

Mundgesundheit und zahnärztliche Versorgung in Bremer Alten- und Pflegeheimen

Brigitta Klasen, Thomas Hilbert

Problembeschreibung

Immer mehr alte und hochbetagte Menschen leben in heimstationären Einrichtungen. Der Zuwachs an Einrichtungen und an Plätzen in Pflegeheimen ist beträchtlich. Zwischen 1992 und 2006 wuchs die Zahl der Heime in der Stadt Bremen von 56 auf 75; im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der Plätze in Einrichtungen von 4.834 auf 6.179. Den größten Anteil davon stellen Altenpflegeheime, deren Platzkapazität von 3.077 auf 5.105 stieg ¹⁾. Diese Entwicklung wird sich in den nächsten Jahren fortsetzen.

Vor diesem Hintergrund stellte sich neben vielen anderen medizinischen und pflegerischen Aspekten auch die Frage nach der Mundgesundheit von Bewohnern in Altenpflegeheimen. Das Gesundheitsamt ist sowohl in der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit von Einzelpersonen tätig, als auch in die Heimaufsicht eingebunden und an zahlreichen Begehungen der heimstationären Einrichtungen beteiligt. Im Zusammenhang mit der allgemeinen pflegerischen Versorgung und mit konkreten pflegerischen Problemen der Ernährung stellt sich auch die Frage der kontinuierlichen zahnärztlichen Versorgung von Heimbewohnern, die von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Heimen zwar meist unterschiedlich, aber sehr häufig als kritisch eingeschätzt wird.

Berichten zufolge tragen nur 30% der Heimbewohner funktionstüchtigen Zahnersatz ²⁾. Auch an eigenen Zähnen und altem festsitzenden Zahnersatz wie Kronen und Brücken besteht dringende Behandlungsnotwendigkeit konservierender, parodontaler und prothetischer Art.

Aufgrund der demographischen Entwicklung, die zu einer ständig steigenden Zahl von hochbetagten Heimbewohnern führt, erhält das Problem ein immer größeres Gewicht.

Für die Organisation der zahnärztlichen Versorgung dürfte der Behandlungsbedarf in Alten- und Pflegeheimen von wachsender Bedeutung sein.

Untersuchungen verschiedener Autoren ergaben Behandlungsbedarf zwischen 35 und 86%, konservierende Indikation zur Therapie von 30 bis 100% und Indikationen zur Parodontosebehandlung zwischen 80 und 90% ³⁾.

Folgende Ursachen werden für mangelhafte zahnärztliche Versorgung angeführt:

- nach dem Umzug ins Altenheim ist der eigene Zahnarzt meist nicht mehr erreichbar.
- Multimorbidität und altersbedingt reduzierter Allgemeinzustand lassen Probleme der Mundgesundheit in den Hintergrund treten.
- Pflegekräfte sind nicht ausreichend sensibilisiert für die Problematik. Kaufunktionsverluste werden durch ein den Defiziten angepasstes Nahrungsangebot kompensiert.

(1) Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Altenplan der Stadtgemeinde Bremen 2007, S. 212 f.

(2) Stark, 1990

(3) Stuck, 1989, Wefers 1989, Wirz 1989 Stark 1990

- Therapiemöglichkeiten sind im Heim erheblich erschwert und eingeschränkt.
- Subjektive Kosten-Nutzenabwägungen mit der Begründung hohen Alters führen zur Ablehnung von Behandlung

Da der Gesundheitszustand zu einem wesentlichen Teil von der Ernährung abhängig ist, führt eine mangelhafte Kaufunktion zu gestörter Nahrungsaufnahme, unzureichender Zerkleinerung und Verdauungsbeschwerden; beim Zerkochen der Nahrung gehen wichtige Vitamine und Mineralstoffe verloren.⁴⁾

Funktionstüchtiger Zahnersatz ist daher von grundlegender Bedeutung für die allgemeine Gesundheit und nicht nur ein Bestandteil von Lebensqualität.

Zielbeschreibung

Das Projekt sollte den bestehenden zahnärztlichen Behandlungsbedarf in den teilnehmenden Heimen ermitteln.

Heime und deren Mitarbeiter, aber auch die Heimbewohner selbst und deren Angehörige sollten sensibilisiert werden, aufmerksamer als bisher auf Mundgesundheit und zahnärztliche Versorgung zu achten.

Die notwendige zahnärztliche Behandlung sollte unter der Mitwirkung der Zahnärztekammer und behandelnder Zahnärzte initiiert und umgesetzt werden, nicht nur im Sinne akuter Intervention, sondern auch regelmäßiger Betreuung.

Zielgruppe

Zur Teilnahme am Projekt erklärten sich zwei Einrichtungen der Bremer Heimstiftung bereit, eine Einrichtung mit 80 Bewohnern (Haus A) und eine zweite mit 101 Bewohnern (Haus B). Neun Bewohner der letztgenannten Einrichtung, die nur in Kurzzeitpflege aufgenommen waren, wurden nicht berücksichtigt. Erwartungsgemäß überwog die Zahl der Bewohnerinnen deutlich (Tab. 1)

Tabelle 1	Zahl der Bewohner	weiblich	männlich
Haus A	80	66	14
Haus B	92	76	16
gesamt	172	142	30

Grund für die Heimunterbringung waren bei fast allen Teilnehmern Selbstversorgungsdefizite bei Ernährung, Körperpflege und Medikamenteneinnahme. An altersbedingten Erkrankungen waren Demenz, Morbus Parkinson, Morbus Alzheimer, Diabetes mellitus, Polyarthritiden und

(4) MDS Stellungnahme, 2003

Arthrosen, Inkontinenz, Seh- und Gehbehinderungen und Zustand nach Apoplex in den Patientenakten dokumentiert.

Das Altenpflegeheim Haus B führt als Besonderheit eine Station mit Patienten, die an Multipler Sklerose erkrankt sind. Diese Gruppe unterscheidet sich beim Alter – 40 – 65 Jahre – und auch beim zahnärztlichen Befund erheblich von den übrigen Bewohnern. Nur eine Bewohnerin besaß Oberkiefer und Unterkiefer-Totalprothesen und Implantatversorgung, eine weitere Bewohnerin trug eine Oberkiefer- Teilprothese. Alle anderen trugen festsitzenden Zahnersatz oder waren vollständig bezahnt.

Das Alter der anderen Teilnehmer erstreckte sich von 58 bis 102 Jahren, wobei die Mehrzahl zwischen 80 und 95 Jahre alt war. Daher erstaunt es nicht, dass zwei Drittel der Bewohner mit Totalprothesen versorgt waren (60 von 98 Untersuchten) und viele weitere vorwiegend im Oberkiefer Vollprothesen trugen. Bei den nicht ansprechbaren Patientinnen und Patienten fanden wir meistens unversorgte Zahnlosigkeit.

Durchführung der Untersuchung

Die Bewohner der Einrichtungen waren leider nicht vorab von den Pflegekräften über unser Projekt informiert worden, so dass wir unser Anliegen zunächst allen Bewohnern erklären mussten. 11 Bewohner haben wir nicht angetroffen. Ein Fünftel der aufgesuchten Bewohner wünschte keine zahnärztliche Untersuchung. Auch nicht ansprechbare Bewohner haben wir nicht untersucht. Drei Bewohner gaben an, sich derzeit in zahnärztlicher Behandlung zu befinden. Untersucht haben wir also insgesamt 98 Bewohnerinnen und Bewohner (Tab. 2).

Tabelle 2	Bewohner nicht angetroffen	Bewohner aufgesucht	Bewohner lehnt Untersuchung ab	Bewohner nicht ansprechbar	zur Zeit in zahnärztlicher Behandlung	Befund erhoben
Haus A	4	76	15	14	0	47
Haus B	7	85	20	11	3	51
gesamt	11	161	35	25	3	98
	6,4%	93,6%	21,7%	15,5%	1,9%	61,0%

Nach der Zustimmung zur Untersuchung fand die Befunderhebung überwiegend im Sessel oder Rollstuhl sitzend statt. Als zusätzliche Lichtquelle wurde eine Halogenlampe eingesetzt, die auch bei schulzahnärztlichen Untersuchungen Verwendung findet. Ein Nackenkissen diente der Fixierung und dem Halt des Kopfes.

Es stellte sich während der Untersuchung heraus, dass der entworfene Frage- und Befundbogen häufig nicht vollständig abzuarbeiten war. Zum einen reichte manchmal das Erinnerungsvermögen der Senioren nicht aus, zum anderen konnten die umfangreichen Beurteilungskriterien für den Zahnersatz nicht immer komplett überprüft werden, da die Teilnehmer nicht die erforderlichen Bewegungen ausführen konnten.

Projekt „Mundgesundheit / zahnärztliche Versorgung in Alten- und Pflegeheimen“ – Erhebungsbogen

Die Erhebung soll in 2 Gruppen nach **mobilen und immobilen** Heimbewohnern erfolgen. Als zusätzliche Information ist das allgemeine Krankheitsbild zu berücksichtigen.

Jeder Heimbewohner wird in einem kurzen persönlichem Gespräch über das Vorhaben informiert und kann danach entscheiden, ob er teilnehmen möchte.

1. Geschlecht
2. Alter
3. Befund
4. Art des vorhandenen Zahnersatzes
 - a) festsitzend
 - b) herausnehmbar
 - c) kombinierter ZE
 - d) Totalersatz
 - e) nicht vorhanden
 - f) nicht erforderlich
5. Alter des Zahnersatzes (Jahre)
6. Funktionstüchtigkeit
 - a) subjektiv
 - b) objektiv
7. Letzter Zahnarztbesuch
 - a) in der Praxis
 - b) im Heim
8. Nahrungsaufnahme
 - a) Normalkost
 - b) Breikost
9. Notwendige Therapiemaßnahmen
 - a) keine Therapiemaßnahmen
 - b) konservierende Zahnheilkunde
 - c) Parodontalbehandlungen
 - d) Neuanfertigung von Kronen und Brücken
 - e) Rep./Unterfütterungen von Prothesen
 - f) Neuanfertigung von Prothesen
10. Mund- und Prothesenpflege
 - a) selbstständig
 - b) mit Hilfe
 - c) ausschließlich durch Mitarbeiter/innen

Da viele Prothesen jedoch höckerlose Zähne aufwiesen, waren Rückschlüsse auf Artikulation und vorhandene Störungen möglich. Bei der Okklusion fanden wir nicht selten die Tendenz zur Vorschubbewegung mit einem Hineinrutschen in eine progene Verzahnung (sekundäre Progenie). Als Ursache kommen sowohl die Atrophie des Unterkiefers als auch die mangelnde Verzahnung bei höckerlosen Seitenzähnen in Betracht.

Schwierigkeiten beim Sprechen oder Kauen wurden nur von wenigen Teilnehmern angegeben. Das bedeutet, dass die Funktion des Zahnersatzes kaum bemängelt wurde oder sich die Erwartungen an den Ersatz bereits auf ein Minimum reduziert hatten.

Da die abnehmende Funktionstüchtigkeit ein schleichender Prozess ist, werden objektive Mängel subjektiv nur schwer oder überhaupt nicht mehr wahrgenommen.

Feststellung des Behandlungsbedarfs

Die Frage zahnärztlicher Behandlungsnotwendigkeit sollte nicht nur die zwingende Indikation berücksichtigen, sondern auch Durchführbarkeit der Behandlung und Bereitschaft zur Behandlung abklären. Die Durchführbarkeit hängt zum einen von der Kooperationsfähigkeit ab, zum anderen von der Mobilität der Heimbewohner und der Bereitschaft der Pflegekräfte, auch unter schwierigen Bedingungen die Behandlung zu organisieren.

Subjektive Zufriedenheit der Senioren mit ihrem Zahnersatz sollte ein wichtiges Entscheidungskriterium bei dem Vorschlag zur Therapie sein. Häufig sind erstaunliche Fähigkeiten im Umgang mit dem objektiv insuffizienten Zahnersatz vorhanden, da Zungen- und Wangenmuskulatur den Prothesenhalt unterstützen können.

Weiterhin ist zu bedenken, dass bei Altenheimbewohnern vielfältige Beeinträchtigungen den Mundgesundheitszustand und die Funktionstüchtigkeit der Prothesen in den Hintergrund treten lassen. Die Nahrungsaufnahme kann durch weiche oder leicht zu zerkleinernde Lebensmittel erleichtert werden.

Nicht selten kommt es aber auch ohne erkennbaren Grund zur Ablehnung der Nahrungsaufnahme, ein Problem, das in stationären Einrichtungen beobachtet wird. Als Ursachen kommen andere gesundheitliche Probleme, psychische Veränderungen oder soziale, kulturabhängige und religiöse Einstellungen in Frage. In diesen Fällen sollten zumindest aus zahnärztlicher Sicht keine Hindernisse vorliegen, die die Motivierungsbemühungen zur Teilnahme an gemeinsamen Mahlzeiten stören.⁴⁾

Eine dringende Behandlungsempfehlung sprachen wir nur für Heimbewohner aus, deren Kaufunktion erheblich eingeschränkt war oder die stark zerstörte Zähne oder Wurzelreste aufwiesen, vorausgesetzt, dass die nötige Kooperationsfähigkeit vorhanden zu sein schien (Tab. 3)

Tabelle 3	Behandlung zur Zeit nicht erforderlich	Behandlung indiziert	Behandlung nicht gewünscht	Behandlung nicht möglich	Dringende Behandlungsempfehlung
Haus A	11	37	10	12	15
Haus B	14	37	14	8	15
gesamt	25	74	24	20	30
	25,3%	74,7%	24,2%	20,2%	30,3%

Untersuchungsergebnisse

Zur Auswertung der Befunde haben wir die teilnehmenden Altenheimbewohner, die Behandlungsbedarf aufwiesen, und bei denen notwendige Maßnahmen auch durchführbar schienen, in 3 Gruppen eingeteilt.

1. Heimbewohner mit Totalprothesen, also zahnlosem Oberkiefer und Unterkiefer und daher mit Vollprothesen versorgt,
2. Heimbewohner mit einer Vollprothese des Ober- oder Unterkiefers und einem Restzahnbestand plus Teilprothese,
3. Heimbewohner mit eigenen Zähnen, die teilweise mit Kronen und Brücken versorgt waren

Gruppe 1 (11 Personen)

Bei den Vollprothesen wurde stets mangelnde Passgenauigkeit festgestellt, Prothesenbasis und Prothesenlager stimmten also nicht überein, die Funktionsränder waren zu kurz und die Ausdehnung insuffizient. Die Anfertigung dieses Zahnersatzes lag viele Jahre zurück und eine regelmäßige Anpassung an die atrophierten Kiefer in Form von Unterfütterungen hatte nicht stattgefunden. In einigen Fällen waren ehemalige Teilprothesen zum Totalersatz erweitert worden, was in der Regel nur als Übergangslösung anzusehen ist.

Die Behandlungsempfehlungen reichten vom Herstellen der Funktionstüchtigkeit durch Unterfütterung über Beseitigung eines Schlotterkammes, in vielen Fällen der Neuanfertigung des Ersatzes bis zur Notwendigkeit von Implantaten, weil im Unterkiefer kein Kieferkamm mehr vorhanden war.

Gruppe 2 (13 Personen)

In dieser Gruppe war Behandlung indiziert, weil Ankerzähne stark kariös oder nur als Wurzelreste vorhanden waren und sie nicht mehr als Halteelemente dienen konnten. Parodontale Schäden, die zu Zahnlockerungen geführt hatten und abgesunkene Teilprothesen aufgrund von Atrophie stellten weitere Indikationen dar.

Gruppe 3 (6 Personen)

In dieser Gruppe wiesen die Zähne behandlungsbedürftige, kariöse Läsionen oder frakturierte Füllungen auf; überkronte Zähne zeigten Randkaries und zu kurze Kronenränder mit entsprechender Temperaturempfindlichkeit. Massiver Zahnsteinansatz und parodontale Schäden bildeten einen weiteren Indikationsbereich.

Da in diesen 3 Gruppen alle Behandlungsindikationen erfasst sind, haben wir nicht weiter differenziert, zumal die Daten aus einer relativ geringen Teilnehmerzahl gewonnen wurden.

Die Ablehnung von Behandlungsmaßnahmen durch die Senioren wurde häufig mit dem hohen Alter begründet („Es lohnt nicht mehr“, „Ich bin zu alt“). Aber auch Angst vor den Kosten spielte eine nicht zu unterschätzende Rolle. Auch bei unserem Angebot, die Zähne und den Zahnersatz zu prüfen, fürchteten einige Bewohner, dass es mit Kosten verbunden sein könnte und wollten aus diesem Grund zunächst die Teilnahme ablehnen.

Die Rolle von Mund- und Prothesenhygiene

Bei unserer Untersuchung zeigte nicht nur der häufig zu beobachtende Zahnsteinansatz sondern auch der Reinigungszustand der Prothesen, dass Mund- und Prothesenhygiene zu wenig beachtet werden. Infektionsprophylaxe ist in der Pflege von hoher Bedeutung. Regelmäßige und gute Mundhygiene ist ein unverzichtbarer Bestandteil. Fieber und Pneumonien werden bei angemessener Oralhygiene seltener beobachtet und die Gefahr der Endokarditis sinkt^{5, 6)}

Gute Pflege fanden wir bei nur wenigen Heimbewohnern, die sich noch selbstständig darum kümmern konnten.

Die vorgefundenen Defizite bei der Mund- und Prothesenhygiene haben wir in späteren Informationsveranstaltungen für Pflegekräfte thematisiert. In wieweit unsere Anregungen im täglichen Pflegebetrieb umgesetzt werden können, ist schwer einzuschätzen.

Grundvoraussetzung für eine effektive Reinigung von Zähnen und Zahnersatz ist eine funktionstüchtige Ausstattung. Dafür müssen die Heimbewohner oder deren Angehörige in der Regel selbst sorgen. Daher verwundert es nicht, dass in vielen Fällen die Ausstattung mangelhaft war. Teure Reinigungstabs fanden wir bei nahezu allen Prothesenträgern. Wir mussten den Pflegekräften aber vermitteln, dass der mechanischen Reinigung die größere Bedeutung zukommt und die Tabs nur 1 –2mal pro Woche zur Reduzierung der Bakterien einzusetzen sind.

Information für Pflegekräfte

Kaufunktion und Mundhygiene scheinen für viele Altenheimbewohner nur noch von untergeordneter Bedeutung zu sein, da sie häufig durch wesentlich schwerwiegendere körperliche Störungen beeinträchtigt sind. Der Zusammenhang zwischen gesunder Mundhöhle und dem gesamten Organismus darf allerdings nicht übersehen werden. Entzündungsherde in der Mundhöhle können Auswirkungen auf andere Organe und Organsysteme haben (Pneumonien, Polyarthritiden, Endo-, Myo- und Perikarditis) und dürfen nicht ignoriert werden.

Der Ernährungszustand hängt ganz wesentlich von guter Kaufunktion und Mundpflege ab. Untersuchungen konnten belegen, dass z.B. mit verbesserter Zungenreinigung auch das Essverhalten positiv beeinflusst wurde. Mit dem gesteigerten Appetit verbessert sich auch der Ernährungszustand.

Auch andere altersbedingte Veränderungen in der Mundhöhle beeinträchtigen das Ernährungsverhalten.

- Die Geschmacksempfindungen verändern sich, da die Geschmacksknospen für süß und salzig reduziert sind; sauer und bitter bleiben dagegen erhalten.
- Mundschleimhaut und Zunge können brennen, ohne dass Veränderungen sichtbar sind. Grund dafür kann die Reduktion des Speichelflusses sein. Im Alter kommt es zur Rückbildung des Speicheldrüsengewebes und auch verschiedene Medikamente können zur Xerostomie (Mundtrockenheit) führen.
- Am Zahnhalteapparat gefährdet zunehmender Knochenschwund die verbliebenen Zähne besondere Risikofaktoren dafür sind Rauchen und Diabetes mellitus
- Zähne neigen zu Sprödigkeit und Verfärbungen. Erosionsschäden, Abrasion und Attrition sind für zunehmende Temperaturempfindlichkeit verantwortlich (Abrasion durch Knirschen, Attrition = physiologischer Abtrag von Substanz an Kauflächen).
- Mangelhafter Sitz von Prothesen begünstigt die Kieferkammrückbildung. Die Entstehung eines Schlotterkammes (Schleimhauthypertrophie) verhindert die optimale Auflage und damit den Halt der Prothesen.

Zur systematischen Verbesserung der Mundhygiene ist eine Einteilung der Senioren in 4 Gruppen sinnvoll:

1. Zur ersten Gruppe gehören Heimbewohner, die ohne jede fremde Hilfe in der Lage sind Mund – und Prothesenpflege zu betreiben. Sie sollten erinnert und motiviert werden. Das regelmäßige Auswechseln der Zahnbürsten ist anzuregen. Wünschenswert wäre zweimal pro Jahr eine professionelle Zahn- bzw. Prothesenreinigung.
2. Die 2. Gruppe weist eine leicht reduzierte Fähigkeit zur Mundhygiene auf. Motorische Einschränkungen, Sehbehinderungen oder nur Vergessen machen es erforderlich, Hilfe anzubieten und das Ergebnis zu prüfen.

Für besseres Greifen können ggf. Zahnbürstengriffe verstärkt werden (Tennisball, Moosgummischlauch, Schaumstoff oder Griffverstärkungen von „Tepe“, Dentalhandel)

Zur Reduzierung der Bruchgefahr von Prothesen sollte entweder ein Handtuch ins Waschbecken gelegt oder das Becken mit Wasser gefüllt werden. Mechanische Reinigung mit Bürste und Flüssigseife (Zahnpaste raut den Kunststoff auf) ist wirksamer als der Einsatz von Reinigungstabletten. Die Tabs sollten nur zweimal wöchentlich zusätzlich angewendet werden, um die Bakterienzahl zu reduzieren. Prothesenreinigung nach jeder Mahlzeit wäre wünschenswert, als Minimalforderung gilt: 2 x täglich, nach dem Frühstück und zur Nacht. Zusätzliche Mundspülungen dienen der Reduktion von Bakterien und können den Speichelfluss anregen.

3. Gruppe 3 weist eine stark reduzierte Fähigkeit zur Mundhygiene auf. Neben Motivationsversuchen muss auf jeden Fall kontrolliert und nachgereinigt werden. Sofern natürliche Zähne vorhanden sind, wird der Kopf des Patienten von hinten zwischen Arm und Körper

fixiert. Bettlägerige Heimbewohner sollten möglichst aufrecht sitzen, um das Ausspucken in die Nierenschale zu erleichtern.

4. Die letzte Gruppe ist vollständig auf Fremdhilfe angewiesen. Die Mundhygiene kann durch Spasmen zusätzlich erschwert sein. Es sollten Gazetupfer mit Mundspüllösungen eingesetzt werden. Das Entfernen borkiger Zungenbeläge mit Butter ist für Patienten recht unangenehm. Kamillelösung und Gazetupfer stellen eine Alternative dar. In den meisten Fällen ist Lippenpflege ebenfalls dringend erforderlich.

Bei Xerostomie kommen Speichelersatzstoffe zum Einsatz.

Patienten mit PEG-Sonden bedürfen ebenfalls sorgfältiger Mundhygienemaßnahmen, da auch bei ihnen reichlich bakterienhaltige Plaques zu finden ist, sofern sie über eigene, natürliche Zähne verfügen. Während der Untersuchungen wurde dies in zwei Fällen besonders deutlich, bei denen es aufgrund mangelnder Zahnpflege zu massivem Zahnsteinansatz gekommen war.

Da die Mundhöhle als sehr sensibler Bereich gilt, ist behutsames Vorgehen äußerst wichtig. Sowohl Pflegebedürftige als auch Pflegekräfte müssen die Abneigung gegen diesen Eingriff in einen doch sehr intimen Bereich überwinden.

Schlussfolgerungen

Der Besuch der beiden Altenheime hat bestätigt, dass bei vielen Bewohnern Behandlungsdefizite vorliegen. Da nur etwa die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner an der Untersuchung teilnahmen, ist zu vermuten, dass der tatsächliche Bedarf wesentlich größer ist.

Ein regelmäßiges Angebot zahnärztlicher Sprechstunden in den Einrichtungen wäre hilfreich. Eine Betreuung durch niedergelassene Zahnärzte, die als Patenzahnärzte zur Verfügung ständen, könnte die Versorgungslücke schließen. Die oft geringe Bereitschaft von Heimbewohnern zur Therapie ließe sich vermutlich verbessern, wenn über regelmäßigen Kontakt des Patenzahnarztes ein Vertrauensverhältnis entstehen könnte.

Die organisatorischen Probleme beim Transport in die Praxis erfordern von den Pflegekräften erhöhten Einsatz. Auch die Behandlung mittels einer mobilen Einheit vor Ort führt zu größerem Betreuungsaufwand. Diese Hürden zu überwinden, stellt für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Heimen eine Herausforderung dar, die aber im Sinne optimaler pflegerischer Versorgung angenommen werden muss.

Anschrift der Verfasser:

Dr. Brigitta Klasen
Leiterin des Zahnärztlichen Dienstes

Dr. Thomas Hilbert
Leiter des Sozialmedizinischen
Dienstes für Erwachsene

Gesundheitsamt Bremen
Horner Str. 60 – 70
28203 Bremen

Literatur

1. Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Altenplan der Stadtgemeinde Bremen 2007 (www.bremen.de/sozialsenator/altenplan)
2. Stark, H. , Holste, T., (1989) Untersuchungen über die zahnärztlich-prothetische Versorgung von Bewohnern Würzburger Altenheime
3. Stark, H. (1993), Die zahnärztliche Versorgung von Altenheimbewohnern, ZM Nr. 8: 44 – 48
4. Stuck et al, Untersuchungen zum Gebisszustand von Altenheimbewohnern, 1989
5. MDS Stellungnahme 2003, Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen, Kapitel „Prophylaxen“
6. BZÄK Leitfaden, Präventionsorientierte Zahnmedizin unter den besonderen Aspekten des Alterns, 11/2002
7. Gottschalck, Th.; Pflegeziel: Mundgesundheit, Die Schwester Der Pfleger 43. Jahrg. 5/2004, 344 f
8. Gottschalck, Th.; Empfehlungen für eine Evidenz-basierte Mundpflege bei Patienten in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, Pflege 17/2004, 78 ff
9. Neander, K.-D; Mundpflege mit sogenannten Zungenreinigern, Pflege 17/2004,92-94
10. Nguyen, Chi Thien; Auswirkungen der Qualität des Zahnersatzes und der Kaueffizienz auf den Ernährungszustand geriatrischer Patienten und die Entwicklung eines Kaufunktionstestes, Diss. Gießen 2001
11. Priehn- Küppers, S.; Alterszahnheilkunde- Wenn die Zähne in die Jahre kommen, ZM 16/2002, 28 ff
12. B Z B Ernährung und Kauvermögen im Alter, 3/2003,35-38
13. Weiß,L.-St.; Zur zahnmedizinischen Versorgung in Alten- und Altenpflegeheimen des hessischen Landkreises Waldeck, Falkenberg; Zahnmed. Diss. Gießen 1992
14. Wirtz, J., Tschäppat,P.; Mundhygiene, Zahngesundheit und prothetische Versorgung von Altersheim pensionären und Geriatriepatienten, Schweiz. Msch. Zahnmed. 99/1989, 1253-1260

15. Wefers, K.-P., Heimann, M., Klein, J., Wetzel, W.-E. (1989) Untersuchung zum Gesundheits- und Mundhygienebewusstsein bei Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen; Dtsch. Zahnärztl. Z.: 44 628
16. Reitemeier, B. u.a.; Verbesserung der Pflegequalität der Zahn- Mund- und Prothesenhygiene bei pflegebedürftigen Senioren, BbSch 55/2003/6 183-188
17. BZÄK Handbuch der Mundhygiene, Ratgeber für das Pflegepersonal, 2002