gut“ liegt.

Vergleich der Einschätzung der Kenntnisse des Pflegepersonals zu Wechselwirkungen zwischen Mund- und Allgemeingesundheit:

(Pflegerheime Frage 7, Zahnärzte Frage 8)

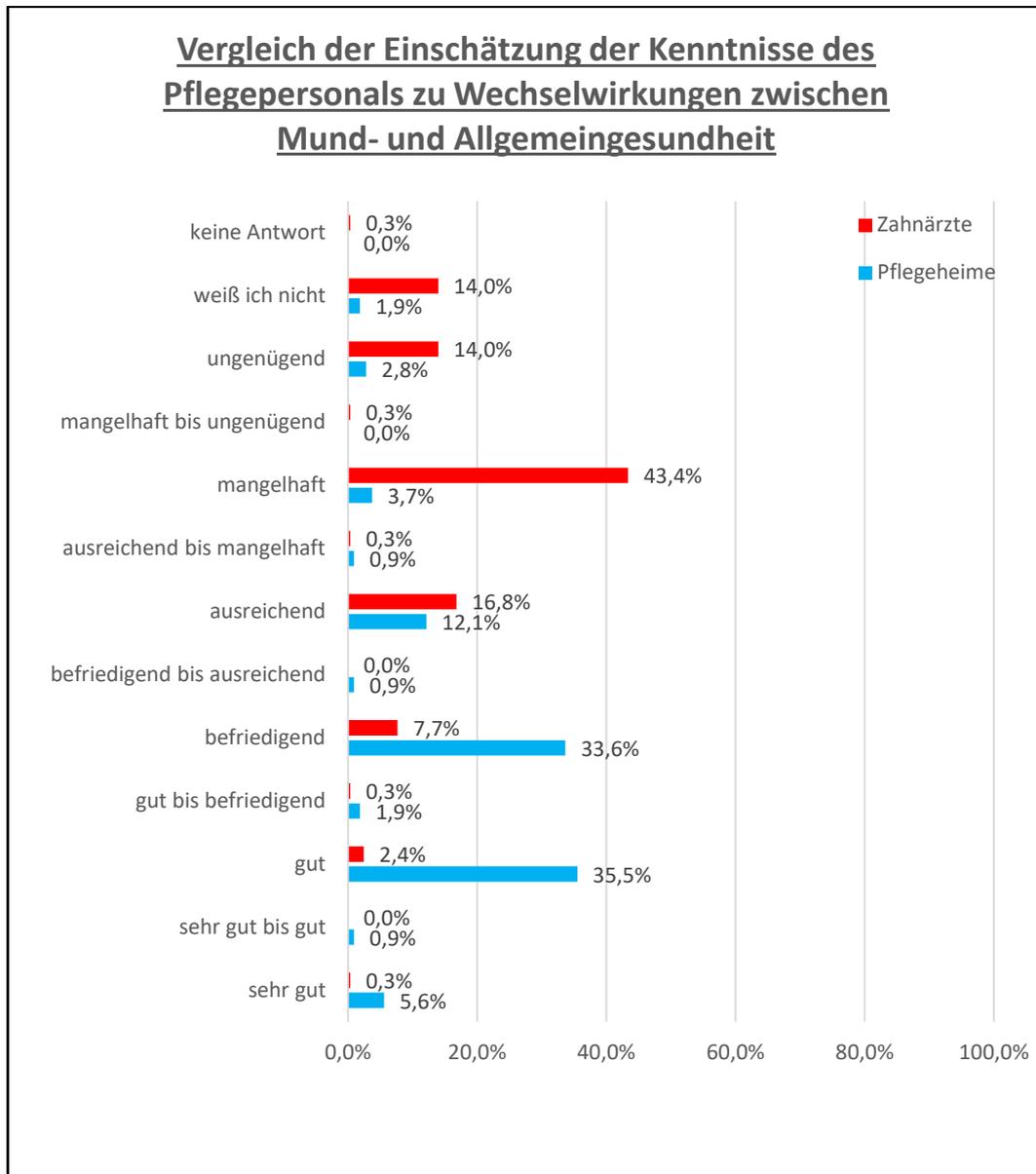


Abbildung 91: Vergleich Mund- und Allgemeingesundheit

In der Frage nach den Kenntnissen des Pflegepersonals in Bezug auf den Einfluss der Mundhygiene auf Allgemeinerkrankungen wird wieder eine deutliche Diskrepanz zwischen Pflegedienstleitern/-innen und Zahnärzten sichtbar. Zahnärzte beurteilen diese erneut deutlich schlechter – höchst signifikant.

Dies zeigt sich wieder an den Peaks der Verteilungshäufigkeiten, der bei den Zahnärzten bei „mangelhaft“ und bei den Pflegeheimen bei „gut bis befriedigend“ liegt.

Wer führt die Zahn- bzw. Zahnersatzpflege bei den Bewohnern durch und wie oft wird dies gemacht?

(Pflegeheime Frage 11)

Die Antworten betreffend Zahnpflege bzw. Zahnersatzpflege wurden in Bezug auf die Frage „wer pflegt?“ erwartungsgemäß nahezu identisch beantwortet.

Laut den Antworten der Pflegedienstleiter werden also Zahnpflege und Zahnersatzreinigung zu mehr als 90 % zwei Mal täglich vom Pflegepersonal und zu knapp 60 % von den Heimbewohnern selbst zwei Mal täglich durchgeführt. Angehörige sind bei der Zahn- bzw. Zahnersatzpflege eher nicht beteiligt, was auch nicht verwunderlich ist, da in den wenigsten Fällen Angehörige täglich ihre pflegebedürftigen Angehörigen besuchen.

Angesichts der Tatsache, dass die meisten Heimbewohner aus Erfahrung in der Regel durch physische und/oder psychische Einschränkungen kaum mehr in der Lage sind gute Mundhygiene und Zahnersatzpflege selbstständig auf gutem Niveau durchzuführen, ist es natürlich sinnvoll und notwendig, dass das Pflegepersonal diese Arbeiten durchführt. Auch hier muss wieder auf gute Ausbildung des Personals hingewiesen werden. Weiterhin ist diese Pflege nur möglich, wenn genügend Zeit hierfür zur Verfügung steht, was angesichts der Personalknappheit immer schwieriger wird.

Zusammenhang zwischen Einschätzungen der Mundhygienesituation und Fortbildungssituation:

(Pflegeheime Fragen 4,5,6,7,10, Zahnärzte Fragen 6,7,8)

Die Auswertung zur themenbezogenen Fortbildung ergibt, dass ca. 70 % der Pflegeheime generell keine Fortbildung für ihr Personal in zahnmedizinischen Themen durchführen bzw. durchführen können. Ein kleiner Teil, also ca. 20%, führt jährliche Fortbildungen in den abgefragten zahnmedizinischen Bereichen durch und nur unter 10 % aller Pflegeheime bilden das Pflegepersonal mehrmals im Jahr zu zahnmedizinischen Themen fort.

Hier ist ein deutlicher Widerspruch in den Aussagen der Pflegedienstleiter sichtbar. Einerseits werden die Kenntnisse des Pflegepersonals als vorwiegend „sehr gut“ bis „befriedigend“ eingeschätzt, andererseits wird eingeräumt, dass zu

einem großen Teil keine oder nur sehr wenige Fortbildungen in Bezug auf zahnmedizinische Themen gemacht werden.

Wie oben erwähnt besteht eine deutliche Diskrepanz zwischen Pflegedienstleitern und Zahnärzten bei dieser Einschätzung, da Zahnärzte die Kenntnisse des Pflegepersonals in allen Bereichen deutlich schlechter einschätzen als diese selbst. Die schlechte Einschätzung der Zahnärzte wird durch viele Studien untermauert.

Zusammenhang zwischen Zeit zur Mundhygiene und der Mundgesundheitsituation:

(Pflegeheime Frage 8, Zahnärzte Frage 6)

Die Antworten der Pflegedienstleiter zeigen hier eine Tendenz zu „3-4min“ Zeit für die tägliche Zahnpflege. Bei 14% der Pflegeheime stehen dem Personal ca. 1-2 min pro Bewohner für die tägliche Zahn- und Zahnersatzpflege zur Verfügung. Bei knapp 40% der Pflegeheime stehen 3-6 min zur Verfügung. Nur 5,6% der Pflegeheime verwenden mehr als 10 min täglich für die Zahn- bzw. Zahnersatzpflege Ihrer Bewohner.

Angesichts des Pflegenotstandes, also der prekären Situation, dass in den Pflegeheimen ein immer größer werdender Mangel an Pflegepersonal sichtbar wird, ist die Aussage ermutigend, dass zumindest in 40% der Pflegeheime täglich 3-6 Minuten für die Zahn- und Zahnersatzpflege zur Verfügung stehen. Es sollte angestrebt werden, dass in jedem Pflegeheim pro Bewohner morgens und abends täglich mindestens 5 Minuten zur Verfügung stehen, wobei die Effektivität dieser Pflege durch regelmäßige Fortbildungen auf ein hohes Niveau gebracht werden sollte. Hier wären Instruktionen per Videofilm bzw. mittels praktischer Demonstrationen durch Zahnärzte oder zahnärztliches Personal sehr hilfreich. Nach Berücksichtigung der Antworten der Zahnärzte und dem Ergebnis vieler Studien folgend ist die Mundgesundheitsituation bei Bewohnern von Pflegeheimen häufig sehr schlecht. Wenn also laut Aussagen der Pflegedienstleiter doch relativ viel Zeit für die tägliche Zahnpflege zur Verfügung steht, dann muss unbedingt die Effizienz dieser Zahnpflege durch das Pflegepersonal durch Fortbildung etc. deutlich verbessert werden, um die Mundgesundheitsituation auf ein höheres Niveau zu bringen.

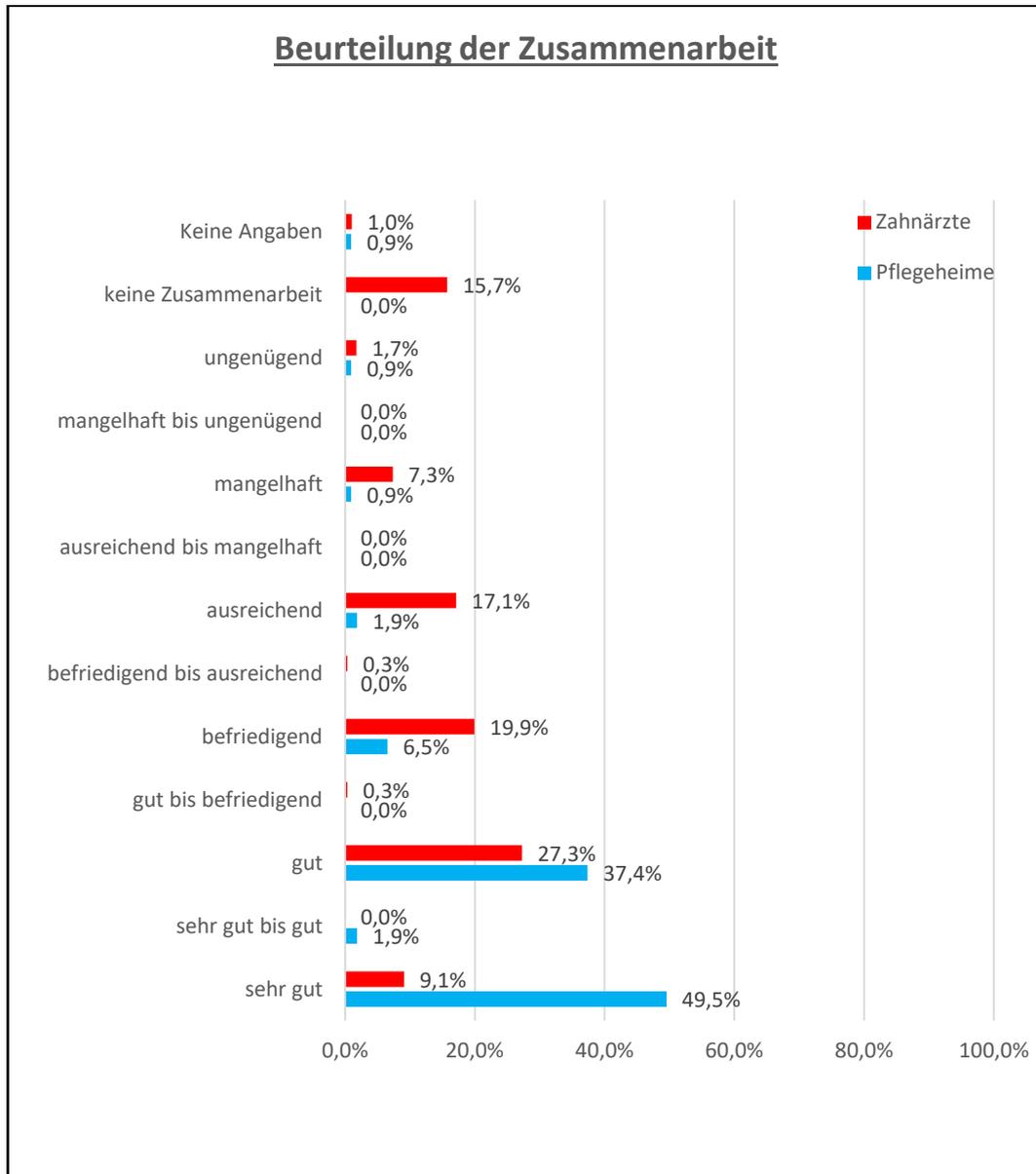
Beurteilung der Zusammenarbeit:*(Pflegeheime Frage 13, Zahnärzte Frage 10)*

Abbildung 92: Beurteilung der Zusammenarbeit

Im Gegensatz zu den Pflegeheimen äußert sich ein deutlich geringerer Prozentsatz der befragten Zahnärzte positiv zur Zusammenarbeit. Vermutlich, weil aus zahnärztlicher Sicht natürlich auch viele andere Dinge eine Rolle spielen wie z.B. Praktikabilität, Organisatorisches oder wirtschaftliche Aspekte der Zusammenarbeit.

Die unterschiedliche Bewertung ist höchst signifikant.

Besteht ein Kooperationsvertrag?

(Pflegerheime Frage 15, Zahnärzte Frage 12)

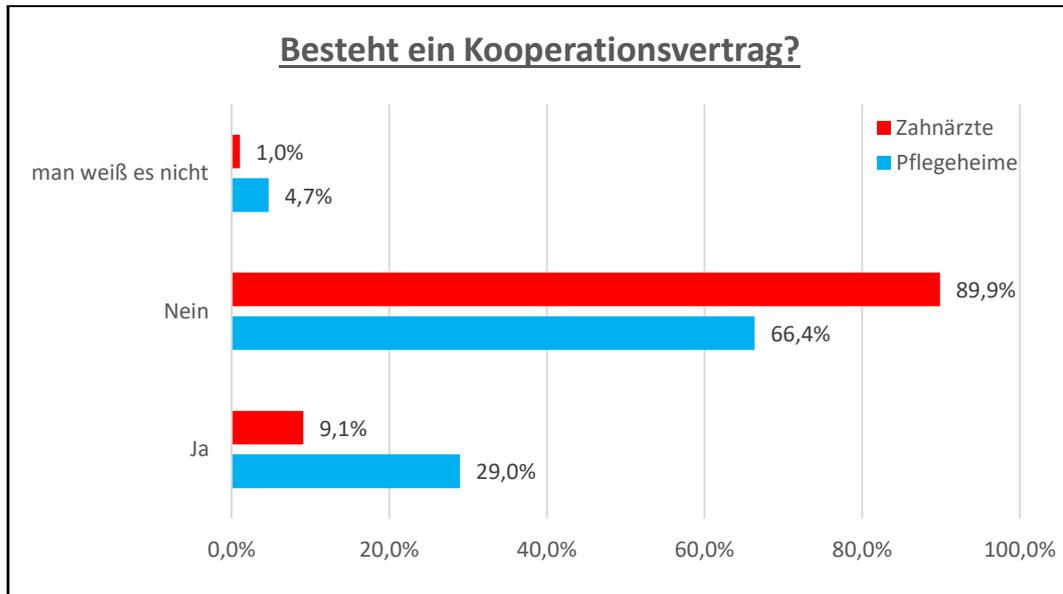


Abbildung 93: Besteht ein Kooperationsvertrag

Man erkennt, dass im Jahre 2016 zwar schon bei knapp einem Drittel der Pflegeheime Kooperationsverträge abgeschlossen wurden, aber dennoch eine gewisse Zurückhaltung bei dieser Form von Zusammenarbeit vorhanden war. Noch ausgeprägter ist diese geringe Zahl von Kooperationsverträgen bei den Zahnärzten sichtbar, weil diese Verträge zum einen im Jahre 2016 vielfach noch unbekannt waren, zum anderen auch deshalb, weil eine deutlich größere Zahl von Zahnärzten einer geringeren Zahl von Pflegeheimen gegenübersteht. Demzufolge muss rein rechnerisch der Prozentsatz der Kooperationsverträge bei den Zahnärzten geringer sein als bei den Pflegeheimen.

Einen nicht unbedeutenden Einfluss auf die Zusammenarbeit zwischen Pflegeheimen und Zahnärzten hat natürlich die Honorierung von Besuchsleistungen für Zahnärzte, da im Zuge der zunehmenden Reglementierung und Bürokratisierung der Kostendruck für die Zahnarztpraxen steigt und somit die Wirtschaftlichkeit der Tätigkeit eine immer größere Rolle spielt.

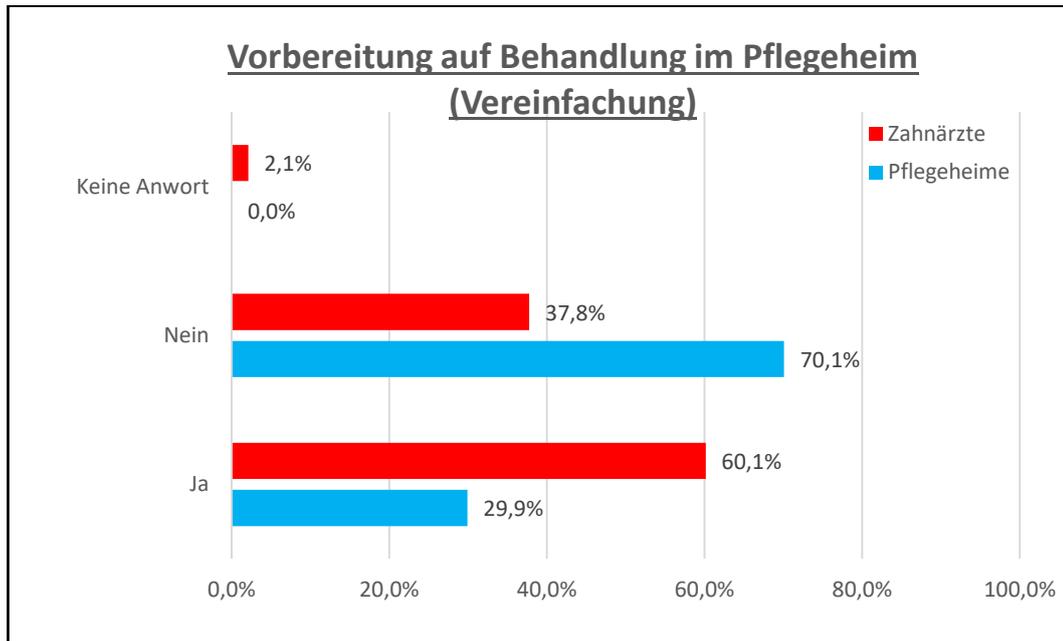
Vorbereitung auf Behandlungen im Pflegeheim:*(Pflegeheime Frage 17, Zahnärzte Frage 14)*

Abbildung 94: Vorbereitung auf Behandlungen im Heim

Von den befragten Pflegeheimen sind 70% gar nicht auf die Behandlung im Heim vorbereitet, immerhin haben 7% der Pflegeheime ein Behandlungszimmer mit zahnärztlicher Ausrüstung im Pflegeheim. Allerdings geht aus dieser Antwort nicht hervor, welche zahnärztliche Ausrüstung hier gemeint ist.

Auch 37,8% der befragten Zahnärzte haben kein spezielles Equipment zur Behandlung im Pflegeheim, wobei bei der Auswertung der kombinierten Mehrfachantworten auch sichtbar wird, dass die Ausrüstung der befragten Zahnärzte zur Behandlung im Pflegeheim sehr unterschiedlich ist. Auch hier lehrt die Erfahrung, dass spezielles Equipment auch für einfache Behandlungen und Untersuchungen in den Pflegeheimen durchaus sinnvoll ist. Zu nennen sind hier: Mobile Behandlungslampe bzw. Lupenbrillenlicht, mobiles Schleifgerät zur Entfernung von Druckstellen, mobiles Behandlungsgerät mit integrierter Sauganlage, Luftbläser-Kompressor, Anschluss Piezo-Zahnsteinentfernungsgerät und Anschluss Winkelstück für einfachere Füllungstherapie. Allerdings muss nochmals darauf hingewiesen werden, dass umfangreichere Behandlungen am besten in der Zahnarztpraxis durchgeführt werden sollten oder teilweise nur in der Klinik etc. unter Allgemein-Anästhesie möglich sind.

Fortbildungen im Vergleich:

(Pflegeheime Frage 10, Zahnärzte Frage 15)

66,1% der Zahnärzte haben keine spezielle Fortbildung zum Thema Alterszahnheilkunde, allerdings sehen sich 31,1% der Zahnärzte durch allgemeine Fortbildung für die Alterszahnheilkunde speziell fortgebildet.

Ob sich die zwei Drittel an Zahnärzten ohne irgendwelche Fortbildung zum Thema Alterszahnmedizin nicht für dieses Themengebiet geeignet ansehen oder davon ausgehen, dass entweder der Wissenstand aus selbstständiger Lektüre von Artikeln in Fachblättern oder der bereits erlangten Erfahrung ausreichen, sei dahingestellt.

Auf die 70% von Pflegekräften die generell keine Weiterbildungen zu betreiben scheinen und deren Wissensstand zu zahnmedizinischen Themen generell fraglich erscheint, wurde weiter oben bereits eingegangen.

Generell muss festgehalten werden, dass das Thema Mundhygiene bei pflegebedürftigen Senioren einerseits und Alterszahnmedizin andererseits bei den betreffenden Zielgruppen mehr in den Fokus rücken sollte. Gerade im Hinblick auf die sich zuspitzende Situation von zu betreuenden Senioren in naher Zukunft muss allen Beteiligten klar sein, dass dieses Thema in Zukunft noch mehr an Relevanz gewinnen wird.

Vergleich von staatlich bestelltem Betreuer und Betreuer aus dem verwandtschaftlichen Umfeld:

(Zahnärzte Frage 16)

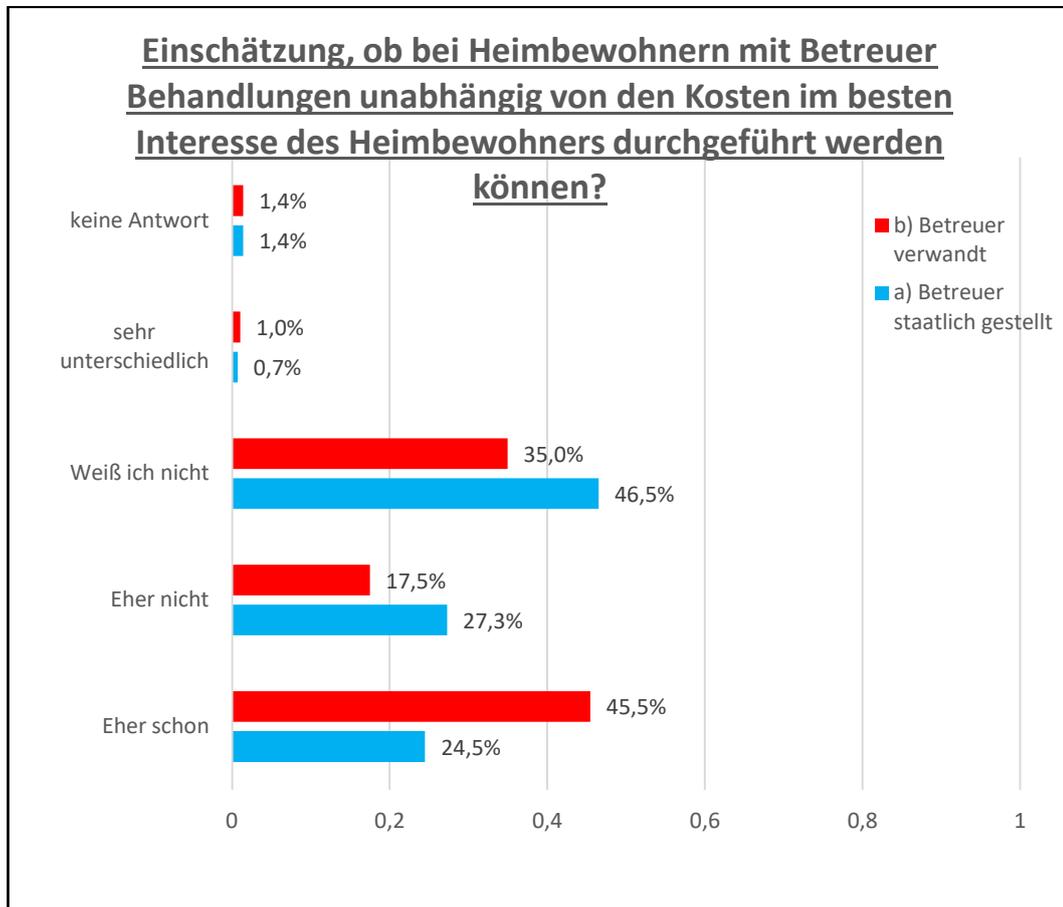


Abbildung 95: Vergleich Betreuer

Die Antworten lassen beim staatlich bestellten Betreuer keine klare Tendenz erkennen.

Im Gegensatz dazu zeichnet sich bei verwandtem Betreuer die Tendenz ab, dass Behandlungen noch mehr im besten Interesse des pflegebedürftigen Heimbewohners durchgeführt werden können.

Es ist allerdings schwierig hier eine klare Schlussfolgerung zu ziehen. Die eigene Erfahrung lehrt, dass auch staatlich bestellte Betreuer eine gute Behandlung unabhängig von den Kosten gewährleisten.

Einschätzung der Durchführbarkeit von zahnärztlichen Behandlungen im Pflegeheim:

(Pflegeheime Frage 18, Zahnärzte Frage 17)

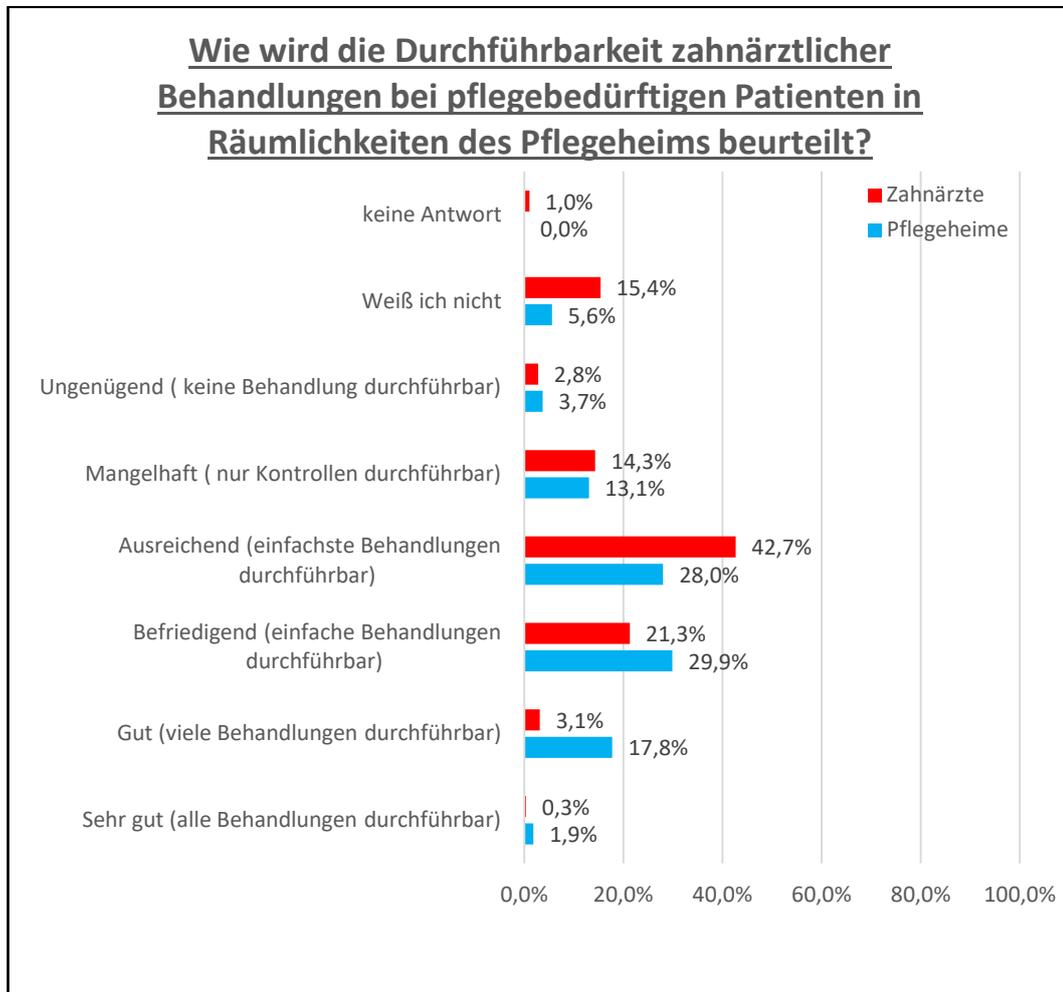


Abbildung 96: Vergleich Behandlungsmöglichkeiten im Heim

Pflegeheime schätzen Behandlungen im Pflegeheim hoch signifikant besser ein als die Zahnärzte. Die Grundaussage beider Parteien ist gar nicht so verschieden, denn Zahnärzte bewerten sie im Mittel als „ausreichend“, Pflegeheime hingegen als „befriedigend bis ausreichend“. Jedoch schätzen Pflegeheime die Behandlungsmöglichkeiten prozentual deutlich besser ein als Zahnärzte.

Einschätzung der Durchführbarkeit von zahnärztlichen Behandlungen in der Zahnarztpraxis:

(Pflegerheime Frage 19, Zahnärzte Frage 18)

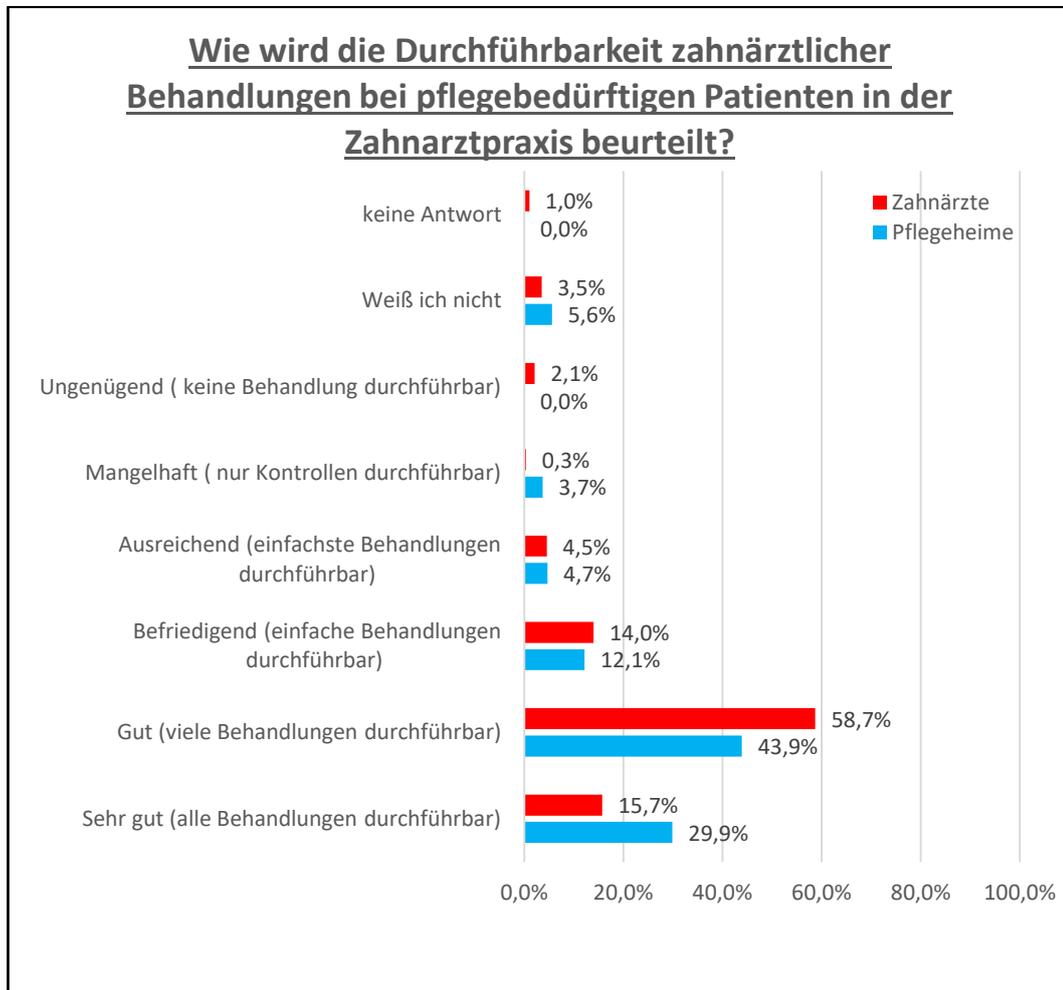


Abbildung 97: Vergleich Behandlungsmöglichkeiten in Praxis

Bei der Einschätzung zu Behandlungsmöglichkeiten in der Zahnarztpraxis besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den befragten Parteien. Sie werden im Durchschnitt jeweils mit „gut“ bewertet.

In den zusammenfassenden Abbildungen 98 und 99 kann man erkennen, dass die Behandlung in der Praxis von beiden Parteien als deutlich besser durchführbar eingestuft wird, wobei vor allem die Zahnärzte die Behandlungsmöglichkeiten in der Praxis deutlich besser einschätzen.

Vergleich der Einschätzung von Behandlungen im Heim vs. in der Praxis:

(Pflegeheime Fragen 18,19)

(Zahnärzte Fragen 17,18)

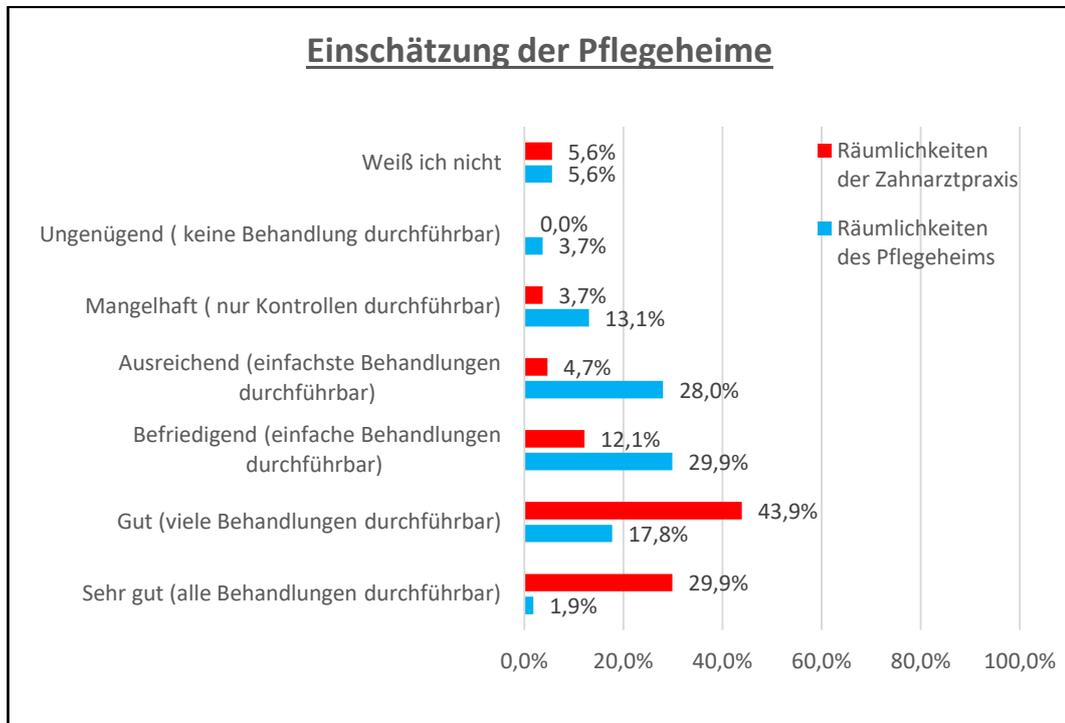


Abbildung 98: Einschätzung der Pflegeheime

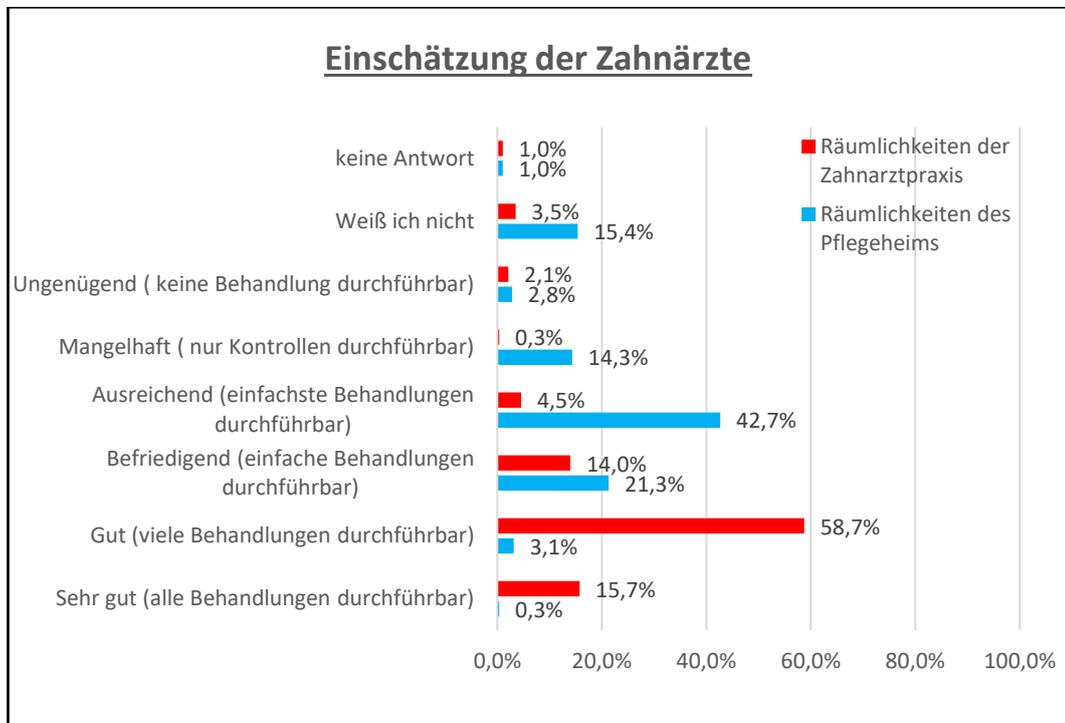


Abbildung 99: Einschätzung der Zahnärzte

Die Durchführbarkeit zahnärztlicher Behandlungen bei pflegebedürftigen Patienten in Räumlichkeiten des Pflegeheims wird sowohl von den Pflegedienstleitern als auch von den Zahnärzten in vielen Fällen als nur „befriedigend“ bis „mangelhaft“ eingestuft.

Um die Situation zu verbessern, würde man sich aus zahnärztlicher Sicht wünschen, dass jedes Pflegeheim einen Raum für einfache Untersuchungen und Behandlungen zur Verfügung stellen kann. Die Mindestanforderungen an diesen Raum sind: Waschbecken, gute Lichtverhältnisse evtl. mit einfacher Behandlungsleuchte, ausreichend Platz und evtl. fahrbare Schränke zum Abstellen von zahnärztlichem Equipment, Stuhl für den Patienten mit Möglichkeit zur Positionsänderung des Patienten (dies könnte z.B. ein elektrisch verstellbarer Fernsehsessel sein!), 2 Rollenstühle für das zahnärztliche Behandler-Team, Desinfektionsmittelständer und Tücher, ausreichend getränkte Desinfektionsmitteltücher für die Wischdesinfektion und die Möglichkeit für korrekte Abfallbeseitigung zahnärztlicher Einmalartikel.

Aus der Umfrage lässt sich auch entnehmen, dass sowohl Pflegedienstleiter wie auch Zahnärzte in manchen Fällen die Behandlungsmöglichkeiten von Heimbewohnern in der Zahnarztpraxis kritisch betrachten. Dies liegt auch daran, dass es sich bei den Heimbewohnern oftmals um immobile Patienten handelt. Hier sind Untersuchungen und Behandlungen in der Zahnarztpraxis oft schwierig und sollten in diesen Fällen in einer entsprechend ausgerüsteten Klinik etc. durchgeführt werden. Weiterhin ist der psychisch-somatische Stress für die Heimbewohner relativ hoch, wenn sie aus ihrem Zuhause-Pflegeheim in eine Zahnarztpraxis gebracht werden, was selten mit guten Erinnerungen in Verbindung gebracht wird.

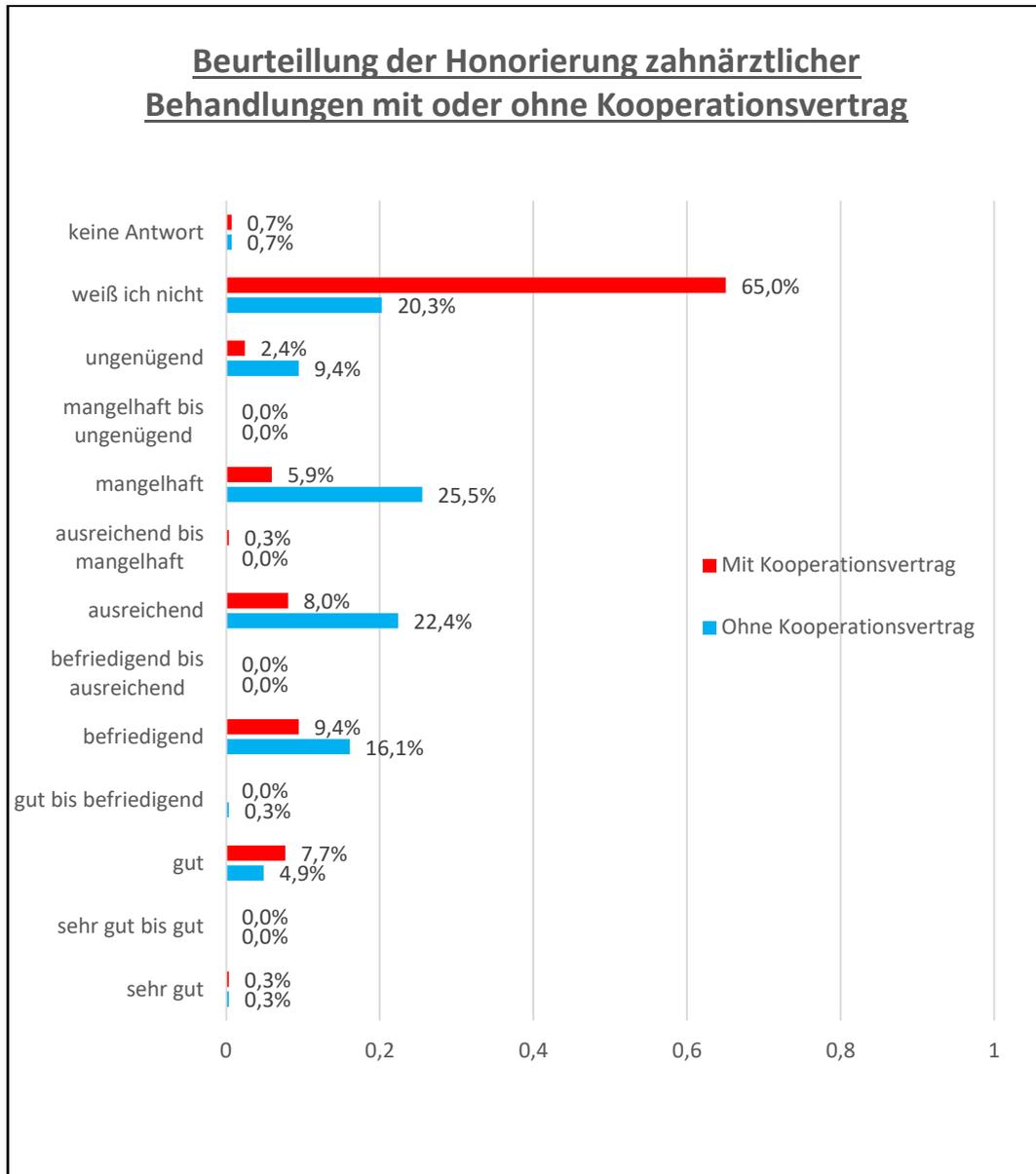
Beurteilung der Honorierung mit oder ohne Kooperationsvertrag:*(Zahnärzte Fragen 19,20)*

Abbildung 100: Beurteilung der Honorierung

21% der Zahnärzte wissen im Jahr 2016 nicht, wie es um die Honorierung ohne Kooperationsvertrag bestellt ist, und gar ca. 66% der Zahnärzte kennen die Honorierung mit Kooperationsvertrag nicht.

Während man bei den restlichen Befragten noch den Rückschluss ziehen kann, dass die Honorierung ohne Kooperationsvertrag als „ausreichend bis mangelhaft“ eingestuft wird, muss die Verteilung der Antworten „mit Kooperationsvertrag“ als nicht aussagekräftig eingestuft werden.

Im Jahre 2016 waren Kooperationsverträge noch relativ wenig verbreitet. Insofern ist nachvollziehbar, dass ein Großteil der Zahnärzte die Frage mit „weiß ich nicht“ beantwortet.

Eine einfache Berechnung der Besuchs-Honorare für Zahnärzte mit und ohne Kooperationsvertrag zeigt, dass das Honorar mit Kooperationsvertrag nur geringfügig höher ausfällt als ohne Kooperationsvertrag (hier sei auf das Kapitel 2.3.3 „Erstattung von Mundgesundheitsleistungen“ verwiesen), obwohl gerade Untersuchungen mit vorhandenem Kooperationsvertrag z.B. einen deutlich höheren Dokumentationsaufwand nach sich ziehen.

Betrachtet man die oben gezeigten Ergebnisse, legt dies die Vermutung nahe, dass auch Zahnärzte, die nicht „weiß ich nicht“ angegeben haben, hier nicht genau Bescheid wissen.

Weiterhin muss bedacht werden, dass schon vor einer Untersuchung bzw. Behandlung eines pflegebedürftigen Heimbewohners in aller Regel zuerst der Betreuer konsultiert und dessen Einverständnis eingeholt werden muss.

Insofern stellt das Eingehen eines Kooperationsvertrages für niedergelassene Zahnärzte keinen großen Anreiz für eine Zusammenarbeit mit einem Pflegeheim dar.

Für einen Zahnarzt ist der Besuch in einem Pflegeheim zur Untersuchung eines pflegebedürftigen Heimbewohners in der Regel erst dann wirtschaftlich, wenn bei diesem Besuch mehrere Heimbewohner zusammen untersucht bzw. behandelt werden.

Die Quintessenz hier lautet: Generell müssen die Honorare für Zahnärzte mit bzw. ohne Kooperationsvertrag bei pflegebedürftigen Menschen deutlich erhöht werden, um dem Mehraufwand für diese aufwändigen Behandlungen gerecht zu werden.

Auswertung des IST-Zustandes:**Schmerzpatienten aus Pflegeheim:**

(Pflegeheime Frage 12.1, Zahnärzte Frage 9.1)

Die zwei mit Abstand häufigsten Einzelantworten sind:

- Schmerzpatienten werden vom Heim angemeldet und zum Zahnarzt gebracht (76 % Pflegeheime, 77,3% Zahnärzte),
- Schmerzpatienten werden nach Absprache im Heim vom Zahnarzt besucht (87 % Pflegeheime, 71,3% Zahnärzte).

Hier findet man eine klare Übereinstimmung zwischen Pflegeheimen und Zahnärzten. Aufgrund der Möglichkeit von Mehrfachantworten liegen die Prozentzahlen in der Addition über 100%. Die Praxiserfahrung zeigt, dass abhängig von der Terminalsituation der Zahnarztpraxis versucht wird vermeintlich einfache Fälle durch Besuch im Pflegeheim zu lösen (Druckstellen etc.), wohingegen bei Fällen, welche schon am Telefon eher kompliziert erscheinen, versucht wird diese direkt in der Zahnarztpraxis zu lösen.

Wer untersucht und behandelt?

(Pflegeheime Frage 12.2, Zahnärzte Frage 9.2)

86 % der Pflegeheime geben an, dass der gleiche Zahnarzt, der die Untersuchung durchführt, auch die Weiterbehandlung durchführt, wobei auch 26% der Pflegeheime zur Antwort geben, dass ein Zahnarzt, der einen Bewohner untersucht, diesen Bewohner zur Behandlung an einen anderen Zahnarzt weiter überweist.

87,8% der Zahnärzte geben an selbst Untersuchungen durchzuführen und bei Bedarf wird anschließend durch die gleiche Praxis auch weiterbehandelt, während in 19,9% der Fälle durch die untersuchende Praxis anschließend an andere Zahnärzte weiter überwiesen wird.

Hier ist ein klarer Trend dahingehend sichtbar, dass in den meisten Fällen der Zahnarzt, welcher die Untersuchung macht, auch die Weiterbehandlung durchführt. Natürlich haben viele Pflegebedürftige einen Hauszahnarzt seit vielen Jahren und würden auch gerne bei diesem in Behandlung bleiben. Vielfach ist dieser Hauszahnarzt für den Heimbewohner aber nur mehr schlecht erreichbar,

weil der Heimbewohner mit dem Wechsel in ein Pflegeheim oftmals auch den Wohnort wechselt. Hinzu kommt, dass der ehemalige Hauszahnarzt oftmals mit eben diesem Pflegeheim nicht zusammenarbeitet.

Die Erfahrung lehrt, dass sehr viele Betreuer dann den Zahnarzt zur Behandlung auswählen, der auch die Untersuchung durchführt.

Wo wird untersucht?

(Pflegeheime Frage 12.3, Zahnärzte Frage 9.3)

68% der Pflegeheime geben an, dass zahnärztliche Untersuchungen Ihrer Bewohner u.a. in einer Zahnarztpraxis stattfinden.

87% der Pflegeheime geben an, dass zahnärztliche Untersuchungen Ihrer Bewohner u.a. im Zimmer des Bewohners stattfinden.

Nur 18% der zahnärztlichen Untersuchungen der Heimbewohner werden in speziellen Räumlichkeiten des Pflegeheimes durchgeführt.

In 82,9% der Fälle werden nach Aussagen der Zahnärzte Untersuchungen in der Zahnarztpraxis durchgeführt, während in 73,1% der Fälle diese Untersuchungen im Zimmer des Patienten stattfinden. Die Auswertung der kombinierten Mehrfachantworten ergibt: 61,5% der Zahnarztpraxen geben als Mehrfachantwort eine Kombination dieser beiden Antworten an.

Nur in 4,9% der Fälle werden diese Untersuchungen in speziellen Räumlichkeiten des Pflegeheimes durchgeführt.

Hier waren Mehrfachantworten möglich, entsprechend groß ist die Variabilität der Antworten. Zu beachten ist, dass der Autor hier explizit nur nach Untersuchungen gefragt hat. Untersuchungen von Heimbewohnern sind mit Einschränkungen auch relativ gut in den Räumlichkeiten eines Pflegeheimes entweder auf dem Zimmer oder in speziellen Räumlichkeiten des Pflegeheimes möglich. Diese Untersuchungen im Pflegeheim sind im Sinne der Heimbewohner sehr vorteilhaft, weil die Pflegebedürftigen nicht aus ihrer gewohnten Umgebung entfernt werden müssen, was sich sicherlich auch positiv auf die Kooperation der Heimbewohner bei der Untersuchung auswirkt.

Wo wird behandelt?

(Pflegeheime Frage 12.4, Zahnärzte Frage 9.4)

89% der Pflegeheime geben an, dass zahnärztliche Behandlungen Ihrer Bewohner u.a. in einer Zahnarztpraxis stattfinden.

59% der Pflegeheime geben an, dass zahnärztliche Behandlungen Ihrer Bewohner u.a. im Zimmer des Bewohners stattfinden.

14% der Pflegeheime geben an, dass zahnärztliche Behandlungen Ihrer Bewohner u.a. in speziellen Räumlichkeiten des Pflegeheimes stattfinden.

In 85,3% der Fälle werden nach Aussagen der Zahnärzte Behandlungen in der Zahnarztpraxis durchgeführt, während in 64,7% der Fälle diese Behandlungen im Zimmer des Patienten stattfinden.

Nur in 4,5% der Fälle werden diese Behandlungen in speziellen Räumlichkeiten des Pflegeheimes durchgeführt.

Im Gegensatz zu den zahnärztlichen Untersuchungen werden zahnärztliche Behandlungen vermehrt in der Zahnarztpraxis durchgeführt. Die Erfahrung lehrt, dass auch mit speziellem Equipment Behandlungen von Heimbewohnern im Pflegeheim nur eingeschränkt möglich sind. Hier fehlt für den Zahnarzt der gewohnte zahnärztliche Stuhl und auch mobile Behandlungseinheiten sind in Bezug auf Leistungsfähigkeit z.B. der Sauganlage, des Luftbläfers etc. deutlich eingeschränkt. Fast immer fehlt im Pflegeheim ein Röntgengerät. Insofern sind auch mit gutem Equipment nur eingeschränkte Behandlungen im Pflegeheim möglich.

Wann wird untersucht bzw. behandelt?

(Pflegeheime Frage 12.5, Zahnärzte Frage 9.5)

In 47% der Pflegeheime werden Untersuchungen bzw. Behandlungen nur nach Bedarf durchgeführt. In 27% der Pflegeheime finden 2 x pro Jahr und in 16% der Pflegeheime nur 1 x pro Jahr Untersuchungen oder Behandlungen statt.

68,2 % der Zahnarztpraxen geben an, dass bei Bedarf untersucht bzw. behandelt wird, 14,7% der Zahnarztpraxen führen Untersuchungen bzw. Behandlungen 2x jährlich durch, 9,8% 1x jährlich.

Es ist keine Aussage dazu möglich, ob es sich um geplante (Prophylaxe-) Behandlungen vieler oder angeforderte Schmerzbehandlungen einzelner Patienten handelt.

Es zeigt sich, dass sowohl Untersuchungen wie Behandlungen größtenteils nur bei Bedarf durchgeführt werden.

Dies ist nach Ansicht des Autors problematisch, da man bei regelmäßigen Untersuchungen schon frühzeitig kommende Probleme erkennen könnte. Weiterhin können pflegebedürftige Menschen oftmals durch stark eingeschränkte geistige Fähigkeiten und auch durch die Einnahme vieler z.T. auch schmerzstillender Medikamente häufig ihre vermeintlichen Zahnschmerzen nicht äußern bzw. spüren.

Aus Erfahrung zeigt sich, dass bei vielen Heimbewohnern Zähne in Folge schwierig durchzuführender bzw. unzureichend durchgeführter Pflege und oftmals klebriger, breiiger, kohlenhydratreicher Ernährung bis zum Zahnfleischrand kariös zerstört sind; dies wird aber in den meisten Fällen von den pflegebedürftigen Menschen ohne Äußerung von Schmerz etc. toleriert und fällt nur dem untersuchenden Zahnarzt auf.

Hier ist also bei den Heimbewohnern deutlicher Handlungsbedarf vorhanden hin zu regelmäßigen Untersuchungen mit Folgebehandlungen bei Bedarf.

Evaluation des SOLL-Zustandes

Wer soll untersuchen bzw. behandeln?

(Pflegerheime Frage 20.1, Zahnärzte Frage 21.1)

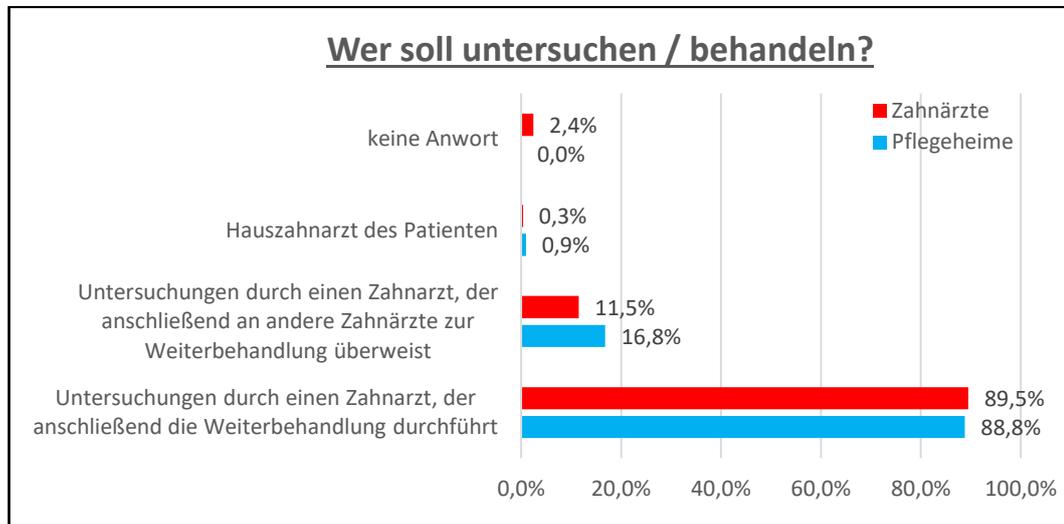


Abbildung 101: Wer soll untersuchen/behandeln

Beide befragten Gruppen sind zu ca. 90% der Meinung, dass Zahnärzte, welche die Untersuchung eines Heimbewohners durchführen, auch die Weiterbehandlung machen sollen. Aus Sicht des Autors ist dies im Sinne einer umfassenden zahnmedizinischen Betreuung auch sehr sinnvoll. Lediglich bei Überweisungen an spezialisierte Zahnärzte (umfangreiche Chirurgie) bzw. Weiterüberweisungen an Kliniken etc. zur Behandlung von stark immobilen pflegebedürftigen Patienten sollte von diesem Schema abgewichen werden.

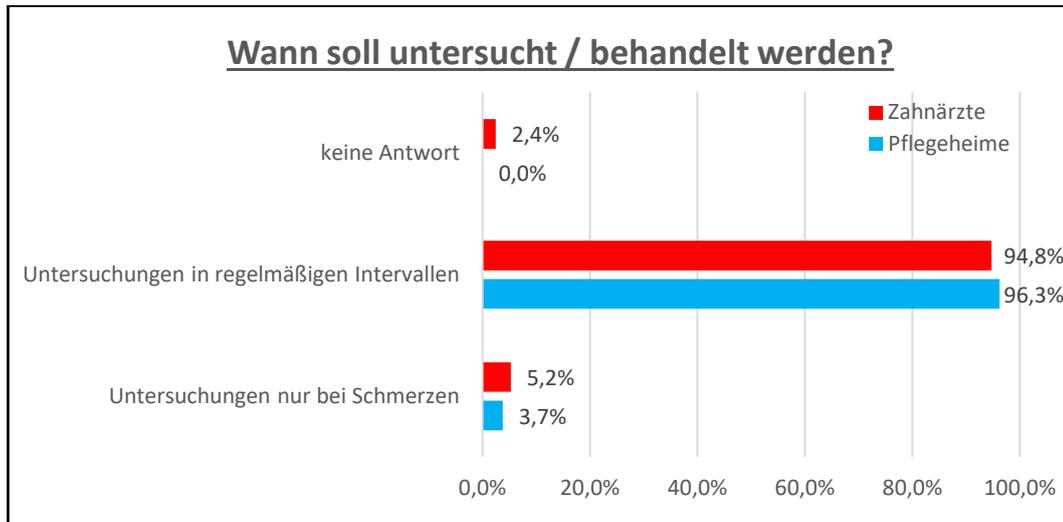
Wann soll untersucht bzw. behandelt werden?*(Pflegerheime Frage 20.2, Zahnärzte Frage 21.2)*

Abbildung 102: Wann soll untersucht/behandelt werden

Auch hier sind sich Pflegedienstleiter und Zahnärzte einig, dass Untersuchungen und Behandlungen in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden sollten – fast alle bejahen dies.

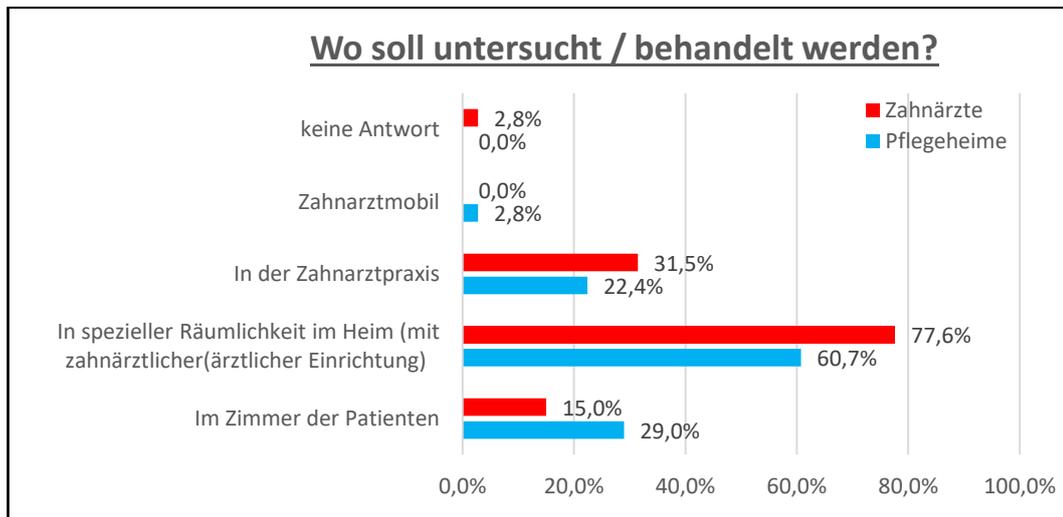
Wo soll untersucht bzw. behandelt werden?*(Pflegerheime Frage 20.3, Zahnärzte Frage 21.3)*

Abbildung 103: Wo soll untersucht/behandelt werden

Pflegedienstleister und Zahnärzte sind sich grundsätzlich einig, da ca. 90% beider Gruppen angeben, dass Untersuchungen und Behandlungen im Heim stattfinden sollten. 77,6% der Zahnärzte favorisieren dazu eine spezielle Räumlichkeit und

nur 15% das Zimmer des Patienten. Zwar bevorzugen auch die Pflegedienstleister die Option einer speziellen Räumlichkeit im Heim, jedoch nur zu 60,7%, während 29% eine Behandlung im Zimmer des Patienten besser fänden. Sowohl Pflegedienstleiter als auch Zahnärzte sind sich bewusst, dass es in der Regel durchaus aufwändig ist Heimbewohner in eine Zahnarztpraxis zu befördern. Hinzu kommt der körperliche und psychische Stress für die Heimbewohner beim Transport und bei der Behandlung in einer Zahnarztpraxis. Hier wäre die Untersuchung bzw. Behandlung im Pflegeheim generell stressfreier, allerdings sind eben im Pflegeheim auch unter guten Voraussetzungen nicht alle Behandlungen möglich.

Bemerkenswert ist hierbei, dass 70% der Pflegeheime zwar in keinster Weise auf die Behandlung im Heim vorbereitet sind (vergleiche Pflegeheime Frage 17), aber dies in 90% der Fälle wünschen.

Wie häufig sollen Prophylaxeuntersuchungen gemacht werden?

(Pflegeheime Frage 20.4, Zahnärzte Frage 21.4)

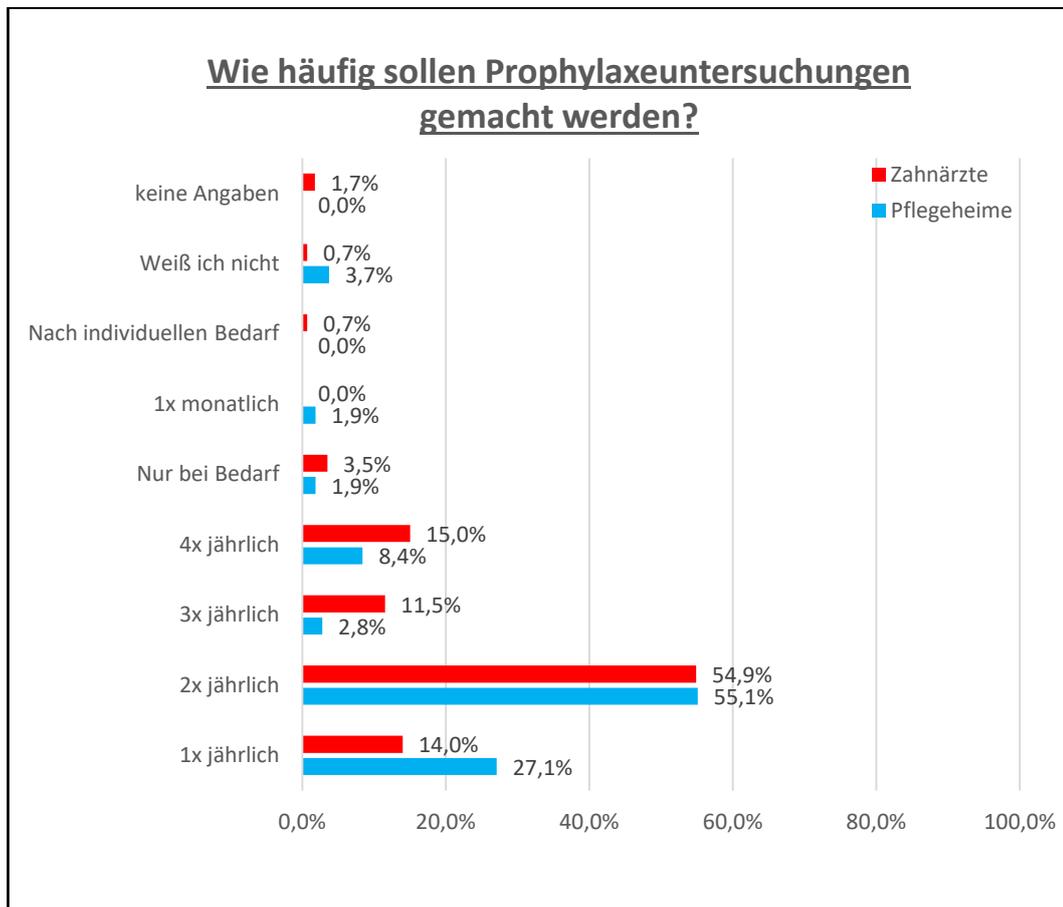


Abbildung 104: Wie oft soll Prophylaxe stattfinden

Hier stellt sich die Frage, ob mit „Prophylaxeuntersuchung“ bei Zahnärzten und Pflegedienstleitern das gleiche gemeint ist. Der Autor wollte mit dieser Frage ausdrücklich nach Vorsorge-Untersuchungen ohne konkreten Schmerz- bzw. Problemhintergrund fragen.

Hier sind beide befragten Gruppen in jeweils ca. 55% der Fälle der Meinung, dass eine regelmäßige halbjährliche Vorsorge-Untersuchung sinnvoll wäre. Dies entspricht auch den allgemeinen Empfehlungen für zahnärztliche Vorsorge-Untersuchungen bei allen Bevölkerungsgruppen, ist nach Meinung des Autors für diese Patientengruppe allerdings zu wenig.

Weiterhin sollte versucht werden das allgemein sehr erfolgreiche Prophylaxe-System mit professioneller Zahnreinigung (PZR) etc. auf pflegebedürftige Heimbewohner zu übertragen, was sicherlich schon bei regelmäßiger Durchführung einer PZR bei den Heimbewohnern einen deutlichen Sprung nach vorne in Bezug auf die Mundgesundheit bringen dürfte. Hier sind aber im Vorfeld logistische und auch finanzielle Fragen zu klären.

Wer soll Behandlungen organisieren?

(Pflegeheime Frage 20.5, Zahnärzte Frage 21.5)

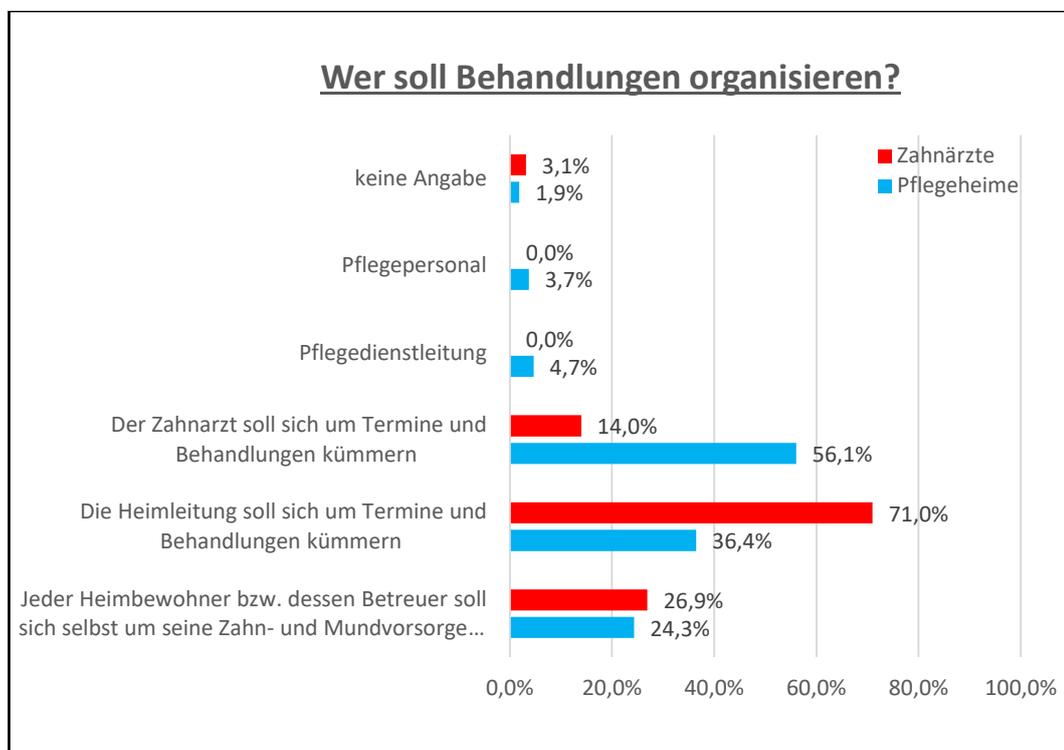


Abbildung 105: Wer soll Behandlungen organisieren

Die Verteilung der Antworten lässt klar erkennen, dass beide Parteien die Organisation der Behandlungen gerne an die jeweils andere Partei abgeben würden, was aufgrund von zu viel Bürokratie und Personalmangel auf beiden Seiten mehr als nachzuvollziehen ist.

Ca. ein Viertel aller Befragten sind der Meinung, dass sich Bewohner bzw. Betreuer selbst um die zahnärztlichen Termine kümmern sollten.

Aus Sicht des Autors wäre es sinnvoll, dass Pflegeheime und Zahnärzte zusammen die Untersuchungs- bzw. Behandlungstermine organisieren, da in der Regel mit der Terminierung parallel dazu ein größerer logistischer Aufwand (Transport des Heimbewohners bzw. Fahrt ins Pflegeheim) verbunden ist. Vor allem Vorsorgeuntersuchungen mehrerer Heimbewohner im Pflegeheim müssen gemeinsam organisiert werden.

6.2 Allgemeine Diskussion

In sehr knappen Worten zusammengefasst kann man Folgendes festhalten:

Pflegeheime (hier die Heimleitungen bzw. Pflegedienstleitungen) überschätzen den Kenntnisstand ihrer Mitarbeiter bezüglich Mundhygienezustand der Bewohner und Wissen zu Prophylaxe oder oralen Erkrankungen der eigenen Heimbewohner enorm. Ihnen scheint allerdings bewusst zu sein, dass die orale Hygiene in Pflegeheimen durchaus schlecht ist, projizieren dies jedoch größtenteils auf andere Einrichtungen, ohne die eigenen Missstände zu erkennen. Fort- und Weiterbildungen zu zahnmedizinischen oder zahnmedizinisch-medizinischen Themen finden größtenteils nicht statt, was zwar zu den in Untersuchungen beobachteten Zuständen in den Heimen passt, aber nicht zu deren Selbsteinschätzung von ihren gut geschulten Mitarbeitern.

Allerdings muss man auch realistisch bleiben - der akute Pflegesnotstand bringt Heime und Pflegepersonal schon jetzt an ihre Grenzen und Verbesserungen im medizinisch-zahnmedizinischen Bereich sind nur bei einer Verbesserung der allgemeinen Situation in der Pflege realisierbar, d.h. es wird mehr Personal und mehr Zeit pro Heimbewohner benötigt.

Obwohl den befragten Pflegeheimen klar zu sein scheint, dass Behandlungen in der Zahnarztpraxis deutlich besser durchzuführen sind, wünschen 90% eine Behandlung direkt im Heim. Trotzdem sind 70% der Heime überhaupt nicht auf

eine Behandlung im Heim vorbereitet. Allerdings sind auch mehr als ein Drittel der Zahnärzte nicht auf Behandlungen im Heim vorbereitet.

Um Organisation und Beschaffung der zur Behandlung nötigen Ausstattung sollten sich Zahnärzte alleine kümmern. Ob den Pflegeheimen (und verantwortlichen Politikern) bewusst ist, wie dürftig es um die Honorierung bestellt ist, wenn man die enormen Kosten für mobiles Equipment, Hygiene, Aufbereitung, Personal und Zeitaufwand entgegenstellt, ist fraglich.

Die Zusammenarbeit wird von beiden Parteien durchaus unterschiedlich bewertet. Während Pflegeheime diese in knapp 90% der Fälle in einem Bereich von „sehr gut“ bis „gut“ ansiedeln, bewerten Zahnärzte diese sehr durchwachsen und im Durchschnitt mit „befriedigend“. Dies könnte auch am Ablauf der Behandlungen im Heim liegen, bei denen der Zahnarzt bis auf den Kontakt bei der Anmeldung eigentlich auf sich allein gestellt ist und dem Pflegepersonal somit nicht zur Last fällt, im Gegenzug aber oft alleine unter erschwerten Bedingungen Behandlungen bzw. Untersuchungen durchführen muss. Auch wenn Hilfe angeboten wird, kann diese zahnmedizinisch geschultes Personal und/oder Ausstattung nicht ersetzen. Während beim Thema Organisation der Behandlungen relative Uneinigkeit herrscht und jede der beiden Gruppen die andere in die Pflicht nehmen will, herrscht große Einigkeit darüber, dass in regelmäßigen Intervallen (hier 2x jährlich) von einem Zahnarzt Prophylaxeuntersuchungen durchgeführt werden sollten, der anschließend auch selbst die notwendigen Behandlungen vornimmt.

7. Epikrise

In dieser Arbeit/Umfrage werden viele an sich „banale“ Fragen gestellt, welche aber gerade wegen der sich massiv verändernden Alterspyramide in der westlichen Welt und dem sich zuspitzendem Pflegenotstand eine große Rolle im Pflegealltag spielen.

Aus zahnärztlicher Sicht ist es sehr wichtig, sowohl beim Pflegepersonal, aber vor allem auch bei den Pflegedienstleitern ein Bewusstsein für die problematische Mundgesundheitsituation bei pflegebedürftigen Menschen zu schaffen. Hohes Kariesaufkommen und häufiger, umfangreicher Zahnverlust bei pflegebedürftigen

Menschen und die Zusammenhänge zwischen Mundgesundheit und Allgemeingesundheit müssen in den Pflegeheimen mehr Beachtung finden.

Diese Umfrage zeigt auch, dass Fortbildungen zu zahnmedizinischen Themen bei Pflegekräften wie auch Pflegedienstleitern unbedingt einen breiteren Raum einnehmen müssen. Hier wurde mit der Einführung von Kooperationsverträgen zwischen Pflegeheimen und Zahnärzten ein guter Weg eingeschlagen.

Allerdings dürfen diese Probleme im Bereich Mundgesundheit nicht den Pflegeheimen allein angelastet werden. Vielmehr ist hier die Politik bzw. der Gesetzgeber gefordert mehr Stellen für Pflegekräfte zu schaffen, indem er z.B. diesen Beruf attraktiver gestaltet. Auch bürokratische Hemmnisse, die den Pflegealltag stark beeinträchtigen, müssen abgebaut werden. Wenn die Pflegekräfte mehr individuelle Zeit für die Heimbewohner hätten, könnte auch die Mundhygiene der Heimbewohner verbessert werden.

Ein wichtiges Ergebnis dieser Umfrage ist auch, dass sowohl Pflegedienstleiter als auch Zahnärzte Untersuchungen und einfache Behandlungen am liebsten im Pflegeheim durchführen würden. Aus Sicht des Autors wäre es relativ einfach eine geeignete Räumlichkeit pro Pflegeheim zu schaffen bzw. bei Neubauten zu berücksichtigen.

Es wäre wünschenswert den folgenden Teufelskreis bei pflegebedürftigen Heimbewohnern zu durchbrechen:

1. schwierige, unzureichende Mundhygiene
2. zerstörte, defekte, fehlende Zähne
3. schlechtere Kaufunktion
4. weiche, breiige, klebrige Speisen notwendig
5. steigendes Kariesrisiko durch klebrige, kohlenhydratreiche Nahrung
6. zerstörte, defekte, fehlende Zähne
7. schlechtere Kaufunktion, usw...

Resultat: kontinuierliche schlechter werdende Lebensqualität

Schließlich sollte auch über eine bessere Honorierung für die Zahnärzte bei der Untersuchung bzw. Behandlung von pflegebedürftigen Menschen nachgedacht werden. Aus Sicht des Autors sind diese Behandlungen mit und ohne Kooperationsvertrag sehr schlecht honoriert. Kooperationsverträge zwischen Pflegeheimen und Zahnärzten sind zwar in Bezug auf die Zusammenarbeit ein

Weg in die richtige Richtung, sollten aber in Bezug auf den bürokratischen Aufwand entschlackt werden. Bei der Honorardiskussion muss man auch bedenken, dass Behandlungen bei pflegebedürftigen Patienten wesentlich zeitaufwändiger sind als bei normalen Patienten.

8. Zusammenfassung

Durch den demographischen Wandel nimmt die Zahl an älteren Mitmenschen in Deutschland seit Jahren stetig zu und mit ihr auch die Zahl an pflegebedürftigen Personen. Ein Ende der Überalterung ist zumindest in naher Zukunft nicht in Sicht - besonders die Gruppe der Hochbetagten nimmt überproportional zu. Schon aktuell spricht man bundesweit von Pflegenotstand, da es an Personal und Zeit für eine adäquate Pflege mangelt. Betrachtet man jedoch die Zahlen für die kommenden Jahrzehnte, so muss man befürchten, dass wir aktuell nur die Spitze des Eisbergs sehen und sich die Problematik der Unterversorgung pflegebedürftiger Menschen drastisch zuspitzen wird.

Viele Untersuchungen berichten übereinstimmend von erheblichen Mundhygiene-Defiziten bei Senioren, vor allem bei pflegebedürftigen und in Pflegeheimen untergebrachten Personen.

Ziel dieser Arbeit war es, die Schnittstelle zwischen Zahnmedizinern und Pflegedienstleistern bei der Betreuung pflegebedürftiger Senioren in Pflegeheimen zu untersuchen.

Hierzu wurden zwei jeweils 4-seitige Fragebögen für Pflegeheime einerseits und Zahnärzte andererseits entworfen, die den Teilnehmern zugeschickt werden und anonym beantwortet zurückgeschickt werden sollten. Eine genaue Anleitung zur anonymen Teilnahme lag bei.

Die beiden Fragebögen sind sehr ähnlich aufgebaut, haben neben gleichen Fragen aber auch fachspezifische Anteile und gliedern sich wie folgt. Beide Fragebögen beginnen mit allgemeinen Fragen, die uns das befragte Kollektiv besser einschätzen lassen, wie z.B. Berufserfahrung, Größe des Ortes, Größe der Praxis/des Heims, betreute Pflegegrade. Anschließend sollen Gesundheits- und Wissenszustände in Pflegeheimen abgeschätzt werden. Als Nächstes wird die Art der Zusammenarbeit abgefragt und bewertet sowie die Behandlungsmöglichkeiten

in Heim und Praxis geschätzt bzw. bewertet - Erhebung des IST-Zustandes. Abschließend wird abgefragt, wie eine zahnärztliche Betreuung in Pflegeheimen zukünftig aussehen sollte - Erhebung des SOLL-Zustandes.

Ende 2016 wurden durch den Zahnärztlichen Bezirksverband Oberpfalz 691 Fragebögen an ihre Mitglieder in der Oberpfalz geschickt, von denen 286 beantwortet, anonym zurückgesendet wurden und auswertbar waren. Analog hierzu wurden 2016 die Fragebögen an 150 Pflegeheime in der Oberpfalz, bzw. im Radius von 50km um Regensburg, versendet. Wegen nur sehr geringer Teilnahme wurde bei den Pflegeheimen schließlich auf eine telefonische Befragung der Pflegeheime mittels dieses Fragebogens gewechselt, sodass hier letztendlich 107 auswertbare Fragebögen generiert werden konnten.

Bei den Fragen zur Mundhygiene in den Pflegeheimen, den Kenntnissen des Pflegepersonals zur Mundhygiene allgemein und der Heimbewohner ihrer Einrichtung im Speziellen sowie den Kenntnisstand zu Wechselwirkungen zwischen Mund- und Allgemeingesundheit divergieren die Einschätzungen der befragten Gruppen erwartungsgemäß gewaltig. Während Zahnärzte bei diesen Fragen zusammenfassend das Urteil „mangelhaft“ fällen, attestieren Pflegeheime sich und ihren Mitarbeitern gute Kenntnisse zu den genannten Themen. Interessanterweise schätzen die meisten Pflegeheime die Mundhygiene in ihrer Einrichtung deutlich besser als in Pflegeheimen allgemein ein.

Da ca. 70% der befragten Pflegeheime angeben keinerlei Fortbildung ihrer Mitarbeiter zu betreiben und die Wissensstände zu zahnmedizinischen Themen generell sehr lückenhaft scheinen, muss man davon ausgehen, dass hier offensichtliche Probleme aus dem eigenen Blickfeld verdrängt werden.

Die Zusammenarbeit zwischen Pflegeheim und Zahnarzt wird von den Pflegeheimen sehr positiv bewertet, von den Zahnärzten durchwachsen und eher mittelmäßig. Dies dürfte unter anderem der Tatsache geschuldet sein, dass ein Großteil der Pflegeheime nicht auf Behandlungen im Heim vorbereitet ist und alles in der Verantwortung der Zahnärzte zu liegen scheint.

Die Durchführbarkeit zahnärztlicher Behandlungen direkt im Heim (größtenteils im Zimmer des Patienten) wird von beiden Gruppen in den meisten Fällen nur als „befriedigend“ bis „mangelhaft“ eingestuft. Beide Gruppen sind sich einig, dass Behandlungen in der Zahnarztpraxis in der Regel besser durchführbar sind.

Bezüglich der Vorstellungen, wie eine zahnärztliche Betreuung von Pflegeheimbewohnern aussehen sollte, gibt es durchaus Gemeinsamkeiten.

Beide Gruppen sprechen sich klar für eine regelmäßige Untersuchung durch einen Zahnarzt aus, der anschließend selbst die Weiterbehandlung durchführt, wobei ein Intervall von 2x/jährlich favorisiert wird. Als Ort des Geschehens bevorzugen beide eine spezielle Räumlichkeit im Pflegeheim (mit zahnärztlicher Einrichtung), gefolgt vom Zimmer des Patienten bei den Pflegeheimen und der Praxis bei den Zahnärzten.

Uneinigkeit herrscht jedoch bei der geplanten Organisation der Behandlungen, da beide Parteien diese Aufgabe gerne der jeweils anderen Partei überlassen würden bzw. nicht als ihre Aufgabe sehen.

Um die Entwicklung auf dem Gebiet der Mundgesundheit und der zahnmedizinischen Betreuung bei pflegebedürftigen Personen zu verfolgen, wäre es aus Sicht des Autors sehr sinnvoll in einem angemessenen Zeitabstand eine erneute Befragung von Pflegeheimen und Zahnärzten in ähnlicher Form (mit im Detail optimierten Fragebögen) vorzunehmen und auszuwerten.

9. Anhang

9.1 Ankündigung der Umfrage Pflegeheime

Unterstützung einer Promotionsarbeit

Anbei erhalten Sie den Fragenbogen und zwei Rückkuverts zur anonymen Teilnahme an der Umfrage. (siehe Teilnahmeanleitung)

Umfrage zur zahnärztlichen Behandlung von in Pflegeheimen betreuten Menschen

Sehr geehrte Heimleiterinnen und Heimleiter,

betrachtet man den demographischen Wandel in Deutschland, so muss man feststellen, dass aus der ehemals vorherrschenden Alterspyramide längst eine urnenförmige Altersverteilung geworden ist. Es herrscht ein Überhang an älteren Menschen, deren Lebenserwartung dazu noch steigt – Deutschland überaltert.

Aktuell sind bereits über 2,6 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig - Tendenz nach aktuellen Prognosen deutlich ansteigend.

Doch wie sieht es mit der zahnärztlichen Versorgung aus, wenn man sich nicht mehr selbst darum kümmern kann?
-Funktioniert die Zusammenarbeit mit Pflegeheimen und Betreuern?
-Wie sieht es mit der Durchführbarkeit der Behandlungen aus?
-Was funktioniert bzw. wo gibt es Verbesserungsbedarf?
Alles Fragen, die so noch nicht umfassend geklärt sind.

Zu dieser Thematik führe ich im Rahmen meiner Promotionsarbeit jeweils eine Umfrage bei Zahnärzten und eine bei Pflegeheimen durch.

Die Ergebnisse sollen einerseits den Status quo aufzeigen und andererseits zur Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Patienten führen.

Bitte tragen Sie mit Ihren Erfahrungen dazu bei!

Alle Daten werden anonym erhoben und ausgewertet.

Um Ihre Anonymität zu gewährleisten, werden dazu, ähnlich dem Briefwahlverfahren, zwei Umschläge eingesetzt.

Umschlag 1 mit Ihren Daten dient lediglich der Registrierung Ihrer Teilnahme.
Umschlag 2 enthält den anonymen Fragebogen.

Außerdem werden keine Daten abgefragt, welche eine Zuordnung der Person ermöglichen.

Nach Ende der Studie bekommen alle Teilnehmer die Ergebnisse der Umfrage mitgeteilt.

Der Zeitaufwand für den Fragenbogen beträgt **weniger als 10 Minuten**.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!



Mit kollegialen Grüßen
ZA Michael Gräml
Betreuung der Promotion:
Prof. Dr. Christoph Benz

9.2 Ankündigung der Umfrage Zahnärzte

An alle Kolleginnen und Kollegen in der Oberpfalz Unterstützung einer Promotionsarbeit

Wie bereits im ZBV-aktuell (02/2016) angekündigt, erhalten Sie nun anbei den Fragenbogen und zwei Rückkuverts zur anonymen Teilnahme an der Umfrage. (siehe Teilnahmeanleitung)

Umfrage zur zahnärztlichen Betreuung von in Pflegeheimen untergebrachten Patienten

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

betrachtet man den demographischen Wandel in Deutschland, so muss man feststellen, dass aus der ehemals vorherrschenden Alterspyramide längst eine urnenförmige Altersverteilung geworden ist. Es herrscht ein Überhang an älteren Menschen, deren Lebenserwartung dazu noch steigt – Deutschland überaltert.

Aktuell sind bereits über 2,6 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig - Tendenz nach aktuellen Prognosen deutlich ansteigend.

Doch wie sieht es mit der zahnärztlichen Versorgung aus, wenn man sich nicht mehr selbst darum kümmern kann?
-Funktioniert die Zusammenarbeit mit Pflegeheimen und Betreuern?
-Wie sieht es mit der Durchführbarkeit der Behandlungen und der Wirtschaftlichkeit aus?
-Was funktioniert bzw. wo gibt es Verbesserungsbedarf?
Alles Fragen, die so noch nicht umfassend geklärt sind.

Zu dieser Thematik führe ich im Rahmen meiner Promotionsarbeit jeweils eine Umfrage bei Zahnärzten und eine bei Pflegeheimen durch.

Die Ergebnisse sollen einerseits den Status quo aufzeigen und andererseits zur Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Patienten führen.

Bitte tragen Sie mit Ihren Erfahrungen dazu bei!

Alle Daten werden anonym erhoben und ausgewertet.

Um Ihre Anonymität zu gewährleisten, werden dazu, ähnlich dem Briefwahlverfahren, zwei Umschläge eingesetzt.

Umschlag 1 mit Ihren Daten dient lediglich der Registrierung Ihrer Teilnahme.
Umschlag 2 enthält den anonymen Fragebogen.

Außerdem werden keine Daten abgefragt, welche eine Zuordnung der Person ermöglichen.

Nach Ende der Studie werden die Ergebnisse beider Umfragen im ZBV-aktuell veröffentlicht.

Der Zeitaufwand für den Fragenbogen beträgt **weniger als 10 Minuten.**

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!



Mit kollegialen Grüßen
ZA Michael Gräml
Betreuung der Promotion:
Prof. Dr. Christoph Benz

9.3 Anleitung zur anonymen Teilnahme

Teilnahmeanleitung

Bitte führen Sie folgende Schritte nacheinander durch, um eine einwandfreie Auswertung und die Wahrung Ihrer Anonymität zu gewährleisten:

- Schritt 1: Fragebogen ausfüllen
- Schritt 2: Fragebogen in WEISSEN Umschlag geben und diesen zukleben
- Schritt 3: WEISSEN Umschlag (inkl. Fragebogen) in BRAUNEN Umschlag geben
- Schritt 4: BRAUNEN Umschlag mit Ihrem Absender versehen, damit Ihre Teilnahme registriert werden kann
- Schritt 5: Abschließend BRAUNEN Umschlag zurücksenden an:

Michael Gräml
Rathausplatz 5
93170 Bernhardswald

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

9.4 Fragebogen Pflegeheime

Zahnärztliche Betreuung von pflegebedürftigen Heimbewohnern - Fragebogen an Pflegeeinrichtungen (20 Fragen)

Alle Daten werden im Rahmen einer Promotionsarbeit anonym erfasst.

1. Wie viele Bewohner gibt es in Ihrer Einrichtung?

- 1.1. 1-25
 1.2. 26-50
 1.3. 51-75
 1.4. 76-100
 1.5. 101-125
 1.6. 126-150
 1.7. 151 und mehr

2. Wie viele Einwohner hat der Ort, an dem Ihre Pflegeeinrichtung lokalisiert ist?

- 2.1. Weniger als 2000
 2.2. 2000-5000
 2.3. 5000-10000
 2.4. 10000-20000
 2.5. 20000-50000
 2.6. mehr als 50000

3. Welche Pflegestufen werden in Ihrer Einrichtung betreut?

(Mehrfachantwort möglich)

Pflegestufe 0	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Wie schätzen Sie die Mundgesundheitsituation der Bewohner Ihrer Einrichtung ein?

Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Ungenügend	Weiß ich nicht
<input type="checkbox"/>						

5. Wie schätzen Sie die Mundgesundheitsituation in Pflegeheimen generell ein?

Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Ungenügend	Weiß ich nicht
<input type="checkbox"/>						

6. Wie schätzen Sie die Kenntnisse des Pflegepersonals Ihrer Einrichtung bzgl. der Mundgesundheitsituation der Heimbewohner ein?

Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Ungenügend	Weiß ich nicht
<input type="checkbox"/>						

7. Wie beurteilen Sie die Kenntnisse Ihres Pflegepersonals bzgl. des Einflusses der Mundgesundheit auf Allgemeinerkrankungen und umgekehrt?

Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Ungenügend	Weiß ich nicht
<input type="checkbox"/>						

8. Wie viel Zeit steht Ihrem Personal für die tägliche Zahnpflege und Zahnersatzreinigung pro Heimbewohner zur Verfügung?

1-2 min	3-4 min	5-6 min	7-8 min	9-10 min	>10 min	Weiß ich nicht
<input type="checkbox"/>						

9. Wie viele der pflegebedürftigen Heimbewohner kooperieren gut bei der täglichen Mundhygiene und Zahnersatzreinigung?

Alle	Etwa 3/4	Etwa 2/3	Etwa 1/2	Etwa 1/3	Etwa 1/4	Keiner	Weiß ich nicht
<input type="checkbox"/>							

10. Zu welchen zahnmedizinischen Themen wird Ihr Pflegepersonal unterwiesen oder fortgebildet und in welchen Abständen? (Mehrfachantwort möglich)

	Keine Fortbildung	Mehrmals jährlich	1x jährlich	Alle 2 Jahre	Alle 5 Jahre
Kariesentstehung/ Kariesprophylaxe	<input type="checkbox"/>				
Parodontitis/ Parodontitisprophylaxe	<input type="checkbox"/>				
Reinigung von Zahnersatz und Kontrolle der Funktion von Zahnersatz	<input type="checkbox"/>				
Wechselwirkungen zwischen Mundgesundheit und Allgemeinerkrankungen	<input type="checkbox"/>				

Sonstiges: _____

11. Wie wird die Zahnpflege und Zahnersatzreinigung in Ihrer Einrichtung durchgeführt?

11.1. Wer führt die Zahnpflege in der Regel durch und wie oft? (Mehrfachantwort möglich)

	nach jedem Essen	1x täglich	2x täglich	weiß ich nicht
Heimbewohner selbstständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegepersonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.2. Wer führt die Zahnersatzreinigung in der Regel durch und wie oft? (Mehrfachantwort möglich)

	nach jedem Essen	1x täglich	2x täglich	weiß ich nicht
Heimbewohner selbstständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegepersonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.3. Sonstiges: _____

12. In welcher Art arbeiten Sie mit einem Zahnarzt zusammen?

12.1. Was passiert mit Heimbewohnern, die Zahnschmerzen haben? (Mehrfachantwort möglich)

- Die Patienten bzw. deren Betreuer kümmern sich um die Behandlung
- Schmerzpatienten werden vom Heim angemeldet und zum Zahnarzt gebracht
- Schmerzpatienten werden vom Heim unangemeldet zum Zahnarzt gebracht
- Schmerzpatienten werden nach Absprache im Heim vom Zahnarzt besucht
- Schmerzpatienten werden nach Absprache vom Zahnarzt abgeholt und in dessen Praxis gebracht

12.2. Wer führt Untersuchungen bzw. Behandlungen durch? (Mehrfachantwort möglich)

- Ein Zahnarzt, der anschließend selbst die Weiterbehandlung durchführt
- Ein Zahnarzt, der anschließend an andere Zahnärzte zur Weiterbehandlung überweist

12.3. Wo werden Untersuchungen durchgeführt? (Mehrfachantwort möglich)

- Im Zimmer der Patienten
- In spezieller Räumlichkeit im Heim (z.B. mit zahnärztlicher/ärztlicher Einrichtung)
- In einer Zahnarztpraxis

12.4. Wo werden Behandlungen durchgeführt? (Mehrfachantwort möglich)

- Im Zimmer der Patienten
- In spezieller Räumlichkeit im Heim (z.B. mit zahnärztlicher/ärztlicher Einrichtung)
- In einer Zahnarztpraxis

12.5. Wann werden Untersuchungen bzw. Behandlungen durchgeführt?

1x jährlich	2x jährlich	3x jährlich	4x jährlich	Nur bei Bedarf	Weiß ich nicht
<input type="checkbox"/>					

12.6. Sonstiges:

13. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit dem Zahnarzt?

Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Ungenügend	Keine Zusammenarbeit
<input type="checkbox"/>						

14. Wie kam die Zusammenarbeit mit dem Zahnarzt zustande?

- Heim hat angefragt
 Zahnarzt hat angefragt
 Keine Zusammenarbeit

Sonstiges: _____

15. Besteht ein Kooperationsvertrag?

- 15.1. Ja
 15.2. Nein, möchte Zahnarzt nicht
 15.3. Nein, möchte Heim nicht
 15.4. Nein, kenne ich nicht

16. Warum arbeiten Sie...**16.1. ...NICHT mit einem Zahnarzt zusammen?****(Mehrfachantwort möglich)**

- Kein Zahnarzt in der Nähe
 Die Heimleitung sieht keinen Grund für die Betreuung durch einen Zahnarzt
 Die Patienten bzw. deren Betreuer haben kein Interesse an der Betreuung durch einen Zahnarzt
 Die Zahnärzte haben kein Interesse an der Betreuung
 Schlechte Kommunikation oder Zusammenarbeit mit dem Zahnarzt
 Unzufriedenheit mit den Ergebnissen bzw. der Durchführbarkeit der Behandlungen

Sonstiges: _____

16.2. ...MIT einem Zahnarzt zusammen?**(Mehrfachantwort möglich)**

- Zahnarzt in unmittelbarer Nähe zur Einrichtung
 Die Heimleitung möchte eine Betreuung durch einen Zahnarzt
 Die Patienten bzw. deren Betreuer möchten eine Betreuung durch einen Zahnarzt
 Bisher gute Ergebnisse erzielt bei der Zusammenarbeit
 Zur Vorbeugung von Zahn- und Allgemeinerkrankungen

Sonstiges: _____

17. Ist Ihr Pflegeheim auf die zahnärztliche Behandlung direkt im Heim vorbereitet?

(Mehrfachantwort möglich)

- Nein
 Ja, geschultes Pflegepersonal
 Ja, mobile Schleifeinheit für Prothesen
 Ja, mobile Lampe
 Ja, spezielle Einwegartikel
 Ja, mobile Behandlungseinheit
 Ja, Behandlungszimmer mit zahnärztlicher Ausrüstung im Pflegeheim

Sonstiges: _____

18. Wie beurteilen Sie die Durchführbarkeit zahnärztlicher Behandlungen bei pflegebedürftigen Patienten in Räumlichkeiten des Pflegeheims?

Sehr gut (alle Behandlungen durchführbar)	Gut (viele Behandlungen durchführbar)	Befriedigend (einfache Behandlungen durchführbar)	Ausreichend (einfachste Behandlungen durchführbar)	Mangelhaft (nur Kontrollen durchführbar)	Ungenügend (keine Behandlung durchführbar)	Weiß ich nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Wie schätzen Sie die Durchführbarkeit zahnärztlicher Behandlungen bei pflegebedürftigen Patienten in einer normalen Zahnarztpraxis ein?

Sehr gut (alle Behandlungen durchführbar)	Gut (viele Behandlungen durchführbar)	Befriedigend (einfache Behandlungen durchführbar)	Ausreichend (einfachste Behandlungen durchführbar)	Mangelhaft (nur Kontrollen durchführbar)	Ungenügend (keine Behandlung durchführbar)	Weiß ich nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Wie sähe für Sie eine ideale zahnärztliche Betreuung eines Pflegeheims aus?**20.1. Wer sollte Untersuchungen bzw. Behandlungen durchführen?**

- Untersuchungen durch einen Zahnarzt, der anschließend auch die Weiterbehandlung durchführt
 Untersuchungen durch einen Zahnarzt, der anschließend an andere Zahnärzte zur Weiterbehandlung überweist

20.2. Wann sollten Untersuchungen bzw. Behandlungen durchgeführt werden?

- Untersuchungen nur bei Schmerzen
 Untersuchungen in regelmäßigen Intervallen

20.3. Wo sollten Untersuchungen bzw. Behandlungen durchgeführt werden?

- Im Zimmer der Patienten
 In spezieller Räumlichkeit im Heim (z.B. mit zahnärztlicher/ärztlicher Einrichtung)
 In der Zahnarztpraxis

20.4. Wie häufig sollten Prophylaxeuntersuchungen durchgeführt werden?

1x jährlich	2x jährlich	3x jährlich	4x jährlich	Nur bei Bedarf	Weiß ich nicht
<input type="checkbox"/>					

20.5. Wer sollte die Behandlungen organisieren?

- Jeder Heimbewohner bzw. dessen Betreuer soll sich selbst um seine Zahn- und Mundvorsorge kümmern
 Die Heimleitung soll sich um Termine und Behandlungen kümmern
 Der Zahnarzt soll sich um Termine und Behandlungen kümmern

20.6. Sonstiges: _____

9.5 Fragebogen Zahnärzte

Zahnärztliche Betreuung von pflegebedürftigen Heimbewohnern - Fragebogen an Zahnärztinnen und Zahnärzte (21 Fragen)

Alle Daten werden im Rahmen einer Promotionsarbeit anonym erfasst.

1. Wie lange sind Sie bereits als Zahnärztin/Zahnarzt tätig?

- 0-3 Jahre
- 4-6 Jahre
- 7-10 Jahre
- 11-20 Jahre
- 21-30 Jahre
- 31 oder mehr Jahre

2. Wie viele Behandler gibt es in Ihrer Praxis?

- 1
- 2-3
- 4-6
- 7-10
- 11 oder mehr

3. Ich arbeite in einer...

- Landpraxis
- Stadtpraxis
- Klinik

4. Wie viele Einwohner hat der Ort, an dem Ihre Praxis lokalisiert ist?

- Weniger als 2000
- 2000-5000
- 5000-10000
- 10000-20000
- 20000-50000
- mehr als 50000

5. Welche Behandlungen werden in Ihrer Praxis durchgeführt?

(Mehrfachantwort möglich)

- Konservierende Zahnheilkunde
- Prothetik
- Chirurgie
- Implantologie
- Parodontologie
- Endodontie
- Kinderzahnheilkunde
- Kieferorthopädie

6. Wie schätzen Sie die Mundgesundheitsituation von pflegebedürftigen Heimbewohnern generell ein?

Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Ungenügend	Weiß ich nicht
<input type="checkbox"/>						

7. Wie beurteilen Sie die Kenntnisse des Pflegepersonals bzgl. der Mundhygienesituation der pflegebedürftigen Heimbewohner?

Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Ungenügend	Weiß ich nicht
<input type="checkbox"/>						

8. Wie beurteilen Sie die Kenntnisse des Pflegepersonals bzgl. des Einflusses der Mundhygiene auf Allgemeinerkrankungen und umgekehrt?

Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Ungenügend	Weiß ich nicht
<input type="checkbox"/>						

9. In welcher Art arbeiten Sie mit einem Pflegeheim zusammen?**9.1. Wie werden Schmerzpatienten aus dem Pflegeheim gehandhabt? (Mehrfachantwort möglich)**

- Wir haben keine Schmerzpatienten aus Pflegeheimen
 Schmerzpatienten werden angemeldet und vom Heim gebracht
 Schmerzpatienten werden unangemeldet vom Heim gebracht
 Schmerzpatienten werden nach Absprache im Heim besucht
 Schmerzpatienten werden nach Absprache von uns aus dem Heim geholt und in unsere Praxis gebracht

9.2. Wer führt Untersuchungen bzw. Behandlungen durch? (Mehrfachantwort möglich)

- Wir untersuchen bzw. behandeln keine Patienten aus Pflegeheimen
 Unsere Praxis untersucht und behandelt selbst
 Unsere Praxis untersucht und überweist an andere Zahnärzte zur Behandlung
 Andere Zahnärzte untersuchen und überweisen an uns zur Behandlung

9.3. Wo werden Untersuchungen durchgeführt? (Mehrfachantwort möglich)

- Wir untersuchen keine Patienten aus Pflegeheimen
 Im Zimmer der Patienten
 In spezieller Räumlichkeit im Heim (z.B. mit zahnärztlicher/ärztlicher Einrichtung)
 In unserer Praxis
 In anderer Praxis von anderem Zahnarzt

9.4. Wo werden Behandlungen durchgeführt? (Mehrfachantwort möglich)

- Wir behandeln keine Patienten aus Pflegeheimen
 Im Zimmer der Patienten
 In spezieller Räumlichkeit im Heim (z.B. mit zahnärztlicher/ärztlicher Einrichtung)
 In unserer Praxis
 In anderer Praxis von anderem Zahnarzt

9.5. Wann werden Untersuchungen bzw. Behandlungen durchgeführt?

1x jährlich	2x jährlich	3x jährlich	4x jährlich	Nur bei Bedarf	Weiß ich nicht
<input type="checkbox"/>					

9.6. Sonstiges: _____

10. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit dem Pflegeheim?

Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Ungenügend	Keine Zusammenarbeit
<input type="checkbox"/>						

11. Wie kam die Zusammenarbeit mit dem Pflegeheim zustande?

- Heim hat angefragt
 Ich habe angefragt
 Übernahme der Betreuung vom Vorbehandler
 Keine Zusammenarbeit

Sonstiges: _____

12. Besteht ein Kooperationsvertrag?

- Ja
 Nein, möchte ich nicht
 Nein, möchte Heim nicht
 Nein, kenne ich nicht

13. Warum arbeiten Sie...**13.1. ...NICHT mit einem Pflegeheim zusammen?****(Mehrfachantwort möglich)**

- Kein Pflegeheim in der Nähe
 Ich habe kein Interesse an der Betreuung eines Pflegeheims
 Die Heimleitung hat kein Interesse an der Betreuung durch einen Zahnarzt
 Die Patienten bzw. deren Betreuer haben kein Interesse an der Betreuung durch einen Zahnarzt
 Passt nicht zur Spezialisierung unserer Praxis
 Schlechte Kommunikation oder Zusammenarbeit mit dem Pflegeheim
 Unzufriedenheit mit den Ergebnissen bzw. der Durchführbarkeit der Behandlungen
 Betreuung nicht wirtschaftlich bzw. kostendeckend
 Pflegeheim wird bereits von einem oder mehreren anderen Zahnärzten betreut

Sonstiges: _____

13.2. ...MIT einem Pflegeheim zusammen?**(Mehrfachantwort möglich)**

- Pflegeheim in unmittelbarer Nähe zur Praxis
 Die Heimleitung möchte eine Betreuung durch einen Zahnarzt
 Die Patienten bzw. deren Betreuer möchten eine Betreuung durch einen Zahnarzt
 Bisher gute Ergebnisse erzielt bei der Zusammenarbeit
 Zur Vorbeugung von Zahn-, Mund- und Allgemeinerkrankungen
 Spezialisierung der Praxis auf diese Art der Behandlung
 Betreuung wirtschaftlich rentabel
 Einer muss es ja machen

Sonstiges: _____

14. Haben Sie spezielles Equipment zur Behandlung im Pflegeheim?**(Mehrfachantwort möglich)**

- Nein
 Ja, geschulte HelferIn
 Ja, mobile Schleifeinheit für Prothesen
 Ja, Arztkoffer
 Ja, mobile Lampe
 Ja, spezielle Einwegartikel
 Ja, mobile Behandlungseinheit
 Ja, Behandlungszimmer im Pflegeheim

Sonstiges: _____

15. Haben Sie eine spezielle Fortbildung im Bereich Alterszahnheilkunde?

- Nein
 Ja, allgemeine Fortbildung
 Ja, Curriculum

Sonstiges: _____

16. Haben sie den Eindruck, dass bei Heimbewohnern mit Betreuer Behandlungen unabhängig von den Kosten im besten Interesse des Heimbewohners durchgeführt werden können?**(Mehrfachantwort möglich)**

	Eher schon	Eher nicht	Weiß ich nicht
Bei staatlich bestelltem Betreuer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Betreuer aus dem verwandtschaftlichen Umfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Wie beurteilen Sie die Durchführbarkeit zahnärztlicher Behandlungen bei pflegebedürftigen Patienten in Räumlichkeiten des Pflegeheims?

Sehr gut (alle Behandlungen durchführbar)	Gut (viele Behandlungen durchführbar)	Befriedigend (einfache Behandlungen durchführbar)	Ausreichend (einfachste Behandlungen durchführbar)	Mangelhaft (nur Kontrollen durchführbar)	Ungenügend (keine Behandlung durchführbar)	Weiß ich nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Wie beurteilen Sie die Durchführbarkeit zahnärztlicher Behandlungen bei pflegebedürftigen Patienten in Ihrer Praxis?

Sehr gut (alle Behandlungen durchführbar)	Gut (viele Behandlungen durchführbar)	Befriedigend (einfache Behandlungen durchführbar)	Ausreichend (einfachste Behandlungen durchführbar)	Mangelhaft (nur Kontrollen durchführbar)	Ungenügend (keine Behandlung durchführbar)	Weiß ich nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Wie beurteilen Sie die Honorierung der Behandlung von Heimpatienten OHNE Kooperationsvertrag bzgl. der Wirtschaftlichkeit?

(Bema: 151, 152, 153, 171a, 171b, 181, 161a-f, 162 a-f)

Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Ungenügend	Weiß ich nicht
<input type="checkbox"/>						

20. Wie beurteilen Sie die Honorierung der Behandlung von Heimpatienten MIT Kooperationsvertrag bzgl. der Wirtschaftlichkeit?

(Bema: 154, 155, 172a, 172b, 172c, 172d, 182, 161a-f, 162 a-f)

Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Ungenügend	Weiß ich nicht
<input type="checkbox"/>						

21. Wie sähe für Sie eine ideale zahnärztliche Betreuung eines Pflegeheims aus?

21.1. Wer sollte Untersuchungen bzw. Behandlungen durchführen?

- Untersuchungen durch einen Zahnarzt, der anschließend auch die Weiterbehandlung durchführt
- Untersuchungen durch einen Zahnarzt, der anschließend an andere Zahnärzte zur Weiterbehandlung überweist

21.2. Wann sollten Untersuchungen bzw. Behandlungen durchgeführt werden?

- Untersuchungen nur bei Schmerzen
- Untersuchungen in regelmäßigen Intervallen

21.3. Wo sollten Untersuchungen bzw. Behandlungen durchgeführt werden?

- Im Zimmer der Patienten
- In spezieller Räumlichkeit im Heim (z.B. mit zahnärztlicher/ärztlicher Einrichtung)
- In der Zahnarztpraxis

21.4. Wie häufig sollten Prophylaxeuntersuchungen durchgeführt werden?

1x jährlich	2x jährlich	3x jährlich	4x jährlich	Nur bei Bedarf	Weiß ich nicht
<input type="checkbox"/>					

21.5. Wer sollte die Behandlungen organisieren?

- Jeder Heimbewohner bzw. dessen Betreuer soll sich selbst um seine Zahn- und Mundvorsorge kümmern
- Die Heimleitung soll sich um Termine und Behandlungen kümmern
- Der Zahnarzt soll sich um Termine und Behandlungen kümmern

21.6. Sonstiges: _____

10. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Demographische Entwicklung absolut	3
Abbildung 2: Demographische Entwicklung prozentual	4
Abbildung 3: Verteilung der Pflegebedürftigen 1	5
Abbildung 4: Verteilung der Pflegebedürftigen 2	5
Abbildung 5: Verteilung der Pflegebedürftigen 3	6
Abbildung 6: Entwicklung der Pflegebedürftigkeit	7
Abbildung 7: Fachkräfteengpassanalyse	22
Abbildung 8: Krankenpflegekräfte	23
Abbildung 9: Altenpflegkräfte	23
Abbildung 10: Lohnverteilung	24
Abbildung 11: Überblick Teilnehmer und Rücklaufquote	48
Abbildung 12: Musterbeispiel Primärtabelle	50
Abbildung 13: Beispiel Sekundärtabelle	51
Abbildung 14: Pflegeheime Frage 1	55
Abbildung 15: Pflegeheime Frage 2	56
Abbildung 16: Pflegeheime Frage 3	57
Abbildung 17: Pflegeheime Frage 4	58
Abbildung 18: Pflegeheime Frage 5	59
Abbildung 19: Pflegeheime Frage 6	60

Abbildung 20: Pflegeheime Frage 7	61
Abbildung 21: Pflegeheime Frage 8	62
Abbildung 22: Pflegeheime Frage 9	63
Abbildung 23: Pflegeheime Frage 10a.....	64
Abbildung 24: Pflegeheime Frage 10b	65
Abbildung 25: Pflegeheime Frage 10c.....	65
Abbildung 26: Pflegeheime Frage 10d	66
Abbildung 27: Pflegeheime Frage 10 Zusammenfassung	67
Abbildung 28: Pflegeheime Frage 11.1 a.....	68
Abbildung 29: Pflegeheime Frage 11.2 a.....	69
Abbildung 30: Pflegeheime Frage 11.1 b.....	70
Abbildung 31: Pflegeheime Frage 11.2 b.....	71
Abbildung 32: Pflegeheime Frage 11.1 c.....	72
Abbildung 33: Pflegeheime Frage 11.2 c.....	73
Abbildung 34: Pflegeheime Frage 11.1 Zusammenfassung.....	74
Abbildung 35: Pflegeheime Frage 11.2 Zusammenfassung.....	74
Abbildung 36: Pflegeheime Frage 12.1	75
Abbildung 37: Pflegeheime Frage 12.2	76
Abbildung 38: Pflegeheime Frage 12.3	77
Abbildung 39: Pflegeheime Frage 12.4	78

Abbildungsverzeichnis	171
<hr/>	
Abbildung 40: Pflegeheime Frage 12.5	79
Abbildung 41: Pflegeheime Frage 13	80
Abbildung 42: Pflegeheime Frage 14	81
Abbildung 43: Pflegeheime Frage 15	82
Abbildung 44: Pflegeheime Frage 15 Vereinfachung	82
Abbildung 45: Pflegeheime Frage 16.1	83
Abbildung 46: Pflegeheime Frage 16.2	84
Abbildung 47: Pflegeheime Frage 17	85
Abbildung 48: Pflegeheime Frage 18	86
Abbildung 49: Pflegeheime Frage 19	87
Abbildung 50: Pflegeheime Frage 20.1	88
Abbildung 51: Pflegeheime Frage 20.2	89
Abbildung 52: Pflegeheime Frage 20.3	90
Abbildung 53: Pflegeheime Frage 20.4	91
Abbildung 54: Pflegeheime Frage 20.5	92
Abbildung 55: Zahnärzte Frage 1	93
Abbildung 56: Zahnärzte Frage 2	94
Abbildung 57: Zahnärzte Frage 3	95
Abbildung 58: Zahnärzte Frage 4	96
Abbildung 59: Zahnärzte Frage 5	97

Abbildung 60: Zahnärzte Frage 5 Vereinfachung	98
Abbildung 61: Zahnärzte Frage 6	99
Abbildung 62: Zahnärzte Frage 7	100
Abbildung 63: Zahnärzte Frage 8	101
Abbildung 64: Zahnärzte Frage 9.1	102
Abbildung 65: Zahnärzte Frage 9.2	103
Abbildung 66: Zahnärzte Frage 9.3	104
Abbildung 67: Zahnärzte Frage 9.4	105
Abbildung 68: Zahnärzte Frage 9.5	106
Abbildung 69: Zahnärzte Frage 10	107
Abbildung 70: Zahnärzte Frage 11	108
Abbildung 71: Zahnärzte Frage 12	109
Abbildung 72: Zahnärzte Frage 12 Vereinfachung	109
Abbildung 73: Zahnärzte Frage 13.1	110
Abbildung 74: Zahnärzte Frage 16.2	111
Abbildung 75: Zahnärzte Frage 14	112
Abbildung 76: Zahnärzte Frage 15	113
Abbildung 77: Zahnärzte Frage 16a.....	114
Abbildung 78: Zahnärzte Frage 16b	115
Abbildung 79: Zahnärzte Frage 17	116

Abbildung 80: Zahnärzte Frage 18	117
Abbildung 81: Zahnärzte Frage 19	118
Abbildung 82: Zahnärzte Frage 20	119
Abbildung 83: Zahnärzte Frage 21.1	120
Abbildung 84: Zahnärzte Frage 21.2	121
Abbildung 85: Zahnärzte Frage 21.3	122
Abbildung 86: Zahnärzte Frage 21.4	123
Abbildung 87: Zahnärzte Frage 21.5	124
Abbildung 88: Vergleich Mundhygiene generell	126
Abbildung 89: Vergleich Mundhygiene eigenes Heim mit anderen	128
Abbildung 90: Vergleich Kenntnisse zur Mundhygiene	129
Abbildung 91: Vergleich Mund- und Allgemeingesundheit	130
Abbildung 92: Beurteilung der Zusammenarbeit.....	133
Abbildung 93: Besteht ein Kooperationsvertrag.....	134
Abbildung 94: Vorbereitung auf Behandlungen im Heim	135
Abbildung 95: Vergleich Betreuer.....	137
Abbildung 96: Vergleich Behandlungsmöglichkeiten im Heim	138
Abbildung 97: Vergleich Behandlungsmöglichkeiten in Praxis	139
Abbildung 98: Einschätzung der Pflegeheime	140
Abbildung 99: Einschätzung der Zahnärzte	140

Abbildung 100: Beurteilung der Honorierung	142
Abbildung 101: Wer soll untersuchen/behandeln	148
Abbildung 102: Wann soll untersucht/behandelt werden	149
Abbildung 103: Wo soll untersucht/behandelt werden	149
Abbildung 104: Wie oft soll Prophylaxe stattfinden.....	150
Abbildung 105: Wer soll Behandlungen organisieren	151

11. Literaturverzeichnis

- Bär C, Reiber T, Nitschke I: Status quo und Ziele der nahen und fernen Zukunft. Zahnärztliche Mitteilungen 2009, 99: 514-525
- Barkley H: Wenn Arbeit krank macht. PPH 2016, 22: 196-201
- Bayerisches Landesamt für Statistik: Statistik kommunal 2018: Regierungsbezirk Oberpfalz 093.
https://www.statistik.bayern.de/mam/produkte/statistik_kommunal/2018/093.pdf
(abgerufen am: 19.04.2020)
- Benz C: Wo bleibt im Studium die Pflegezahnmedizin? BZB 2018, 55: 9
- Benz C, Haffner C: Zahnerhaltung im Alter. Zahnmedizin up2date 2008, 2: 263-279
- Bizhang M, Zimmer S: Oralprophylaxe für ältere Menschen. Wissen Kompakt 2012, 6: 39-52
- Bürgerliches Gesetzbuch (BGB): Buch 4: Familienrecht, dtv 2020, 85. Auflage
- Bundesagentur für Arbeit Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung (Hrsg):
Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt - Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Nürnberg 2019
- Bundesministerium für Gesundheit: Glossar: Pflegeberufegesetz.
(a)
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeberufegesetz.html>
(abgerufen am: 05.04.2020)
- Bundesministerium für Gesundheit: Online Ratgeber Pflege: Pflege im Heim.
(b)
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeimheim.html>
(abgerufen am: 05.04.2020)
- Bundesministerium für Gesundheit: Online Ratgeber Pflege: Pflegegrade.
(c)
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegegrade.html>
(abgerufen am: 05.04.2020)
- Bundesministerium für Gesundheit: Pflegekräfte: Beschäftigte in der Pflege.
(d)
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaeftigte.html>
(abgerufen am: 20.01.2020)

- Bundesministerium für Gesundheit: Verordnung zur Neuregelung der zahnärztlichen Ausbildung.
(e)
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/Z/VO_Neuregelung_zahnaerztliche_Ausbildung.pdf
(abgerufen am: 12.04.2020)
- Dodel R: Multimorbidität: Konzept, Epidemiologie, Versorgung. Nervenarzt 2014, 85: 401-408
- Dörfer C, Benz C, Aida J, Campard G: The relationship of oral health with general health and NCDs: a brief review. International Dental Journal 2017, 67: 14-18
- Geiger S: Teamwerk – Zahnmedizin für Menschen mit Behinderungen: Die Mundgesundheit und deren Beeinflussung durch regelmäßige zahnmedizinische Betreuung institutionalisierter Senioren im Großraum München. Ludwig-Maximilians-Universität München 2011, 30-41
urn:nbn:de:bvb:19-129877
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Gemeinsam getragen von RKI und Destatis: Zahnärztinnen und Zahnärzte.
(a)
http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=19471539&nummer=99&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=30234513
(abgerufen am: 05.04.2020)
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Gemeinsam getragen von RKI und Destatis: Zahnärztinnen und Zahnärzte für Kieferorthopädie und Oralchirurgie.
(b)
http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=70172123&nummer=154&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=23275471
(abgerufen am:05.04.2020)
- Joost H-G, Gerlach S: Zuckerkonsum, Übergewicht, Typ-2-Diabetes: Die Beweise für eine kausale Beziehung sind erdrückend! In: Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe (Hrsg): Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2018. Kirchheim-Verlag, Mainz 2018, 64-70
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) Körperschaft des öffentlichen Rechts (Hrsg): Jahrbuch 2019: Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Köln 2019, 152

- Khmayyes A: Die Korrelation zwischen psychischen Störungen und Mundgesundheit und deren Einfluss auf den Ernährungsstatus bei geriatrischen Patienten in Pflegeheimen am Beispiel der Demenz. Ludwig-Maximilians-Universität München 2017, 10-11
[urn:nbn:de:bvb:19-206520](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bvb:19-206520)
- Kocher T, Hoffmann T: Krankheits- und Versorgungsprävalenz bei Älteren Senioren (75- bis 100-Jährige): Parodontalerkrankungen. In: Cholmakov-Bodechtel C, Füßl-Grünig E, Geyer S, Hertrampf K, Hoffmann T, Holtfreter B, Jordan AR, Kocher T, Micheelis W, Nitschke I, Noffz S, Scharf L, Schiffner U, Schützhold S, Stark H, Zimmer S: Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, Köln 2016, 35: 503-516
- Kocher T, Holtfreter B: Krankheits- und Versorgungsprävalenz bei Jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige): Parodontalerkrankungen. In: Cholmakov-Bodechtel C, Füßl-Grünig E, Geyer S, Hertrampf K, Hoffmann T, Holtfreter B, Jordan AR, Kocher T, Micheelis W, Nitschke I, Noffz S, Scharf L, Schiffner U, Schützhold S, Stark H, Zimmer S: Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, Köln 2016, 35: 396-415
- KZBV: Gebührenverzeichnisse: Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA). (Stand 01.07.2019)
<https://www.kzbv.de/gebuehrenverzeichnisse.334.de.html>
(abgerufen am: 12.04.2020)
- Middeke M: Epidemiologie und Behandlungsstatus der Hypertonie in Deutschland. In: Kirch W, Badura B, Pfaff H: Prävention und Versorgungsforschung. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg 2008, 869-881
- Müller F, Nitschke I: Mundgesundheit, Zahnstatus und Ernährung im Alter. Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie 2005, 38: 334-341
- Nilsson H, Berglund JS, Renvert S: Longitudinal evaluation of periodontitis and development of cognitive decline among older adults. Journal of Clinical Periodontology 2018, 45: 1142-1149
- Nitschke I, Kaschke I: Zahnmedizinische Betreuung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen. Bundesgesundheitsblatt 2011, 54: 1073-1082
- Nitschke I, Stark H: Krankheits- und Versorgungsprävalenz bei Älteren Senioren (75- bis 100-Jährige): Zahnverlust und prothetische Versorgung: In: Cholmakov-Bodechtel C, Füßl-Grünig E, Geyer S, Hertrampf K, Hoffmann T, Holtfreter B, Jordan AR, Kocher T, Micheelis W, Nitschke I, Noffz S, Scharf L, Schiffner U, Schützhold S, Stark H, Zimmer S: Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, Köln 2016a, 35: 517-548

- Nitschke I, Stark H: Krankheits- und Versorgungsprävalenz bei Jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige): Zahnverlust und prothetische Versorgung. In: Cholmakov-Bodechtel C, Füßl-Grünig E, Geyer S, Hertrampf K, Hoffmann T, Holtfreter B, Jordan AR, Kocher T, Micheelis W, Nitschke I, Noffz S, Scharf L, Schiffner U, Schützhold S, Stark H, Zimmer S: Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, Köln 2016b, 35: 416-451
- Nobel C: Veränderungen der Mundschleimhaut im Alter. Wissen Kompakt 2012, 6: 17-29
- Nowossadeck S: Demografischer Wandel, Pflegebedürftige und der künftige Bedarf an Pflegekräften. Bundesgesundheitsblatt 2013, 56: 1040-1047
- Oesterreich D: Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe in Deutschland. Bundeszahnärztekammer 2010
https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/za/100312_gp_dgk_drOe.pdf
(abgerufen am: 13.04.2020)
- Osterkamp R: Bevölkerungsentwicklung in Deutschland bis 2050. Der Chirurg 2005, 76: 10-18
- Rabbo M: Untersuchungen zur zahnärztlichen Versorgung der Alten- und Pflegeheimbewohner des Saarlandes. Universität des Saarlandes 2007, 4-6 doi:10.22028/D291-20937
- Reißmann DR, Heydecke G, Bussche H van den: Die zahnärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland – eine kritische Würdigung der vorliegenden Studien. Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 2010, 65: 647-653
- Saß AC, Wurm S, Scheidt-Nave C: Alter und Gesundheit. Bundesgesundheitsblatt 2010, 53: 404-416
- Schiffner U: Krankheits- und Versorgungsprävalenz bei Älteren Senioren (75- bis 100-Jährige): Karies und Erosionen. In: Cholmakov-Bodechtel C, Füßl-Grünig E, Geyer S, Hertrampf K, Hoffmann T, Holtfreter B, Jordan AR, Kocher T, Micheelis W, Nitschke I, Noffz S, Scharf L, Schiffner U, Schützhold S, Stark H, Zimmer S: Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, Köln 2016a, 35: 475-502
- Schiffner U: Krankheits- und Versorgungsprävalenz bei Jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige): Karies und Erosionen. In: Cholmakov-Bodechtel C, Füßl-Grünig E, Geyer S, Hertrampf K, Hoffmann T, Holtfreter B, Jordan AR, Kocher T, Micheelis W, Nitschke I, Noffz S, Scharf L, Schiffner U, Schützhold S, Stark H, Zimmer S: Fünfte

- Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, Köln 2016b, 35: 363-395
- Schwinger A, Tsiasioti C. Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A: Pflege-Report 2018: Qualität in der Pflege. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg 2018, 173-204
- Statistisches Bundesamt (Destatis) - GENESIS-Online 2020: Ergebnis 22400-0001: Pflegebedürftige: Deutschland, Stichtag, Art der Versorgung, Altersgruppen.
<https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectonname=22400-0001>
(abgerufen am: 10.02.2020)
- Statistisches Bundesamt (Destatis) 2019a: Altersstruktur Deutschlands von 1950-2060.
<https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/#!y=2020>
(abgerufen am: 09.12.2019)
- Statistisches Bundesamt (Destatis) 2019b: Demographischer Wandel.
https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/_inhalt.html
(abgerufen am: 09.12.2019)
- Statistisches Bundesamt (Destatis) 2019c: Pflegeheime und ambulante Pflegedienste.
<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegeeinrichtungen-deutschland.html>
(abgerufen am: 05.04.2020)
- Zenthöfer A, Hassel AJ, Rammelsberger P: Mundgesundheit und Lebensqualität beim alternden Patienten. Wissen Kompakt 2016, 10: 145-158
- Zeyfang A, Bahrmann A, Wernecke J: Diabetes mellitus im Alter. Diabetologie und Stoffwechsel 2012, 7(S02): 163-169
- zm-online (Hrsg) 2017: Wie werde ich Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie? (abgerufen am: 05.04.2020)
<https://www.zm-online.de/zm-starter/junge-zahnmedizin/wie-werde-ich-facharzt-fuer-mund-kiefer-gesichtschirurgie/>

12. Danksagung

Danken möchte ich zunächst Herrn Prof. Benz, für die freundliche Überlassung des Themas und die sehr geduldige Unterstützung in allen Bereichen sowie den sehr guten, konstruktiven Input zur gesamten Arbeit.

Darüber hinaus gebührt allen Zahnärzten und Pflegedienstleistern, die sich die Zeit genommen und an den Umfragen teilgenommen haben, größter Dank, da ohne ihr Feedback diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Auch danke ich meiner Frau Marina und meinem Bruder Thomas, die mir jederzeit mit Rat und Tat zur Seite standen.

Besonderer Dank gilt meinem Vater, der mir beruflich stets den Rücken freigehalten hat, mich angespornt und auch in schwierigen Phasen jederzeit unterstützt hat.

13. Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name: Michael Gräml
Geburtsdatum: 04.11.1986
Geburtsort: Regensburg
Familienstand: verheiratet
Staatsangehörigkeit: deutsch
Eltern: Christine Gräml (Bürokauffrau)
Dr. Herbert Gräml (Zahnarzt)
Geschwister: Thomas Gräml (Zahntechniker,
Zahnmedizinstudent)

Schulbildung:

1993 - 1997: Grundschule St. Josef Dingolfing
1997 - 2006: Gymnasium Dingolfing, Abitur (2,0)
Leistungskurse: Sport, Englisch

Wehrdienstzeit:

2006 - 2007: SanLehrRgt Kempten / SanLehrRgt Feldkirchen
Ausbildung zum Gebirgssanitäter / Feldkoch

Studium:

2007 - 2012: Studium der Zahnmedizin an der LMU München
02.10.2008: Vorphysikum (sehr gut)
13.10.2009: Physikum (sehr gut)
19.07.2012: Staatsexamen (sehr gut)

Arbeit:

Seit 2012: Zahnarzt bei Zahnarztpraxis Dr. Herbert Gräml
Rathausplatz 5, 93170 Bernhardswald

14. Eidesstattliche Versicherung

Gräml, Michael

Nachname, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt,

dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

„Evaluation der Zusammenarbeit zwischen Pflegeheimen und Zahnärzten bei der zahnmedizinischen Versorgung pflegebedürftiger Mitmenschen im Alter“

selbstständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Bernhardswald, 14.08.21

Ort, Datum

Michael Gräml

Unterschrift Doktorand