

Aus der Poliklinik für Präventive Zahnmedizin, Parodontologie und Kariologie
(Prof. Dr. A. Wiegand)
im Zentrum Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

**Ausbildungs- und Kenntnisstand sowie Maßnahmen oraler
Prävention in stationären und ambulanten
Pflegeeinrichtungen in der Region Göttingen**

-

**Eine Befragung von Pflegepersonal
und Pflegedienstleitung**

INAUGURAL – DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades
für Zahnheilkunde
der Medizinischen Fakultät der
Georg-August-Universität Göttingen
vorgelegt von

Franziska Dorothee Geiger, geb. Röder

aus
Kassel

Göttingen 2016

Dekan:	Prof. Dr. rer. nat. H.K. Kroemer
Referent/in	PD Dr. D. Ziebolz, M.Sc.
Ko-Referent/in:	Prof. Dr. Eva Hummers-Pradier
Drittreferent/in:	Prof. Dr. Rainer Mausberg

Datum der mündlichen Prüfung: 24.04.2017

Hiermit erkläre ich, die Dissertation mit dem Titel "Ausbildungs- und Kenntnisstand sowie Maßnahmen oraler Prävention in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen in der Region Göttingen-Eine Befragung von Pflegepersonal und Pflegedienstleitung" eigenständig angefertigt und keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet zu haben.

Hannover, den
(Unterschrift)

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VIII
1 Einleitung	1
2 Wissenschaftlicher Hintergrund.....	3
2.1 Der demographische Wandel in Deutschland, Niedersachsen und Göttingen.....	3
2.2 Die Pflegebedürftigkeit in Deutschland, Niedersachsen und Göttingen.....	4
2.3 Die Pflegestruktur in Deutschland	5
2.3.1 Die Pflegedienststruktur in Deutschland, Niedersachsen und Göttingen	6
2.4 Die Mundgesundheit der Senioren.....	8
2.4.1 Allgemeine Mundgesundheit der Senioren in Deutschland	8
2.4.2 Die Mundgesundheit zu pflegender Senioren in Pflegeheimen	10
2.4.3 Ursachen für mangelnde Mundgesundheit und daraus resultierende Forderungen.....	15
2.4.4 Folgen schlechter Mundgesundheit.....	18
2.4.5 Therapie- und Präventionsansätze im Allgemeinen und in der Pflege	18
2.5 Die Ausbildung des Pflegepersonals bezüglich Mundhygiene.....	19
2.6 Weiter- und Fortbildungen für das Pflegepersonal	21
2.6.1 Konzepte und Auswirkungen von Weiter- und Fortbildungen in Deutschland. 21	
2.6.2 Konzepte und Auswirkungen von Weiter- und Fortbildungen international.....	23
3 Material und Methode.....	26
3.1 Studiendesign	26
3.2 Befragung der Alten- und Krankenpflegeschulen	26
3.3 Befragung der Alten- und Pflegeheime und ambulanten Pflegedienste	27
3.4 Auswertung und Statistik	29

4	Ergebnisse	32
4.1	Ergebnisse der Befragung an Göttinger Pflegeschulen	32
4.2	Ergebnisse der Befragung in Göttinger Pflegeeinrichtungen	34
4.2.1	Allgemeine Ergebnisse	34
4.2.2	Ergebnisse der Pflegedienstleitungsfragebögen	35
4.2.3	Ergebnisse der Pflegepersonalfragebögen	45
4.2.4	Vergleich Pflegepersonal/Pflegedienstleitung	58
4.3	Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	61
4.3.1	Zusammenfassung der Ergebnisse der Befragung an Göttinger Pflegeschulen..	61
4.3.2	Zusammenfassung der Ergebnisse der Befragung der Pflegedienstleitung	61
4.3.3	Zusammenfassung der Ergebnisse der Befragung des Pflegepersonals.....	61
4.3.4	Zusammenfassung der Ergebnisse des Vergleichs Pflegepersonal/Pflegedienstleitung	62
5	Diskussion.....	63
5.1	Stärken und Schwächen der Studie.....	63
5.2	Interpretation der Daten.....	64
5.3	Vergleich der Ergebnisse mit der vorliegenden Literatur.....	67
5.4	Schlussfolgerung	70
5.5	Empfehlung aus den Daten und Ausblick	70
6	Zusammenfassung	73
7	Literaturverzeichnis	75
8	Anlagen.....	85
8.1	Fragebögen	85
8.1.1	Fragebogen an die Pflegedienstleitung	85
8.1.2	Fragebogen an das Pflegepersonal.....	99

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ambulante Pflegedienste in Deutschland 2009 Abb: eigen, Daten aus StBA 2011d	7
Abbildung 2: Stationäre Pflegeheime in Deutschland 2009 Abb: eigen, Daten aus StBA 2011e	7
Abbildung 3: Stationäre Pflegeheime in Niedersachsen 2009 Abb: eigen, Daten aus StBA 2011e	7
Abbildung 4: Ergebnisse hinsichtlich zahnärztlicher Kooperationspartner (Pflegedienstleitung) [Antwortmöglichkeiten: 1=Zahnärzte; 2=Patenzahnärzte; 3=Zahnkliniken; 4=Universität Göttingen; 5=Nein (nicht vorhanden)]	40
Abbildung 5: Ergebnisse zur Sicherstellung der zahnmedizinischen Versorgung (Pflegepersonal) [1=Jeder Bewohner/Pflegebedürftiger hat einen anderen Zahnarzt; 2=ein Zahnarzt für alle Bewohner/Pflegebedürftige; 3=teils teils]	49
Abbildung 6: Ergebnisse zur Entstehung der zahnärztlichen Kontakt auf Wunsch der Pflegebedürftigen (Pflegepersonal) [1=Ja; 2=Nein]	50
Abbildung 7: Ergebnisse zur Entstehung der zahnärztlichen Kontakt in regelmäßigem Intervall (Pflegepersonal) [1=Ja; 2=Nein]	50
Abbildung 8: Ergebnisse zur finanziellen Unterstützung von Weiterbildungen für das Pflegepersonal (Pflegepersonal) [1=Ja; 2=Nein]	54
Abbildung 9: Ergebnisse zum Unterstützungswunsch „mehr Geld“ [je mehr Punkte desto wichtiger, maximal 3 Punkte] (Pflegepersonal)	57
Abbildung 10: Ergebnisse zum Unterstützungswunsch „mehr Kontrolle“ (Pflegepersonal) [1=Ja; 2=Nein]	57
Abbildung 11: Vergleich der Ergebnisse Frage 21 (Pflegepersonal)/ Frage 35 (Pflegedienstleitung) zur Wichtigkeit von Mundhygiene [2=nicht so wichtig; 3=egal; 3,5=egal-wichtig; 4=wichtig; 4,5=wichtig-sehr wichtig; 5=sehr wichtig]	58
Abbildung 12: Vergleich der Ergebnisse Frage 28 (Pflegepersonal)/ Frage 39 (Pflegedienstleitung) zum Stattfinden allgemeine Fortbildungen [1=Ja, externe; 2=Ja, interne; 3=Nein; 4=Ja, externe und interne]	59

Abbildung 13: Vergleich der Ergebnisse Frage 36 (Pflegepersonal)/ Frage 47 (Pflegedienstleitung) zur Erweiterung des Fortbildungsprogrammes zum Thema „Mundhygiene“ [0=0 Punkte; 1=1 Punkt; 2=2 Punkte; 2,5=2,5 Punkte; 3=3 Punkte]..... 60

Abbildung 14: Vergleich der Ergebnisse Frage 38 (Pflegepersonal)/ Frage 49 (Pflegedienstleitung) zum Grund des Ausbildungsdefizits „Interessemangel“ [je mehr Punkte desto wichtiger, maximal 4 Punkte] 60

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vergleich zwischen 2007 und 2009 bezüglich der Anzahl der Pflegebedürftigen und der Betreuungssituation in Deutschland.....	4
Tabelle 2: Studienüberblick zu Untersuchungen zur Mundgesundheit bei pflegebedürftigen Senioren in Deutschland.....	10
Tabelle 3: Studienüberblick zu Untersuchungen zu DMFT-Index, Zahnlosigkeit und Restbeziehung	11
Tabelle 4: Studienüberblick zu Untersuchungen zur Mund- und Prothesenhygiene, Parodontalgesundheit, Zahnersatz und Behandlungsbedarf	12
Tabelle 5: Studienüberblick zu Befragungen der Senioren, Pflegekräfte und Heimleitungen	14
Tabelle 6: Studienüberblick zu Konzepten und Auswirkungen von Weiter- und Fortbildungen für das Pflegepersonal in Deutschland	22
Tabelle 7: Studienüberblick zu Konzepten und Auswirkungen von Weiter- und Fortbildungen für das Pflegepersonal international	24
Tabelle 8: Zuordnung von Zahlenwerten und Bedeutung	30
Tabelle 9: Ergebnisse der Befragung in den Pflegeschulen in Göttingen	32
Tabelle 10: Rücklaufquote - Interne Teilnahmebereitschaft (Pflegedienstleitung)	34
Tabelle 11: Rücklaufquote - Interne Teilnahmebereitschaft (Pflegepersonal).....	34
Tabelle 12: Rücklaufquote des Pflegepersonals in stationären Einrichtungen.....	35
Tabelle 13: Rücklaufquote des Pflegepersonals in ambulanten Einrichtungen.....	35
Tabelle 14: Beschreibung der Klientel bezüglich Geschlecht, Alter, Nationalität, Familienstand, Ausbildungsgrad, Zeitpunkt des Ausbildungsabschlusses, Berufsbezeichnung, Beschäftigungsart und Berufserfahrung (Pflegedienstleitung)	36
Tabelle 15: Beschreibung der Einrichtungen bezüglich der Trägerschaft (Pflegedienstleitung)	37
Tabelle 16: Beschreibung der Einrichtungen bezüglich der zu betreuenden Pflegebedürftigen (mittlere Anzahl der Betreuten, Art der Betreuung, Versicherungsart) (Pflegedienstleitung) .	38
Tabelle 17: Beschreibung der Einrichtungen bezüglich der Angestellten (mittlere Anzahl der Angestellten, Qualifikation) (Pflegedienstleitung)	39

Tabelle 18: Kontrollorientiertes oder symptombezogenes Visiting (Pflegedienstleitung).....	39
Tabelle 19: Art der Mundhygieneunterstützung (Pflegedienstleitung)	41
Tabelle 20: Hilfsmittel zur Mundhygiene (Pflegedienstleitung)	41
Tabelle 21: Art der Prothesenhygiene (Pflegedienstleitung).....	42
Tabelle 22: Zeit des Pflegepersonals für Mundhygiene pro Pflegebedürftigem (Pflegedienstleitung).....	42
Tabelle 23: Wichtigkeit der Fortbildungsthemen (Pflegedienstleitung) (je mehr Punkte desto wichtiger, maximal 3 Punkte)	44
Tabelle 24: Gründe für Ausbildungsdefizite (Pflegedienstleitung) (je mehr Punkte desto wichtiger, maximal 4 Punkte)	45
Tabelle 25: Beschreibung der Klientel bezüglich Geschlecht, Alter, Nationalität und Familienstand (Pflegepersonal)	46
Tabelle 26: Beschreibung der Klientel bezüglich Ausbildungsgrad, Zeitpunkt des Ausbildungsabschlusses, Berufsbezeichnung, Beschäftigungsart und Berufserfahrung (Pflegepersonal)	47
Tabelle 27: Art der Mundhygiene (Pflegepersonal).....	48
Tabelle 28: Art und Hilfsmittel zur Mundhygiene (Pflegepersonal).....	48
Tabelle 29: Art und Hilfsmittel zur Prothesenhygiene (Pflegepersonal)	48
Tabelle 30: Zeit des Pflegepersonals für Mundhygiene (Pflegepersonal)	51
Tabelle 31: Bewertung des eigenen allgemeinen Ausbildungsstandes (Pflegepersonal).....	52
Tabelle 32: Bewertung des allgemeinen Ausbildungsstandes der Kollegen (Pflegepersonal)	52
Tabelle 33: Wichtigkeit der Fortbildungen zum Thema orale Präventionsmaßnahmen (Pflegepersonal).....	52
Tabelle 34: Gründe für die Nichtteilnahme an Fortbildungen (Pflegepersonal).....	54
Tabelle 35: Wichtigkeit der Fortbildungsthemen (je mehr Punkte desto wichtiger, maximal 3 Punkte) (Pflegepersonal)	55
Tabelle 36: Gründe für Ausbildungsdefizite (je mehr Punkte desto wichtiger, maximal 4 Punkte) (Pflegepersonal)	56

Tabelle 37: Gewünschte Unterstützung (je mehr Punkte desto wichtiger, maximal 3 Punkte) (Pflegepersonal)	56
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Abkürzungsverzeichnis

BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMJ	Bundesministeriums der Justiz
BOP	<i>Bleeding on probing</i> zur Beurteilung der Blutungsneigung auf Sondierung
BZÄK	Bundeszahnärztekammer
CPITN	<i>Community Periodontal Index of Treatment Needs</i> zur Beurteilung des parodontalen Zustandes und daraus resultierende Behandlungsbedürftigkeit
DHI	<i>Denture-Hygiene-Index</i> zur Befunddokumentation der Prothesenpflege
DMF-T-Index	Zahnbezogener Index zur Anzahl der kariösen (<i>decayed</i>), fehlenden (<i>missed</i>) und gefüllten (<i>filled</i>) Zähne nach Klein/Baume
DMS	Deutsche Mundgesundheitsstudie
HbA(1c)	Glykohämoglobin zur Beurteilung der Blutzuckerwerte der letzten Wochen
KzäBv	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
LSKN	Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen
LZKBW	Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg
Nds MK	Niedersächsisches Kultusministerium
OHI	Oraler Hygiene-Index zur Beurteilung der Mundhygiene
ÖDG	Öffentlicher Dienst für Gesundheit
PBI	Papillen-Blutungs-Index
PDI	<i>Periodontal-Disease-Index</i> zur Bestimmung des Schweregrades der Parodontalerkrankung
PI	<i>Periodontal-Index</i>
RCI	<i>Root-Caries-Index</i>
SÄBL	Statistische Ämter des Bundes und der Länder
SBI	Sulkus-Blutungs-Index
SGB	Sozialgesetzbuch
StBA	Statistisches Bundesamt
TST	Taschensondierungstiefe zur Bestimmung der Zahnfleischtaschentiefe
WHO	<i>World Health Organization</i>

1 Einleitung

Der Anteil der Senioren an der Gesamtbevölkerung steigt in Deutschland stetig an (SÄBL 2011). Dies liegt zum einen an einer immer besser werdenden medizinischen Versorgung und der damit einhergehenden höheren Lebenserwartung, zum anderen an der sinkenden Geburtenrate (SÄBL 2011; StBA 2011a). Mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung steigt die Anzahl der Pflegebedürftigen (SÄBL 2010). Diese nimmt zunehmend professionelle Pflege in Anspruch (StBA 2011b). Mit Eintritt in die Pflegebedürftigkeit steigt das Risiko für orale Erkrankungen, insbesondere für Karies und Parodontalerkrankungen (Haffner 2012).

Obwohl sich laut der vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV) (Micheelis und Schiffner 2006) und der fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V) die Mundgesundheit der Senioren allgemein verbessert hat (Jordan und Micheelis 2016), wird die Mundgesundheitsituation der pflegebedürftigen Senioren zum größten Teil als schlecht und unzureichend bewertet (Amberg 2009; Geiger 2011; Hassel et al. 2006; Heif 2008; Jäger 2009; Manojlovic 2010; Meissner 2002; Nika 2011; Sharaf 2010; Töpfer 1999). Pflegebedürftige Senioren bedürfen somit einer noch intensiveren zahnmedizinischen Betreuung seitens der Zahnärzte, Pflegekräfte und Angehörigen (Nitschke 2006). Unter diesem Gesichtspunkt scheinen sowohl Primärprävention, als auch besonders die Sekundär- und Tertiärprävention von großer Bedeutung.

Der Großteil der Autoren vermutet den Grund der schlechten Mundgesundheitsituation darin, dass der Ausbildungsstand des Pflegepersonals bezüglich dieses Themas mangelhaft ist (Benz und Haffner 2009; Geiger 2011; Heif 2008; Jäger 2009; Jordan et al. 2012; Lehmann et al. 2003; Wefers 1995) und die Mundhygiene schon in der Pflegeausbildung einen zu geringen Stellenwert hat (Benz und Haffner 2009; Gottschalck 2003).

Durch eine schlechte Mundgesundheit können allgemeine Erkrankungen wie unter anderem Diabetes (Darré et al. 2008; Deschner und Jepsen 2011) oder kardiovaskuläre Erkrankungen (Blaizot et al. 2009; Deschner und Jepsen 2011; Janket et al. 2003; Khader et al 2004) negativ beeinflusst werden. Der Mundgesundheitszustand kann zur Nahrungsverweigerung und somit zur Mangelernährung führen (Sullivan et al 1993). Schlecht sitzender Zahnersatz oder Schmerzen im Mundbereich können zudem zur Verschlechterung der Lebensqualität beitragen (Hassel et al. 2006; Nika 2011; Sharaf 2010). Um den Ansprüchen der alternden Bevölkerung nach möglichst hoher Lebensqualität gerecht zu werden, müssen neue Konzepte entwickelt und vorangetrieben werden, um ein würdiges Altern zu ermöglichen.

Aus diesem Grund war es Ziel der vorliegenden Arbeit, anhand einer Umfrage die Situation in der ambulanten und stationären Pflege hinsichtlich des aktuellen Ausbildungsstands bzw.

des Ausbildungsbedarfs des Pflegepersonals bezüglich oraler Präventionsmaßnahmen in Göttinger Einrichtungen zu ermitteln.

Dabei wurden folgende Arbeitshypothesen gestellt: Es ist anzunehmen, dass die Thematik in den Pflegeschulen nur wenig Beachtung findet und daher ein signifikantes Ausbildungsdefizit bezüglich oraler Präventionsmaßnahmen beim Pflegepersonal besteht. Eine geringe Kenntnis sowohl der Pflegedienstleitung als auch des Pflegepersonals über Trainingsangebote und Materialien für die Wissenserweiterung bezüglich oraler Präventionsmaßnahmen ist zu erwarten. Ein deutlicher Bedarf an entsprechender Weiterbildung und Training des Personals ist anzunehmen.

2 Wissenschaftlicher Hintergrund

2.1 Der demographische Wandel in Deutschland, Niedersachsen und Göttingen

Die Demographie unterliegt einem stetigen Wandel. Die Zahl der Bevölkerung in Deutschland verringert sich seit 2003 kontinuierlich (SÄBL 2011). Lebten 2008 noch ca. 82 Mio. Menschen in Deutschland, so verringert sich die Zahl bis 2030 voraussichtlich auf 77,4 Mio. Einwohner, was einem Rückgang von 5,7% entspricht. Dies liegt unter anderem in den rückläufigen Zahlen der Geburten begründet (SÄBL 2011). Auch der Anstieg der Sterblichkeitsrate von 820.000 (2008) auf 1 Mio. (2030), der trotz der höheren Lebenserwartung und den immer besser werdenden medizinischen Versorgungsmöglichkeiten erwartet wird, trägt hierzu bei. Die Struktur der Bevölkerung verändert sich erheblich hinsichtlich des Alters (SÄBL 2011). Auf die geburtenstarken 50er und 60er Jahrgänge folgten weniger stark besetzte Jahrgänge, was deutlich macht, dass die Bevölkerung dem Problem „Umkehr der Alterspyramide“ entgegenseht. Dies wird vor allem durch den Altenquotienten (Verhältnis der Bevölkerung zwischen 20 und 65 zu der Anzahl der über 65-Jährigen) deutlich. Kamen 2008 noch fast 34 Personen der älteren Gruppe auf 100 der Jüngeren (Verhältnis 3:1), so wird 2030 mit 53 auf 100 gerechnet (Verhältnis 2:1) (SÄBL 2011). 2030 werden - laut statistischem Bundesamt - 37% der Einwohner in Deutschland über 60 sein. Im Vergleich dazu waren es 2009 nur 25% (SÄBL 2010). Dieser Umstand liegt jedoch nicht nur an den geburtenstarken Jahrgängen, die dann zur älteren Bevölkerungsgruppe über 65 zählen werden, sondern auch an der immer höher werdenden Lebenserwartung (SÄBL 2011). Seit Ende des 19. Jh. hat sich die Lebenserwartung der Neugeborenen mehr als verdoppelt, was sowohl auf die bessere Wohn-, Arbeits-, Hygiene- und Wohlstandssituation als auch nicht zuletzt auf die bessere Gesundheit, Ernährung und medizinische Versorgung zurückzuführen ist (StBA 2011a). Die natürliche Bevölkerungsbilanz (Differenz zwischen Geburten und Sterbefällen) ist seit 1991 negativ (es sterben mehr Menschen als geboren werden). Schwankte das Geburtendefizit 1997 noch um die 50.000, so bewegte es sich 2008 bereits um die 160.000. Bis 2030 ist ein weiterer Anstieg des Defizits auf 410.000 (um 150%) zu befürchten (SÄBL 2011).

Auch in Niedersachsen lässt sich der Trend zur sinkenden Bevölkerung anhand der Geburten- und Sterbezahlen feststellen. Die Bevölkerungsgröße in Niedersachsen wird demnach von 7,9 Mio. 2008 auf 7,4 Mio. 2030 um 551.000 (6,9%) sinken (SÄBL 2011; Thomsen 2012). Der Geburtenrückgang in Niedersachsen zwischen 2008 (65.000 Geburten) und 2030 (56.000 geschätzte Geburten) liegt mit 13% sehr hoch. Einen ähnlich starken Rückgang ha-

ben nur das Saarland (16%) und Hessen (13%) zu erwarten. Hinzu kommt auch hier eine Veränderung der Zahl der Gestorbenen, die von 85.000 in 2008 auf voraussichtlich 98.000 Menschen in 2030 ansteigen wird. Die Geburtdifferenz lag 2008 noch bei 20.000, während sie 2030 schon auf 41.000 geschätzt wird. Die Bevölkerungsabnahme wird voraussichtlich 19.822 Menschen pro Jahr betragen (-7,7% Abnahme) (Thomsen 2012).

Bei der demographischen Entwicklung zeigt Göttingen keine Ausnahme. 2011 lebten im Landkreis Göttingen 258.166 Menschen, 121.364 davon allein in der Stadt Göttingen. Auf 2.556 Gestorbene kamen nur 1.956 Geburten, was eine Negativbilanz von -600 Menschen zur Folge hat (LSKN 2012). Auch hier zeigt sich also ein deutlicher Rückgang der Bevölkerung, der sich in den kommenden Jahren verstärken wird.

2.2 Die Pflegebedürftigkeit in Deutschland, Niedersachsen und Göttingen

Die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland unterliegt einem generellen Wachstum. Gegenüber 2007 zeigt sich 2009 ein Wachstum um insgesamt 4,1% (StBA 2011c) (Tabelle 1).

Tabelle 1: Vergleich zwischen 2007 und 2009 bezüglich der Anzahl der Pflegebedürftigen und der Betreuungssituation in Deutschland

	2007 (SÄBL 2010)	2009 (StBA 2011c)	Veränderung
Pflegebedürftige in Deutschland	2,3 Mio. (100%)	2,3 Mio. (100%)	+ 4,1%.
Betreuung zu Hause insgesamt	1,5 Mio. (68%)	1,6 Mio. (69%)	+ 5,2%
durch Angehörigen betreut	1 Mio.	1,1 Mio.	+ 3,6%
durch ambulante Pflegedienste betreut	0,5 Mio.	0,6 Mio.	+ 10,1%
Betreuung stationär in Pflegeheimen	0,7 Mio. (32%)	0,7 Mio. (31%)	+ 1,1%

Im Vergleich von 2007 zu 2009 zeichnet sich insgesamt der Trend zur Pflege durch ambulantes Pflegepersonal ab (StBA 2011b). Zu erwarten ist, dass die häusliche Pflege durch Angehörige sich immer schwieriger gestalten wird (Thomsen 2012). Der Anstieg der Pflegebedürftigkeit korreliert mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung. Dies gibt Anlass zur Vermutung, dass der Bedarf weiter steigen wird (SÄBL 2010). 2009 waren nur 0,5% der 15- bis 59-Jährigen pflegebedürftig, während im Alter zwischen 70- und 74-Jährigen es bereits 5% und in der Gruppe der über 90-Jährigen 59% waren (StBA 2011a). Sowohl 2007 als auch 2009 waren 83% von allen Pflegebedürftigen über 65-jährig, 35% sogar über 85-jährig (SÄBL 2010; StBA 2011a; StBA 2011c).

War 1999 der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung noch 2,5% (ca. 2 Mio.), so stieg er 2009 auf 2,9% (ungefähr 2,3 Mio.). Bis 2030 wird ein Anstieg auf etwa 3,4 Mio. Pflegebedürftige erwartet (StBA 2011a).

Niedersachsen bildet hierbei keine Ausnahme. 2009 gab es in Niedersachsen ca. 256.000 Pflegebedürftige, wovon 32,5% (ungefähr 83.000 Personen) zwischen 75 und 85 Jahren, 22% (etwa 56.000 Personen) zwischen 85 und 90 Jahren und 13,9% (ca. 35.000) über 90 Jahre alt waren (StBA 2011b). Der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerungsgruppe (Pflegequote) lag sogar bei 3,23% (SÄBL 2012; StBA 2011b). Die Anzahl der Pflegebedürftigen in Niedersachsen stieg zwischen 1999 und 2007 um 15,7%. Für 2030 wird ein Anstieg um 45,7% auf ungefähr 353.000 erwartet (SÄBL 2010). In anderen Statistiken wird sogar ein Anstieg um 60% errechnet (Thomsen 2012). 31,9% (ca. 81.700 Pflegebedürftige) waren 2009 in vollstationären Heimen untergebracht, 68,1% (etwa 174.400 Pflegebedürftige) wurden zu Hause versorgt. Davon wurden 24,6% (ungefähr 62.900 Pflegebedürftige) von ambulanten Pflegediensten betreut, die restlichen 43,5% (ca. 111.400 Pflegebedürftige) durch Angehörige gepflegt (SÄBL 2012; StBA 2011b).

Im Landkreis Göttingen waren 2009 ca. 8.100 Menschen pflegebedürftig. Dies entspricht 3,1% der Bevölkerung. Etwa 2.000 wurden ambulant gepflegt, 33,6% (ungefähr 2.800 Personen) stationär betreut. 3.300 Pflegebedürftige bekamen ausschließlich Pflegegeld (SÄBL 2012).

2.3 Die Pflegestruktur in Deutschland

Nach § 14 Sozialgesetzbuch XI sind Personen pflegebedürftig, die „wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§15) der Hilfe bedürfen“ (SGB XI § 14). Um das Maß der Pflegebedürftigkeit festzustellen, werden die Pflegebedürftigen in 3 Pflegestufen eingeteilt (SGB XI § 15):

- Pflegestufe I (erheblich pflegebedürftig): Hilfestellung täglich für mindestens zwei Verrichtungen zur Körperpflege, Ernährung oder Mobilität + mehrfach wöchentlich Haushaltshilfe; zeitlicher Aufwand mindestens 90 Min. (über 45 Min. für die Grundpflege)
- Pflegestufe II (schwerpflegebedürftig): Hilfestellung mindestens dreimal täglich in der Grundversorgung + mehrfach wöchentlich Haushaltshilfe; zeitlicher Aufwand mindestens drei Stunden (mindestens zwei für die Grundpflege)
- Pflegestufe III (schwerstpflegebedürftig): Tag- und Nacht-Pflege zur Verrichtung der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität + mehrfach wöchentlich Haushaltshilfe; zeitlicher Aufwand mindestens fünf Stunden (mindestens vier Stunden für die Grundpflege)

Zusätzlich kann eine Betreuungsleistung, umgangssprachlich Pflegestufe 0 genannt, erhoben werden. Dies betrifft Personen, die eine eingeschränkte Alltagskompetenz haben, deren Pflegebedarf jedoch geringer als bei Pflegestufe 1 ist (SGB XI § 45).

Weder die Pflegebedürftigkeit an sich, noch die Pflegestufe ist ein fester Zustand; dieser muss bei jeder Veränderung an die jeweiligen Umstände individuell angepasst werden (Rothgang et al. 2014).

2.3.1 Die Pflegedienststruktur in Deutschland, Niedersachsen und Göttingen

2009 gab es in Deutschland ca. 12.000 zugelassene ambulante Pflegedienste mit insgesamt etwa 269.000 Beschäftigten (SÄBL 2012; StBA 2011c). Im Vergleich zu 2007 ist die Zahl der Einrichtungen um 4,3% (500 Einrichtungen) gestiegen, das Personal wurde um 13,9% (etwa 33.000 Personen) erhöht (StBA 2011c). Abbildung 1 zeigt die Verteilung der Art der Trägerschaft ambulanter Pflegedienste (Stand 2009), die privat, öffentlich oder freigemeinnützig sein kann. Ein hoher Anteil an privaten Trägerschaften wird deutlich.

Jeder ambulante Pflegedienst betreute 2009 durchschnittlich 46 Personen. Auffällig war, dass die privaten Pflegedienste eher weniger Personen (35 Personen im Durchschnitt), die freigemeinnützigen eher mehr Pflegebedürftige (durchschnittlich 64 Personen pro Dienst) betreuten (StBA 2011c).

2009 gab es 11.600 zugelassene Voll- und Teilzeitpflegeheime mit insgesamt ca. 621.000 Beschäftigten (SÄBL 2012; StBA 2011c). Gegenüber 2007 zeigt sich ein Anstieg der Einrichtungsanzahl um 5,5% (ca. 600 Einrichtungen) und der Personalzahlen um 8,3% (ungefähr 48.000) (StBA 2011c). Abbildung 2 zeigt die Verteilung der Art der Trägerschaft stationärer Pflegeheime (Stand 2009). Hier überwiegt der Anteil der freigemeinnützigen Trägerschaften. In den stationären Pflegedienstleistungen wurden im Durchschnitt 64 Personen betreut, davon in privat getragenen Diensten 55, in freigemeinnützig getragenen 70 und in den öffentlichen 79 Pflegebedürftige (StBA 2011c). Die vollstationäre Dauerpflege, die in Deutschland etwa 845.000 Plätze umfasst, war 2009 zu 86,6% ausgelastet (SÄBL 2012).

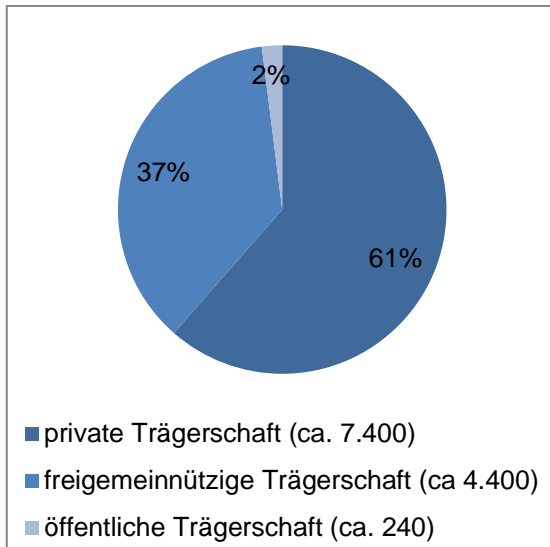


Abbildung 1: Ambulante Pflegedienste in Deutschland 2009 Abb: eigen, Daten aus StBA 2011d

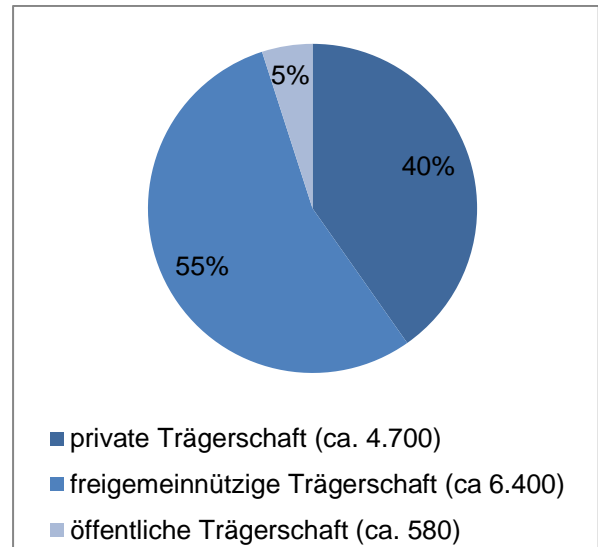


Abbildung 2: Stationäre Pflegeheime in Deutschland 2009 Abb: eigen, Daten aus StBA 2011e

In Niedersachsen gab es 2009 insgesamt 1.164 ambulante Pflegedienste mit etwa 27.500 Beschäftigten (SÄBL 2012; StBA 2011d). Es gab 756 (64,9%) privat getragene, 384 (33%) freigemeinnützige und 24 (2,1%) öffentliche Trägerschaften (StBA 2011d). Dies spiegelt annähernd die in Deutschland vorherrschende Versorgungsstruktur wider. Durchschnittlich betreute jeder Dienst 54 Personen. Dies liegt um 8 Personen über dem für Deutschland ermittelten Durchschnitt (StBA 2011d).

2009 gab es in Niedersachsen 1.477 Pflegeheime mit ca. 70.200 Beschäftigten. Abbildung 3 zeigt die Verteilung der Art der Trägerschaften in niedersächsischen Pflegeheimen (Stand 2009).

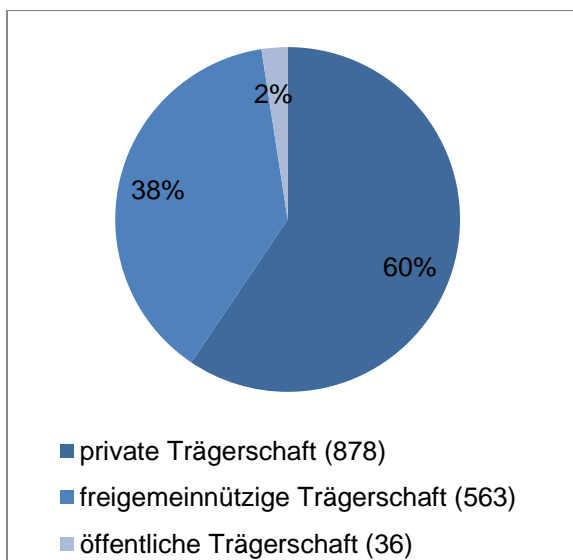


Abbildung 3: Stationäre Pflegeheime in Niedersachsen 2009 Abb: eigen, Daten aus StBA 2011e

Auffällig ist hier im Vergleich zu den anderen Bundesländern der hohe Anteil an privaten und der geringe Anteil an freigemeinnützigen Trägerschaften (StBA 2011e). Jedes niedersächsische Pflegeheim betreute durchschnittlich 58 Personen, was 6 Personen weniger sind als es in ganz Deutschland der Fall war (StBA 2011e). 30,9% der Pflegebedürftigen waren 2009 in vollstationärer Dauerpflege (SÄBL 2012). Von den ca. 96.100 Plätzen in niedersächsischen Pflegeheimen, waren 2009 85,1% ausgelastet (SÄBL 2012).

2009 gab es im Landkreis Göttingen 37 ambulante Pflegedienste mit insgesamt 1.035 Beschäftigten und 44 Pflegeheime mit 2.431 Beschäftigten. In den Pflegeheimen gab es 3.342 Plätze, die zu 84,1% ausgelastet waren (SÄBL 2012). So lässt sich errechnen, dass im Durchschnitt 64 Pflegebedürftige pro Heim betreut wurden, was dem Durchschnittswert in Deutschland entspricht, der allerdings um 6 Personen über dem Durchschnitt in Niedersachsen liegt.

2.4 Die Mundgesundheit der Senioren

2.4.1 Allgemeine Mundgesundheit der Senioren in Deutschland

Die DMS IV (Micheelis und Schiffner 2006) und die DMS V (Jordan und Micheelis 2016) zeigten über die letzten Jahre insgesamt eine Verbesserung der Zahngesundheit in Deutschland. Dies ist zum einen auf die gute Prävention, zum anderen auf eine bessere zahnärztliche Versorgung zurückzuführen (Micheelis und Schiffner 2006). Trotzdem wurde bei der Gruppe der jüngeren Senioren zwischen 65 und 74 Jahren und der Gruppe der älteren Senioren zwischen 75 und 100 Jahren noch immer kein ausreichend guter Mundgesundheitszustand festgestellt. Mundschleimhauterkrankungen fanden sich bei 11,7% (jüngere Senioren) bzw. 15% (ältere Senioren) (Hertrampf 2016a, Hertrampf 2016b). Die Teilnehmer hatten im Durchschnitt einen DMF-T (Decayed Missing Filled Teeth-Index) von 17,7 (jüngere Senioren) bzw. 21,6 (ältere Senioren) (Schiffner 2016a, Schiffner 2016b). Es zeigte sich eine stetige Verbesserung in der Gruppe der jüngeren Senioren zu den vorangegangenen DMS Studien III und IV in denen der DMF-T durchschnittlich bei 23,6 (DMS III) bzw. 22,1 (DMS IV) lag (Micheelis und Schiffner 2006).

Auch in einer anderen Studie wurde Senioren eine schlechte Mundgesundheit und Kaufähigkeit bestätigt (Untersuchungszeitraum 1990-2000). Hier verschlechterte sich der DMF-T-Index bei 39,3% der Teilnehmer innerhalb des mittleren 8-jährigen Beobachtungszeitraumes (Nitschke 2006). In der DMS V war einen Rückgang der Karieserfahrung in den beiden Seniorengruppen festzustellen: Die Anzahl der extrahierten Zähne lag bei 11,1 bei den jüngeren Senioren bzw. 17,8 bei den älteren Senioren (Schiffner 2016a, Schiffner 2016b). Der Kariessanierungsgrad von 90,6% (jüngere Senioren) bzw. 83% (ältere Senioren) verdeutlicht, dass die Senioren zwar größtenteils, aber nicht vollständig zahnärztlich versorgt sind (Schiff-

ner 2016a, Schiffner 2016b). Die längere Gesunderhaltung der Zähne hat auf der einen Seite zwar eine verbesserte Lebensqualität, auf der anderen Seite aber auch eine erhöhte Gefahr der Wurzelkaries (13,6% RCI jüngere Senioren bzw. 16,4% RCI ältere Senioren) und vermehrte Parodontalerkrankungen zur Folge (Kocher und Hoffmann 2016; Kocher und Holtfreter 2016, Schiffner 2016a, Schiffner 2016b). In der DMS IV wurde bei 48% der Senioren eine mittelschwere (Taschentiefe von 4-5mm) und bei 39,8% eine schwere Parodontalerkrankung (Taschentiefe über 6mm) festgestellt (Hoffmann 2006). Die DMS V zeigte auf, dass nur 19,8% der jüngeren Senioren bzw. 44,3% der älteren Senioren unter einer schweren Parodontitis litten (Kocher und Hoffmann 2016, Kocher und Holtfreter 2016). In einer anderen Studie wurde bei allen Studienteilnehmern eine Parodontalerkrankung festgestellt. Bei über der Hälfte der Patienten fanden sich Sondierungstiefen von über 4 mm. Es zeigte sich ein hoher parodontaler Behandlungsbedarf (Nitschke 2006). In der DMS V hatten die jüngeren Senioren durchschnittlich 16,9 Zähne (ohne Weisheitszähne). Die totale Zahnlosigkeit lag bei 12,4% (Nitschke und Stark 2016a). Bei den älteren Senioren waren durchschnittlich 10,2 Zähne (ohne Weisheitszähne) vorhanden. Die Zahnlosigkeit lag hier bei 32,8% (Nitschke und Stark 2016b). Bei der Berliner Altersstudie betrug diese 52%. Der prothetische Versorgungsgrad wurde relativ hoch (87%) eingestuft. Jedoch wurde im Bezug auf die Qualität des Zahnersatzes ein beträchtliches Versorgungsdefizit festgestellt. 43% der Oberkiefer- und 52% der Unterkiefertotalprothesen waren schlecht oder erneuerungsbedürftig. 30% der Oberkiefer- und 33% der Unterkiefertotalprothesen wiesen starke Mängel auf (Nitschke und Hopfenmüller 1996). In der DMS V stellte sich heraus, dass 16,3% der jüngeren bzw. 7,4% der älteren Senioren ohne Zahnersatz waren (Nitschke und Stark 2016a, Nitschke und Stark 2016b).

In der DMS IV gaben 60,6% an, sich zweimal täglich die Zähne zu putzen und 72,2% bekräftigten, sie gingen regelmäßig zu zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen. Lediglich 6% gaben an, keinen festen Zahnarzt oder gar keinen Zahnarzt zu haben (Micheelis und Schiffner 2006). Demgegenüber stehen die Ergebnisse einer anderen Studie, in denen sich darstellt, dass keine der untersuchten Altersgruppen regelmäßig halbjährlich zur Kontrolle ging (Nitschke 2006). Nur 7% der Senioren der Berliner Altersstudie waren voll belastbar, eigenverantwortlich und in der Lage, die Mundhygiene vollständig allein durchzuführen. 28% hatten leichte Einschränkungen der Belastbarkeit. 41% wiesen eine stark reduzierte Therapie- und Mundhygienefähigkeit auf und waren nur verringert eigenverantwortlich. 24% der Probanden waren nicht mehr therapiefähig, in der Lage eigenverantwortlich zu handeln und die Mundhygiene allein durchzuführen (Nitschke und Hopfenmüller 1996).

2.4.2 Die Mundgesundheit zu pflegender Senioren in Pflegeheimen

Bei Senioren steigt die Anzahl der neuerkrankten, kariösen Zähne mit dem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit schnell an (Haffner 2012). Da die zahnmedizinischen Versorgungsleistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung die Pflegebedürftigen häufig nicht erreichen, sind sowohl stationäre als auch ambulante Pflegebedürftige als zahnmedizinische Risikogruppe einzustufen (Nitschke 2006). Es ist aufgrund der Datenlage weder möglich eine präzise Aussage über die Intensität, die Angemessenheit bzw. Qualität der zahnärztlichen Versorgung in Pflegeinstitutionen zu treffen (Reißmann et al. 2010), noch eine allgemeingültige Aussage über die Mundgesundheit Pflegebedürftiger zu machen (Nitschke et al. 2012). In der DMS V zeigte sich, dass 22,5% der Pflegebedürftigen in der Lage waren eine normale, 9,4% gaben an gar keine eigenständige Mundpflege durchzuführen. Bei 12,7% wurde eine Mundschleimhautrekrankung festgestellt. Der DMF-T lag bei 24,5, wobei im Mittel 22,4 Zähne fehlten. Der RCI lag bei 26,4% und damit um 10% höher als bei den nichtpflegebedürftigen Senioren. Der Gesamtbehandlungsbedarf lag bei 30,8%, der Kariessanierungsgrad bei 83% (Nitschke und Micheelis 2016). Einen Überblick über weitere Untersuchungen in Deutschland, welche im Zeitraum 2000-2012 veröffentlicht wurden, zeigt Tabelle 2. Aufgrund dieser Studien errechnete Nitschke et al. einen durchschnittlichen DMF-T-Index von 25,3 (Nitschke et al. 2012). Die meisten Studien sind auf einen Ort beschränkt und schlecht vergleichbar (Reißmann et al. 2010), da sie sich mit unterschiedlichen Thematiken befassten und verschiedene Untersuchungsparameter benutzten. Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse der einzelnen Studien bezüglich der Anzahl und den Zustand der Zähne.

Tabelle 2: Studienüberblick zu Untersuchungen zur Mundgesundheit bei pflegebedürftigen Senioren in Deutschland

Studie	Ort	Teilnehmeranzahl (Senioren)	Untersuchungs-zeitraum
Töpfer	Landkreis Riesa-Großenhain	172	1996
Meissner	Leipzig	163	1996
Sharaf	Berlin	172	2002
Nika	Nordrhein-Westfalen	102	2003
Amberg	München	84	2003-2004
Heilf	Kreis Unna	90	2005
Geiger	München	176	2006
Hassel et al.	Heidelberg	158	2006
Jäger	Frankfurt Main und Odenwald	131	2007-2008
Manojlovic	Grevenbroich (Neuss)	142	2008

Tabelle 3: Studienüberblick zu Untersuchungen zu DMFT-Index, Zahnlosigkeit und Restbeziehung

Studie	DMF-T Index	Decayed-Teeth	Missing- Teeth	Filled- Teeth	Zahnlos	Restbeziehung (in Zähnen)
Töpfer	26,4				68,2%	3,3
Meissner	26,3				60%	
Sharaf	26,9				57,6%	2,9 (stationär) 6,2 (ambulant)
Nika	24,2	40% mind.1 Zahn	91% >10 Zähne		46%	
Amberg	22	2,6	16	3,3		
Heilf						
Geiger		77,4%-83,9% kariöse Läsionen			49,4%	
Hassel et al.	25	12% kariöse Läsionen				8
Jäger		22,8% kariöse Läsionen			53,4%	
Manojlovic	25,7					

Es zeigt sich, dass die Werte der Pflegebedürftigen deutlich schlechter ausfallen als die der nicht pflegebedürftigen Senioren. Auch bezüglich des Zahnbestandes zeigt sich eine Diskrepanz. Zusammenfassend stellten Nitschke et al. fest, dass im Durchschnitt 54,3% der stationären Pflegebedürftigen zahnlos waren und die bezahnten Probanden im Mittel 9,8 Zähne hatten (Nitschke et al. 2012). Dies zeigte sich auch in der DMS V, in der 53,7% der Pflegebedürftigen zahnlos waren (Nitschke und Micheelis 2016).

Es stellte sich eine Abweichung zwischen der subjektiv von den Senioren empfundenen guten Prothesenhygiene und der objektiven Prothesenreinigung dar (Jäger 2009). Zwar war fast allen Senioren bewusst, dass sie selbst einen Einfluss auf ihre Mundgesundheit haben, dennoch betrieben 45% der Bezahnten und 37% der Prothesenträger weniger als zweimal täglich Mundhygiene (Nika 2011). Die Häufigkeit der Mundhygiene nahm mit dem Vorhandensein einer Pflegebedürftigkeit auch in der DMS V ab (Nitschke und Micheelis 2016).

77,1% der Pflegebedürftigen waren mit herausnehmbaren Zahnersatz versorgt (Nitschke und Micheelis 2016). Auch in anderen Studien zeigte sich, dass hauptsächlich herausnehmbare Prothesen getragen wurden und ein hoher Behandlungsbedarf bei der Beurteilung des Versorgungsgrads festgestellt wurde (Amberg 2009, Geiger 2011, Jäger 2009, Manojlovic 2010, Meissner 2002, Nika 2011, Sharaf 2010, Töpfer 1999).

Tabelle 4 zeigt eine Übersicht über die Untersuchungen zu Mund- und Prothesenhygiene, Parodontalgesundheit, Zahnersatz und Behandlungsbedarf.

Tabelle 4: Studienüberblick zu Untersuchungen zur Mund- und Prothesenhygiene, Parodontalgesundheit, Zahnersatz und Behandlungsbedarf

Studie	Mund- und Prothesenhygiene	parodontale Gesundheit	Zahnersatz (ZE)	Behandlungsbedarf
Töpfer	55% OHI =3 0% OHI <1,2 defizitärer Prothesenzustand		84% herausnehmbarer ZE	77,2% prothetischer, 65,8% konservierender Behandlungsbedarf
Meissner				64% prothetischer Behandlungsbedarf
Sharaf				48% prothetischer Behandlungsbedarf
Nika	48% schlecht Zungenhygiene schlecht	46% schlecht 85% Behandlungsbedarf	77,4% herausnehmbarer ZE 34% mind. 1 Krone 44,1% Prothesen	15% (UK), 29% (OK) der Kronen, 22% der Prothesen behandlungsbedürftig
Amberg	50% der Zähne Plaque / Zahnstein Prothesenhygiene ausreichend			30,2% Behandlungsbedarf
Heilf	DHI 2,6			
Geiger				erhöhter Behandlungsbedarf
Hassel et al.	nur 4-mal Plaqueindex 0			
Jäger	>2/3 sichtbare Beläge 50% DHI = 10	90,3% starke generalisierte Parodontitis		43,5% Behandlungsbedarf
Manojlovic		PBI 2,5 TST 4,4mm BOP 0,9	76% herausnehmbarer ZE	

An regelmäßigen zahnärztlichen Kontrollen nahmen 12% (Töpfer 1999) bis 49% (Jäger 2009) der Senioren teil. 48% gingen nur bei Bedarf zum Zahnarzt (Nika 2011). In der DMS V konnte aufgezeigt werden, dass Senioren mit regelmäßigen zahnärztlichen Kontrollen einen höheren Kariessanierungsgrad aufwiesen, als diejenigen die beschwerdeorientiert den Zahnarzt aufsuchten (Nitschke und Micheelis 2016). Die Zahl der zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen, sei es konservierend, prothetisch, parodontologisch oder chirurgisch, sinkt jedoch mit Zunahme der Pflegestufe (Rothgang et al. 2014). Zusätzlich zeigte sich eine Diskrepanz zwischen der Selbsteinschätzung der Senioren die eigene Mundgesundheit betreffend und den objektiven Verhältnissen (Nitschke et al. 2012) oder dem Behandlungsbedarf (Nika 2011). Die zahnärztliche Versorgung wurde von den Heimleitungen überwiegend als gut befunden (Töpfer 1999). Nur der Hälfte der Senioren war bewusst, dass sie eine Zahnreinigung benötigten, nur ein Drittel empfand eine parodontale Behandlung als erforderlich (Nika 2011). In der DMSV zeigte sich, dass 47,6% der Pflegebedürftigen eine schweren und 34,1% eine moderaten Parodontitis aufwiesen (Nitschke und Micheelis 2016).

Nur 11% der Pflegebedürftigen bemerkten einen Behandlungsbedarf des herausnehmbaren Zahnersatzes. Jedoch gaben 63% an, dass ihr herausnehmbarer Zahnersatz ihre Lebensqualität beeinflusste (Nika 2011). Die höchste Beeinträchtigung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität stellte die Funktionalität dar. Demnach zeigten ältere und insuffiziente Prothesen den höchsten Grad der negativen Lebensqualitätsbeeinflussung. Zusätzlich zeigte sich ein Zusammenhang zwischen einer mangelhaften Mundhygiene und einer eingeschränkten Lebensqualität (Hassel et al. 2006).

Die Studienergebnisse sprechen insgesamt für eher schlechte Mundgesundheitsverhältnisse, wobei Nitschke et al. ausdrücklich darauf hinweisen, dass mehr aussagekräftige vergleichbare Studien für eine repräsentative Aussage notwendig sind (Nitschke et al. 2012). Sowohl in ländlichen als auch in städtischen Pflegeeinrichtungen gibt es ähnliche zahnmedizinische Probleme (Nitschke et al. 2003). Auch zwischen stationären und ambulanten Institutionen wurden keine gravierenden Unterschiede bezüglich der Mundgesundheitssituation gefunden (Sharaf 2010). Sowohl prothetisch als auch konservierend und parodontologisch besteht ein großteils ungedeckter Behandlungs- und somit Verbesserungsbedarf (Jäger 2009; Nika 2011; Riediger 2005; Sharaf 2010).

Zur objektiven Beschreibung der Situation ist auch die subjektive Einschätzung der Senioren, Pflegekräfte und Heimleitungen bezüglich der Mundgesundheit und der Notwendigkeit von Wissen bezüglich der Thematik wichtig. Tabelle 5 zeigt hierzu einen Überblick, der zwischen 1997 und 2012 veröffentlichten Studien.

Tabelle 5: Studienüberblick zu Befragungen der Senioren, Pflegekräfte und Heimleitungen

Studie	Ort	Anzahl Studienteilnehmer	Untersuchungszeitraum
Ziesemer	Köln	287 Bewohner	1997
Riediger	Düsseldorf	32 Altenheime	2002
Nippgen	Mettmann	21 Altenheime	2002
Kreisgesundheitsamt (Bock-Hensley et al.)	Heidelberg und Rhein-Neckar-Kreis	73 Altenheime	2002
Heilf	Kreis Unna	90 Bewohner	2005

Die Senioren bewerteten ihre Mundgesundheit und ihre Zufriedenheit mit ihrer oralen Situation häufig wesentlich positiver als von den Untersuchern objektiv festgestellt (Jäger 2009; Meissner 2002; Töpfer 1999; Ziesemer 1999). Sie gaben hohe Erwartungen an die eigene orale Gesundheit, Zahnerhaltung und Zahnersatz an. Wichtig waren ihnen sowohl Kaufunktion, Schmerzfreiheit und Phonetik als auch Ästhetik und die Kritik des Umfeldes. 83% der Befragten waren bezüglich ihrer Prothese zufrieden (Ziesemer 1999).

83% des Pflegepersonals gaben an, dass die zahnärztliche Versorgung ausreichend ist (Bock-Hensley et al. 2006). Die Versorgung entsprach laut den Untersuchungen jedoch nicht optimal den Prophylaxe- und Versorgungsanforderungen der modernen Zahnmedizin. In 12,5% der Altenheime fanden im jährlichen oder halbjährlichen Abstand Kontrolluntersuchungen statt (Riediger 2005). In wenigen Einrichtungen waren zahnärztliche Einheiten vorhanden, wo regelmäßige Kontrollen für alle Bewohner durchgeführt wurden. Die zahnärztlichen Kontakte fanden zu 61% in Praxen, zu 36% im Heim und zu 2,5% in der Universitätsklinik statt (Bock-Hensley et al. 2006). Zahnärztliche Einganguntersuchung gab es in keiner Einrichtung (Nippgen 2005). Auch hier zeigt sich ein Missverhältnis zwischen der subjektiven Einschätzung des Pflegepersonals und des objektiven Befundes (Riediger 2005; Töpfer 1999). Ebenfalls stellte das Überschätzen des eigenen Wissens ein Problem dar (Bock-Hensley et al. 2006). Viele Einrichtungen waren der Ansicht, eine Schulung in Mundgesundheit und Mundhygiene nicht zu benötigen. In einigen Einrichtungen wurde zugegeben, dass die Fähigkeit Erkrankungen im Mund zu erkennen nicht gegeben sei, sie jedoch trotzdem keine Schulung möchten (Bock-Hensley et al. 2006). Fast die Hälfte der Pflegekräfte gab an, dass sie keine hinreichenden Kenntnisse in Mund-, Zahn- oder Zahnersatzhygiene besäßen (Heilf 2008). Dem gegenüber steht, dass in einer anderen Untersuchung das Pflegepersonal in Zahn- und Mundpflege geschult war und trotzdem der Wunsch nach Fortbildungen bestand. Ein Großteil der Heime wünschte sich mehr Unterstützung und regelmäßige Kontrollen durch einen Zahnarzt (Nippgen 2005). 61,9% der Pflegeleitung schätzten die Mund-

gesundheit der Pflegebedürftigen als mäßig ein und gaben an, dass sie sich bewusst sind, dass die Mundgesundheit stark mit dem Allgemeinzustand der Pflegebedürftigen korreliert (Nippgen 2005). Der Stellenwert der Oralhygiene war aufgrund von Personalmangel und Multimorbidität der Pflegebedürftigen häufig gering (Riediger 2005).

2.4.3 Ursachen für mangelnde Mundgesundheit und daraus resultierende Forderungen

Als Ursache für die mangelhafte Mundgesundheit werden verschiedene Faktoren angegeben. Beklagt wurde unter anderem ein schlechter Informationsstand der Senioren (Benz 2008; Heilf 2008; Wefers 1994b). Oft messen die Pflegebedürftigen der Mundgesundheit eine zu geringe Bedeutung und damit zu wenig Aufmerksamkeit bei (Benz und Haffner 2009). Dies ist auf schlechte Aufklärungs- und Beratungsmaßnahmen von Seiten der Zahnärzte zurückzuführen (Heimann 1993). Die Senioren sehen den Zahnarzt nur als Behandler von Erkrankungen im Mundraum, nicht jedoch als Berater für Hygienemaßnahmen (Wefers 1994b). Der alternde Patient sollte eine individuelle, aktive, direkte Unterweisung und regelmäßige Remotivation bekommen (Benz 2008; Heilf 2008; Sharaf 2010). Dies scheint von besonderer Bedeutung, da sich häufig die Senioren untereinander bei der Mundhygiene halfen und weniger oft die Unterstützung durch das Pflegepersonal in Anspruch nahmen (Töpfer 1999).

Durch die Multimorbidität und damit einhergehenden motorischen sowie sensorischen Einschränkungen bedingt, sind jedoch viele Senioren nicht in der Lage, eine angemessene Mundhygiene vorzunehmen (Fiedler 2007; Haffner 2012). Sehr oft können sie ihre Mundgesundheit und die damit verbundene zahnärztliche Behandlungsbedürftigkeit nicht im richtigen Maß einschätzen (Nika 2011) und bedürfen einer gezielten Unterstützung durch das Pflegepersonal (Töpfer 1999). Zusätzlich sollten mehr seniorengerechte Hilfsmittel zur Mundhygiene eingesetzt werden, damit die Eigenständigkeit so lange wie möglich erhalten bleiben kann (Gottschalck 2003).

Oft war die Mundgesundheitssituation den Institutionen nicht bekannt (Töpfer 1999) und der Thematik wurde, auch von Seiten der Leitung, zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt (Bock-Hensley et al. 2006). Dies könnte am Personalmangel und damit am schlechten „Zeit-pro-Patient-Quotienten“ liegen (Bock-Hensley et al. 2006; Petzold et al. 2007). Nur vereinzelt waren genügend geeignete moderne Hilfsmittel in den Einrichtungen vorhanden. Das Wissen des Pflegepersonals diesbezüglich fehlte (Bock-Hensley et al. 2006). Für die seniorengerechte Mundhygiene gibt es aus industrieller Sicht jedoch durchaus genügend Hilfsmittel (Benz 2008).

Hauptsächlich unterliegt die Verantwortung für die Mundgesundheit dem Pflegepersonal. Entweder wird die Bedeutung einer guten Mundhygiene für die Lebensqualität der Bewohner weitgehend unterschätzt (Bock-Hensley et al. 2006), oder der Kenntnisstand des Pflegepersonals ist defizitär (Petzold et al. 2007; Wefers 1995). Annähernd das gesamte Personal empfand den Zusammenhang zwischen dem Wohlbefinden und der Mundsituation als sehr bedeutsam. Auch waren häufig Pflegestandards bezüglich der Mundpflege und Mundhygiene bekannt. Das Personal verlässt sich Großteils nicht auf Evidenz basierende, sondern auf durch Erfahrungen und Tradition bewährte Mundpflegemittel. Das Pflegepersonal entscheidet selbstständig über die Art der Mundpflege, wählt Pflegemittel aus und kontrolliert die Gesundheit der Mundhöhle (Gottschlack 2003). In einigen Pflegeheimen zeigte sich jedoch eine Selbstüberschätzung des Personals, wenn es um die Qualität und Fähigkeiten zur Unterstützung oder die Durchführung der Mundhygiene bei den Bewohnern ging (Bock-Hensley et al. 2006; Gottschlack 2003; Jordan et al. 2012; Töpfer 1999). Auch war die Mundhygiene oftmals im pflegerischen Alltag zu wenig eingebunden (Jordan et al. 2012). Dabei erachtete das Personal durchaus die Verbesserung der Mundpflege für sinnvoll und notwendig (Benz und Haffner 2009). Auch der Großteil der ambulanten Pflegekräfte wünschte sich mehr Training im Gebrauch von Mundhygieneartikeln (Delgado et al. 2016).

Den Grund für das Wissensdefizit bei Mundhygienemaßnahmen sucht der Großteil der Autoren in der mangelhaften Ausbildung des Pflegepersonals (Benz und Haffner 2009; Geiger 2011; Heilf 2008; Jäger 2009; Jordan et al. 2012; Lehmann et al. 2003; Wefers 1995). In einer aktuellen Untersuchung gaben nur 60% der ambulanten Pflegekräfte an eine Unterweisung in Mundhygiene bekommen zu haben (Delgado et al. 2016). Die Verantwortung für die Mundgesundheit kann nicht allein auf die Schultern des Pflegepersonals abgeschoben werden. Nur die Verbindung von regelmäßigen Schulungen und einer zahnmedizinischen Betreuung kann hier zielführend sein (Benz und Haffner 2009).

Die Aus- und Weiterbildung muss mit aktuellem theoretischem und praktischem Wissen umgestaltet werden, da immer mehr pflegebedürftige Senioren eigene Zähne und komplexeren Zahnersatz haben (Nitschke und Kaschke 2011). Nur eine Unterstützung der Senioren durch gut geschultes Pflegepersonal kann zu einer verbesserten Mundgesundheit beitragen (Benz und Haffner 2009; Heilf 2008; Jäger 2009; Manojlovic 2010; Riediger 2005). Daher fordern einige Autorengruppen eine gezieltere Ausbildung des Pflegepersonals (Benz und Haffner 2009; Bock-Hensley et al 2006; Geiger 2011; Heilf 2008; Jäger 2009; Jordan et al. 2012; Lehmann et al. 2003; Manojlovic 2010; Meissner 2002; Nitschke und Kaschke 2011; Riediger 2005; Sharaf 2010). Viel Aufwand für spätere Fortbildungen und Schulungen könnten reduziert werden, wenn man schon in der Ausbildung mit Verbesserungsmaßnahmen ansetzen würde (Benz und Haffner 2009).

Um das momentane Ausbildungsdefizit auszumerzen, aber auch zum Zweck der Auffrischung, sollten individuelle Trainingsprogramme mit entsprechenden Überprüfungen und regelmäßigen Wiederholungen stattfinden (Benz und Haffner 2009; Bock-Hensley et al 2006; Geiger 2011; Heif 2008; Jäger 2009; Jordan et al. 2012; Manojlovic 2010; Meissner 2002; Riediger 2005; Sharaf 2010). Durch die hohe Fluktuation des Personals, ist die Regelmäßigkeit dieser Schulungen besonders wichtig, vor allem aber schwierig (Jordan et al. 2012; Petzold et al.2007).

Andere Autoren klagen über eine insgesamt unzureichende zahnärztliche Betreuungssituation (Bock-Hensley et al. 2006; Geiger 2011; Nippgen 2005; Nitschke 2006; Reißmann et al. 2010; Riediger 2005; Töpfer 1999; Watson et al. 2015). Eine zahnärztliche Betreuung der Senioren, losgelöst vom üblichen Versorgungssystem (Nitschke et al. 2003) mit einer geeigneten Systematik ist erforderlich (Wefers 1995). Für die Mundgesundheit ist durchaus von Bedeutung, ob regelmäßige zahnärztliche Routineuntersuchungen (kontrollorientiertes Visiting) erfolgen oder ob nur anlassbezogen, etwa bei akuten Schmerzzuständen (symptombezogenes Zahnartztkonsil), eine zahnärztliche Intervention veranlasst wird (Jäger 2009; Nika 2011; Nitschke 2006; Riediger 2005; Sharaf 2010).

Schon eine routinemäßig durchgeführte Eingangsuntersuchung kann zu einer verbesserten Pflegesituation führen (Jäger 2009; Nika 2011; Sharaf 2010; Wefers 1995). Hierbei muss sowohl die Mundhöhle als auch die Fähigkeit des Pflegebedürftigen diese zu pflegen, eingeschätzt werden. Eine halbjährliche Wiederholung des Procedere ist sinnvoll, da oft unmerkter der Alterungsprozess voranschreitet und sich damit möglicherweise die Fähigkeit der Selbstpflege verändert (Gottschalck 2003). Zusätzlich scheint die Organisation von Konsilen hilfreich zu sein (Sharaf 2010). Hier ist die Zusammenarbeit von Patient, Angehörigen, Pflegern, Ärzten, und Zahnärzten erforderlich (Gottschalck 2003). Auch das Einstellen einer zahnmedizinischen Fachangestellten zur Mundhygienebetreuung und Mundhygieneunterweisung in jedem Heim könnte die Situation verbessern (Nika 2011).

Um die zahnärztliche Versorgung sicherzustellen, ist die Dezentralisierung der Behandlung von Bedeutung (Haffner 2012). Um die technischen Anforderungen, die ein Heimbesuch mit sich bringt, besser zu erfüllen, könnte es hilfreich sein, einen modernen Zahnartztkoffer zur Verfügung zu stellen (Bock-Hensley et al. 2006). Viele Behandlungen erfordern keinen speziellen Behandlungsraum und können auch am Patientenbett durchgeführt werden (Haffner 2012), jedoch ist das Einrichten einer zahnärztlichen Einheit in Pflegeheimen durchaus als positiv zu bewerten (Bock-Hensley et al.2006; Petzold et al.2007). Für die mobile Betreuung vor Ort fehlt jedoch wegen des Zeit- und Kostenaufwands oftmals die Bereitschaft der Zahnärzte (Bock-Hensley et al. 2006; Töpfer 1999).

2.4.4 Folgen schlechter Mundgesundheit

Die orale Gesundheit beeinflusst sowohl den Allgemeinzustand, als auch die damit verbundene Lebensqualität erheblich (Porter et al. 2015). Dies gilt besonders für prothetischen oder konservierenden ungedeckten Behandlungs- und somit Verbesserungsbedarf (Hassel et al. 2006; Nika 2011; Sharaf 2010). Insbesondere die Parodontitis steht im engen Zusammenhang mit Allgemeinerkrankungen (Deschner und Jepsen 2011). Eine vorliegende Parodontitis wird unter anderem mit kardiovaskulären Erkrankungen in Verbindung gebracht (Blaizot et al. 2009; Deschner und Jepsen 2011; Janket et al. 2003; Khader et al. 2004). Ein weiteres Beispiel ist Diabetes mellitus. Eine vorhandene Parodontitis kann den Zustand eines Diabetes mellitus verschlechtern (Deschner und Jepsen 2011). In diesem Zusammenhang ist bekannt, dass eine Behandlung der Parodontitis eine Verbesserung des HbA(1c) bedingen kann (Darré et al. 2008; Janket et al. 2005; Teeuw et al. 2010). Zudem kann ein Diabetes mellitus wiederum zu einer stärkeren Ausprägung von gingivalen und parodontalen Erkrankungen führen (Khader et al. 2006). Besonders ein schlecht eingestellter Diabetes kann das Entstehen sowie das Fortschreiten einer Parodontiserkrankung beeinflussen (Deschner und Jepsen 2011; Taylor et al. 1998; Tervonen und Karjalainen 1997; Tsai et al. 2002). Auch die rheumatoide Arthritis steht in enger Verbindung zur Parodontitis. So kann durch die Therapie der einen Erkrankung gleichzeitig auch Erkrankungszustände der anderen verbessert werden (Deschner und Jepsen 2011; Pischon et al. 2008). Eine adäquate Mundhygiene und gesunde orale Verhältnisse bieten außerdem einen Schutz vor Infektionserkrankungen wie Endokarditis (Halling 2008). Des Weiteren kann der Zustand einer unzureichenden Mundgesundheit auch zur Nahrungsverweigerung und somit zu Unterernährung sowie ungewolltem Gewichtsverlust führen (Sullivan et al 1993).

2.4.5 Therapie- und Präventionsansätze im Allgemeinen und in der Pflege

Unter präventiven Maßnahmen versteht man Aktivitäten zur Vermeidung, Risikominimierung oder Verzögerung des Auftretens gesundheitlicher Schädigungen oder Krankheiten. Sie lassen sich in Verhaltens- und Verhältnisprävention unterscheiden, je nachdem ob die Maßnahmen am Verhalten eines Individuums oder dessen Lebensverhältnissen ansetzen. Je nach Handlungszeitpunkt werden primäre, sekundäre und tertiäre Präventionen unterschieden (BMG 2015):

- Primärprävention: Vorbeugung und Verhinderung von Erkrankungen (BMG 2015) wie Fluoridapplikation und Ernährungsumstellung
- Sekundärprävention: Früherkennung von Erkrankungen (BMG 2015) wie Bissflügel-aufnahmen zur Kariesfrüherkennung
- Tertiärprävention: Milderung von Krankheitsfolgen, Verhinderung von Verschlimmerungen und Rückfällen (BMG 2015) wie Unterstützende Parodontitistherapie nach durchgeführter Parodontalbehandlung

Im Prinzip unterscheidet sich die zahnmedizinische Prävention und Therapie für Senioren nicht von den Behandlungen jüngerer Patienten. Mit zunehmendem Alter muss jedoch berücksichtigt werden, dass die motorischen Fähig- und Fertigkeiten oft eingeschränkt sind. Somit sind persönliche bzw. häusliche Präventions- / Mundhygienemaßnahmen häufig nur bedingt bzw. erschwert möglich. Auch die präventions- / kontrollorientierte Inanspruchnahme des Zahnarztes sinkt durch eine eingeschränkte Mobilität und Selbständigkeit (Haffner 2012). Somit sind die Präventionsstrategien der Primär-, Sekundär- bzw. Tertiärprävention nur eingeschränkt bzw. begrenzt umsetzbar. Daraus folgend sind besonders bei Pflegebedürftigen einfache, aber sichere Lösungen einer individuellen, risikoorientierten Prävention gefragt (Haffner 2012). Sowohl die gute Ausbildung und regelmäßige Schulung von Pflegekräften muss hier als Präventionsmaßnahme angesehen werden, als auch eine professionelle zahnmedizinische Betreuung (Benz und Haffner 2009). Es gibt nur wenige wissenschaftliche Studien, die Präventionskonzepte bei Pflegebedürftigen untersucht haben. Einige Studien verzeichnen dabei eine Verbesserung der Mundgesundheitsituation (Benz und Haffner 2009; Sumi et al. 2002; Vigild 1990; Yoneyama et al. 1997). In einem Review konnte hingegen die Effektivität von Trainingsprogrammen als nicht signifikant erwiesen werden (Albrecht et al. 2016). Um dem Bedarf sowie der regelmäßigen Durchführung von Präventionsmaßnahmen gerecht zu werden, scheint die flächendeckende Einrichtung speziell ausgebildeter mobiler Prophylaxeteams sinnvoll zu sein, besonders im Hinblick auf die schlechte Mobilität vieler Senioren und Pflegebedürftigen (Nitschke und Hopfenmüller 1996).

2.5 Die Ausbildung des Pflegepersonals bezüglich Mundhygiene

Die Ausbildungsgänge Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sind zurzeit in Deutschland getrennte Ausbildungen. Diese sollen zukünftig - nach dem Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ von 2012 - zur akademischen Ausbildung der „generalistischen Pflegefachkraft“ zusammengelegt werden (BMG 2012a). Als Begründung wird genannt, dass die Tren-

nung nach Alter des zu Pflegenden nicht mehr dem aktuellen wissenschaftlichen Stand gerecht wird. Ein neues Gesetz für Pflegeberufe soll sowohl das Krankenpflege- als auch das Altenpflegegesetz ersetzen (Fricke 2012).

In den Lehrplänen zur Pflegeausbildung wird die Thematik der Zahn-, Prothesen- und Mundhygiene kaum berücksichtigt. Eine Überarbeitung ist empfehlenswert (Nitschke 2006).

In den niedersächsischen Rahmenrichtlinien sowohl für Altenpflegeausbildung als auch für die Krankenpflegeausbildung, finden sich keine Anweisungen ob, wie oder gar in welchem Umfang die Themen „Mundgesundheit“, „Mundhygiene“ und „Munderkrankungen“ gelehrt werden sollen (Nds MK 2006). Auch eine gesetzliche Regelung, dass dieses Thema gelernt, gelehrt oder gar geprüft werden muss, existiert in beiden Ausbildungsberufen bisher nicht. Es gibt lediglich grob gesteckte Richtlinien (BMJ 2000; BMJ 2003). Der thematische Umfang in der Ausbildung bezüglich Mundhygiene und Munderkrankungen ist als gering einzustufen (Benz und Haffner 2009; Gottschalck 2003).

Das Lehrbuch „Gemeinsame Pflegeausbildung“ gibt eine Empfehlung, wie viele Stunden dafür anzusetzen sind und mit welchen Unterthemen sich dieser Fachkomplex beschäftigen könnte. Hier sind 4 Stunden für den „naturwissenschaftlich-medizinischen Bezug“ angesetzt, in denen folgende Thematiken aufgegriffen werden sollen (Menke und Oelke 2005):

- „Bestandteile der Mundhöhle und ihre Funktion“
- „Speicheldrüsen und Speichelsekretion“
- „Ursachen, Symptomatik, Verlauf und Behandlung ausgewählter pflegerisch relevanter Schleimhautveränderungen bzw. Mundhöhlenerkrankungen (exemplarisch): Rhagaden, Aphten, Stomatitis, Soor, Parotitis, Karies“

Weitere 6 Stunden sollen sich anschließend mit dem „Pflegerischen Schwerpunkt“ beschäftigen (Menke und Oelke 2005):

- „Übungen mit anschließender Reflexion: einem anderen/fremden Menschen die Zähne putzen bzw. sich von diesem putzen lassen“
- „Mund- und Zahnpflege: Mund- und Zahnpflegeutensilien, Zahnputztechniken“
- „Grundlegende pflegerische Aufgaben (ggf. mit Übungen): Inspizieren der Mundhöhle, Unterstützen bei der Mund- und Zahnpflege, vollständiges Ausführen der Mund- und Zahnpflege“
- „Problemorientierte pflegerische Aufgaben (ggf. mit Übungen): Erfassung von Risikogruppen, Spülen und Auswischen der Mundhöhle, Anregen der Kautätigkeit und Speichelsekretion, Auftragen medikamentöser Substanzen, Prothesenpflege“

In den bekannten Standardbüchern zur Ausbildung sowohl für Altenpflege als auch für Kranken- und Kinderkrankenpflege finden sich meist nur wenige Seiten über diesen Themenbe-

reich (Frey et al. 2002; Hoehl und Kullick 2002; Menche 2011; Oelke 2007; Schewior-Popp 2009). Ein umfassenderes Werk zu der Thematik stellt das Buch „Mundhygiene und spezielle Mundpflege“ dar (Gottschalck 2007).

Demnach scheint der Umfang der Ausbildung bezüglich des Themas Mundgesundheit und Mundpflege vom jeweiligen Engagement der Ausbildungsrichtung und der Wahl des Lehrbuchs abhängig zu sein.

2.6 Weiter- und Fortbildungen für das Pflegepersonal

2.6.1 Konzepte und Auswirkungen von Weiter- und Fortbildungen in Deutschland

Einen Überblick über Studien in Deutschland zwischen 2005 und 2011, welche sich mit Weiter- und Fortbildungskonzepten und deren Auswirkungen auf die Pflege beschäftigt haben, zeigt Tabelle 6. Die aufgeführten Studien belegen, dass durch geschultes Pflegepersonal die Mund- und Zahngesundheit der Bewohner verbessert werden kann (Benz und Haffner 2009; Fiedler 2007; Geiger 2011; Heilf 2008; Jäger 2009; Lehmann et al. 2003; Manojlovic 2010; Petzold et al. 2007). Sowohl die Befunderhebung als auch die Mundhygiene sind vermittelbar (Jordan et al 2012).

Tabelle 6: Studienüberblick zu Konzepten und Auswirkungen von Weiter- und Fortbildungen für das Pflegepersonal in Deutschland

Studie	Ort	Anzahl an der Studie teilnehmender Senioren	Untersuchungszeitraum	Studienergebnis
Lehmann et al.	Dresden	530	(publiziert 2003)	verbesserte Prothesenhygiene unveränderte Zahnhygiene
Petzold et al.	Magdeburg	39	2004-2006	verbesserte Mundhygiene bei 38,9% verschlechter Mundhygiene bei 11,1%
Heilf	Kreis Unna	90	2005	DHI verbessert von 2,6 auf 1,2 (1.Unterweisung) auf 0,8 (2.Unterweisung)
Benz und Haffner	München	600	2005-2008	verbesserte Mundgesundheit und Mundhygiene um 52%
Geiger	München	176	2006	teilweise verbesserte Mundgesundheit
Jäger	Frankfurt Main und Odenwald	131	2007-2008	verbesserte Prothesenhygiene verbesserter Plaque-Index verbesserter SBI weniger Zungenbeläge
Manojlovic	Grevenbroich (Neuss)	142	2008	verbesserter PBI verbesserter BOP verbesserter Kayser-Jones-Index
Jordan et al.	Ennepe-Ruhr-Kreis (Nordrhein-Westfalen)	53	(publiziert 2012)	unveränderte Prothesenhygiene unveränderter Behandlungsbedarf signifikante Verbesserung der Zahnpflege korrektere Einschätzung der Mundgesundheit bei 29% des Personals

Auf Bundes- und Landesebene wurden vereinzelt erste Reaktionen gezeigt. So führte die Bundeszahnärztekammer 2002 ein Mundhygienehandbuch für Pflegeeinrichtungen ein. Dieses umfasst unter anderem Warnzeichen für Erkrankungen der Mundhöhle und deren Auswirkungen auf den Gesamtorganismus sowie eine Anleitung zur richtigen Zahn- und Prothesenpflege. Ergänzend werden Ernährungstipps, Übersichten zu Zahnpflegehilfsmitteln, Zahnpasten, Fluoridgelees, Mundspüllösungen und anderen antiseptischen Produkten aufgeführt (Junge et al. 2002).

Das Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt/Main bietet in Zusammenarbeit mit der Landeszahnärztekammer Hessen kostenlos Schulungen der Pflegekräfte durch einen Amtszahnarzt an und führte regelmäßigen Unterricht an den Altenpflegeschulen durch. Dazu wurden Schu-

lungskoffer bereitgestellt (Jäger et al. 2009). Die Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg erarbeitete nach der Gründung eines Arbeitskreis „Alterszahnheilkunde und Behindertenbehandlung“ (AKABe) 2001 Schulungsmaterial für Mund-, Zahn- und Zahnersatzhygiene. Darauf aufbauend, wurde ein umfassendes Fort- und Weiterbildungsangebot für Zahnärzte mit Team und Pflegepersonal geplant (LZKBW 2009). In München wurde 1999 ein „Duales Konzept“ ins Leben gerufen, unterstützt durch die Bayerische Landes Zahnärztekammer und die Kassen-Zahnärztliche Vereinigung Bayerns. In dem daraus entwickelten „Teamwerk-Projekt“ erfolgte im Rahmen des Moduls „Prävention“, eine stringente Schulung der Pflegekräfte mit regelmäßiger Prophylaxe. Dadurch erfolgte eine direkte Verbindung zum Modul „Therapie“, welches durch Patenzahnärzte und Kompetenzzentren mit Spezialisierungen auf Alterszahnmedizin dargestellt wird. Hierbei wurden sogar eine Zeitersparnis und eine Kostensenkungen für die Pflegeinstitutionen um 22% festgestellt. Durch eine regelmäßige Kontrolle und bessere Mundhygiene ist eine frühzeitige und daher kostengünstigere Behandlung möglich (Benz und Haffner 2009).

Aufgrund des vom Gesundheits- und Sozialamt Sachsen Anhalt beschlossenen offiziellen Gesundheitsziels von 1997 gründete die Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt 2004 das Modellprojekt „Altern mit Biss“ und führt dieses bis 2007 durch (Fiedler 2007). Das Pflegepersonal wurde theoretisch und praktisch durch umfangreiche Information, sachgerechtere Hilfsmittel und praktische Anleitungen mit regelmäßiger zahnärztlicher Betreuung geschult (Petzold et al. 2007). Durch die Lenkung der Aufmerksamkeit des Pflegepersonals auf die Thematik, wurde eine größere Zeiteinheit für die Mundpflege im Pflegeplan berücksichtigt (Fiedler 2007). Zusätzlich wurde eine Systematik ausgearbeitet, nach der die Senioren bezüglich ihrer Fähigkeit zur Mundpflege eingestuft und damit ein Unterstützungsbedarf festgelegt werden konnte. Eine Nachahmung des Projektes ist durchaus empfehlenswert, wenn die Heimleitung und die Trägerschaft des Heimes hinter dem Projekt stehen (Petzold et al. 2007).

2.6.2 Konzepte und Auswirkungen von Weiter- und Fortbildungen international

Tabelle 7 zeigt eine Übersicht über Studien zu Weiter- und Fortbildungskonzepten und deren Auswirkungen im Ausland. Auffällig war hierbei, dass nur wenige Länder überhaupt Forschung zu dieser Thematik betrieben. Eine positive Ausnahme hierbei stellte jedoch Schweden dar, wo man sich intensiv mit der Problematik auseinandersetzte. Ein Review hingegen zeigte keinen signifikanten Effekt von Trainingsprogrammen für das Pflegepersonal auf die

Mundgesundheit der Pflegebedürftigen; es wird jedoch eingeräumt, dass die untersuchten Studien qualitativ nicht hochwertig waren (Albrecht et al. 2016).

Tabelle 7: Studienüberblick zu Konzepten und Auswirkungen von Weiter- und Fortbildungen für das Pflegepersonal international

Studie	Ort	Anzahl an der Studie teilnehmender	Untersuchungszeitraum
Paulsson et al. (a)	Südwest Schweden	132 Institutionen	1996-1999
Paulsson et al. (b)	Südwest Schweden	132 Institutionen	(publiziert 1998)
Isaksson et al.	Südwest Schweden	170 Senioren	(publiziert 2000)
Samson et al.	Norwegen	88 Senioren	2002-2008
Nicol et al.	Wick, Caithness (Schottland)	78 Senioren	(publiziert 2005)
Sjögren et al.	Schweden	41 Senioren	2006-2008
Kullberg et al.	Stockholm (Schweden)	41 Senioren	2008
Munoz et al.	New Jersey (USA)	9 Pflegekräfte (Pilotstudie)	(publiziert 2009)
Janssens et al.	Belgien	760 Pflegekräfte	2010

In Schweden wurde eine Mundgesundheitsschulung für das Pflegepersonal von Seniorenheimen entwickelt. Es wurde ein positiver Effekt auf die Fähigkeit des Pflegepersonals, die Mundhygiene auszuführen, festgestellt. Da das Wissen in diesem Themenbereich gesteigert werden konnte, war das Personal nun eher in der Lage, den Bewohnern Ratschläge zur Mundhygiene zu geben. Die Wichtigkeit des Wissens über Munderkrankungen und Mundgesundheit wurde nach der Schulung als hoch eingeschätzt (Paulsson et al. 1998). Auch stellte sich ein positiver Einfluss auf den Mundgesundheitsstatus dar: Das Auftreten von farblich veränderten Mundschleimhautarealen verringerte sich signifikant von 43% vor der Schulung, auf 28% drei bis vier Monate nach dem Unterricht. Außerdem zeigte sich eine Verbesserung sowohl des Plaqueindex als auch von Mundschleimhautentzündungen (Mucosaindex) (Isaksson et al. 2000). Die Nachhaltigkeitsuntersuchung zeigte, dass selbst drei Jahre nach dem Schulungsprogramm noch ein Effekt bezüglich des Wissens, der Fähigkeiten und der Voraussetzungen bei dem damals geschulten Pflegepersonal vorherrschte. Besonders die Einstellung zur Mundgesundheit dauerte über die Zeit fort. Das geschulte Pflegepersonal schnitt bei den Testen signifikant besser ab als das nichtgeschulte Personal (Paulsson et al. 2001).

In Schweden zeigte sich, dass eine Wiederholung des Schulungsprogrammes für das Pflegepersonal zu einer Verbesserung der Mundgesundheitsituation führt: Obwohl die Mundgesundheitsituation, die nach der Schulung festgehalten wurde, sich auch nach 1,5 Jahren nicht signifikant verschlechterte, gab es trotzdem die Empfehlung zu wiederholten Schulungen, um ein adäquates Level an Mundgesundheit zu halten (Sjögren et al. 2009). Eine darauf aufbauende Studie stellte fest, dass sich durch die wiederholte Schulung der gingivale Blutungsindex und der Plaqueindex signifikant verbessern ließen (Kullberg et al. 2010).

In Norwegen wurde ein signifikant positiver Langzeiteffekt eines theoretischen und praktischen Schulungs- und Informationsprogrammes für das Pflegepersonal auf den Mucosa-Plaque-Wert festgestellt. Hierbei wurden neben dem Unterricht für das Pflegepersonal einzelne Hygienepläne für jeden Bewohner erarbeitet, angemessene Mundhygienehilfsmittel verteilt und regelmäßige zahnärztliche Kontrollen und Feedbackmöglichkeiten geschaffen (Samson et al. 2009).

In Schottland wurde die Mundhygiene und -gesundheit bei Senioren in Pflegeeinrichtungen mit speziell geschultem Pflegepersonal verglichen mit denen, die von ungeschultem Personal betreut wurden. Durch die Schulung nahm die Bereitschaft der Bewohner die Mundhygiene eigenständig auszuführen ab. Die Mundhygiene und die Mundgesundheit verbesserten sich schon nach drei Monaten signifikant. Die Zahl der Erkrankungen der Mundschleimhaut, wie Stomatitis und Mundwinkelentzündungen, konnten reduziert werden. Da diese Verbesserung jedoch nicht über 18 Monate aufrecht erhalten werden konnte, wurden regelmäßige Auffrischungen der Schulung empfohlen (Nicol et al. 2005).

In einer Pilotstudie in New Jersey (USA) zeigte sich, dass schon durch ein zweistündiges Schulungsprogramm das Beurteilungsvermögen des Pflegepersonals bezüglich der Mundgesundheitseinschätzung und der Einschätzung des individuellen Pflegebedarfs der Bewohner verbessert werden konnte. Ein Wissenstest vor und nach der Schulung hatte jedoch keine signifikanten Veränderungen erbracht (Munoz et al. 2009).

In Belgien wurde sechs Monate nach Einführung eines Mundhygieneprotokolls ein signifikant höherer Kenntnisstand gegenüber der Kontrollgruppe festgestellt. Eine Verhaltensänderung gegenüber Mundhygiene konnte jedoch nicht beobachtet werden (Janssens et al. 2016).

3 Material und Methode

3.1 Studiendesign

Bei dieser Untersuchung handelt es sich um eine Befragungsstudie. Die Befragung umfasste verschiedene Bereiche und lässt sich in zwei Abschnitte einteilen.

Der erste Teil der Studie ist eine gezielte Befragung in den Altern- und Krankenpflege-Schulen von Göttingen bezüglich des Unterrichts in Mundgesundheit und Mundpflege.

Der zweite Teil beschäftigt sich mit dem Kenntnis- und dem Ausbildungsstand der Pflegekräfte bezüglich oraler Präventionsmaßnahmen und der Umsetzung in stationären und ambulanten Altenpflegeinstitutionen in Göttingen. Hierzu wurden sowohl die Pflegedienstleitungen als auch das Pflegepersonal befragt.

Die durchgeführte Befragung wurde der Ethikkommission Göttingen zur Prüfung vorgelegt. Aufgrund der Art und Weise der durchgeführten Befragung, als auch der vollständig anonymen Datenerhebung war keine Genehmigung der Ethikkommission erforderlich. Alle Daten wurden anonymisiert erfasst und gespeichert. Die Teilnahme an der Umfrage war rein freiwillig und die Teilnehmer konnten jederzeit die Beantwortung der Fragebögen abbrechen oder Fragen auslassen, die sie nicht beantworten wollten. Daher bedurfte es keiner speziellen Einverständniserklärung.

Alle einzelnen Teile der Studie, sowohl die Erstellung der Fragebogen, die Befragungen der Schulen, der Pflegekräfte und der Pflegedienstleitungen, als auch die statistische Auswertung und die Interpretation der Daten wurde von Franziska Dorothee Geiger durchgeführt. Bei der Erstellung der Fragebögen erfolgte eine Unterstützung durch das Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie (Prof. Dr. Steinbüchel). Bei der statistischen Auswertung unterstützte das Institut für Medizinische Statistik der Universitätsmedizin Göttingen (Prof. Dr. Friede).

3.2 Befragung der Alten- und Krankenpflegesschulen

Für den ersten Teil der Studie wurden alle Göttinger Alten- und Krankenpflege-Schulen per E-Mail angeschrieben und um Teilnahme an einem persönlichen Interview gebeten. Es gibt in Göttingen 3 Kranken- und Kinderkrankenpflegesschulen („Krankenpflegeschule Asklepius“, „Kranken- und Kinderkrankenpflegeschule der Universität Göttingen“ und „Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende e.V. Krankenpflegeschule“) und 2 Altenpflegesschulen („Fachschiule für Altenpflege Göttingen Berufsbildende Schule“ und „Bildungsvereinigung Arbeit und Leben Niedersachsen e.V.“). Die Befragung erfolgte im Zeitraum von Oktober 2012 bis Dezember 2012. Die Fragen wurden im individuellen Gespräch persönlich an die

Leitungen und die Lehrkräfte, die das Thema Mundhygiene, Mundpflege, Munderkrankungen unterrichteten, gestellt und umfasst folgende Bereiche:

- Themen des Lehrplans bezüglich Zahn-/Mundpflege und Zahn-/Munderkrankungen
- Anzahl der dafür angesetzten Stunden
- Liste der Lehrer, die diesen Bereich unterrichten
- Kooperation mit Zahnärzten/ Zahnärztekammer
- Bücher/Lehrmittel bezüglich des Themas
- Bücher, die den Schülern empfohlen werden
- Auffrischungs- und Fortbildungsveranstaltung zu diesem Thema
- Wünsche bezüglich der Ausbildung
- Einsicht ins Lehrmaterial

Dabei wird verzichtet auf einzelne Lehrinhalte der Bücher konkret einzugehen. Die Fragenkomplexe waren nicht standardisiert und dienten daher nur als Leitfaden in den persönlich geführten Interviews. Die ausgewählten Fragenbereiche sollten einen Überblick über den Lehrplan bezüglich Zahn-/Mundpflege und Zahn-/Munderkrankungen geben. Hierfür wurde die dafür eingeplante Stundenzahl, die Informationsquellen (Lehrmaterial) für Lehrer und Schüler und das verwendete Lehrmaterial erfragt. Auch von Interesse war, ob Spezialisten (z.B. Zahnärzte) hinzugezogen und Fortbildungen über die neuesten Entwicklungen in dieser Thematik wahrgenommen werden.

Die Interviews erfolgten rein freiwillig. Die Doktorandin interviewte die Pflegeschulen persönlich und schrieb die Kommentare handschriftlich mit, jedoch ohne Angaben zu den befragten Personen. Die Auswertung erfolgte anonym und rein deskriptiv, da es sich hierbei um eine Nebenfragestellung handelte, die lediglich einen Überblick über die Ausbildung schaffen sollte.

Dabei wurden folgende Arbeitshypothese formuliert: Es ist zu anzunehmen, dass die Thematik in den Pflegeschulen nur wenig Beachtung findet.

3.3 Befragung der Alten- und Pflegeheime und ambulanten Pflegedienste

Der zweite Teil der Studie erfolgte im Rahmen einer Befragung von Alters- und Pflegeheimen und ambulanten Diensten innerhalb Göttingens. Hierbei wurden Einrichtungen, die sich in der Arbeitsgruppe „Gesundheitsregion Göttingen“ engagierten, schriftlich und telefonisch über die Umfrage informiert und um Teilnahme gebeten. Ziel war es so viele Einrichtungen wie möglich in die Studie mit einzubeziehen. Der Untersuchungszeitraum war von Januar 2013 bis April 2013 vorgesehen. Ein standardisierter Fragebogen (siehe Anlage) diente der

Befragung der Pflegedienstleitungen und deren Stellvertretung. Durch einen zweiten standardisierten Fragebogen wurde zufällig ausgewähltes Pflegepersonal der jeweiligen Einrichtung (Mindestanforderung 25% pro Alters- und Pflegeeinrichtung) befragt. Die Fragebögen wurden durch die Arbeitsgruppe Poliklinik Präventive Zahnmedizin, Parodontologie und Kariologie (Prof. Dr. Mausberg, Dr. Ziebolz und Doktorandin Geiger) und das Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie (Prof. Dr. Steinbüchel) erstellt.

Sowohl die Institutionen als auch die Umfrageteilnehmer wurden mit einer Nummernfolge codiert, um eine anonyme Umfrage durchführen zu können. Jede Einrichtung wurde gebeten, mindestens so viele Fragebögen zu verteilen, dass 25% des Personals befragt werden konnten. Da eine Mehrteilnahme (über 25% hinaus) möglich war, wurde jede Einrichtung vorab gefragt, wie viele Fragebögen sie für die Befragung des Pflegepersonals erhalten möchten. Die Zustellung und das Einsammeln der Bögen erfolgten zum Einen auf dem Postweg und zum Anderen persönlich durch die Studienleitung, je nach Wunsch der Institution. Die Fragebögen wurden somit teilweise selbstständig von den Pflegedienstleitungen und teilweise persönlich durch den Studienarzt verteilt und eingesammelt. Die befragten Personen wurden gebeten den Fragebögen selbstständig und ohne Rücksprache mit Anderen auszufüllen.

Die Befragung umfasste folgende Bereiche:

A) Fragebogen für die Leitung der Institution

Der an die Leitung der Pflegeinstitutionen gerichtete Fragebogen (siehe Anhang) gliedert sich in folgende Bereiche:

- I₁. Allgemeine Angaben zur Person, z.B. Geschlecht, Alter, Nationalität, Familienstand, Ausbildungsgrad, Beruf
- I₂. Allgemeine Angaben zum Alters- oder Pflegeheim, z.B. Trägerschaft, Anzahl der Bewohner, Anzahl des Personals
- II₁. Ärztliche und zahnärztliche Situation, z.B. Eingangsuntersuchungen, ärztliche und zahnärztliche Betreuung, Behandlungsmöglichkeiten vor Ort, Kooperationen
- II₂. Angaben hinsichtlich oraler Präventionsmaßnahmen, z.B. Mundhygienekontrollen, Mundhygieneunterstützung, Hilfsmittel zur Mundhygiene, Prothesenhygiene, Sicherstellung der zahnmedizinischen Versorgung
- III. Angaben zum Ausbildungsstand hinsichtlich oraler Präventionsmaßnahmen, z.B. Ausbildungsstand, Fortbildungsmöglichkeiten, Weiterbildungsförderungen, Defizite
- IV. Verbesserungsvorschläge, z.B. Schulungsprogramme, Gründe für Ausbildungsdefizite, Unterstützung von Zahnärzten

Da für einige Fragen (Vergleiche Anlage Fragen 10 bis 14) die Antworten der Stellvertretung dieselben Aussagen enthalten wie die der Leitung, wurde für diese Fragen jeweils pro Institution nur ein Fragebogen gewertet.

B) Fragebogen für das Pflegepersonal der Institution

Der an das Pflegepersonal der Pflegeinstitutionen gerichtete Fragebogen ähnelt dem Fragebogen an die Leitung. Jedoch werden hier keine Fragen hinsichtlich allgemeiner Angaben die Einrichtung betreffend und Angaben zur ärztlichen und zahnärztlichen Situation gestellt. Zusätzlich wird die persönliche Empfindung der Situation erfragt (siehe Anhang). Der Fragebogen gliedert sich in folgende thematische Abschnitte:

- I. Angaben zur Person, z.B. Geschlecht, Alter, Nationalität, Familienstand, Ausbildungsgrad, Beruf
- II₁. Angaben hinsichtlich oraler Präventionsmaßnahmen, z.B. Mundhygienekontrollen, Mundhygieneunterstützung, Hilfsmittel zur Mundhygiene, Prothesenhygiene, Sicherstellung der zahnmedizinischen Versorgung
- II₂. Angaben zum Ausbildungsstand hinsichtlich oraler Präventionsmaßnahmen, z.B. Ausbildungsstand, Fortbildungsmöglichkeiten, Weiterbildungsförderungen
- III. Persönliche Empfindung der Situation, z.B. Ekel, Abscheu, Defizite
- IV. Verbesserungsvorschläge, z.B. Schulungsprogramme, Gründe für Ausbildungsdefizite, Unterstützung von Zahnärzten

Als Arbeitshypothesen ist zu anzunehmen, dass orale Präventionsmaßnahmen nur wenig Beachtung finden und ein signifikantes Ausbildungsdefizit beim Pflegepersonal besteht. Es ist zu erwarten, dass der Kenntnisstand sowohl der Pflegedienstleitung als auch des Pflegepersonals über Trainingsangebote und Materialien für die Wissenserweiterung bezüglich oraler Präventionsmaßnahmen gering und ein deutlicher Bedarf an entsprechender Weiterbildung und Training des Personals vorhanden ist.

3.4 Auswertung und Statistik

Die statistische Auswertung der Fragebögen erfolgte durch Franziska Geiger mit Unterstützung des Institutes für Medizinische Statistik der Universitätsmedizin Göttingen (Prof. Dr. Friede). Um eine einheitliche Auswertung der Fragebögen zu gewährleisten, wurden Regeln für die Auswertung erstellt:

- Nur Institutionen, die eine Rücklaufquote von mindestens 25% erreichen, werden in die Auswertung aufgenommen.
- Jeder Fragebogen, der angefangen wurde ausgefüllt zu werden, wird ausgewertet.

- Eine Frage, die von weniger als 50% der Befragten beantwortet wurde, wird nicht in der Auswertung berücksichtigt.
- Mehrfachantworten sind bei Fragen, deren Antwortmöglichkeiten sich nicht ausschließen, zugelassen.
- Bei Fragen, die nicht gleichermaßen beantwortet wurden, wurden die Bezugsgrößen angepasst.

Wurde statt einer eigentlich geforderten Gewichtung mit den Zahlen 1-3 bzw. 1-4 die Frage nur mit Kreuzen beantwortet, so wird dies, wie folgt, ausgewertet:

- Bei Wertungen von 1-3:
 - 1 Kreuz = 3 Wertungspunkte für die angekreuzten Antwortmöglichkeiten
 - 2 Kreuze = jeweils 2,5 Wertungspunkte für die angekreuzten Antwortmöglichkeiten
 - 3 Kreuze = jeweils 1 Wertungspunkt für die angekreuzten Antwortmöglichkeiten
- Bei Wertungen von 1-4:
 - 1 Kreuz = 4 Wertungspunkte für die angekreuzten Antwortmöglichkeiten
 - 2 Kreuze = jeweils 3,5 Wertungspunkte für die angekreuzten Antwortmöglichkeiten
 - 3 Kreuze = jeweils 3 Wertungspunkt für die angekreuzten Antwortmöglichkeiten
 - 4 Kreuze = jeweils 2,5 Wertungspunkte für die angekreuzten Antwortmöglichkeiten

Bei Fragen, die eine Einschätzung auf einer Skala von „unwichtig“ bis „sehr wichtig“ oder „ungenügend“ bis „sehr gut“ erforderten, wurden Zahlenwerte zugeordnet (Tabelle 8).

Tabelle 8: Zuordnung von Zahlenwerten und Bedeutung

Zahlenwert	Bedeutung	
1	unwichtig	ungenügend
1,5	unwichtig-nicht so wichtig	ungenügend-mangelhaft
2	nicht so wichtig	mangelhaft
2,5	nicht so wichtig-egal	mangelhaft-ausreichend
3	egal	ausreichend
3,5	egal- wichtig	ausreichend-gut
4	wichtig	gut
4,5	wichtig-sehr wichtig	gut-sehr gut
5	wichtig	sehr gut

Die statistische Auswertung erfolgte mit Hilfe des Programms STATISTICA 10 des Herstellers StatSoft (Tulsa, Oklahoma, USA). Hierbei wurden alle Fragen, die von mehr als 50% beantwortet wurden, zum einen deskriptiv, zum anderen vergleichend (Teil 1 zwischen Pfl-

gedienstleitung und Pflegepersonal Teil 2 zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen) ermittelt. Aufgrund der Übersicht wurden im vergleichenden Ergebnisteil nur auf die Fragen eingegangen, in denen signifikant unterschiedliche Angaben gemacht wurden. Die Signifikanztestung wurde mit Hilfe des Chi-Quadrat-Test und Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Testes durchgeführt. Der Chi-Quadrat-Test wurde bei allen Fragen mit unterschiedlichen Antwortmöglichkeiten angewendet, wie z.B. der Frage nach dem Geschlecht. Bei allen restlichen Fragen mit Größenangaben, wie z.B. der Frage nach dem Alter, fand der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test Anwendung. Das Signifikanzniveau wurde auf $p > 0,05$ festgelegt. Im Ergebnisteil werden nur die signifikanten p-Werte ausgewiesen.

4 Ergebnisse

Der erste Teil der Befragung, die Befragung der Göttinger Pflegeschulen ist nicht primärer Schwerpunkt dieser Arbeit und diente lediglich als Nebenfragestellung für eine ersten Orientierung zu Lehrinhalten der Themenbereiche: Mundgesundheit und Mundpflege, an den teilnehmenden Pflegeschulen in Göttingen. Daher werden nachfolgend nur wesentliche Erkenntnisse ausgeführt. Der wesentliche Fokus der Studie lag in der Befragung der Pflegedienstleistungen (Leitung und Pflegekräfte), weshalb auf die Ergebnisse dieses Befragungsanteils ausführlicher eingegangen wird.

4.1 Ergebnisse der Befragung an Göttinger Pflegeschulen

Von den 3 Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen in Göttingen waren nur zwei Schulen zu einem persönlichen Gespräch bereit. Von den 2 Altenpflegeschulen war nur zu einer Schule die Kontaktherstellung möglich.

Der Lehrplan orientierte sich in zwei Schulen an dem Buch „Gemeinsame Pflegeausbildung“ (Menke und Oelke 2005). Dieser umfasste sowohl Anatomie und Physiologie der Mundhöhle als auch Krankheitslehre (Parotitis, Soor, Aphten, Rhagaden, Risikogruppen), Mundpflege und praktische Übungen. In einer Schule wurden eigene Erfahrungen zu einer Unterrichtseinheit umgewandelt. Zusätzlich wurden die Themen „Zahnersatzformen“ und „Vorschläge zur Organisation vom Zusammenspiel zwischen Zahnarzt und Pflegepersonal“ behandelt. Die Anzahl der Unterrichtsstunden variierten zwischen 10 und 32 Stunden. Nur in einer Schule wurde eine gesonderte Klausur zur Thematik geschrieben (Tabelle 9).

Tabelle 9: Ergebnisse der Befragung in den Pflegeschulen in Göttingen

	Anzahl der Unterrichtsstunden	Gesonderte Klausur	Kooperation mit Zahnärztekammer/ Zahnärzten	Lehrplanorientierung
Schule I	wissenschaftlich-medizinischer Bezug 4h pflegerischer Schwerpunkt 8h	ja (2h)	nicht erwünscht	„Gemeinsame Pflegeausbildung“ (Menke, Oelke 2005)
Schule II	10h	nein	erwünscht	„Gemeinsame Pflegeausbildung“ (Menke, Oelke 2005)
Schule III	24-32h	nein	nicht notwendig	eigenen Erfahrungen

Die genauen Lehrinhalte waren nicht Schwerpunkt der Befragung. Zur Unterrichtsvorbereitung wurden - neben dem Internet und persönlichen Erfahrungen - in den Schulen I und II die folgenden Bücher verwendet:

- „Biologie, Anatomie, Physiologie“ (Menche 2007)
- „Mundhygiene und spezielle Mundpflege“ (Gottschalck 2007)
- „Pflege heute - Lehrbuch für Pflegeberufe“ (Menche 2011)
- „Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege - In guten Händen“ (Oelke 2007)
- „Kinderkrankenpflege und Gesundheitsförderung“ (Hoehl und Kullick 2002)
- „Krankenpflegehilfe“ (Frey et al. 2002)

Den Schülern wurde empfohlen mit dem Unterrichtsmaterial und den folgenden Büchern zu lernen:

- „Thiemes Pflege“ (Schewior-Popp 2009),
- „Pflege heute - Lehrbuch für Pflegeberufe“ (Menche 2011)
- „Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege - In guten Händen“ (Oelke 2007)

Lediglich in einer Schule wurden die Schüler angehalten ausschließlich mit den ausgeteilten Unterrichtsmaterialien zu lernen.

Auffrischkurse und Fortbildungen wurden nicht angeboten. Kooperation mit Zahnärzten oder der Zahnärztekammer existierten nicht. Der Wunsch nach einem solchen Kontakt bestand nur bei einer Schule.

4.2 Ergebnisse der Befragung in Göttinger Pflegeeinrichtungen

4.2.1 Allgemeine Ergebnisse

Die Gesamtteilnahmebereitschaft der 21 angeschriebenen Institutionen lag bei 42,86% (n=9). 46,15% (6) der stationären und 37,5% (3) der ambulanten Pflegeeinrichtungen stimmten der Teilnahme zu. Somit nahmen insgesamt 9 Einrichtungen an der Befragung teil.

Bis auf eine stationäre Institution, die keine stellvertretende Leitung hatte, erklärten sich in allen teilnehmenden Einrichtungen jeweils zwei Personen (die Pflegedienstleitungen und die Stellvertretenden) dazu bereit, an der Umfrage mitzuwirken. Durch die Umfrage beim Pflegepersonal wurden von den insgesamt 561 Angestellten (452 stationär und 109 ambulant) 167 Personen (136 stationär und 31 ambulant) befragt. Tabelle 10 und Tabelle 11 zeigen die Rücklaufquote der internen Teilnahmebereitschaft bei den Leitungen und dem Pflegepersonal.

Tabelle 10: Rücklaufquote - Interne Teilnahmebereitschaft (Pflegedienstleitung)

Anzahl Pflegedienstleitungen	gesamt n=18	stationär n=12	ambulant n=6
ausgeteilte Fragebögen	18 (100%)	12 (100%)	6 (100%)
teilnehmende Personen	17 (94,4%)	11 (91,7%)	6 (100%)

Tabelle 11: Rücklaufquote - Interne Teilnahmebereitschaft (Pflegepersonal)

Anzahl Pflegepersonal	gesamt n=561	stationär n=452	ambulant n=109
ausgeteilte Fragebögen	288 (40,6%)	231 (51,1%)	57 (52,3%)
teilnehmende Personen	167 (29,8%)	136 (30,1%)	31 (28,4%)

Die Pflegeinstitutionen unterschieden sich in ihrer Größe und der Bereitschaft, die Fragebögen anzunehmen und auszufüllen. Im Mittel wurden 32% des stationären und 28,4% des ambulanten Pflegepersonals befragt. Die Rücklaufquote der stationären Einrichtungen lag im Durchschnitt bei 58,9%, die der ambulanten Pflegedienste bei 54,4%. In jeder Institution wurden mindestens 45% der Fragebögen ausgefüllt.

Tabelle 12 und

Tabelle 13 zeigen für jede Einrichtung (stationär bzw. ambulant) im Einzelnen die Rücklaufquoten.

Tabelle 12: Rücklaufquote des Pflegepersonals in stationären Einrichtungen

Einrichtungscod	Anzahl Pflegepersonal	Anzahl ausgeteilter Bögen	25% Quote	Zurück-erhaltene Fragebögen	Rücklaufquote	Befragtes Personal
A	131	100	32,8	45	45%	34,4%
B	99	32	24,8	25	78,1%	25,3%
C	69	30	17,3	18	60%	26,1%
D	39	20	9,8	13	65%	33,3%
E	74	29	18,5	25	86,2%	33,8%
F	40	20	10	10	50%	25%
gesamt	452	231	113	136	58,9%	32%

Tabelle 13: Rücklaufquote des Pflegepersonals in ambulanten Einrichtungen

Einrichtungscod	Anzahl Pflegepersonal	Anzahl ausgeteilter Bögen	25% Quote	Zurück-erhaltene Fragebögen	Rücklaufquote	Befragtes Personal
G	67	32	16,8	17	53,1%	25,4%
H	28	15	7	9	60%	32,1%
I	14	10	3,5	5	50%	35,7%
gesamt	109	57	27,3	31	54,4%	28,4%

4.2.2 Ergebnisse der Pflegedienstleistungsfragebögen

4.2.2.1 Beschreibung der Klientel (Frage 1-9)

Überwiegend waren die Teilnehmer deutsche verheiratete Frauen im mittleren Alter von 45,7 Jahren. Der Abschluss der Ausbildung erfolgte im Mittel mit 24,1 Jahren. Der größte Teil war in Vollzeit angestellt. Tabelle 14 beschreibt die teilnehmenden Pflegedienstleitungen hinsichtlich des Geschlechts, des Alters, der Nationalität, des Familienstandes, des höchsten Ausbildungsgrades, des Alters beim Abschluss der Ausbildung, der zusätzlichen Berufsbezeichnung, Beschäftigungsart und der Berufserfahrung.

Tabelle 14: Beschreibung der Klientel bezüglich Geschlecht, Alter, Nationalität, Familienstand, Ausbildungsgrad, Zeitpunkt des Ausbildungsabschlusses, Berufsbezeichnung, Beschäftigungsart und Berufserfahrung (Pflegedienstleitung)

	gesamt (n=17)	stationär (n=11)	ambulant (n=6)	Vergleich stationär/ambulant Signifikanz
Geschlecht:				
männlich	5 (29,4%)	3 (27,3%)	2 (33,3%)	p=0,79
weiblich	12 (70,6%)	8 (72,7%)	4 (66,7%)	
mittleres Alter in Jahren:	45,7 ± 9,6 (min.30; max.61)	47,1 ± 7,9	43,2 ± 12,5	p=0,65
Nationalität „deutsch“:	17	11	6	p>0,05
Familienstand:				
verheiratet	12 (75%)	9 (81,8%)	3 (60%)	p=0,65
liiert	2 (12,5%)	1 (9,1%)	1 (20%)	
getrennt/geschieden	2 (12,5%)	1 (9,1%)	1 (20%)	
keine Angaben	1	0	1	
Höchster Ausbildungsgrad:				
Sekundarschulabschluss	4 (23,5%)	3 (27,3%)	1 (16,7%)	p=0,12
Lehre	3 (17,7%)	2 (18,2%)	1 (16,7%)	
Fachschule	5 (29,4%)	4 (36,4%)	1 (16,7%)	
Fachhochschule/Universität	3 (17,7%)	0	3 (50%)	
keine Angaben	2	2	0	
mittleres Alter zum Zeitpunkt des Ausbildungsabschlusses in Jahren:	24,1 ± 5,2 (min.17; max.34)	22,5 ± 5	26,8 ± 4,6	p=0,07
Berufsbezeichnung (neben Pflegedienstleitung):				
KrankenpflegerIn	5 (50%)	1 (25%)	4 (66,7%)	p=0,03
AltenpflegerIn	4 (40%)	2 (50%)	2 (33,3%)	
Pflegefachkraft	1 (10%)	1 (25%)	0	
keine weiteren Angaben	7	7	0	
Beschäftigungsart:				
Vollzeit	12 (75%)	9 (90%)	3 (50%)	p=0,07
Teilzeit	4 (25%)	1 (10%)	3 (50%)	
keine Angaben	1	1	0	
Berufserfahrung in Jahren:	19,8 ± 8,9	22,1 ± 8,2	15,6 ± 9,4	p=0,39

Bei der Auswertung zur Beschreibung der Klientel ergaben sich nur bei den Angaben zur Berufsbezeichnung signifikante Unterschiede zwischen den Antworten der stationären und der ambulanten Pflegedienstleitungen ($p= 0,03$ Chi-Quadrat-Test). Alle ambulanten Pflegedienstleitungen hatten neben ihrer Tätigkeit als Institutionsleitung auch eine Ausbildung als Alten- oder KrankenpflegerIn.

4.2.2.2 Beschreibung der Einrichtungen (Frage 10-14)

Bezüglich der Beschreibung der Einrichtungen zeigte sich, dass über die Hälfte der Institutionen in privater Trägerschaft waren. Tabelle 15 gibt einen Überblick über die allgemeinen Angaben der Einrichtungen zur Trägerschaft.

Tabelle 15: Beschreibung der Einrichtungen bezüglich der Trägerschaft (Pflegedienstleitung)

	gesamt (n=9)	stationär (n=6)	ambulant (n=3)	Vergleich stationär/ambulant Signifikanz
Trägerschaft (Einrichtungen):				
privat	5 (55,6%)	4 (66,7%)	1 (33,3%)	p=0,14
kirchlich	2 (22,2%)	0	2 (66,7%)	
städtisch	1 (11,1%)	1 (16,7%)	0	
freigemeinnützig	1 (11,1%)	1 (16,7%)	0	

Die mittlere Anzahl der zu betreuenden Pflegebedürftigen, die Aufteilungen auf die Pflegestufen und das Verhältnis von privatversicherten zu gesetzlich versicherten Pflegebedürftigen zeigt Tabelle 16. Im Mittel wurden 151,7 Senioren pro Institution betreut. Es zeigte sich, dass die einzelnen Einrichtungen bezüglich der zu pflegenden Personen unterschiedlich waren. Besonders deutlich ist der Unterschied zwischen den ambulanten und stationären Einrichtungen bezüglich der mittleren Anzahl zu betreuender Senioren in Pflegestufe III. Hier stellte sich heraus, dass sich die ambulanten Einrichtungen im Schnitt um deutlich weniger Pflegebedürftige Stufe III kümmerten. Der Anteil der gesetzlich versicherten Pflegebedürftigen überwog bei allen Einrichtungen.

Tabelle 16: Beschreibung der Einrichtungen bezüglich der zu betreuenden Pflegebedürftigen (mittlere Anzahl der Betreuten, Art der Betreuung, Versicherungsart) (Pflegedienstleitung)

	gesamt (n=9)	stationär (n=6)	ambulant (n=3)	Vergleich stationär/ambulant Signifikanz
mittlere Anzahl zu betreuender Pflegebedürftige pro Einrichtung:	151,7 ± 106 (min. 64; max. 386)	135 ± 69,6	185 ± 174,3	p=1,00
Art der Betreuung (Mittlere Anzahl pro Einrichtung):				
nicht-Pflegebedürftig	54 ± 89,2 (min. 0; max. 157)	0	54 ± 89,3	p=0,16
Pflegestufe 0	9 ± 10,7 (min. 0; max. 33)	7,67 ± 6,3	11,7 ± 18,5	p=0,9
Pflegestufe I	59,3 ± 42,2 (min. 20; max. 150)	51,3 ± 30,8	75,3 ± 64,7	p=0,9
Pflegestufe II	43,8 ± 20,8 (min. 17; max. 76)	47,7 ± 21,2	36 ± 21,9	p=0,52
Pflegestufe III	21,4 ± 17,1 (min. 0; max. 60)	28,2 ± 16,6	8 ± 8,5	p=0,05
Verhältnis der gesetzlich zu privat Versicherten (Mittlere Anzahl pro Einrichtung):				
privat	16,1 ± 12,7 (min. 3; max. 41)	14,2 ± 7,9	22 ± 26,9	p=1,00
gesetzlich	144,9 ± 98,6 (min. 46; max. 345)	120,7 ± 65,5	217,5 ± 180,3	p=0,62

Im Mittel hatten die Einrichtungen 62,3 Angestellte. Es zeigte sich, dass die ambulanten Pflegedienste eher weniger Angestellte hatten als die stationären. Großteils bestand das Personal in allen Einrichtungen aus AltenpflegerInnen und Hilfskräften. Auffällig war, dass in den stationären Institutionen deutlich mehr ausgebildet wurde und es wesentlich mehr Hilfskräfte gab. Der Anteil der weiblichen Angestellten überwog. Die stationären und ambulanten Einrichtungen unterschieden sich zwar, es gab jedoch keine signifikanten Unterschiede. Tabelle 17 zeigt die Anzahl, die Geschlechteraufteilung und die Qualifikation der Angestellten pro Einrichtung.

Tabelle 17: Beschreibung der Einrichtungen bezüglich der Angestellten (mittlere Anzahl der Angestellten, Qualifikation) (Pflegedienstleitung)

	gesamt (n=9)	stationär (n=6)	ambulant (n=3)	Vergleich stationär/ ambu- lant Signifikanz
Mittlere Anzahl Angestellte pro Einrichtung:	62,3 ± 36,8 (min. 14; max. 131)	75,3 ± 35,4	36,3 ± 27,5	p=0,09
Anzahl männliche Angestellte	10 ± 10,6	12,5 ± 12,26	5 ± 4,6	p=0,61
Anzahl weibliche Angestellte	52,3 ± 29,8	62,8 ± 26,5	31,3 ± 28,2	p=0,09
Qualifikation der Mitarbeiter (Mittlere Anzahl pro Einrichtung):				
Altenpfleger	20,4 ± 10,8	21,7 ± 9,6	16,5 ± 17,7	p=0,87
Krankenpfleger	8,6 ± 7,1	6,7 ± 6,9	14,5 ± 5	p=0,67
Auszubildende	8,1 ± 5,1	10 ± 4,4	2,5 ± 2,1	p=0,71
Hilfskräfte	18 ± 12,4	23,5 ± 10,9	7 ± 7	p=0,18
Praktikanten	1,1 ± 1,3	1,5 ± 1,4	0,3 ± 0,6	p=0,30
Zeitarbeiter	0,2 ± 0,7	0,3 ± 0,8	0	p=0,80
Ohne Qualifikation	5,1 ± 13,2	7,5 ± 16,1	0,33 ± 0,6	p=0,90
Sonstiges Personal	3,8 ± 5,6	4,2 ± 6,5	2,5 ± 2,1	p=1,00

4.2.2.3 Ärztliche und zahnärztliche Situation (Frage 15-23)

Während 4 (23,5%) Pflegedienstleitungen - alle aus stationären Institutionen – angaben, ärztliche Eingangsuntersuchungen durchzuführen, wurden zahnärztliche Screenings oder Eingangsuntersuchungen von allen Studienteilnehmern verneint. Jeder Pflegebedürftige hatte seinen eigenen Arzt und Zahnarzt. Einen einheitlichen Arzt oder Zahnarzt, der für alle Senioren einer Institution zuständig war, gab es laut den Pflegedienstleitungen in keiner Einrichtung. Auf die Spezifizierung der Frage, wie die zahnmedizinische Versorgung sichergestellt ist (n=15), antworteten 10 (66,7%), dass es keinen einheitlichen Zahnarzt für die Einrichtung gab. Fünf (33,3%) kreuzten an, dass einige Pflegebedürftige ihren eigenen Zahnarzt hatten und die anderen Senioren einheitlich von einem Zahnarzt betreut wurde. Es zeigte sich, dass hauptsächlich symptombezogene Untersuchungen stattfanden (Tabelle 18).

Tabelle 18: Kontrollorientiertes oder symptombezogenes Visiting (Pflegedienstleitung)

	kontrollorientiert (regelmäßig)	symptombezogen	kontrollorientiert und symptombezogen
ärztliche Kontakte (n=16)	3 (18,8%)	9 (56,3%)	4 (25%)
zahnärztliche Kontakte (n=17)	1 (5,9%)	15 (88,2%)	1 (5,9%)

Bei der Spezifizierung der Frage, unter welchen Umständen zahnärztliche Kontakte bestehen, gaben 15 (93,8%) an, dass auf Wunsch des Pflegebedürftigen zahnärztliche Kontakte entstanden. 10 (62,5%) kreuzten an, dass bei Schmerzen und Beschwerden ein Zahnarzt gerufen wurde und 3 (18,8%) gaben an, dass in regelmäßigen Intervallen zahnärztliche Untersuchungen durchgeführt wurden (Mehrfachnennung war möglich).

Eine Behandlungsmöglichkeit vor Ort wurde von zwei Pflegedienstleitungen angegeben, welche beide aus stationären Einrichtungen stammten. Die Behandlungen erfolgten entweder auf dem Zimmer des Bewohners bzw. beim Pflegebedürftigen zu Hause oder, wie von 6 Befragten genannt, ausschließlich in Arzt- oder Zahnarztpraxen. Es ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den stationären und den ambulanten Pflegedienstleitungen ($p < 0,01$ Chi-Quadrat-Test). Keine der ambulanten Einrichtungen gab an einen Untersuchungsraum zu haben. Der Transport zum Behandlungsort erfolgte größtenteils per Krankentransport ($n=15 / 88,2\%$) oder Taxi ($n=14 / 82,4\%$). 13 Pflegedienstleitungen (76,5%) gaben an, dass die Senioren eigenorganisiert den Behandlungsort aufsuchen, 5 (29,4%) gaben an, dass mit dem Bus zum Behandlungsort gefahren wird (Mehrfachantworten zugelassen). Zusätzlich wurde die Begleitung zum Arzt durch ehrenamtlich tätige Personen genannt. Einige betonten, dass die Wahl des Transportmittels sich sowohl nach der Pflegestufe und dem Zustand des Pflegebedürftigen als auch nach dem was die Krankenkasse genehmigte, richtete. Eine Kooperation mit Zahnärzten wurde von 7 (41,2%) (nur stationäre Einrichtungen) angegeben (Abbildung 4). Hier ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den stationären und den ambulanten Pflegedienstleitungen ($p=0,01$ Chi-Quadrat-Test).

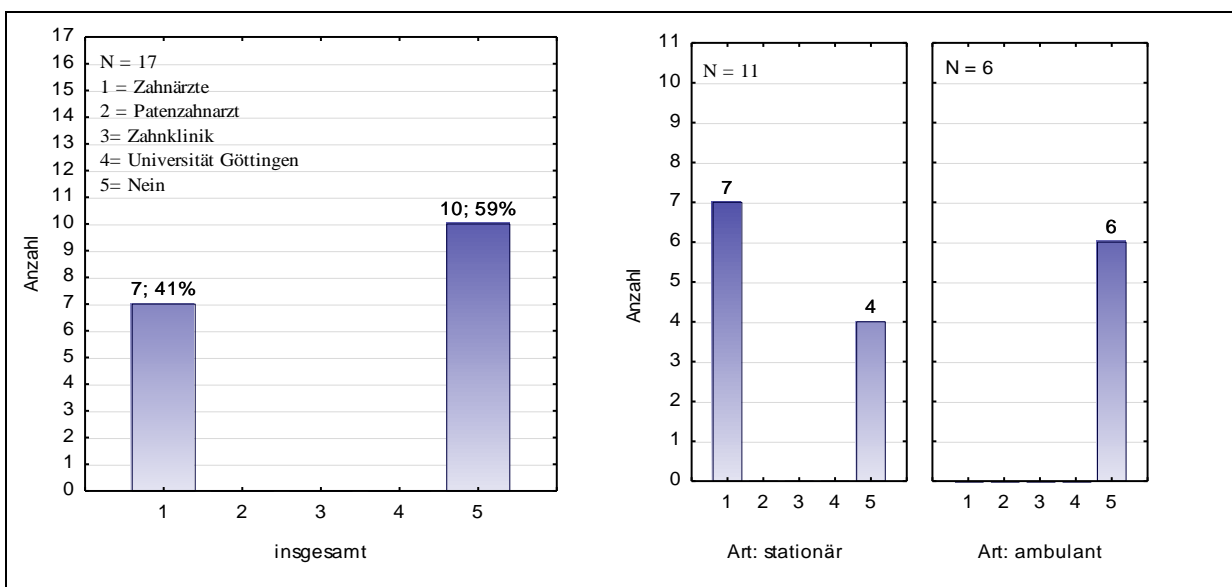


Abbildung 4: Ergebnisse hinsichtlich zahnärztlicher Kooperationspartner (Pflegedienstleitung) [Antwortmöglichkeiten: 1=Zahnärzte; 2=Patenzahnärzte; 3=Zahnkliniken; 4=Universität Göttingen; 5=Nein (nicht vorhanden)]

4.2.2.4 Angaben hinsichtlich oraler Präventionsmaßnahmen (Frage 24-35)

Die Frage, ob Mundhygienekontrollen durch einen Zahnarzt in ihrer Institution vorgenommen wurden, bejahten 4 (28,6%) Pflegedienstleitungen (n=3 / 30% stationäre und n=1 / 25% ambulante). 12 (70,6%) gaben an, dass eine Mundhygienekontrolle durch das Pflegepersonal stattfand.

Tabelle 19 gibt einen Überblick über die Antworten auf die Frage, wie die Pflegebedürftigen bei der Mundhygiene unterstützt wurden (Mehrfachantworten zugelassen). 6 Pflegedienstleitungen betonten unter „sonstiges“, dass die Hilfestellung ganz unterschiedlich, sowohl abhängig von der Pflegestufe, dem Allgemeinzustand, der damit einhergehenden Selbständigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit als auch vom individuellen Auftrag und Wunsch des Pflegebedürftigen, erfolgte.

Tabelle 19: Art der Mundhygieneunterstützung (Pflegedienstleitung)

Art der Mundhygieneunterstützung	Beantwortung mit „ja“ (n=17)
selbständige Durchführung	13 (76,5%)
Übernahme durch das Pflegepersonal	15 (88,3%)
Anleitung und Erklärung	9 (52,9%)
sonstiges	6 (35,3%)

Als Hilfsmittel zur täglichen Mundhygieneunterstützung wurden zum größten Teil manuelle Zahnbürsten und Mundspüllösungen verwendet. Zudem wurden auch elektrische Zahnbürsten von der Hälfte der Befragten genannt (Mehrfachantworten zugelassen) (Tabelle 20). Zwei Pflegedienstleitungen betonten, dass sie sich individuell nach dem Wunsch und der Gewohnheit der Pflegebedürftigen richteten. Zweimal wurden Zungenbürsten und Mundpflegestäbchen als zusätzliche Mundhygienehilfsmittel genannt.

Tabelle 20: Hilfsmittel zur Mundhygiene (Pflegedienstleitung)

Hilfsmittel	Beantwortung mit „ja“ (n=16)
manuelle Zahnbürste	16 (100%)
Mundspüllösungen	11 (68,8%)
elektrische Zahnbürste	8 (50%)
Zahnseide	2 (12,5%)
Zahzwischenraumbürsten	1 (6,3%)
sonstiges	4 (25%)

Das Material für die Mundhygiene finanzierte laut 14 (82,4%) Leitungen jeder Pflegebedürftige selbst. Nur 3 (17,7%) gaben an, dass es teilweise auch von der Institution gestellt wurde. Bei der Prothesenreinigung wurde angegeben, dass auch hier individuell nach Wunsch und Gewohnheit der Senioren vorgegangen wurde. In keiner der Einrichtung fand eine Säuberung die Prothesen mit Ultraschallbad oder mit Seife statt. Die verwendeten Hilfsmittel sind in Tabelle 21 aufgeführt (Mehrfachantworten zugelassen). Die Unterschiede zwischen den stationären und den ambulanten Pflegedienstleitungen waren nur bezüglich der Verwendung der Reinigungstabletten signifikant ($p=0,04$ Chi-Quadrat-Test).

Tabelle 21: Art der Prothesenhygiene (Pflegedienstleitung)

Prothesenhygiene	gesamt (n=17)	stationär (n=11)	ambulant (n=6)	Vergleich stationär/ ambulant Signifikanz
Zahnbürste und Zahnpasta	17 (100%)	11 (100%)	6 (100%)	$p>0,05$
Reinigungstabletten	15 (88,2%)	11 (100%)	4 (66,7%)	$p=0,04$
eigenständige Reinigung	5 (29,4%)	4 (36,4%)	1 (16,7%)	$p=0,39$

14 (82,4%) Befragte gaben an, dass eine Kennzeichnung der Prothesen nicht vorhanden und nicht nötig war. Zwei Pflegedienstleitungen gaben an, dass der Name in die Prothesen eingearbeitet wurde, in einer Einrichtung werden beschrifteten Behältern verwendet.

Die geschätzte durchschnittliche Zeit, die für die Mundhygiene zur Verfügung stand, variierte zwischen 1 und 15 Minuten. Die gewünschte Zeit wurde minimal mit 2,5 und maximal mit 25 Minuten angegeben. Im Mittel gaben die stationären Leitungen an, eine Minute länger Zeit zu haben als die Ambulanten. Die durchschnittlichen Zeiten und deren Differenz sind in Tabelle 22 aufgeführt.

Tabelle 22: Zeit des Pflegepersonals für Mundhygiene pro Pflegebedürftigem (Pflegedienstleitung)

	gesamt (n=17)	stationär (n=11)	ambulant (n=6)	Vergleich stationär/ ambulant Signifikanz
Durchschnittliche Zeit (in Minuten)	5,5 ± 3,4	6,5 ± 3,8	3,6 ± 1,8	$p=0,08$
Durchschnittliche gewünschte Zeit (in Minuten)	7,8 ± 5,1	9,6 ± 5,6	4,4 ± 1,4	$p=0,01$
Differenz (in Minuten)	2,3 ± 2,8	3,1 ± 3,3	0,8 ± 0,6	$p<0,01$

Bei dieser Frage zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den stationären und der ambulanten Pflegedienstleitungen im Bezug auf die Zeit, die man sich für die Mundhygiene

wünschte (Wunschzeit) ($p=0,01$ Wilcoxon-Test). Dabei war festzustellen, dass die Wunschzeit der ambulanten Leitungen signifikant geringer war. Auch bezüglich der Differenz der Mundhygienezeit und der Wunschzeit für Mundhygiene ergaben sich signifikante Unterschiede ($p<0,01$ Wilcoxon-Test). Diese war bei den ambulanten Einrichtungen deutlich geringer.

Auf die Frage, wie wichtig die Mundhygiene im Vergleich zum Beispiel mit der Dekubitusprophylaxe oder der Verhinderung der Dehydrierung ist, entschieden sich 11 (64,7%) der Befragten für „wichtig“, 3 (17,7%) für „nicht so wichtig“ und 3 (17,7%) für „sehr wichtig“. Einen Mundhygienebeauftragten gab es in keiner der befragten Einrichtungen.

4.2.2.5 Ausbildungsstand (Frage 36-46)

Den Ausbildungsstand ihres Pflegepersonals bezüglich oraler Präventionsmaßnahmen schätzten 6 (35,3%) als „mangelhaft“, 2 (11,8%) als „mangelhaft-ausreichend“ und 9 (52,9%) als „ausreichend“ ein. Fortbildungen zu oraler Präventionsmaßnahmen erachteten 1 (5,9%) Befragter als „nicht so wichtig“, 1 (5,9%) als „egal“, 12 (70,6%) als „wichtig“, 1 (5,9%) als „wichtig - sehr wichtig“ und 2 (11,8%) als „sehr wichtig“.

13 Pflegedienstleitungen machten Angaben zu ihren Kenntnissen bezüglich Zahnhygiene-Trainingsprogrammen und Trainingsmaterialien. 12 (92,3%) antworteten, dass sie keine kennen und 1 (7,7%) schrieb „die üblichen Pflegemethoden“. Ob interne und oder externe allgemeine Fortbildungen stattfanden, wurde von 1 (5,9%) der Befragten mit „ja, aber nur intern“, von 4 (23,5%) mit „nein“ und von 12 (70,6%) mit „ja, extern und intern“ beantwortet. Die Teilnahme des Personals an diesen Fortbildungen wurde mittelwertig auf $50,5\% \pm 25\%$ geschätzt. 11 (94,1%) gaben jedoch an, dass keine Fortbildungen bezüglich oraler Präventionsmaßnahmen bei ihren Institutionen vorgenommen wurden.

Gründe für die Nichtteilnahme an Fortbildungen wurden von 2 (20%) der Befragten mit „keine Zeit“, von 4 (40%) mit „nicht genügend Informationen über Fortbildungsmöglichkeiten“ und von 1 (10%) mit „kein Interesse“ beantwortet. Vier Leitungen erklärten, dass es keine Angebote zu diesem Themenbereich gab, während 2 feststellten, dass sie dieses Thema bisher noch nicht berücksichtigt hatten. 16 (94,12%) Pflegedienstleitungen unterstützten ihr Personal bei Weiterbildungen durch Finanzierung und Freistellung von der Arbeit.

Drei Leitungen stellten keinen Verbesserungsbedarf fest. Die anderen zeigten verschiedene Defizite auf:

- gesetzlichen und gesellschaftlichen Verbesserungsbedarf
- keine regelmäßige Pflegebedarfsermittlung (mind. 1-mal jährlich)

- Senioren können aus Kostengründen eine intensivere Zahnpflege/Zahnreinigung nicht wahrnehmen
- großer Mangel des Personals in der Fähigkeit, Munderkrankungen rechtzeitig und korrekt zu erkennen
- Fortbildungen führen nicht unbedingt zu einer Veränderung der Umsetzung
- mangelndes Interesse des Pflegepersonals an Fortbildungen, da Mundhygiene, eher als Randgebiet angesehen wird

4.2.2.6 Verbesserungsvorschläge (Frage 47-52)

Als Fortbildungsthemen wurden „Mundhygiene allgemein“ und „Munderkrankungen besser erkennen“ für wichtiger empfunden als das Thema „Tipps über die Anleitung zur Eigenständigen Mundhygiene“. Interessanter Weise bewerteten die ambulanten Leitungen die „Tipps über die Anleitung zur Eigenständigen Mundhygiene“ als das wichtigste Fortbildungsthema (Tabelle 23).

Tabelle 23: Wichtigkeit der Fortbildungsthemen (Pflegedienstleitung) (je mehr Punkte desto wichtiger, maximal 3 Punkte)

	gesamt (n=17) (durchschnittlich vergebene Punktzahl)	stationär (n=11) (durchschnittlich vergebene Punktzahl)	ambulant (n=6) (durchschnittlich vergebene Punktzahl)
Mundhygiene allgemein	2,1 ± 0,6	2,3 ± 0,4	1,8 ± 0,8
Tipps über die Anleitung zur eigenständigen Mundhygiene	1,6 ± 1	1,3 ± 1	2,2 ± 0,8
Munderkrankungen besser erkennen	2,1 ± 0,9	2,2 ± 1	1,8 ± 0,8

Desweiteren wünschten sich die Pflegedienstleitungen Fortbildungen zu folgenden Themen:

- Umgang mit Zahn-bzw. Mundpflege grundsätzlich
- Umgang mit Zahn-bzw. Mundpflege bei Nahrungskarenz schwerstkranken bzw. sterbenden Pflegebedürftigen
- Bedeutung einer guten Mundhygiene, Verbesserungsmöglichkeiten und Auswirkungen einer schlechten Mundhygiene
- Mund-, Zahn-, Prothesenpflege in der häuslichen ambulanten Versorgung im Rahmen realistischer Bedingungen (finanziell, zeitlich, knappe Mittel)

Als Schulungsart wurden Fortbildungen mit vielen praxisorientierten Beispielen gewünscht, die in der jeweiligen Einrichtung/Büro stattfinden.

Um das Personal besser unterstützen zu können, wurde „ein größeres Angebot an Fortbildungsmöglichkeiten“ zu haben für am wichtigsten erachtet (durchschnittlich $2 \pm 1,2$ Punkte). Als zweit wichtigstes wurde „mehr Personal“ (durchschnittlich $1,6 \pm 1,1$ Punkte), gefolgt von „mehr Geld“ (durchschnittlich $1,3 \pm 1,3$ Punkte) angesehen.

Einen Überblick über weitere Gründe für Ausbildungsdefizite, sortiert nach Wichtigkeit, zeigt Tabelle 24.

Tabelle 24: Gründe für Ausbildungsdefizite (Pflegedienstleitung) (je mehr Punkte desto wichtiger, maximal 4 Punkte)

Grund	gesamt (n=17) (durchschnittlich vergebene Punktzahl)
Mangel an Interesse	2,4 ± 1,8
Mangel an Zeit	2,2 ± 1,5
Mangel an Fortbildungsmöglichkeiten	1,7 ± 1,6
Mangel an Geld	1,1 ± 1,3

Bei der Frage, ob mehr Unterstützung von den Zahnärzten gewünscht wird, antworteten 11 (68,8%), dass sie mehr Fortbildungen und Anleitungen haben möchten, 7 (43,8%) sprachen sich für mehr Kontrolle aus und 2 (12,5%) empfanden die Unterstützung für ausreichend. Signifikant mehr stationäre Leitungen gaben an, nicht mehr Kontrolle durch Zahnärzte zu benötigen ($p=0,049$ Chi-Quadrat-Test). Bei der direkten Frage, ob mehr Kontrolle durch Zahnärzte gewünscht wird, antworteten 14 (82,4%) mit „ja“, während nur 1 (5,9%) Person verneinte. Unter „sonstiges“ erhofften sich einige Pflegedienstleitungen von Seiten der Zahnärzte mehr Bereitschaft sowohl Hausbesuche bei stark pflegebedürftigen Senioren durchzuführen als auch Pflegeheime zu Routineuntersuchungen aufzusuchen.

4.2.3 Ergebnisse der Pflegepersonalfragebögen

4.2.3.1 Beschreibung der Klientel (Frage 1-9)

In den Einrichtungen arbeiteten überwiegend deutsche Frauen im Alter von $39,1 \pm 12,9$ Jahren. Tabelle 25 beschreibt das Pflegepersonal hinsichtlich des Geschlechts, des Alters, der Nationalität und des Familienstandes. Es ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den Antworten des stationären und des ambulanten Pflegepersonals bei den Angaben zum Familienstand ($p=0,03$ Chi-Quadrat-Test).

Tabelle 25: Beschreibung der Klientel bezüglich Geschlecht, Alter, Nationalität und Familienstand (Pflegepersonal)

	gesamt (n=167)	stationär (n=136)	ambulant (n=31)	Vergleich stationär/ ambulant Signifikanz
Geschlecht:				
männlich	24 (14,7%)	18 (13,6%)	6 (19,4%)	p=0,42
weiblich	139 (85,3%)	114 (86,4%)	25 (80,7%)	
keine Angaben	4	4	0	
mittleres Alter in Jahren:	39,1 ±12,9 (min.16;max.69)	39,1 ± 13,3	39± 11,4	p=0,96
Nationalität:				
deutsch	162 (98,8%)	132 (99,3%)	30 (96,8%)	p=0,10
andere Nationalität (genannt wurden russisch und kroatisch)	2 (1,2%)	1 (0,8%) (kroatisch)	1 (3,2%) (russisch)	
keine Angaben	3	3	0	
Familienstand:				
alleinstehend	39 (24,4%)	30 (23,3%)	9 (29%)	p=0,03
verheiratet	69 (43,1%)	57 (44,2%)	12 (38,7%)	
liiert	32 (23,3%)	30 (23,3%)	2 (6,5%)	
getrennt/geschieden	19 (11,9%)	11 (6,9%)	8 (25,8%)	
keine Angaben	7	7	0	

Die meisten Pflegekräfte hatten eine Sekundarschule, eine Lehre oder eine Fachschule abgeschlossen. Das mittlere Alter zum Zeitpunkt des Abschlusses lag bei $18,8 \pm 5,4$ Jahren. Überwiegend waren AltenpflegerInnen angestellt. Die Beschäftigten arbeiteten seit $12,1 \pm 9,5$ Jahren. Die meisten waren Vollzeitkräfte (Tabelle 26). Es ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den Antworten der stationären und der ambulanten Pflegekräfte bei den Angaben zur Berufsbezeichnung ($p=0,01$ Chi-Quadrat-Test) und bei der Beschäftigungsart ($p=0,04$ Chi-Quadrat-Test).

Tabelle 26: Beschreibung der Klientel bezüglich Ausbildungsgrad, Zeitpunkt des Ausbildungsabschlusses, Berufsbezeichnung, Beschäftigungsart und Berufserfahrung (Pflegepersonal)

	gesamt (n=167)	stationär (n=136)	ambulant (n=31)	Vergleich stationär/ ambulant Signifikanz
höchster Ausbildungsgrad:				
Grundschule	2 (1,2%)	2 (1,5%)	0	p=0,62
Sekundarschulabschluss	66 (40%)	55 (41%)	11 (35,5%)	
Lehre	44 (26,7%)	38 (28,4%)	6 (19,4%)	
Fachschule	35 (21,2%)	26 (19,4%)	9 (29%)	
Fachhochschule/Universität	14 (8,5%)	10 (7,5%)	4 (12,9%)	
sonstige Angaben	4 (2,4%)	3 (2,2%)	1 (3,2%)	
keine Angaben	2	2	0	
mittleres Alter zum Zeitpunkt des Ausbildungsabschlusses in Jahren:	18,8 ± 5,4 (min. 15; max. 50)	18,6 ± 5,4	20 ± 5,4	p=0,08
Berufsbezeichnung:				
KrankenpflegerIn	21 (21,8%)	11 (8,3%)	10 (32,3%)	p=0,01
AltenpflegerIn	73 (44,5%)	58 (43,6%)	15 (48,4%)	
KrankenpflegehelferIn	3 (1,8%)	3 (2,3%)	0	
AltenpflegehelferIn	6 (3,7%)	6 (4,5%)	0	
Pflegefachkraft	9 (5,5%)	9 (6,8%)	0	
PflegehelferIn	24 (14,6%)	21 (15,8%)	3 (9,7%)	
Auszubildende	15 (9,2%)	13 (9,8%)	2 (6,5%)	
sonstige Angaben	13 (7,9%)	12 (9%)	1 (3,2%)	
keine Angaben	3	3	0	
Beschäftigungsart:				
Vollzeit	100 (61%)	88 (66,2%)	12 (38,7%)	p=0,04
Teilzeit	60 (37%)	42 (31,6%)	18 (58,1%)	
sonstige Angaben	4 (2,4%)	3 (2,3%)	1 (3,2%)	
keine Angaben	3	3	0	
Berufserfahrung in Jahren:	12,1 ± 9,5 (min. 0,3; max. 45)	12,1 ± 9,5	12,1 ± 10	p=0,94

4.2.3.2 Angaben hinsichtlich oraler Präventionsmaßnahmen (Frage 10-21)

105 (73,9%) der Befragten gaben an, dass die Mundhygienekontrollen durch den Zahnarzt durchgeführt werden. Dieser kam im Mittel $1,72 \pm 0,84$ mal im Jahr. 74 (52,1%) der Befragten antworteten, dass das Pflegepersonal Mundhygienekontrollen vornahm, welche im Durchschnitt an $291,88 \pm 229$ Tagen stattfanden. Inwieweit das Personal die Pflegebedürftigen in der Mundhygiene unterstützten, zeigt Tabelle 27.

Tabelle 27: Art der Mundhygiene (Pflegepersonal)

Art der Mundhygiene	Beantwortung mit „ja“ (n=155)
selbständige Durchführung	84 (54,2%)
Übernahme durch das Pflegepersonal	111 (71,6%)
Anleitung und Erklärung	93 (60%)

Einige Pflegekräfte fügten hinzu, dass die Mundhygiene ganz individuell an die physische und psychische Verfassung angepasst wurde. Hierbei richteten sie sich nach der Selbständigkeit des Pflegebedürftigen und dem jeweiligen Allgemein- und Gesundheitszustand.

127 (80,9%) gaben an, dass das Material zur Mundhygiene ausschließlich die Pflegebedürftigen selbst finanzierten, 5 (3,2%) antworteten, dass nur die Institution für die Kosten aufkam und 25 (15,9%) entscheiden sich für beide Möglichkeiten. Welche Hilfsmittel zur Mundhygiene verwendet wurden zeigt Tabelle 28 (Mehrfachantworten zugelassen). Mit welchen Hilfsmitteln die tägliche Prothesenreinigung stattfand, zeigt Tabelle 29 (Mehrfachantworten zugelassen).

Tabelle 28: Art und Hilfsmittel zur Mundhygiene (Pflegepersonal)

Hilfsmittel	Beantwortung mit „ja“ (n=155)
manuelle Zahnbürste	143 (92,3%)
Mundspüllösungen	97 (62,6%)
elektrische Zahnbürste	50 (32,7%)
Zahzwischenraumbürsten	12 (7,7%)
Zahnseide	7 (4,5%)
Ultraschallbad	2 (1,3%)

Tabelle 29: Art und Hilfsmittel zur Prothesenhygiene (Pflegepersonal)

Prothesenhygiene	Beantwortung mit „ja“ (n=161)
Zahnbürste und Zahnpasta	152 (94,4%)
Reinigungstabletten	125 (77,6%)
eigenständige Reinigung	27 (16,8%)
Zahnbürste und Seife	2 (1,2%)

Einige Pflegekräfte gaben an, dass sie individuell auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen eingehen und sie die Mundhygiene an die Wünsche, die Gewohnheiten und den Hilfebedarf der Senioren anpassten. Je nach Zustand des Pflegebedürftigen wurde von ihm selbst oder den Angehörigen die Art der Reinigung festgelegt und entsprechendes Material gekauft.

118 (78,2%) der Befragten gaben an, die Prothesen waren nicht gekennzeichnet oder benötigen keine Kennzeichnung. Von denen die Markierungen der Prothesen bejahten, wurden als Art der Kennzeichnung „Markierung auf dem Becher“ bzw. der Aufbewahrungsbox oder die „Eingravierung des Namens bzw. der Initialen“ auf der Prothese genannt.

Die Wahl des Zahnarztes erfolgte laut 7 (5%) individuell (jeder Pflegebedürftige hat seinen eigenen Zahnarzt). 66 (47,1%) gaben an, dass es einen Zahnarzt für alle Personen gibt, 67 (47,9%) führten aus, dass einige Senioren ihren eigenen Zahnarzt hatten und der Rest einheitlich von einem Zahnarzt betreut wurde. Bei dieser Frage ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den Antworten der stationären und der ambulanten Pflegekräfte ($p < 0,01$ Chi-Quadrat-Test, Abbildung 5).

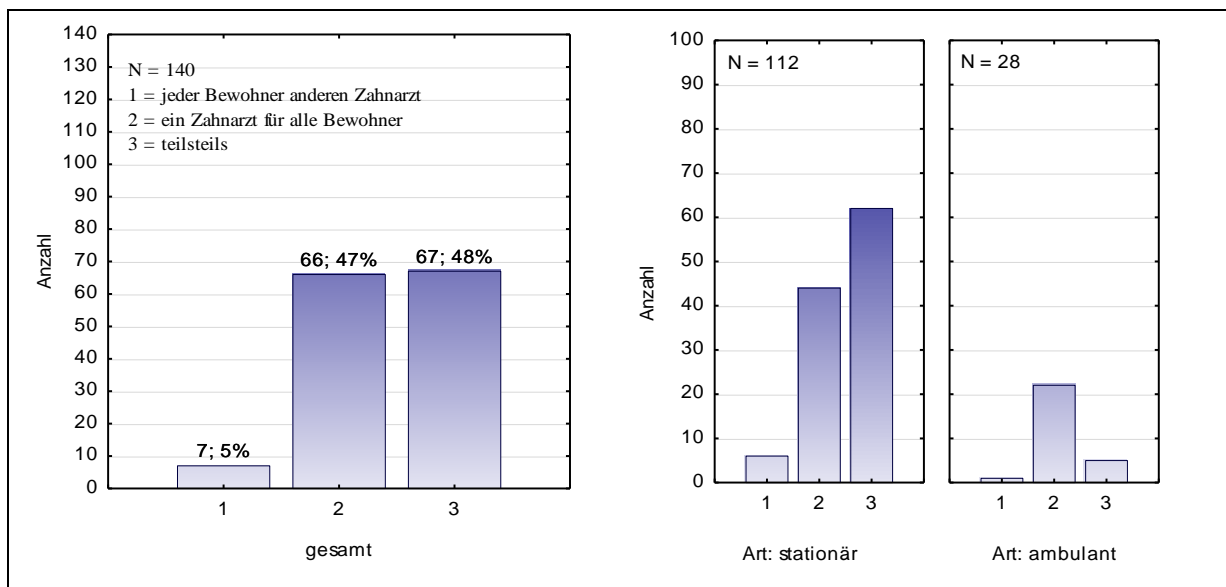


Abbildung 5: Ergebnisse zur Sicherstellung der zahnmedizinischen Versorgung (Pflegepersonal) [1=Jeder Bewohner/Pflegebedürftiger hat einen anderen Zahnarzt; 2=ein Zahnarzt für alle Bewohner/Pflegebedürftige; 3=teils teils]

Die Art, wie zahnärztliche Kontakte zustande kamen, ließ Mehrfachantworten zu. 114 (74,5%) Pflegekräfte gaben an, dass zahnärztliche Kontakte nur auf Wunsch des Pflegebedürftigen zustande kommen. 85 (55,6%) antworteten, dass ausschließlich bei Schmerzen und Beschwerden ein Zahnarzt hinzugezogen wurde. 44 (28,8%) gaben an, dass in regelmäßigen Abständen auch ohne akute Probleme zahnärztliche Kontrollen stattfanden. Hier

ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den Antworten der stationären und der ambulanten Pflegekräfte bei der Frage nach zahnärztlichem Kontakt auf Wunsch des Pflegebedürftigen ($p= 0,04$ Chi-Quadrat-Test) und bei der Frage, ob in regelmäßigen Intervallen zahnärztliche Kontakte stattfanden ($p < 0,01$ Chi-Quadrat-Test) (Abbildung 6 und Abbildung 7).

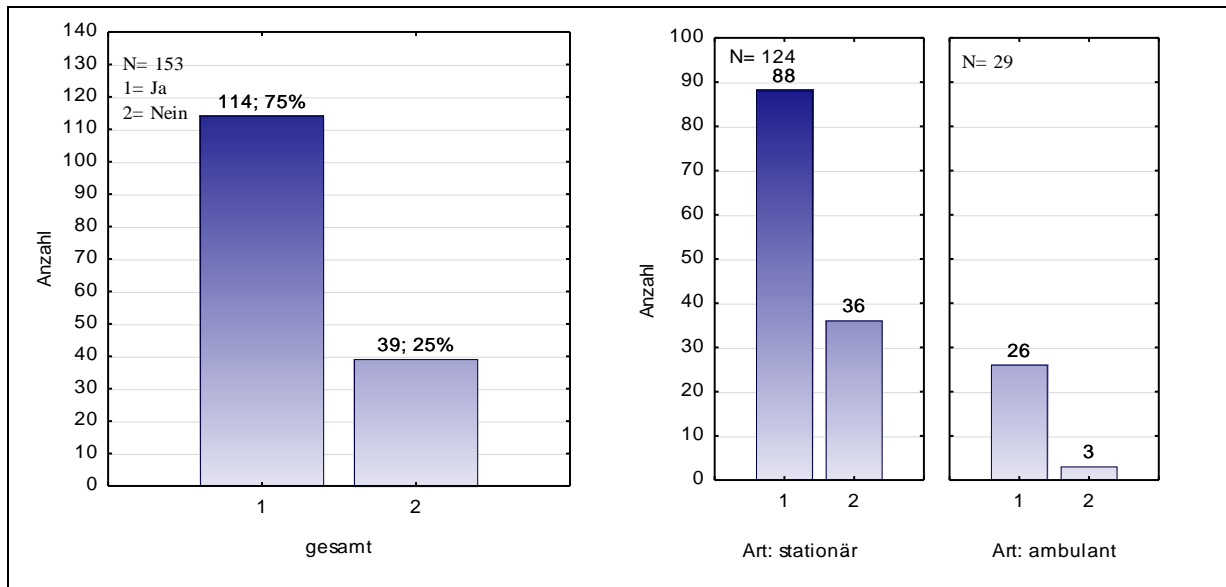


Abbildung 6: Ergebnisse zur Entstehung der zahnärztlichen Kontakt auf Wunsch der Pflegebedürftigen (Pflegepersonal) [1=Ja; 2=Nein]

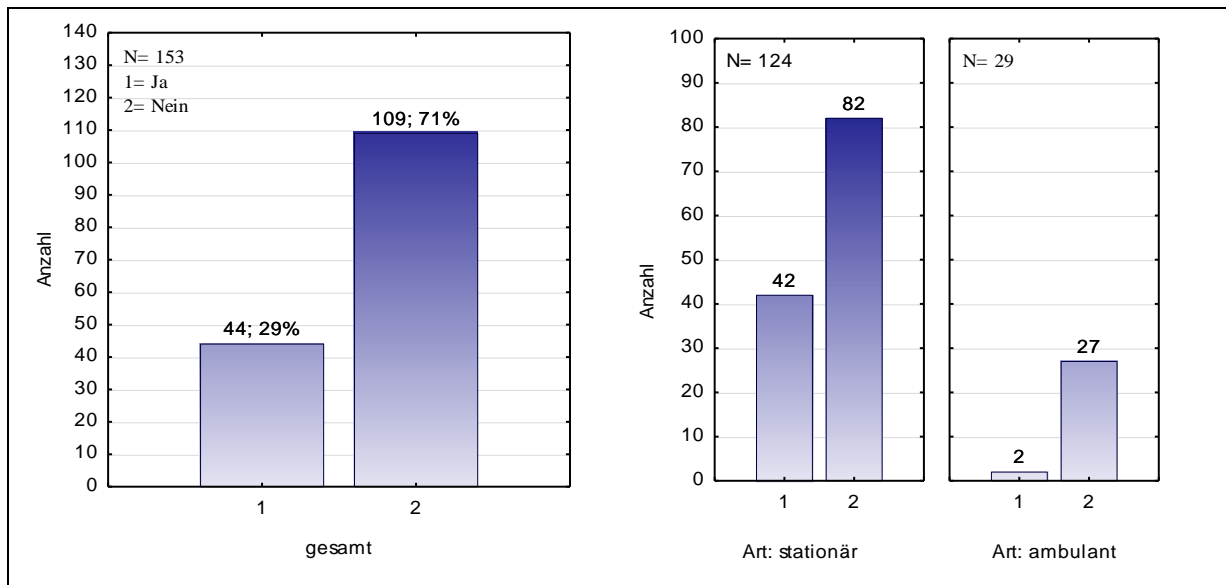


Abbildung 7: Ergebnisse zur Entstehung der zahnärztlichen Kontakt in regelmäßigem Intervall (Pflegepersonal) [1=Ja; 2=Nein]

Die Zeit, die das Pflegepersonal für die Mundhygiene aufbrachte, die gewünschte Zeit und deren Differenz zeigt Tabelle 30. Dabei waren sowohl bei den Angaben zur vorhandenen Zeit ($p=0,01$ Wilcoxon-Test) als auch bei den Differenzen zur gewünschten Zeit ($p<0,01$ Wilcoxon-Test) signifikante Unterschiede zwischen den Antworten der stationären und der ambulanten Pflegekräfte festzustellen. Die stationären Angestellten gaben durchschnittlich an, mehr Zeit zu haben. Die Diskrepanz zwischen der Wunschzeit und der vorhandenen Zeit war beim ambulanten Pflegepersonal größer.

Tabelle 30: Zeit des Pflegepersonals für Mundhygiene (Pflegepersonal)

	gesamt (n=153)	stationär (n=124)	ambulant (n=29)
durchschnittliche Zeit (in Minuten)	6,4 ± 3,4	6,7 ± 1,6	4,9 ± 2,2
durchschnittliche gewünschte Zeit (in Minuten)	9,3 ± 4,2	9,4 ± 4,1	8,7 ± 4,4
Differenz (in Minuten)	2,9 ± 3,1	2,7 ± 2,9	3,7 ± 3,9

Einem Mundhygienebeauftragten innerhalb der Einrichtung gab es laut 3 (2,1%) Befragten, während 143 (98%) erklärten, dass es keinen speziellen Verantwortlichen gab.

155 (92,8%) machten Angaben zur Wichtigkeit der Mundhygiene. Hierbei sollte ein Vergleich zur der Dekubitusprophylaxe oder der Verhinderung einer Dehydrierung gemacht werden. Einer (0,7%) gab an „nicht so wichtig“, 3 (1,9%) „egal“, 5 (3,2%) „egal-wichtig“, 93 (60%) „wichtig“, 3 (1,9%) „wichtig-sehr wichtig“ und 50 (32,3%) „sehr wichtig“. Die Wichtigkeit der Mundhygiene lag im Durchschnitt bei $4,3 \pm 0,6$, was zwischen „wichtig“ (entspricht dem Wert 4) und „sehr wichtig“ (entspricht dem Wert 5) liegt.

4.2.3.3 Ausbildungsstand und persönliche Empfindung (Frage 22-35)

Im Mittel wurde der eigene Ausbildungsstand auf $3,5 \pm 0,8$ eingeschätzt, was zwischen „ausreichend“ (entspricht dem Wert 3) und „gut“ (entspricht dem Wert 4) liegt (Tabelle 31). 75 (56,4%) besaßen keine besondere Ausbildungsqualifikation bezüglich Mundhygiene. 42 (31,6%) Pflegekräfte erklärten, dass sie in der Ausbildung praktischen und theoretischen Unterricht zu diesem Themengebiet hatten. Auch das Elternhaus, der Kindergarten, die Schule und eigene Berufserfahrung wurde vereinzelt als Qualifikation genannt. 30 (18,9%) hatten bereits an Weiterbildungen zu oralen Präventionsmaßnahmen teilgenommen.

Der Ausbildungsstand der Kollegen wurde im Mittel mit $3,2 \pm 0,9$ angegeben, was zwischen „ausreichend“ (entspricht dem Wert 3) und „gut“ (entspricht dem Wert 4) liegt (Tabelle 32).

Tabelle 31: Bewertung des eigenen allgemeinen Ausbildungsstandes (Pflegepersonal)

Bewertung	gesamt (n=157)
sehr gut	10 (6,4%)
gut-sehr gut	1 (0,6%)
gut	70 (44,6%)
ausreichend-gut	7 (4,5%)
ausreichend	54 (34,4%)
mangelhaft-ausreichend	2 (1,3%)
mangelhaft	11 (7%)
ungenügend	2 (1,3%)

Tabelle 32: Bewertung des allgemeinen Ausbildungsstandes der Kollegen (Pflegepersonal)

Bewertung	gesamt (n=155)
sehr gut	7 (4,5%)
gut-sehr gut	1 (0,7%)
gut	43 (27,7%)
ausreichend-gut	16 (10,3%)
ausreichend	59 (38,1%)
mangelhaft-ausreichend	7 (4,5%)
mangelhaft	14 (9,0%)
ungenügend	8 (5,2%)

Die Wichtigkeit von Fortbildungen zum Thema orale Präventionsmaßnahme wurde im Mittel mit $4 \pm 0,7$ eingeschätzt, was zwischen „wichtig“ (entspricht dem Wert 4) und „sehr wichtig“ (entspricht dem Wert 5) liegt (Tabelle 33).

Tabelle 33: Wichtigkeit der Fortbildungen zum Thema orale Präventionsmaßnahmen (Pflegepersonal)

Bewertung	gesamt (n=154)
sehr wichtig	28 (18,2%)
wichtig-sehr wichtig	3 (2%)
wichtig	103 (66,9%)
egal-wichtig	5 (3,3%)
egal	7 (4,6%)
nicht so wichtig-egal	1 (0,7%)
nicht so wichtig	7 (4,6%)

Insgesamt 117 (84,8%) erklärten, keine Kenntnisse über Trainingsprogramme und Trainingsmaterialien bezüglich oraler Präventionsmaßnahmen zu besitzen. 21 Personen gaben diverse Pflegeprogramme und Materialien an. Am häufigsten wurden Soor- und Parotitisprophylaxe genannt. Auch Prothesenpflege, Mundpflege, Programm zum Schutz vor Karies (Kariesprophylaxe; Zahnersatzpflege), prophylaktische Zahnreinigung, Anregung der Speichelsekretion, Zahnputztechniken, Massage und Anleitung der Senioren wurden angegeben. Als Materialien wurden elektrische und manuelle Zahnbürste, Zahnzwischenraumbürsten, Zahnseide, Mundstäbchen, Stäbchen/Tupfer (mit Zitrone), Kompresse, Kamillentee, Munddusche, Mundwasser, Ultraschallgerät/bad und Sanduhr aufgezählt.

Allgemeine Fortbildungen fanden nach 13 (8,9%) der Befragten ausschließlich extern statt. 31 (21,2%) bzw. 29 (19,9%) gaben an, nur interne oder sowohl interne als auch externe Fortbildungsmöglichkeiten zu haben. 73 (50%) Pflegekräfte antworteten, dass keine Schulungen angeboten wurden.

83 (57,2%) nahmen nicht an Weiterbildungen teil. 62 (42,8%) gaben an, schon Fortbildungen zu diversen Themen gemacht zu haben. Häufig wurden unter anderem folgende Themengebiete genannt:

- Lagerung/ Lagerungstechniken, Dekubitusprophylaxe
- Erste Hilfe, Wundmanagement
- Demenz, Validation
- Hygiene/Hygienebelehrung
- enterale und parenterale Ernährung
- Palliativ-Care/Sterbebegleitung
- Medikamente
- Kommunikation
- Pflegeplanung, Pflegedokumentation, EDV-Dokumentation
- Qualitätsmanagement

125 (89,3%) erklärten, dass keine Fortbildungen zu oralen Präventionsmaßnahmen stattfanden. Vier (2,9%) gaben an, dass externe Weiterbildungen angeboten wurden, 10 (7,14%), dass interne Schulungen stattfanden. Ein (0,7%) Befragter gab an, dass externe und interne Fortbildungen durchgeführt wurden.

17 (13,6%) Befragte hatten schon einmal eine Weiterbildung diesbezüglich besucht. Als Fortbildungsthemen wurden häufig Mund- und Zahnhygiene allgemein und speziell in der Pflege alter Menschen genannt. Seltener wurden der Umgang mit Hilfsmitteln, Prophylaxe, Prothesenpflege und palliative Mundpflege angegeben. Die Gründe dafür, nicht an Fortbildungen teilgenommen zu haben, zeigt Tabelle 34.

Tabelle 34: Gründe für die Nichtteilnahme an Fortbildungen (Pflegepersonal)

Grund	gesamt (n=96)
keine Angebote	24 (25%)
nicht genügend Informationen	24 (25%)
Wissen reicht aus	20 (20,8%)
keine Zeit	19 (19,8%)
kein Interesse	2 (2,1%)
finanzielle Aspekte	1 (1%)
sonstige	6 (6,3%)

Eine Weiterbildungsförderung durch die Institution war 26 (21,1%) nicht bekannt. 46 (37,4%) wussten von Finanzierungsunterstützungen und 84 (68,3%) erklärten, dass sie für Fortbildungen von der Arbeit freigestellt werden. Bei dieser Frage ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den Antworten der stationären und der ambulanten Pflegekräfte im Bezug auf die finanzielle Förderung ($p < 0,01$ Chi-Quadrat-Test). Wie in Abbildung 8 verdeutlicht wird, gaben 66 (69,5%) stationäre Pflegekräfte an keine finanzielle Förderung zu bekommen, während 17 (60,7%) ambulante Pflegekräfte von einer solchen Unterstützung wussten.

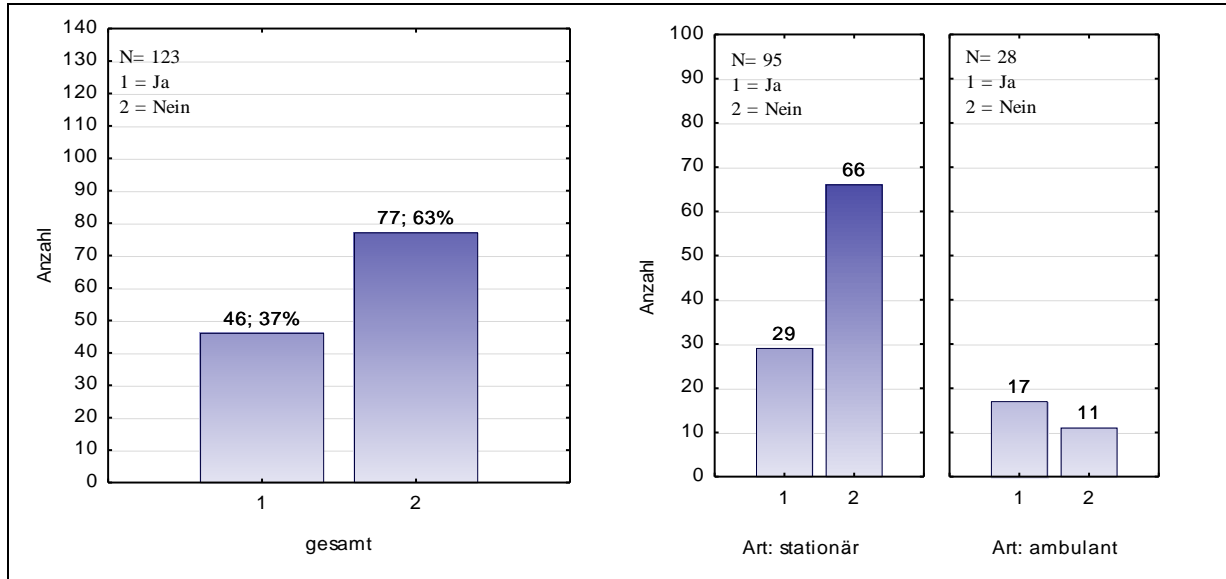


Abbildung 8: Ergebnisse zur finanziellen Unterstützung von Weiterbildungen für das Pflegepersonal (Pflegepersonal) [1=Ja; 2=Nein]

126 (80,3%) Befragte empfanden keinen Ekel und Abscheu bei der Ausübung der Mundhygiene bei den Senioren, während 7 (4,5%) angaben, solche Empfindungen zu haben. 22 (14%) beschrieben, dass sie bei manchen Senioren, besonders bei schlecht möglicher oder

mangelhafter Mundhygiene, die zu Mundgeruch führt, teilweise Ekel empfanden. Auch die Angst, „von desorientierten Pflegebedürftigen gebissen zu werden“ oder „Zähne abzubrechen“ wurde genannt.

Einen allgemeinen Verbesserungsbedarf nahmen 53 (51,5%) nicht wahr. 50 (48,5%) machten auf verschiedene Defizite aufmerksam:

- mangelhafte Mund- und Prothesenhygiene
- Fehlen von Zeit und Wissen
- schlecht schulische Ausbildung in Bezug auf die Thematik der Mundhygiene
- zu wenig Fortbildungen (regelmäßig und verpflichtend)
- Angehörigen und Pflegebedürftigen legen zu wenig Wert auf Mundhygiene
- zu wenig zahnärztliche Kontrollen, vor allem bei ambulanten, immobilen Senioren

4.2.3.4 Verbesserungsvorschläge (Frage 36-41)

Die im Fragebogen vorgeschlagenen unterschiedlichen Fortbildungsthemen zum Bereich orale Präventionsmaßnahmen wurden von allen Befragten als ähnlich wichtig empfunden (Tabelle 35).

Tabelle 35: Wichtigkeit der Fortbildungsthemen (je mehr Punkte desto wichtiger, maximal 3 Punkte) (Pflegepersonal)

	gesamt (n=148) (durchschnittliche Punktzahl)
Mundhygiene allgemein	1,8 ± 1,1
Tipps über die Anleitung zur eigenständigen Mundhygiene	1,4 ± 1,1
Munderkrankungen besser erkennen	1,9 ± 1,1

Zusätzlich wurden folgende Themengebiete gewünscht:

- aktuelle Zahn-, Prothesen- und Mundhygiene mit und ohne Eigenbezahnung
- Pflege in komplizierteren Situationen wie bei Schwerstpflegebedürftigen, Demenzkranken, desorientierten Senioren und Wachkomapatienten
- Erkennen und Behandeln von Munderkrankungen wie zum Beispiel Soor.

Aus welchen Gründen Ausbildungsdefizite laut den Pflegekräften vorhanden sind, zeigt Tabelle 36.

Tabelle 36: Gründe für Ausbildungsdefizite (je mehr Punkte desto wichtiger, maximal 4 Punkte) (Pflegepersonal)

Grund	gesamt (n=132) (durchschnittliche Punktzahl)
Mangel an Zeit	2,4 ± 1,7
Mangel an Fortbildungsmöglichkeiten	1,7 ± 1,6
Mangel an Interesse	1,4 ± 1,6
Mangel an Geld	1,1 ± 1,4

6 Personen konstatierten, dass keine Ausbildungsdefizite bestanden. Vereinzelt wurde festgehalten, dass die Mundhygiene keinen großen Stellenwert in der Pflege hatte und der Fokus mehr auf anderen Gebieten wie der Wundversorgung lag. Andere stellten fest, dass das Personal sehr überlastet war.

Welche Unterstützungen sich das Pflegepersonal wünschte, zeigt Tabelle 37.

Tabelle 37: Gewünschte Unterstützung (je mehr Punkte desto wichtiger, maximal 3 Punkte) (Pflegepersonal)

Grund	gesamt (n=131) (durchschnittliche Punktzahl)	stationär (n=106) (durchschnittliche Punktzahl)	ambulant (n=25) (durchschnittliche Punktzahl)	Vergleich stationär/ ambulant Signifikanz
mehr Zeit	1,9 ± 1,2	1,9 ± 1,2	2 ± 1,2	p=0,81
mehr Geld	0,9 ± 1	0,8 ± 1	1,3 ± 1,1	p=0,04
größeres Angebot	1,9 ± 1,2	1,9 ± 1,3	1,9 ± 1,1	p=0,97

Das stationäre Pflegepersonal gab im Durchschnitt $0,8 \pm 1$, die ambulanten Pflegekräfte $1,3 \pm 1,1$ Punkte für die Antwortmöglichkeit „mehr Geld“ an. Dieser signifikante Unterschied ($p=0,04$ Wilcoxon-Test) wird in Abbildung 9 verdeutlicht.

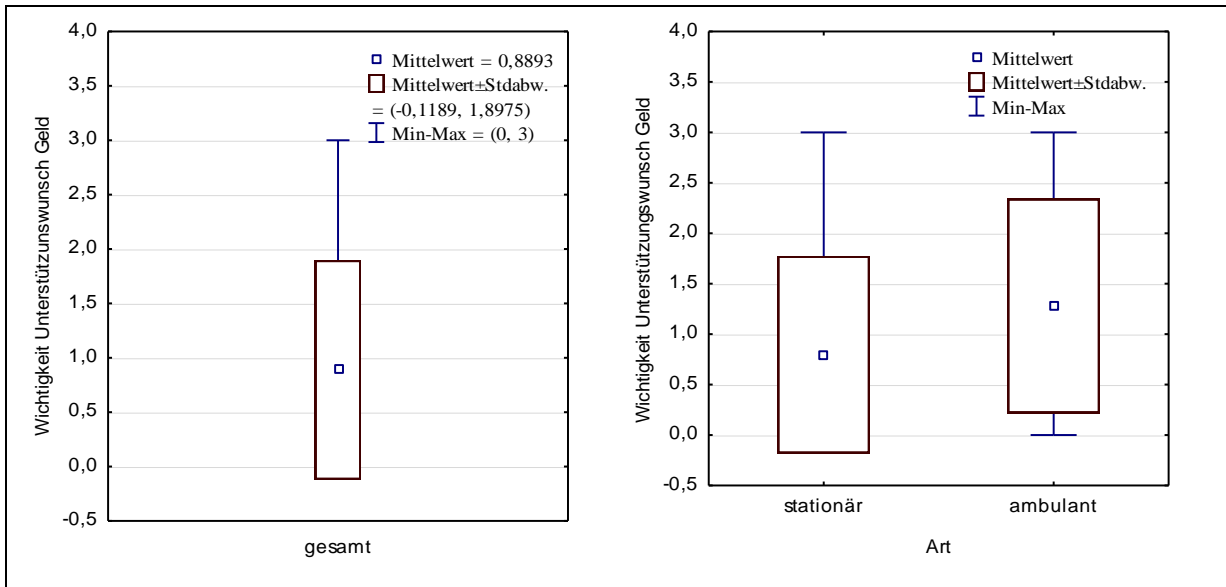


Abbildung 9: Ergebnisse zum Unterstützungswunsch „mehr Geld“ [je mehr Punkte desto wichtiger, maximal 3 Punkte] (Pflegepersonal)

87 (60%) wünschten sich von Seiten der Zahnärzte mehr Fortbildungen und Anleitungen, 85 (58,6%) wollten mehr zahnärztliche Kontrolle. 15 (10,3%) empfanden die Unterstützung als ausreichend. Zudem wurden wiederholt ausgeführt, dass die Bereitschaft der Zahnärzte, Hausbesuche und Heimbefuche auch für regelmäßige Kontrollen anzubieten, steigen sollte. Auch wurde bemängelt, dass einige Zahnärzte nur geringes Fachwissen über Alterserscheinungen besaßen. Eine signifikant größere Anzahl von stationären Pflegekräften wünschte sich mehr Kontrolle durch Zahnärzte ($p=0,02$ Chi-Quadrat-Test) (Abbildung 10).

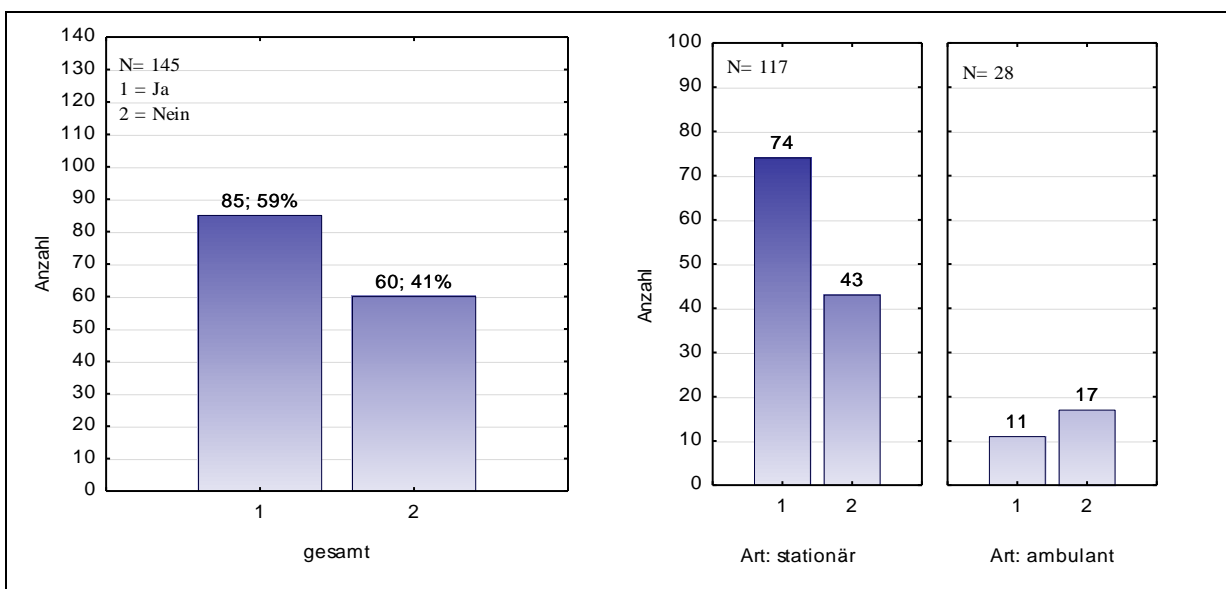


Abbildung 10: Ergebnisse zum Unterstützungswunsch „mehr Kontrolle“ (Pflegepersonal) [1=Ja; 2=Nein]

Auf die direkte Nachfrage, ob regelmäßige Kontrollen durch Zahnärzte gewünscht wurden, antworteten 110 (73,3%) mit „ja“, 4 (2,7%) mit „nein“ und 36 (24%) kreuzten an, die Kontrollen waren „regelmäßig und ausreichend“.

4.2.4 Vergleich Pflegepersonal/Pflegedienstleitung

Bei der Betrachtung der vergleichbaren Fragen der beiden Umfragen, ergaben sich zwischen den Antworten der Pflegedienstleitungen und denen der Pflegekräfte, signifikante Unterschiede in folgenden Punkten:

Auf die Frage, ob eine zahnärztliche Mundhygienekontrolle stattfand, waren 73,9% des Personals der Ansicht, dass es diese Kontrollen gab, während 71,4% der Leitungen dies verneinten ($p < 0,01$ Chi-Quadrat-Test). Ähnlich wurde die Frage, ob die Mundhygienekontrolle durch Pflegekräfte erfolgte, unterschiedlich beantwortet ($p < 0,01$ Chi-Quadrat-Test). Während 92,3% der Leitungen sicher waren, dass diese Kontrollen stattfanden, gaben 52,1% der Pflegekräfte an, diese Kontrollen durchzuführen.

Bezüglich der Differenz der Mundhygienezeit und der Wunschzeit für Mundhygiene zeigte sich, dass die Abweichung zwischen wirklich vorhandener und erwünschter Zeit für Mundhygiene vom Personal größer eingeschätzt wurde als von der Pflegeleitung ($p < 0,01$ Wilcoxon-Test). Bei den Pflegekräften lag die Differenz bei $2,9 \pm 3,1$ Minuten, bei den Leitungen bei $2,3 \pm 2,8$ Minuten. Auch die Wichtigkeit der Mundhygiene wurde unterschiedlich eingeschätzt ($p < 0,01$ Chi-Quadrat-Test) (Abbildung 11).

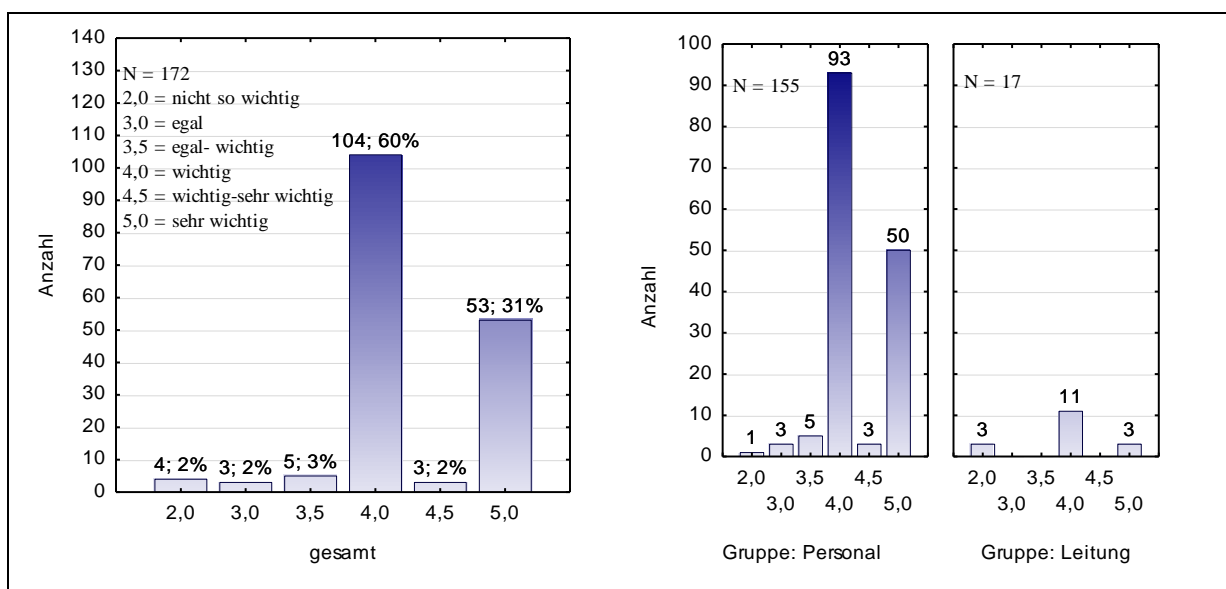


Abbildung 11: Vergleich der Ergebnisse Frage 21 (Pflegepersonal)/ Frage 35 (Pflegedienstleitung) zur Wichtigkeit von Mundhygiene [2=nicht so wichtig; 3=egal; 3,5=egal-wichtig; 4=wichtig; 4,5=wichtig-sehr wichtig; 5=sehr wichtig]

Ob allgemeine Fortbildungen abgehalten wurden, verneinten 50% des Personals. 76,5% der Leitungen bekräftigten hingegen, dass interne und/oder externe Angebote bestanden ($p < 0,01$ Chi-Quadrat-Test) (Abbildung 12).

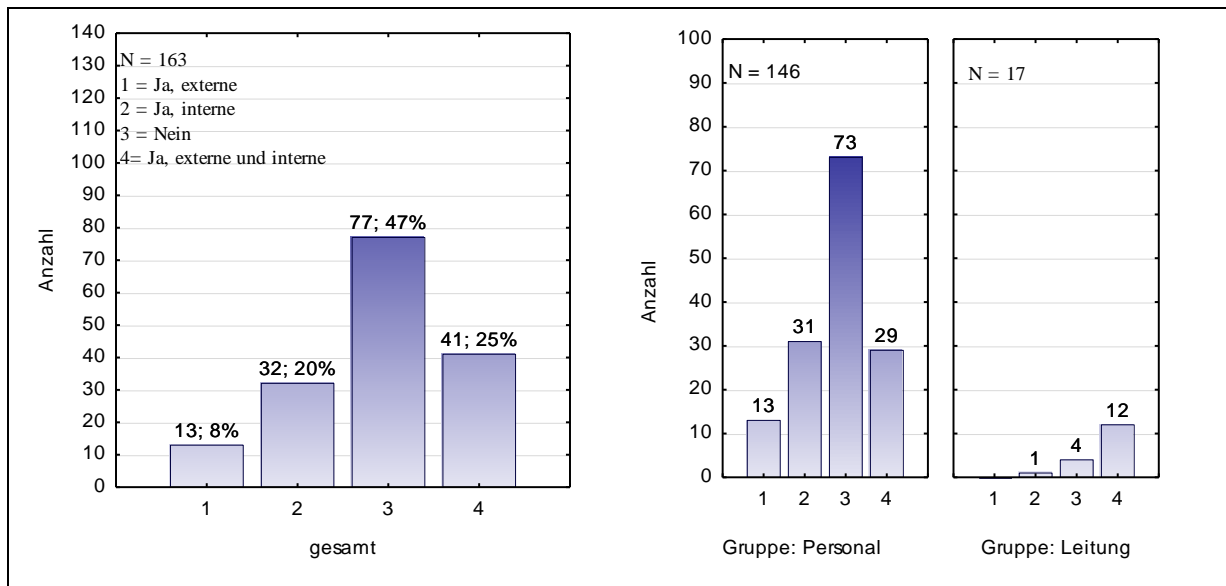


Abbildung 12: Vergleich der Ergebnisse Frage 28 (Pflegepersonal)/ Frage 39 (Pflegedienstleitung) zum Stattfinden allgemeiner Fortbildungen [1=Ja, externe; 2=Ja, interne; 3=Nein; 4=Ja, externe und interne]

62,6% des Personals konstatierte, keine finanziellen Weiterbildungsförderungen zu erhalten, während von Seiten der Leitung von 94,1% angegeben wurde, finanzielle Förderungen anzubieten ($p < 0,01$ Chi-Quadrat-Test). Ob eine Freistellung von der Arbeit für Fortbildungsmaßnahmen gewährt wurde, verneinten 31,7% des Personals, während 94,1% der Leitungen angaben, diese Förderung zu gewähren ($p = 0,03$ Chi-Quadrat-Test).

Über die Wichtigkeit des Fortbildungsthemas Mundhygiene gab es unterschiedliche Ansichten ($p = 0,04$ Chi-Quadrat-Test). Die Pflegedienstleitungen empfanden die Thematik im Mittel wichtiger ($2,1 \pm 0,6$ Punkte) als das Pflegepersonal ($1,8 \pm 1,1$ Punkte). Abbildung 13 verdeutlicht, die Punkteverteilung. Hier ist auffällig, dass das Pflegepersonal das gesamte Punktespektrum von 0 bis 3 Punkten ausschöpfte, während die Leitungen zwischen 1 und 3 Punkten vergaben. Beim Pflegepersonal waren 30 (20,3%) Personen der Ansicht, dass diese Thematik unwichtig (0 Punkte) war.

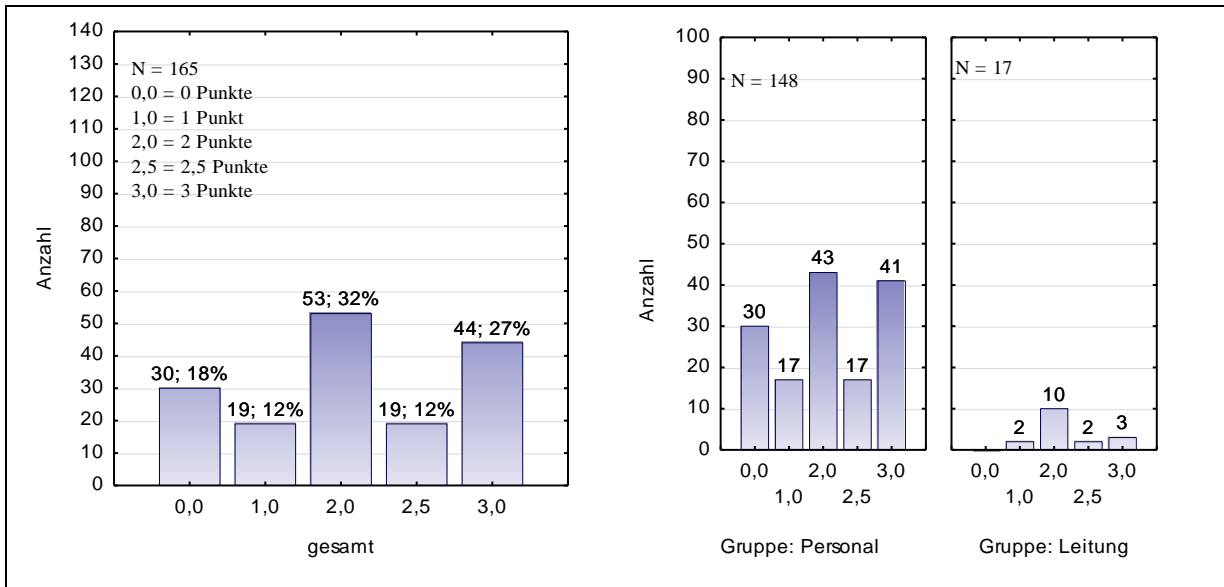


Abbildung 13: Vergleich der Ergebnisse Frage 36 (Pflegepersonal)/ Frage 47 (Pflegedienstleitung) zur Erweiterung des Fortbildungsprogrammes zum Thema „Mundhygiene“ [0=0 Punkte; 1=1 Punkt; 2=2 Punkte; 2,5=2,5 Punkte; 3=3 Punkte]

Das Pflegepersonal hielt einen Mangel an Interesse im Durchschnitt für einen eher unwahrscheinlichen Grund für Ausbildungsdefizite ($1,4 \pm 1,6$ Punkte), während die Leitung dies eher für wahrscheinlich erachtete ($2,4 \pm 1,8$ Punkte) ($p=0,02$ Wilcoxon-Test) (Abbildung 14).

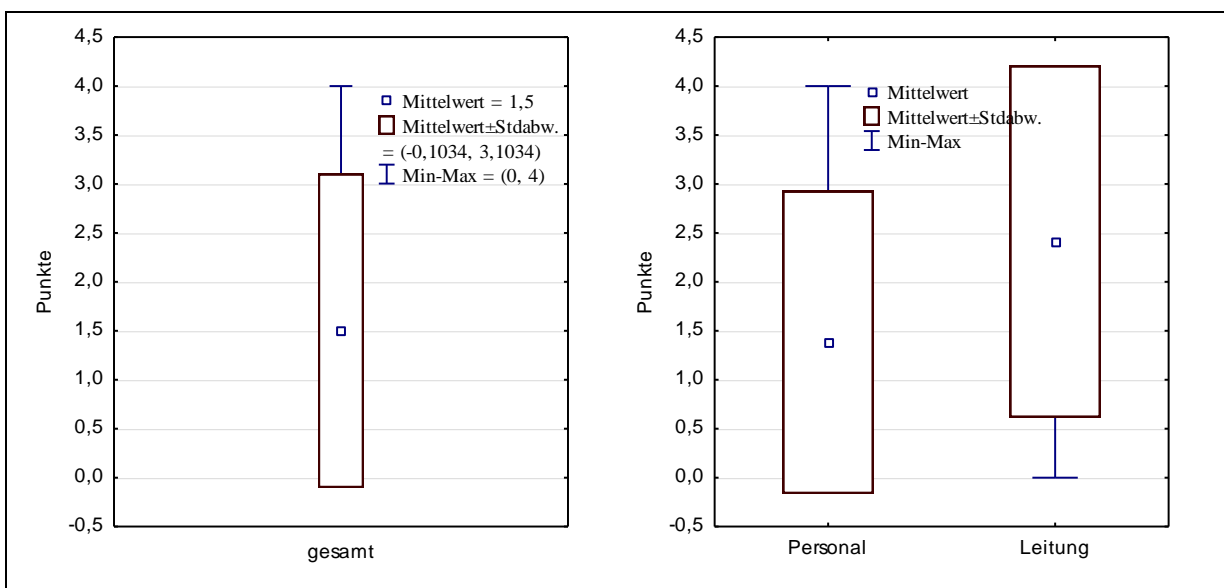


Abbildung 14: Vergleich der Ergebnisse Frage 38 (Pflegepersonal)/ Frage 49 (Pflegedienstleitung) zum Grund des Ausbildungsdefizits „Interesse-mangel“ [je mehr Punkte desto wichtiger, maximal 4 Punkte]

4.3 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

4.3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse der Befragung an Göttinger Pflegeschulen

Die genauen Inhalte der Unterrichtsstunden der drei Schulen lassen sich nur schwerlich vergleichen, da die Ausarbeitung der Thematik in Umfang und Inhalt stark von der Schulleitung und den Lehrkräften abhängig war. Auffällig ist, dass keine der Institutionen Auffrischkurse oder Fortbildungen für das Pflegepersonal zu dieser Thematik angeboten haben.

4.3.2 Zusammenfassung der Ergebnisse der Befragung der Pflegedienstleitung

In keiner Einrichtung wurden zahnärztliche Einganguntersuchungen durchgeführt. Des Weiteren gab es in keiner Einrichtung einen Mundhygienebeauftragten. 41,2% der Pflegedienstleitungen – alle aus stationären Institutionen - gaben an, dass eine Kooperationen mit diversen Zahnärzten besteht. Zu über 55% fanden symptombezogene Behandlungen, zu unter 30% regelmäßigen Kontrollen statt. Eine individuelle Mundhygienekontrolle und Unterstützung erfolgte meistens täglich durch das Pflegepersonal. Der Ausbildungsstand bezüglich oraler Präventionsmaßnahmen wurde zwischen „mangelhaft“ und „ausreichend“ eingeschätzt.

4.3.3 Zusammenfassung der Ergebnisse der Befragung des Pflegepersonals

Fast 20% empfanden Abscheu oder Ekel vor der Mundpflege einiger Senioren. Im Mittel wurden $9,3 \pm 4,2$ min. mehr Zeit für die Mundhygiene gewünscht. Der Ausbildungsstand bezüglich oraler Präventionsmaßnahmen wurde zwischen „ausreichend“ und „gut“ bewertet. Gründe für Ausbildungsdefizite wurden im Mangel an Interesse, Zeit und Fortbildungsmöglichkeiten gesucht. Die Mundhygiene wurde durchschnittlich als „wichtig“ bis „sehr wichtig“ angesehen, auch wenn kaum spezielle Qualifikationen vorhanden waren. Lediglich 18,9% hatten Fortbildungen im Bereich Mundgesundheit gemacht, obwohl Fortbildungen zur Mundgesundheit als „wichtig“ bis „sehr wichtig“ angesehen wurden. Als Gründe für Nichtteilnahme an Fortbildungen wurden Informationsmangel, Zeitmangel und Interessemangel genannt. Als Verbesserungen wünschte sich das Personal eine bessere Ausbildung im Bereich oraler Prävention, regelmäßigeren Bedarfsermittlungen, eine Verbesserung der Mundhygiene und mehr Zeit für diese Tätigkeit. Auch der Wunsch nach mehr Unterstützung seitens der Angehörigen und Zahnärzte wurde deutlich, insbesondere mehr Kontrolle, Hilfestellungen und Anleitungen.

4.3.4 Zusammenfassung der Ergebnisse des Vergleichs Pflegepersonal/Pflegedienstleitung

Es waren nur wenige signifikante Unterschiede bei der Betrachtung der vergleichbaren Fragen zwischen den Antworten der Pflegedienstleitungen und denen der Pflegekräfte vorhanden: Nur 28,6% der Pflegedienstleitungen, aber 73,9% des Pflegepersonals waren der Ansicht, dass eine zahnärztliche Mundhygienekontrolle stattfand. 92,3% der Leitungen, aber nur etwas mehr als die Hälfte der Pflegekräfte gab an, dass Mundhygienekontrollen durch Pflegekräfte gemacht wurden. Bei den Pflegekräften lag die Differenz zwischen der tatsächlichen Zeit für Mundhygiene und der erwünschten Zeit bei $2,9 \pm 3,1$ Minuten, bei den Leitungen bei $2,3 \pm 2,8$ Minuten. 76,5% der Leitungen bekräftigten, dass allgemeine Fortbildungen abgehalten wurden, während 50% des Personals dies verneinten. Die Pflegedienstleitungen empfanden die Thematik der Mundhygiene bei Fortbildungen im Mittel wichtiger ($2,1 \pm 0,6$ Punkte) als das Pflegepersonal ($1,8 \pm 1,1$ Punkte). Während das Pflegepersonal einen Interessenmangel an der Thematik im Durchschnitt für einen eher unwahrscheinlichen Grund für Ausbildungsdefizite hielt, erachteten die Leitungen dies eher für wahrscheinlich.

5 Diskussion

5.1 Stärken und Schwächen der Studie

Eine bedeutende Stärke der Studie liegt darin, dass eine derartige Erhebung in Göttingen zuvor noch nicht stattgefunden hat. Viele der in dieser Promotionsarbeit formulierten Fragen wurden sogar deutschlandweit noch nicht wissenschaftlich untersucht. Weder der Vergleich zwischen ambulanten und stationären Institutionen noch der zwischen Pflegedienstleitungen und Pflegepersonal wurde bisher in diesem Umfang erbracht.

Eine weitere Stärke der Studie stellt die Teilnahmebereitschaft von 42,9% der um Teilnahme gebetenen Pflegeinstitutionen dar. Die Mindestteilnehmerzahl von 25% der Pflegekräfte einer Institution wurde in allen Einrichtungen erreicht. Jede Institution bekam für mindestens 30% ihrer Pflegekräfte Fragebögen zugestellt. Einige Einrichtungen verlangten sogar eine größere Anzahl an Fragebögen, um möglichst viele ihrer Angestellten befragen zu können. Trotzdem konnte nur eine Rücklaufquote von minimal 45% und maximal 86,2% verzeichnet werden. Dies ist wohl der Tatsache geschuldet, dass die Fragebögen eine zusätzliche Belastung zu der täglich zu verrichtenden Arbeit darstellten. Vielleicht wäre ein Fragebogen mit einer geringeren Anzahl an Fragen schneller zu beantworten gewesen und hätte somit eine höhere Rücklaufquote erzielt. Die Studie unterlag keinem Teilnahmewang und war somit auf die freiwillige Bereitschaft sowohl der Pflegedienstleitungen als auch der Pflegekräfte angewiesen.

Die Auswahl der Pflegekräfte war, soweit beurteilbar, zufällig. Hierbei musste sich jedoch vereinzelt auf die Aussage der Einrichtungsleitung, eine zufällige Auswahl getroffen zu haben, verlassen werden. Dies liegt vor allem auch darin begründet, dass der betriebliche Ablauf durch die Umfrage nicht gestört werden sollte.

Einige Einrichtungen hatten ihr Interesse durch die Teilnahme an dem Treffen der „Gesundheitsregion Göttingen“ bekundet, andere wurden erst später telefonisch um ihre Teilnahme gebeten. Die Einrichtungen sind also nicht gänzlich zufällig ausgewählt worden, was eine Schwäche der Studie darstellt. Wünschenswert wäre eine zufällige Auswahl der beteiligten Institutionen oder eine Ausweitung der Umfrage auf alle Pflegeinstitutionen von Göttingen und der näheren Umgebung gewesen. Trotz des vorab bekundeten Interesses, nahmen jedoch nicht alle Einrichtungen an der Befragung teil. Bei der Beurteilung der Ergebnisse sollte beachtet werden, dass nur Institutionen, die einen Einblick in ihre Arbeit zuließen und zu Veränderungen bereit waren, erfasst werden konnten. Spekulativ ist jedoch davon auszugehen, dass in Einrichtungen, die nicht mal ein Gesundheitsinteresse bekundeten, keine besseren Zustände zu erwarten sind.

Eine weitere Schwäche der Studie ist die geringe Teilnehmerzahl von nur 9 Einrichtungen. Hierbei soll darauf hingewiesen werden, dass diese Studie lediglich erste Hinweise über die Verhältnisse in Göttingen und Region ermöglicht, nicht jedoch für ganz Niedersachsen oder Deutschland.

Jeder Fragebogen, mit dessen Ausfüllung begonnen wurde, wurde in die Auswertung einbezogen. Jede Frage musste von über 50% der Befragten beantwortet werden, um auswertbar zu sein. Besonders die Fragen, wie oft und bei wie vielen Pflegebedürftigen ein Mundhygienemittel angewendet wurde, konnten nicht umfassend genug beantwortet werden. Auch, wie oft Mundhygienekontrollen durch einen Zahnarzt oder Pflegepersonal durchgeführt wurden, wurde von zu wenigen Teilnehmern beantwortet. Dies liegt wohl zum Großteil darin begründet, dass die Befragten dies schlichtweg nicht wussten.

Bei einigen Fragen mussten im Nachhinein Mehrfachantworten zugelassen werden, obwohl dies im Fragebogen nicht explizit vorgesehen war. Dies lag vor allem daran, dass die Antwortmöglichkeiten sich nicht gegenseitig ausschlossen und parallel zutreffen konnten.

Bei einigen Fragen war eine Wertung der Antwortmöglichkeiten mit Punkten von 0-3 oder 0-4 gewünscht. Dies ist rückblickend als zu kompliziert einzustufen, da es nur mäßig gut umgesetzt wurde. Häufig wurden hier nur „Kreuze“ gesetzt, was jedoch durch die einheitliche Zuordnung von Anzahl der „Kreuze“ zu Punktwerten mit in die Auswertung integriert werden konnte.

Eine richtige Beantwortung des kompletten Fragebogens wäre nur in Form eines Interviews möglich gewesen. Dies wäre zwar wünschenswert, ist jedoch aus zeitlichen Gründen nicht machbar, da der Betriebsablauf nicht so umfassend gestört werden durfte.

5.2 Interpretation der Daten

Die Befragung der Schulen zeigte, dass der Unterricht sich schlecht vergleichen ließ. Die Ausarbeitung der Unterrichtsthemen unterliegt dem Lehrkörper und der Schulleitung. Fraglich bleibt, inwieweit sich der ausgearbeitete Lehrstoff an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen oder an veralteten Erfahrungen orientiert. Somit ist die Ausbildung des Pflegepersonals nach Schulabschluss von Schule zu Schule stark unterschiedlich.

Sowohl die Ergebnisse der Pflegedienstleitungen als auch die der Pflegekräfte konstatierten allein schon durch die hohe freiwillige Teilnahmebereitschaft ein großes Interesse an der Verbesserung der Mundgesundheit. Auffällig war jedoch, dass die Thematik im Alltag zu wenig Berücksichtigung fand. Großteils wurden weder zahnärztliche Eingangsuntersuchungen noch regelmäßige zahnärztliche Kontrollen durchgeführt. Der Wunsch nach mehr Hilfestel-

lung und Kontrolle durch Zahnärzte, aber auch nach Unterstützung von Angehörigen und der Politik wurde deutlich.

Für die gründliche Mundhygiene fehlte es einerseits an Zeit, andererseits an Wissen. Dessen schienen sich die meisten Beteiligten bewusst zu sein. In der schulischen Ausbildung wurde zu wenig Unterrichtszeit auf diese Thematik verwendet, daher wurden diese Defizite scheinbar mit in die Praxis genommen. In einigen anderen Themengebieten der Pflege wurden die Defizite durch Weiterbildungen ausgeglichen. Dies unterblieb im Bereich oraler Präventionsmaßnahmen. Die dringend erforderlichen Fortbildungen existierten entweder nicht, oder wurden nicht wahrgenommen.

Zwischen den Angaben der stationären und der ambulanten Einrichtungen ergaben sich nur wenige signifikante Unterschiede. Auch die Meinung der Pflegedienstleitungen und die der Pflegekräfte lagen oft nicht weit auseinander. Die Situation, in der sich die Institutionen befinden, scheint also weitgehend ähnlich zu sein. Die signifikanten Unterschiede werden im folgenden Abschnitt erörtert.

Der Wunsch, nach mehr Zeit für die Mundhygiene, wurde bei stationären und den ambulanten Pflegediensten deutlich, jedoch war die Differenz zur tatsächlich vorhanden Zeit bei den ambulanten Leitungen geringer, obwohl die ambulanten Pflegedienstleitungen durchschnittlich weniger Zeit für Mundhygiene angaben.

Allgemeine Fortbildungen wurden mehrzählig intern und extern abgehalten. Die ambulanten Pflegeinstitutionen schienen sich jedoch mehr um Fortbildungen für Ihr Personal zu bemühen. Nur 20% der ambulanten, jedoch 30% der stationären Pflegedienstleitung gaben an, dass keine Weiterbildungen stattfanden. Dies könnte darin begründet sein, dass die ambulanten Einrichtungen im Durchschnitt etwa nur halb so viel Personal hatten, wie die stationären. Individuell auf das Personal einzugehen und Fortbildungen zu organisieren scheint leichter zu sein, wenn man mehr Bezug zu den einzelnen Mitarbeitern hat.

Der Wunsch nach mehr Kontrolle und Unterstützung von zahnärztlicher Seite war bei den ambulanten Einrichtungen deutlicher als bei den stationären. Dies könnte damit zusammenhängen, dass die ambulanten Einrichtungen keine zahnärztlichen Kooperationspartner hatten, während die stationären Institutionen zum Teil einen Zahnarzt als Ansprechpartner benennen konnten. Doch auch die Forderung nach mehr Bereitschaft der Zahnärzte, Hausbesuche durchzuführen, könnte damit zusammenhängen. In den ambulanten Pflegeinstitutionen gab es selbstverständlich nicht die Möglichkeit ärztliche oder zahnärztliche Behandlungen durchzuführen, während die in einigen stationären Einrichtungen möglich war. Die Transportfähigkeit der Pflegebedürftigen ist nicht immer gegeben und eine Behandlung mit Pflegern vor Ort, ist in stationären Einrichtungen durchaus leichter durchzuführen als bei einem Hausbesuch. Auch ist die terminliche Absprache mit stationären Einrichtungen leichter,

da bei stationärer Betreuung immer Pfleger im Heim anzutreffen sind. Eine Koordination mit ambulanten Pflegern erscheint komplizierter.

Bei der Frage nach der zahnärztlichen Versorgungssicherstellung, gaben wesentlich mehr ambulante Pflegekräfte an, dass ein Zahnarzt sich um alle Senioren kümmert als bei den stationären. Auch bei den Gründen, aus denen ein Kontakt zwischen Pflegebedürftigen und Zahnärzten stattfindet, divergierten die Antworten. Zahnärztliche Untersuchungen wurden großteils auf Wunsch der Senioren durchgeführt. Regelmäßige Kontrollen hingegen wurden nur von etwa 1/3 der stationären, aber deutlich weniger ambulanten Pflegern veranlasst. Diese Ergebnisse könnten darauf zurückgeführt werden, dass nur wenige Zahnärzte bereit sind, Hausbesuche bei Pflegebedürftigen zu machen. Somit ist sowohl die Auswahl des Zahnarztes als auch die Häufigkeit der Besuche eingeschränkt.

Deutlich zeigte sich das Anliegen der Pfleger, mehr Zeit für die Mundhygiene zu haben. Die gewünschte Zeit lag bei beiden Gruppen etwa gleich hoch, jedoch gaben die ambulanten Pflegekräfte an, weniger Zeit für Mundhygiene zu haben. Die Differenz der Wunschzeit zur tatsächlich vorhandenen Zeit war demnach höher.

Signifikante Unterschiede zeigten sich auch in der Einschätzung, ob es finanzielle Förderungen für Weiterbildungen von der jeweiligen Pflegedienstleitung gab. Hier war die Mehrheit der stationären Pflegekräfte davon überzeugt keine finanziellen Unterstützungen für Fortbildungen zu erhalten, während die ambulanten Pflegekräfte sich ihrer Förderung mehrheitlich sicher war. Demgegenüber gab der Großteil der Pflegedienstleitungen an, finanzielle Unterstützung zu Fortbildungen zu gewähren. Diese unterschiedliche Wahrnehmung könnte darauf zurückzuführen sein, dass die stationären Pflegekräfte auf diese Förderung noch nicht aufmerksam geworden sind. Bei den befragten ambulanten Pflegediensten scheint diese Unterstützung besser kommuniziert worden zu sein. Trotzdem vergaben die ambulanten Pflegekräfte mehr Punkte für den Wunsch nach mehr Geld für Fortbildungen als die stationären Pfleger. Dies könnte darin begründet liegen, dass vielen stationären Pflegekräften die Möglichkeit einer finanziellen Unterstützung nicht bewusst zu sein scheint. Von der Möglichkeit sich für Fortbildungen freistellen zu lassen, wusste jedoch ein Großteil des Pflegepersonals.

Der Wunsch nach mehr Kontrolle durch die Zahnärzte steht - im Gegensatz zu der Meinung der stationären Pflegekräfte - bei den ambulanten Pflegern nicht im Vordergrund. Hier erhoffte man sich eher mehr Hilfestellungen durch Anleitung und Fortbildung. Nur wenige waren mit der Unterstützung zufrieden. Dies könnte an der durchaus erschwerten Umsetzbarkeit solcher Kontrollen im ambulanten Pflegebereich liegen.

Ob und wie oft zahnärztliche oder pflegerische Kontrollen bezüglich der Mundgesundheit und der Mundhygiene stattfanden, wurde von Personal und Leitung signifikant unterschiedlich

beantwortet. Das Personal war vermehrt der Ansicht, dass diese durchgeführt wurden. Besonders die Anzahl der Kontrollen divergiert stark und unterlag wohl eher einer Schätzung. Einigen scheint nicht klar gewesen zu sein, auf welche Zeit sich bezogen wird, andere haben vielleicht versucht den Zustand zu beschönigen. Die Aussagen sind daher ungenau.

Die Differenz zwischen der Zeit, die für Mundhygiene genutzt werden kann und der erwünschten Zeit, war beim Pflegepersonal höher als bei der Leitung. Dies könnte darin begründet liegen, dass die Pflegedienstleitung die Tätigkeit nicht selber ausführt und daher die Zeit nicht so gut beurteilen kann. Möglich wäre jedoch auch, dass das Pflegepersonal diese Frage nicht objektiv beantwortet hat, da es sich durch eine drastischere Darstellung eine Veränderung der Situation erhofft.

Das Pflegepersonal gab zum größten Teil an keine Fortbildungsangebote bekommen zu haben, während die Leitung erklärte, externe und interne Weiterbildungen anzubieten. Ein Grund für diese unterschiedlichen Aussagen könnte sein, dass das Pflegepersonal den Mangel an Fortbildungsteilnahme auf das fehlende Angebot zurückführen und damit die Verantwortung auf die Pflegedienstleitung schieben möchte. Doch auch der Umkehrschluss, dass die Leitung versucht, sich aus dieser Verantwortung zu ziehen, indem sie erklärt, Fortbildungen anzubieten, ist durchaus denkbar. Eine ähnliche Begründung lässt sich bei den Fragen nach Förderungen für Fortbildungen und nach Gründen für das Ausbildungsdefizit vermuten. Hier gab die Pflegedienstleitung an, das Personal sowohl finanziell als auch durch Freistellung von der Arbeit zu unterstützen. Der Hauptgrund für das Wissensdefizit liege also am Interessemangel des Personals. Das Personal dementierte mehrheitlich die Unterstützung und hielt den Mangel an Interesse für eher unwahrscheinlich. Dies zeigte sich auch darin, dass Fortbildungen zu der Mundhygienethematik vom Personal wichtiger eingeschätzt wurden als von der Leitung.

5.3 Vergleich der Ergebnisse mit der vorliegenden Literatur

Ein literarischer Vergleich zu der Befragung der Pflegeschulen war nicht möglich, da keine vergleichbare Literatur zu finden war.

In Bezug auf das Stattfinden ärztlicher Eingangsuntersuchungen, zeigte diese Studie eine deutlich bessere Situation auf als in anderen Studien beschrieben. Dies könnte an der deutlich höheren Teilnehmerzahl der anderen Studien liegen (Nippgen 2005; Wefers 1994a). In den anderen Studien wurden zu 7,8% (Wefers 1994a) bis 9,5% (Nippgen 2005) Eingangsuntersuchungen durchgeführt, während es in dieser Studie 23,5% waren. Wie auch in dieser Studie gezeigt, wurde die Mundgesundheit bei den Eingangsuntersuchungen in allen Einrichtungen außer Acht gelassen (Nippgen 2005). Zu beachten ist, dass in der vorliegenden Un-

tersuchung ein Großteil der Einrichtungen der Gesundheitsregion Göttingen angehörten, was auf ein gesteigertes Interesse der Institutionen an der Gesundheit ihrer Pflegebedürftigen schließen lässt.

Ärztliche Untersuchungen wurden zu 54,3% regelmäßig, zu 44,7% unregelmäßig und zu 1,1% gar nicht durchgeführt (Wefers 1994a), was den Ergebnissen dieser Untersuchung ähnelt. In dieser Studie gaben 7 (43,8%) Pflegedienstleitungen an „regelmäßig“, 9 (56,3%) „ausschließlich symptombezogen“, was gleichbedeutend zu einem unregelmäßigen ärztlichen Visiting ist (Mehrfachnennung war möglich).

Zahnärztliche Untersuchungen wurden zu 2,8% (Wefers 1994a) bis 12,5% (Riediger 2005) durchgeführt, zu 89,3% (Wefers 1994a) jedoch nur „nach Bedarf“. In 7,9% (Wefers 1994a) – 90,5% (Nippgen 2005) der Einrichtungen fanden keine regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchungen statt. In dieser Studie wurde festgestellt, dass ein kontrollorientiertes zahnärztliches Visiting nur von 2 (11,8%) Pflegedienstleitungen aufgezeigt wurde. 16 (94,1%) der Befragten gaben an, dass ausschließlich symptombezogene zahnärztliche Kontakte stattfanden (Mehrfachnennung war möglich). Bei der kontrollierenden Frage, wann zahnärztliche Kontakte entstehen, gaben 3 (18,8%) „in regelmäßigen Intervallen“ an, 15 (93,8%) antworteten „auf Wunsch des Bewohners“ und 10 (62,5%) kreuzten „bei Schmerzen und Beschwerden“ an. Es zeigt sich in allen Untersuchungen deutlich, dass zu selten regelmäßige zahnärztliche Kontrollen stattfinden (Nippgen 2005; Riediger 2005; Wefers 1994a).

In 9,5% (Nippgen 2005) bis 30,6% (Wefers 1994a) der Einrichtungen war ein Raum für ärztliche Untersuchungen und Behandlungen vorhanden. Nur in 1,5% der Heime gab es jedoch einen voll ausgestatteten zahnärztlichen Behandlungsraum (Wefers 1994a). In dieser Studie wurde festgestellt, dass eine ärztliche oder zahnärztliche Behandlungsmöglichkeit vor Ort von 27,3% stationären Pflegedienstleitungen angegeben wurde.

25,3% bewerteten den Ausbildungsstand des Pflegepersonals bezüglich oraler Präventionsmaßnahmen mit „gut“, 68,4% „ausreichend“ und 6,3% „ungenügend“ (Wefers 1994a). Es zeigt sich in der vorliegenden Arbeit, dass keiner der Befragten sich für die Wertung „gut“ entschied, jedoch auch „ungenügend“ nicht genannt wurde. Hier bewerteten die Befragten zu 52,94% mit „ausreichend“, zu 11,8% mit „mangelhaft-ausreichend“ und zu 35,3% mit „mangelhaft“. Im Durchschnitt entschieden sich die Einrichtungen für „ausreichend“ bis „mangelhaft“, was dem Durchschnitt in der Literatur entspricht (Wefers 1994a). Interessant ist, dass sich diese Einschätzung in den letzten 20 Jahren kaum verändert hat. Auch in einer etwas neueren Studie stellte man einen ähnlich schlechten Ausbildungsstand fest: 21,9% der Befragten waren der Meinung, dass ihr Personal in zahnmedizinischen Pflegemethoden vollständig geschult ist. 3,1% gaben an, dass ihr Personal zumindest teilweise geschult wurde (Riediger 2005).

Der Wunsch der Pflegedienstleitungen, nach mehr Fortbildungen in dieser Thematik, wurde schon in früheren Studien genannt (Nippgen 2005; Riediger 2005) Die vorliegende Studie bestätigt diesen Wunsch und hebt die Wichtigkeit der Fort- und Weiterbildung noch einmal hervor. 68,8% der Befragten gaben an, sie würden gern mehr Fortbildungen und Anleitungen zum Thema Mundgesundheit und Mundhygiene für ihr Personal haben, 70,6% empfanden diese Fortbildungen als „wichtig“, 5,9% der Teilnehmer entschied sich für „wichtig-sehr wichtig“ und 11,8% wählten sogar „sehr wichtig“ aus.

Wie in der Literatur beschrieben (Nippgen 2005; Riediger 2005), stellte auch diese Studie den Wunsch der Institutionen nach einer größeren Unterstützung durch Zahnärzte fest. Schon in den früheren Umfragen, wünschten sich die Befragten eine höhere Bereitschaft der Zahnärzte in Einrichtungen Untersuchungen und Kontrollen durchzuführen (Nippgen 2005; Wefers 1994a). Dies scheint sich in den letzten 20 Jahren nicht verändert zu haben und wurde auch in dieser Studie von 82,4% Einrichtungen erhofft.

Die Empfindungen des Pflegepersonals bei der Mundhygiene der Senioren wurde 2003 in einer Studie untersucht, bei der 14 % der Pflegekräfte ein Ekelgefühl und bei 41% ein belastendes und unangenehmes Gefühl feststellen (Gottschalck 2003). In der vorliegenden Studie verneinten 80,3% Ekel und Abscheu. Nur 4,5% gaben an, sie empfinden solche Gefühle bei der Mundpflege der Senioren. 15,3% beschrieben ihre Gefühle als „Unwohlsein“ und „teilweise Ekel“ bei manchen Senioren, besonders bei schlecht möglicher oder mangelhafter Mundhygiene“.

In einer aktuell vorliegenden Studie wird angegeben, dass 60% der ambulanten Pflegekräfte eine Mundhygieneunterweisung erhalten haben (Delgado et al. 2016). In einer älteren Studie gaben 96% des Pflegepersonals an ihre Kenntnisse bezüglich der Mundhygiene im Alter durch die tägliche Arbeit erworben zu haben, nur 4 % hatten ihr Wissen durch Weiterbildungen erlangt (Petzold et al. 2007). In der vorliegenden Studie gaben 56,4% der Pflegekräfte an, keinerlei Qualifikation zu haben. 43,6% führten an, dass sie in der Ausbildung praktischen und theoretischen Unterricht zu diesem Themengebiet oder Fortbildungen zu der Thematik bekommen hatten. Fortbildungen bezüglich des Themas „orale Präventionsmaßnahmen“ wurden von 13,6%-18,9% der Pflegekräfte wahrgenommen.

Ein Interesse an Fortbildungen und Schulungen bezüglich Mundhygiene wurde von 33,3% (Bock-Hensley et al. 2006) bis 58% (Petzold et al. 2007) der Befragten konstatiert. 85% der ambulanten Pflegekräfte waren an einem Mundhygienetraining interessiert (Delgado et al. 2016). Auch in der vorliegenden Studie konnte ein Wunsch nach Fortbildungen zu dieser Thematik festgehalten werden. Hier erhofften sich 60% mehr Fortbildungen und Anleitungen. Der Vergleich mit der vorliegenden Literatur ist nur in wenigen Fällen möglich. Dies liegt unter anderem daran, dass sich nur wenige Studien mit der Thematik im Rahmen einer Umfra-

ge befasst haben. Oft unterscheiden sich die Fragen und machen einen Vergleich nicht möglich. Hinzu kommt, dass die vergleichbaren Studien schon lange zurückliegen.

5.4 Schlussfolgerung

Aus den Daten ist ersichtlich, dass die Ausbildung der Pflegekräfte inhomogen ist und orale Präventionsmaßnahmen einen zu geringen Stellenwert haben, was zu einem schlechten Kenntnisstand des Pflegepersonals führt. Eine Veränderung der Ausbildung bezüglich oraler Präventionsmaßnahmen erscheint sinnvoll. Obwohl orale Präventionsmaßnahmen in den Einrichtungen als wichtig empfunden werden, findet die Mundhygiene sowohl im Fortbildungsbereich als auch im täglichen Zeitplan zu wenig Berücksichtigung. Sowohl die Pflegedienstleitungen als auch die Pflegekräfte sind sich der Defizite durchaus bewusst, es existieren jedoch keine Konzepte diese zu beheben. Man wünscht sich regelmäßige Kontrollen und eine größere Unterstützung von Seiten der Zahnärzte. Um eine Verbesserung der Situation zu erzielen, sollten multifaktorielle Ansatzpunkte in Betracht gezogen werden.

5.5 Empfehlung aus den Daten und Ausblick

Die Studie zeigt, dass einige Veränderungen in der Pflege sinnvoll erscheinen:

- Reformierung des Unterrichts in Pflegeschulen mit einheitlichen Lehrplanvorgaben
- ein Ansprechpartner im Sinne eines Mundhygienebeauftragten
- ein größeres Fortbildungsangebot in der Thematik
- mehr Zeit für Mundhygiene
- mehr Unterstützung durch einen zahnärztlichen Kooperationspartner
- zahnärztliche Einganguntersuchungen, regelmäßige Kontrollen und Hilfestellung bei der Mundhygieneausübung

Grundsätzlich ist eine Verbesserung der Situation nur möglich, wenn alle beteiligten Personen sich bereiterklären, Verantwortung zu übernehmen. Diese Studie zeigt das große Interesse der Pflegekräfte und der Pflegedienstleitungen daran, mehr Schulungen und Hilfestellungen bezüglich Mundhygiene und Mundgesundheit anzunehmen. Ob das Thema bei den Senioren und deren Angehörigen Anklang findet, wäre ein weiterer interessanter Forschungsansatz. Doch auch die Zahnärzte und letztlich auch unser Gesundheitssystem müssen in die Pflicht genommen werden.

Zur langfristigen Verbesserung sollte die Ausbildung der Pflegekräfte überdacht werden. Ein gesetzlich vorgegebener Lehrplan mit einem festen Block für Mundgesundheit und Mundhygiene könnte zu einer Verbesserung führen. Sowohl theoretisch als auch praktisch gibt es einigen Verbesserungsbedarf. Hierfür ist zu überlegen, ob Zahnärzte oder Zahnmedizininstu-

zenten Unterrichtsstunden bei den Pflegeschulen übernehmen, oder begleiten, um direkt für Fragen der Ausbilder und Auszubildenden zur Verfügung zu stehen. Ähnlich wie der Besuch in Kindergärten und Grundschulen, der von der Universität Göttingen regelmäßig vorgenommen wird, wären auch solche Unterrichtsbesuche denkbar.

Ein Ansatz zur schnellen Verbesserung der Situation in den Einrichtungen wäre, einen Pfleger als Mundhygienebeauftragten weiterzubilden. Dieser sollte engen Kontakt zu Zahnärzten oder Zahnkliniken haben und regelmäßig fortgebildet werden. Auf diese Weise hätte das gesamte Pflegepersonal einen Ansprechpartner vor Ort, der jederzeit Pflegetipps geben und bei Unsicherheiten Hilfestellung leisten kann. Zusätzlich sollte dieser regelmäßige Weiterbildungen für das Personal organisieren, um so das Wissen aufzufrischen. Auch Schulungen für Angehörige und die Pflegebedürftigen selbst sind denkbar. Um dies einzuführen, wäre eine Studie, in der pro Institution ein Mundhygienebeauftragter gewählt und instruiert wird, eine Möglichkeit, dieses Modell zu erproben. Hierzu müssten Pflegekonzepte erstellt und Schulungen durchgeführt werden. Auch Wissensüberprüfungen erscheinen sinnvoll. Zur Weiterführung des Projekts könnten die Studierenden der Zahnmedizin in Pflegeeinrichtungen gehen, um dort die Pfleger zu instruieren und Behandlungsbedarf festzustellen.

Das erweiterte Wissen nützt jedoch nichts, wenn dem Pflegepersonal nicht mehr Zeit für die Umsetzung der Mundhygiene gegeben wird. 5-7 Minuten erscheinen zwar auf den ersten Blick nicht zu kurz, um 2-mal täglich die Zähne zu reinigen. Es muss jedoch beachtet werden, dass es sich um die Zahnpflege von Pflegebedürftigen handelt. Diese sind oftmals nicht in der Lage mitzuarbeiten, was die Mundhygiene erschwert. Auch die Tatsache, dass bei den Senioren immer mehr Restbezahnung gepflegt werden muss und die Mundhygiene nicht mit der alleinigen Prothesenreinigung abgeschlossen ist, benötigt Zeit. Hierzu ist neben den Pflegedienstleitungen auch die Gesundheitspolitik wegen der Problematik der Finanzierbarkeit gefragt.

Eine weitere Idee zur Behebung der Problematik wurde gerade von der Zahnärztekammer mit Hilfe einer neuen Gesetzesvorgabe – dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (BMG 2012b) - umgesetzt. Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz wurde am 29.6.2012 beschlossen und trat am 1.1.2013 in Kraft. Durch das Aushandeln von Kooperationsverträgen zwischen Pflegeeinrichtung und Zahnärzten soll nicht nur die Versorgung, sondern auch die regelmäßige Kontrolle sichergestellt werden. Dieses Gesetz wurde verabschiedet um die ärztliche und zahnärztliche Betreuung Pflegebedürftiger zu verbessern. Unter anderem soll durch zusätzliche Abrechnungsmöglichkeiten das Interesse der Zahnärzte an Heimbefuchen gestärkt werden (BMG 2012b). Sowohl Eingangsuntersuchungen als auch regelmäßige Schulungen des Personals generell sowie individuell auf den jeweiligen Pflegebedürftigen abgestimmte Maßnahmen zur Mundhygiene sollten hier verpflichtend eingeführt werden. Ob sich genügend

Zahnärzte bereiterklären diese Kooperationsverträge abzuschließen und dies zu einer Verbesserung der Situation führt, bleibt abzuwarten. Besonders bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen ist der Erfolg fragwürdig. Interessant wäre es, diese Studie nach einer Eingewöhnungszeit des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes noch einmal durchzuführen und die Veränderung zu überprüfen.

6 Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Situation in der ambulanten und stationären Pflege hinsichtlich des aktuellen Ausbildungsstands des Pflegepersonals Göttinger Einrichtungen zur Thematik „orale Präventionsmaßnahmen“ zu ermitteln.

Hierzu wurde zunächst die Ausbildung des Pflegepersonals an 3 Göttinger Alten- und Krankenpflegeschulen bezüglich Mundgesundheit und Mundhygiene näher untersucht. Anschließend wurden die Pflegedienstleitungen und das Pflegepersonal in stationären und ambulanten Einrichtungen mit speziell ausgearbeiteten Fragebögen befragt. Die Ergebnisse wurden deskriptiv und vergleichend statistisch ausgewertet. Unter anderem wurden folgende Themenbereiche eruiert:

- Allgemeine Angaben zur Person und der Einrichtung
- Ärztliche und zahnärztliche Situation
- Angaben hinsichtlich oraler Präventionsmaßnahmen und der persönlichen Empfindung
- Angaben zum Ausbildungsstand hinsichtlich oraler Präventionsmaßnahmen
- Verbesserungsvorschläge

Der erste Teil der Studie zeigte, dass die Ausbildung der Pflegekräfte in den Schulen sehr unterschiedlich war. Es existierte keine einheitliche Vorgabe, wie Mundhygiene und Mundgesundheit gelehrt werden sollen.

Im zweiten Teil wurde deutlich, dass im Bereich der ambulanten und stationären Pflege ein großes Interesse an der Thematik bestand. Dies zeigt sich vor allem anhand der hohen Rücklaufquote von über 58,9% der stationären und 54,4% der ambulanten Institutionen. Im Durchschnitt war das Pflegepersonal überzeugt „ausreichend bis gut“ ausgebildet zu sein. Allerdings gaben 56,4% an, keine besonderen Qualifikationen bezüglich oralen Präventionsmaßnahmen zu besitzen. Obwohl Schulungen zu oralen Präventionsmaßnahmen im Mittel für wichtig befunden wurden, besuchten 86,4% jedoch keine Fortbildungen zu dieser Thematik. Dies wurde von 25% des Pflegepersonals auf zu wenig Fortbildungsangebote und von 19,8% auf einen Zeitmangel zurückgeführt. Mundhygiene wird im Durchschnitt als „wichtig“ bis „sehr wichtig“ beurteilt. Eine Problematik stellte jedoch die zu geringe Zeit von durchschnittlich 5,5 Minuten (Pflegedienstleitung) - 6,4 Minuten (Pflegepersonal) dar, die für die tägliche Mundhygiene der Pflegebedürftigen zur Verfügung stand. Es mangelte an zahnärztlichen Einganguntersuchungen, regelmäßigen zahnärztlichen Kontrollen und Hilfestellung bei der Mundhygieneausübung. In allen Einrichtungen fehlte ein Ansprechpartner im Sinne eines Mundhygienebeauftragten ebenso wie ein zahnärztlicher Kooperationspartner. Mehr

als die Hälfte der Studienteilnehmer zeigte einen deutlichen Wunsch nach mehr Unterstützung.

Der Vergleich zwischen den Antworten der ambulanten und der stationären Pflegedienstleitungen zeigte nur in wenigen Fragestellungen signifikante Unterschiede auf. Zu den wichtigsten Punkten zählte zum einen, dass die ambulanten Leitungen aufzeigten, im Durchschnitt 2,9 Minuten weniger Zeit für die Mundhygiene zu haben, der Wunsch nach mehr Zeit jedoch weniger ausgeprägt war (Differenz 3,1 Minuten bei den stationären, 0,8 Minuten bei den ambulanten Leitungen). Zum anderen wurde der Wunsch nach mehr Unterstützung und Kontrolle von Seiten der Zahnärzte bei den ambulanten Einrichtungen deutlicher ($p < 0,05$). Ebenfalls nur wenig signifikante Unterschiede waren beim Gegenüberstellen zwischen den Aussagen der ambulanten und der stationären Pflegekräfte festzustellen. Hier war vor allem auffällig, dass sich im Vergleich zum ambulanten Pflegepersonal (39,3%) wesentlich mehr stationäre Pflegekräfte (63,2%) regelmäßige Mundgesundheitskontrollen wünschten ($p = 0,02$). Ähnlich wie bei den Pflegedienstleitungen gaben auch die ambulanten Pfleger an, weniger Zeit (im Durchschnitt 4,9 Minuten) für die Mundhygiene zur Verfügung zu haben als die stationären (im Durchschnitt 6,7 Minuten) ($p = 0,01$). Die Diskrepanz zwischen der gewünschten Zeit und der vorhandenen war beim ambulanten Personal jedoch im Durchschnitt um 1 Minute höher ($p < 0,01$). Die Gegenüberstellung der Antworten der Pflegedienstleitungen und denen der Pflegekräfte zeigte in einigen Fragen, dass jede Berufsgruppe versuchte, sich positiver darzustellen. Dies verdeutlicht die Schwierigkeit, von einer subjektiven Einschätzung der Befragten auf die objektive Situation zu schließen.

Die Situation und der Ausbildungsstand bezüglich oraler Präventionsmaßnahmen, in der sich die Pflegeeinrichtungen befinden, erscheinen insgesamt nicht zufriedenstellend. Um eine Verbesserung der Situation zu erzielen, sollten multifaktorielle Ansatzpunkte in Betracht gezogen werden. Zum einen sollte die schulische Ausbildung der Pflegekräfte mehr die Mundgesundheit berücksichtigen, zum anderen die Weiterbildung der Pflegekräfte, der Angehörigen und nicht zuletzt der Senioren selbst in Angriff genommen werden. Dies ist nur mit Hilfe der Zahnärzteschaft, der Universitäten, der zahnärztlichen und pflegerischen Berufsverbände und der Gesundheitspolitik möglich.

7 Literaturverzeichnis

Albrecht M, Kupfer R, Reissmann DR, Mühlhauser I, Köpke S (2016): Oral health educational interventions for nursing home staff and residents (Review). Cochrane Database Syst Rev (Epub ahead of print)

Amberg B: Teamwerk-Zahnmedizin für Menschen mit Behinderungen: Die aktuelle Situation der Mundgesundheit und zahnmedizinischen Betreuung von pflegebedürftigen, alten Patienten im Großraum München. Med. Diss. München 2009

Benz C (2008): Präventionskonzept im fortgeschrittenen Alter: Was ist anders? Parodont Nachr 5 (3), 6-7

Benz C, Haffner C: Zahnmedizin in der Pflege – das Teamwerk-Projekt-. IDZ (Hrsg.) Köln 2009

Blaizot A, Vergnes J, Nuwwareh S, AmarJ, Sixou M (2009): Periodontal diseases and cardiovascular events: meta-analysis of observational studies. Int Dent J 59 (4), 197-209

(BMG:)a Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufgesetzes. Berlin 2012

http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeberuf/20120301_Endfassung_Eckpunktepapier>Weiterentwicklung_der_Pflegeberufe.pdf [Zugriff am 5.11.2012]

(BMG:)b Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Pflege-Neuausrichtung-Gesetz.

Berlin 2012 <http://www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/p-q/pflege-neuausrichtung-gesetz.html> [Zugriff am 26.09.2016]

(BMG:) Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Prävention. Berlin 2015

<http://www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/p-q/praevention.html> [Zugriff am 26.09.2016]

(BMJ:) Bundesministerium der Justiz (Hrsg.): Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltPflG). Berlin 2000

<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/altpflg/gesamt.pdf> [Stand 16.7.2015]

(BMJ:) Bundesministerium der Justiz (Hrsg.): Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG). Berlin 2003

http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflg_2004/gesamt.pdf [Stand 16.7.2015]

Bock-Hensley O, Niekusch U, Klett M, Wendt C (2006): Zahnhygiene in Altenheimen des Rhein-Neckar-Kreises und der Stadt Heidelberg - Ergebnisse einer Umfrage. Hyg Med 31 (1), 12–15

Darré L, Vergnes J, Gourdy P, Sixou M (2008): Efficacy of periodontal treatment on glycaemic control in diabetic patients: A meta-analysis of interventional studies. Diabetes Metab 34 (5), 497-506

Delgado AM, Prihoda T, Nguyen C, Hicks B, Smiley L, Taverna M (2016): Professional Caregivers' Oral Care Practices and Beliefs for Elderly Clients Aging In Place. J Dent Hyg 90 (4), 244-248

Deschner J, Jepsen S (2011): Wechselwirkungen zwischen parodontalen und systemischen Erkrankungen. Zahnmedizin up2date 5 (2), 183-202

Fiedler S (2007): Alter-aber bitte mit Biss. ZM 97 (19), 2798-2802

Frey I, Lübke-Schmid L, Wenzel W: Krankenpflegehilfe - Alle Fächer für Ausbildung und Praxis. 11. Auflage; Thieme, Stuttgart 2002

Fricke A (2012): Bund und Länder betreten Neuland in der Pflegeausbildung. ÄZ 31 (46), 8

Geiger S: Teamwerk – Zahnmedizin für Menschen mit Behinderungen - Die Mundgesundheit und deren Beeinflussung durch regelmäßige zahnmedizinische Betreuung institutionalisierter Senioren im Großraum München. Med. Diss. München 2011

Gottschalck T (2003): Mundpflege – Untersuchung eines pflegerischen Handlungsfeldes. Angewandte Pflegeforschung Pr-Internet 5 (3), 61-73

Gottschalck T: Mundhygiene und spezielle Mundpflege. 1. Auflage; Huber, Bern 2007

Haffner C (2012): Prophylaxe in der Alterszahnmedizin. Dentalhygiene J 15 (2), 14-17

Halling F: Zahnärztliche Pharmakologie (Praxisorientiertes und praxiswirksames Expertenwissen für Zahnärzte); Spitta Verlag, Balingen 2008

Hassel A, Koke U, Rammelsberg P (2006): Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität bei Senioren im Heim-Mundgesundheit und MLQ in Heidelberger Altenheimen. ZM 96 (4), 382-384

Heilf T: Zur Wirkung individueller oralhygienischer Unterweisung auf die Prothesenhygiene von Patienten in Alten- und Pflegeheimen. Med. Diss. Münster 2008

Heimann M: Untersuchungen zur Gebiß- und Mundgesundheit bei älteren Personen in Alten- und Pflegeheimen: Teil I Karies- und Parodontalbefunde. Med. Diss. Gießen 1993

Hertrampf K a: Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Jüngeren Senioren (65- bis 74- Jährige); Mundschleimhautbefunde. In: Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.): Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Materialreihe Band 35; Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2016, 359-362

Hertrampf K b: Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Älteren Senioren (75- bis 100- Jährige); Mundschleimhautbefunde. In: Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.): Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Materialreihe Band 35; Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2016, 471-474

Hoffmann T: Parodontalerkrankungen, Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Senioren (65-74 Jahre). In: Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Materialreihe Band 31; Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2006, 334-353

Hoehl M, Kullick P (Hrsg.): Kinderkrankenpflege und Gesundheitsförderung. 2. Auflage; Thieme, Stuttgart 2002

Isaksson R, Paulsson G, Fridlund B, Nederfors T (2000): Evaluation of an oral health education program for nursing personnel in special housing facilities for the elderly. Part II: Clinical aspects. *Spec Care Dentist* 20 (3), 109-113

Jäger S: Mundhygiene und Mundgesundheit bei Bewohnern von Altenpflegeheimen. Med. Diss. Bonn 2009

Jäger S, Köster-Schmidt A, Schade M, Heudorf U (2009): Mundhygiene und Mundgesundheit bei Bewohnern von Altenpflegeheimen. *Bundesgesundheitsbl* 52 (10), 927-935

Janket SJ, Baird AE, Chuang SK, Jones JA (2003): Meta-analysis of periodontal disease and risk of coronary heart disease and stroke. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 95 (5), 559-569

Janket SJ, Wightman A, Baird AE, van Dyke TE, Jones JA (2005): Does Periodontal Treatment Improve Glycemic Control in Diabetic Patients? A Meta-analysis of Intervention Studies. *J Dent Res* 84 (12), 1154-1159

Janssens B, De Visscherer L, van der Putten GJ, de Lugt-Lustig K, Schols JM, Vanobbergen J (2016): Effect of an oral healthcare protocol in nursing homes on care staffs' knowledge and attitude towards oral health care: a cluster-randomised controlled trial. *Gerodontology* 33 (2), 275-286

Jordan AR, Micheelis W: Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Materialreihe Band 35; Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.) Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2016

Jordan RA, Sirisch E, Gesch D, Zimmer S, Bartholomeyczik S (2012): Verbesserung der zahnmedizinischen Betreuung in der Altenpflege durch Schulungen von Pflegekräften. *Pflege* 25 (2), 97-105

Junge J, Neuhoff D, Schulze-Entrup E, Eckert J, Ziller S: Handbuch der Mundhygiene Zähne, Zahnfleisch, Alter und Krankheit. Bundeszahnärztekammer (Hrsg.); Köllen Druck+Verlag, Bonn 2002

Khader YS, Albashaireh ZS, Alomari MA (2004): Periodontal disease and the risk of coronary heart and cerebrovascular disease: a meta-analysis. *J Periodontol* 75 (8), 1046-1053

Khader YS, Dauod AS, El-Qaderi SS, Alkafajei A, Batayha WQ (2006): Periodontal status of diabetics compared with nondiabetics: a meta-analysis. *J Diabetes Complications* 20 (1), 59-68

Kocher T, Hoffmann T: Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Älteren Senioren (75- bis 100- Jährige); Parodontalerkrankungen. In: Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.): Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Materialreihe Band 35; Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2016, 503-516

Kocher T, Holtfreter B: Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Jüngeren Senioren (65- bis 74- Jährige); Parodontalerkrankungen. In: Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.): Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Materialreihe Band 35; Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2016, 396-415

Kullberg E, Sjögren P, Forsell M, Hoogstraate J, Herbst B, Johansson O (2010): Dental hygiene education for nursing staff in a nursing home for older people. *J Adv Nurs* 66 (6), 1273-1279

Lehmann A, Müller G, Janke U, Paitzies A, Müller S, Reitemeier B (2003): Verbesserung der Pflegequalität der Zahn-, Mund- und Prothesenhygiene bei pflegebedürftigen Senioren. *BbSch* 55 (6), 183-188

(LSKN:) Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen (Hrsg.): Bevölkerung der Gemeinden -Stand 31. Dezember 2011. Hannover 2012
http://www.statistik.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=25688&article_id=87679&_psmand=40 [Zugriff am 1.10.2012]

(LZKBW:) Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg (Hrsg.): AKABe BW-Gesundheit beginnt im Mund Zahn- und Mundgesundheits in der Pflege. Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg, Stuttgart 2009

<http://www.lzkbw.de/Zahnaerzte/Alterszahnheilkunde/betreuungskonzept.php> [Zugriff am 22.9.2012]

Manojlovic S: Mundgesundheits bei Bewohnern in Altenpflegeheimen in Grevenbroich. Med. Diss. Düsseldorf 2010

Meissner G: Gerostomatologische Vergleichsstudie in Alten- und Pflegeheimen der Stadt Leipzig und des sächsischen Landkreises Riesa- Großenhain. Med. Diss. Leipzig 2002

Menche N (Hrsg.): Biologie, Anatomie, Physiologie. 6. Auflage; Elsevier, Urban & Fischer Verlag, München 2007

Menche N (Hrsg.): Pflege heute: Lehrbuch für Pflegeberufe. 5. Auflage; Elsevier, Urban & Fischer Verlag, München 2011

Menke M, Oelke U: Gemeinsame Pflegeausbildung: Modellversuch und Curriculum für die theoretische Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. 2. Auflage; Huber Verlag, Bern 2005

Micheelis W, Schiffner U: Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Materialreihe Band 31; Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.) Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2006

Munoz N, Touger-Decker R, Byham-Gray L, O'Sullivan Maillet J (2009): Effect of an oral health assessment education program on nurses' knowledge and patient care practices in skilled nursing facilities. *Spec Care Dentist* 29 (4), 179-185

(Nds MK:) Niedersächsisches Kultusministerium (Hrsg.): Rahmenrichtlinien für die Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege und in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Hannover 2006 <http://www.nibis.de/nli1/bbs/archiv/rahmenrichtlinien/kpfl.pdf> [Stand 2006]

Nicol R, Petrina Sweeney M, McHugh S, Bagg J (2005): Effectiveness of health care worker training on the oral health of elderly residents of nursing homes. *Community Dent Oral Epidemiol* 33 (2), 115-124

Nika K: Untersuchungen zum Mundgesundheitszustand älterer Patienten und deren mundgesundheitsbezogene Lebensqualität. Med. Diss. Bonn 2011

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

Nitschke I: Zur Mundgesundheits von Senioren. Med. Habil.-Schr. Leipzig 2006

Nitschke I, Hopfenmüller W: Die zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen. In: von Mayer KU und Baltés PB (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie: [das höhere Alter in interdisziplinärer Perspektive]. Akademie Verlag, Berlin 1996, 429-448

Nitschke I, Hopfenmüller J, Hopfenmüller W: Zur Mundgesundheit von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen in Deutschland- eine systematische Übersicht (Review) auf der Grundlage aktueller Einzelstudien (2000-2012). IDZ (Hrsg.) Köln 2012
<http://www.idz-koeln.de/info.htm?www3.idz-koeln.de/idzpubl3.nsf/%28veroeff-I-NEU%29/E8C33A79F7D9352EC1257A830043BAB6> [Zugriff am 1.10.2012]

Nitschke I, Ilgner A, Meissner G, Reiber T (2003): Zahngesundheit von Bewohnern in ländlichen und städtischen Senioreneinrichtungen. DZZ 58 (8), 457-462

Nitschke I, Kaschke I (2011): Zahnmedizinische Betreuung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung. Bundesgesundheitsbl 54 (9), 1073-1082

Nitschke I, Micheelis W: Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Älteren Senioren mit Pflegebedarf. In: Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.): Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Materialreihe Band 35; Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2016, 557-578

Nitschke I, Stark H a: Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Jüngeren Senioren (65- bis 74- Jährige); Zahnverlust und prothetische Versorgung. In: Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.): Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Materialreihe Band 35; Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2016, 416-452

Nitschke I, Stark H b: Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Älteren Senioren (75- bis 100- Jährige); Zahnverlust und prothetische Versorgung. In: Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.): Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Materialreihe Band 35; Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2016, 517-548

Oelke U (Hrsg.): In guten Händen Teil: Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege/ Teil 1. 1. Auflage; Cornelsen, Berlin 2007

Paulsson G, Fridlund B, Holmén A, Nederfors T (1998): Evaluation of an oral health education program for nursing personnel in special housing facilities for the elderly. Spec Care Dentist 18 (6), 234-242

Paulsson G, Söderfeldt B, Fridlund B, Nederfors T (2001): Recall of an oral health education program by nursing personnel in special housing facilities for the elderly. Gerodontology 18 (1), 7-14

Petzold H, Fiedler S, Greye S: Altern mit Biss. Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. (Hrsg.), Magdeburg 2007

http://www.lvg-lsa.de/o.red/uploads/dateien/1268127421-altern_mit_biss.pdf [Zugriff am 1.10.2012]

Pischon N, Pischon T, Kröger J, Gülmez E, Kleber BM, Bernimoulin JP, Landau H, Brinkmann PG, Schlattmann P, Zernicke J (2008): Association among rheumatoid arthritis, oral hygiene, an periodontitis. *J Periodontol* 79 (6), 979-986

Porter J, Ntouva A, Read A, Murdoch M, Ola D, Tsakos G (2015): The impact of oral health on the quality of life of nursing home residents. *Health Qual Life Outcomes* 13, 102

Reißmann DR, Heydecke G, van den Bussche H (2010): Die zahnärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland- eine kritische Würdigung der vorliegenden Studien. *DZZ* 65 (11), 647-653

Riediger T: Die zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen in Seniorenheimen der Stadt Düsseldorf. Med. Diss. Düsseldorf 2005

Rothgang H, Müller R, Mundhenk R, Unger R: Barmer GEK Pflegereport; Schwerpunkt: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 29; Asgard-Verlagsservice GmbH, Siegburg 2014

Samson H, Berven L, Strand GV (2009): Long-term effect of an oral healthcare programme on oral hygiene in a nursing home. *Eur J Oral Sci* 117 (5), 575-579

Schewior-Popp S (Hrsg.): Thiemes Pflege: Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung. 11. Auflage; Thieme, Stuttgart 2009

Schiffner U a: Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige); Karies und Erosionen. In: Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.): Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Materialreihe Band 35; Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2016, 363-395

Schiffner U b: Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Älteren Senioren (75- bis 100-Jährige); Karies und Erosionen. In: Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.): Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Materialreihe Band 35; Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2016, 475-502

(SÄBL:) Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.): Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010

<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/DemografischerWandel/KrankenhausbehandlungPflegebeduerftige.html> [Zugriff am 1.10.2012]

(SÄBL:) Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.): Demografischer Wandel in Deutschland, Heft1: Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2011

<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/DemografischerWandel/BevoelkerungsHaushaltsentwicklung.html> [Zugriff am 1.10.2012]

(SÄBL:) Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.): Pflegestatistik 2009 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Kreisvergleich. Statistisches Bundesamt Wiesbaden 2012

<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/AlteAusgaben/PflegeKreisvergleichAlt.html> [Zugriff am 1.10.2012]

Sumi Y, Nakamura Y, Michiwaki Y (2002): Development of a systematic oral care program for frail elderly persons. Spec Care Dentist 22 (4), 151-155

(SGB:) Sozialgesetzbuch XI, § 14: Begriff der Pflegebedürftigkeit.

<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/14.html> [Stand 21.12.2015]

(SGB:) Sozialgesetzbuch XI, § 15: Stufen der Pflegebedürftigkeit.

<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/15.html> [Stand 21.12.2015]

(SGB:) Sozialgesetzbuch XI, § 45a,b: Berechtigter Personenkreis.

<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/45a.html> [Stand 21.12.2015]

Sharaf SM: Zum oralen Status von ambulant und stationär pflegebedürftigen Berliner Senioren. Med. Diss. Leipzig 2010

Sjögren P, Kullberg E, Hoogstraate J, Johansson O, Herbst B, Forsell M (2009): Evaluation of dental hygiene education for nursing home staff. J Adv Nurs 66 (2), 345-349

(StBA:)a Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Im Blickpunkt: Ältere Menschen in Deutschland und der EU. Wiesbaden 2011

<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/BlickpunktAeltereMenschen.html> [Zugriff am 1.10.2012]

(StBA:)b Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Pflegestatistik 2009 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 2. Bericht: Ländervergleich –Pflegebedürftige. Wiesbaden 2011
<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegebeduertigte5224002099004.html> [Zugriff am 1.10.2012]

(StBA:)c Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Pflegestatistik 2009 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden 2011
<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/AlteAusgaben/PflegeDeutschlandergebnisseAlt.html> [Zugriff am 1.10.2012]

(StBA:)d Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Pflegestatistik 2009 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 3. Bericht: Ländervergleich-ambulante Pflegedienste. Wiesbaden 2011
<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/AlteAusgaben/LaenderAmbulantePflegediensteAlt.html> [Zugriff am 1.10.2012]

(StBA:)e Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Pflegestatistik 2009 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 4. Bericht: Ländervergleich – Pflegeheime. Wiesbaden 2011
<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/AlteAusgaben/LaenderPflegeheimeAlt.html> [Zugriff am 1.10.2012]

Sullivan DH, Martin W, Flaxman N, Hagen JE (1993): Oral Health Problems and Involuntary Weight Loss in a Population of Frail Elderly. *J Am Geriatr Soc* 41 (7), 725-731

Taylor GW, Burt BA, Becker MP, Genco RJ, Shlossman M (1998): Glycemic control and alveolar bone loss progression type 2 diabetes. *Ann Periodontol* 3, 30-39

Teeuw WJ, Gerdes VE, Loos BG (2010): Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care* 33 (2), 421-427

Tervonen T, Karjalainen K (1997): Periodontal disease related to diabetic status. A pilot study of the response to periodontal therapy in type 1 diabetes. *J Clin Periodontol* 24 (7), 505-510

Thomsen M (2012): Zahl der Hochbetagten in Niedersachsen verdoppelt sich. *Statistische Monatshefte Niedersachsen* 66 (3), 112-133
www.statistik.niedersachsen.de/download/65484

Töpfer J: Orale Gesundheitszustand von Altenheimbewohnern. Med. Diss. Leipzig 1999

Tsai C, Hayes C, Taylor GW (2002): Glycemic control of type 2 diabetes and severe periodontal disease in the US adult population. *Community Dent Oral Epidemiol* 30 (3), 182-192

Vigild M (1990): Evaluation of an oral health service for nursing home residents. Acta Odontol Scand 48 (2), 99-105

Watson F, Tomson M, Morris AJ, Taylor-Weetman K, Wilson KI (2015): West Midlands Care Home Dental Survey 2011: part 1. Results of questionnaire to care home managers. Br Dent J 219 (7), 343-346

Yoneyama T, Aiba T, Ota M, Hirota K, Miyake Y, Hashimoto K, Okamoto H (1997): Treatment of gingivitis in elderly patients in a nursing home. Nippon Ronen Igakkai Zasshi 34 (2), 120-124

Wefers K-P (1994)a: Zur Zahnärztlichen Betreuung hessischer Altenpflegeheime Teil I: Die Versorgung im Meinungsbild der Heimleitungen. Z Gerodontol 27 (6), 429-432

Wefers K-P (1994)b: Zur Zahnärztlichen Betreuung hessischer Altenpflegeheime Teil II: Das Mundhygienebewußtsein der Bewohner. Z Gerodontol 27 (6), 433-436

Wefers K-P (1995): Zur Zahnärztlichen Betreuung hessischer Altenpflegeheime Teil III: Die Gebiß- und Prothesenbefunde der Bewohner. Z Gerodontol Geriat 28 (3), 200-206

Ziesemer J: Erwartungshaltung der Senioren und Seniorinnen bezüglich eigener Mundgesundheit und zahnärztlicher Versorgung. Med. Diss. Aachen 1999

8 Anlagen

8.1 Fragebögen

8.1.1 Fragebogen an die Pflegedienstleitung

FRAGEBOGEN PFLEGEDIENSTLEITUNG

TEILNEHMERNUMMER: _ _ _ _ _

DATUM: _ . _ . _ . _

EINRICHTUNGSCODE: _ _ _ _ _

I₁. Allgemeine Angaben zur Person

1 Geschlecht:

Männlich

Weiblich

2 Alter: _____

3 Nationalität: _____

4 Ihr derzeitiger Familienstand:

Single (nie verheiratet gewesen)

Verheiratet

Liiert (nicht verheiratet)

Getrennt/Geschieden

Verwitwet

5 Ihr höchster Ausbildungsgrad:

- Grundschule
- Sekundarschule (Haupt-, Realschule, Gymnasium)
- Lehre
- Fachschulabschluss
- Fachhochschul-/Universitätsabschluss
- Sonstiges: Bitte kurz beschreiben _____

6 Wie alt waren Sie zum Zeitpunkt Ihres Ausbildungsabschlusses? _____

7 Was ist Ihr derzeitiger Beruf? _____

8 Bitte kreuzen Sie alle der folgenden Aussagen an, die auf Sie zutreffen.

- Vollzeit beschäftigt
- Teilzeit beschäftigt
- Ehrenamtlich tätig
- Student
- Sonstiges (bitte beschreiben) _____

9 Wie lange sind Sie schon in diesem Beruf tätig? _____

I₂. Allgemeine Angaben zum Alters- oder Pflegeheim

10 Wer ist der Träger ihrer Einrichtung?

- Privat
- Kirchlich
- Stiftung
- Rentenversicherung
- Sonstige _____

11 Wie viele Bewohner gibt es in ihrer Einrichtung?

Insgesamt	Anzahl	Geschlecht	
		w	m
Nicht pflegebedürftig			
Pflegestufe 0			
Pflegestufe 1			
Pflegestufe 2			
Pflegestufe 3			

12 Wie sind die Bewohner versichert?

Privatversichert Bewohner	
Gesetzlich versicherte Bewohner	

13 Wie viele Pfleger/innen sind bei ihnen angestellt?

Insgesamt	
Männer	
Frauen	

14 Welche Ausbildungsqualifikation haben die Pfleger/innen?

Pflegerkraft	Anzahl	Alter (von – bis)	Geschlecht	
			w	m
Altenpfleger/innen				
Auszubildende				
Hilfskräfte				
Krankenpfleger/innen				
Praktikanten				
Zeitarbeiter				
Keine Qualifikation				
Sonstige				

II₁. Ärztliche und zahnärztliche Situation

- 15 Werden bei den Bewohnern ärztliche Eingangsuntersuchungen oder andere Screenings vorgenommen?
- Ja. Es gibt eine Eingangsuntersuchung / ein Screening
Wenn ja, durch wen wird dies durchgeführt? _____
- Nein
- 16 Werden bei den Bewohnern zahnärztliche Eingangsuntersuchungen oder andere Screenings vorgenommen?
- Ja. Es gibt eine Eingangsuntersuchung / ein Screening
Wenn ja, durch wen wird dies durchgeführt? _____
- Nein
- 17 Ist die ärztliche Betreuung patientenbezogen oder hausbezogen?
- Patientenarzt (der Patient wählt frei seinen Arzt)
- Hausarzt (ein Arzt kümmert sich um alle Bewohner)
- 18 Ist die zahnärztliche Betreuung patientenbezogen oder hausbezogen?
- Patientenzahnarzt (der Patient wählt frei seinen Zahnarzt)
- Hauszahnarzt (ein Zahnarzt kümmert sich um alle Bewohner)
- 19 Findet ein kontrollorientiertes oder ein symptombezogenes ärztliches Visiting bei den Bewohnern statt?
- Kontrollorientiertes Visiting (Arzt kommt regelmäßig z.B. einmal im Jahr und untersucht alle Bewohner)
- Symptombezogenes Visiting (Arzt kommt nur wenn jemand über Schmerzen/Problem klagt)

- 20 Findet ein kontrollorientiertes oder ein symptombezogenes zahnärztliches Visiting bei den Bewohnern statt?
- Kontrollorientiertes Visiting (Zahnarzt kommt regelmäßig z.B. einmal im Jahr und untersucht alle Bewohner)
 - Symptombezogenes Visiting (Zahnarzt kommt nur wenn jemand über Schmerzen/Problem klagt)
- 21 Besteht die Möglichkeit einer zahnärztlichen Behandlung in ihrer Einrichtung?
- Ja, es gibt einen speziellen Raum für ärztliche/zahnärztliche Untersuchungen
 - Ja, aber es gibt keinen speziellen Raum für ärztliche/zahnärztliche Untersuchungen (z.B. im Zimmer des Bewohners)
 - Nein
Wenn Nein, wo erfolgt die Behandlung _____
- 22 Wenn die Behandlung nicht in Ihren Räumlichkeiten erfolgt, wie gelangen die Bewohner zum Behandlungsort?
- Taxi
 - Bus
 - Eigenorganisiert
 - Krankentransport
 - Sonstiges _____
- 23 Gibt es Kooperationen mit Zahnärzten, Zahnkliniken oder Universitäten? (Mehrfachantworten sind möglich)
- Zahnärzte (diverse Zahnärzte)
 - Patenzahnarzt (nur ein Zahnarzt für alle Bewohner zuständig)
 - Zahnklinik
 - Universität Göttingen
 - Nein

II₂. Angaben hinsichtlich oraler Präventionsmaßnahmen

24 Wie und wie oft erfolgt die Mundhygienekontrolle?

- Durch den Zahnarzt _____ mal im Jahr
- Durch das Pflegepersonal _____ mal im Jahr

25 Wie erfolgt die Mundhygieneunterstützung?

- Bewohner muss die Mundhygiene selber durchführen
- Bewohner bekommen Erklärungen der Handhabung des Mundhygienematerials
- Zahnpflege wird komplett durch das Pflegepersonal übernommen
- Sonstiges _____

26 Welche Hilfsmittel zur Mundhygieneunterstützung werden in ihrer Einrichtung angewendet? (Mehrfachantworten sind möglich)

- Ultraschallbad _____ pro Woche bei ___ Bewohnern
 - Mundspüllösung _____ pro Woche bei ___ Bewohnern
 - Zahnbürste manuell _____ pro Woche bei ___ Bewohnern
 - Zahnbürste elektrisch _____ pro Woche bei ___ Bewohnern
 - Zahnseide/ Superfloss _____ pro Woche bei ___ Bewohnern
 - Zwischenraumbürste _____ pro Woche bei ___ Bewohnern
 - Sonstige _____
-

27 Woher beziehen sie die Materialien zur unterstützenden Mundpflege?

- Material wird von den Pflegebedürftigen gestellt
- Material wird von der Institution gestellt

28 Wie erfolgt die tägliche Prothesenreinigung der Pflegebedürftigen?

- Reinigung morgens und abends mit Zahnbürste und Zahnpasta
 - Reinigung morgens und abends mit Zahnbürste und Seife
 - Reinigung täglich im Ultraschallbad
 - Reinigung über Nacht mit Reinigungstabletten (wie z.B. Kukident) im Wasserglas
 - Reinigung wird ausschließlich durch den Pflegebedürftigen durchgeführt
 - Sonstiges _____
-

29 Wie sind die Prothesen, falls vorhanden, gekennzeichnet / signiert?

- Gar nicht/ist nicht nötig
 - Sonstiges _____
-

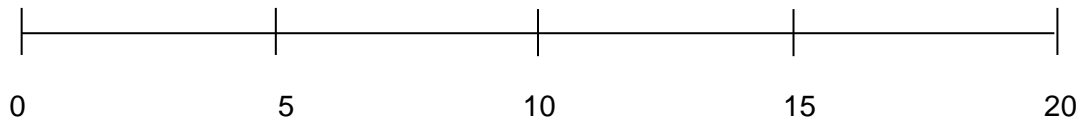
30 Wie ist in ihrer Einrichtung die zahnmedizinische Versorgung sichergestellt?

- Ein Zahnarzt betreut alle Bewohner
- Jeder Bewohner hat einen anderen Zahnarzt.
- Einige Bewohner haben ihren eigenen Zahnarzt, der Rest wird einheitlich von einem Zahnarzt betreut.

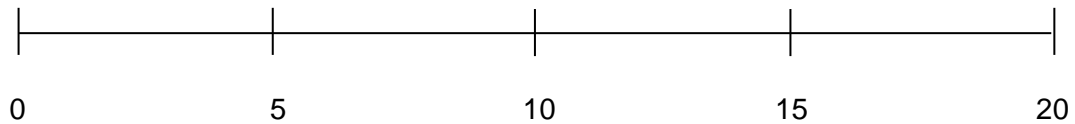
31 Wann entstehen zahnärztliche Kontakte?

- Nur auf Wunsch des Bewohners
- In regelmäßigen Intervallen (auch ohne akute Probleme des Bewohners)
- Ausschließlich bei Schmerzen oder Beschwerden

32 Wie viele Minuten stehen für die Mundhygieneunterstützung pro Tag bei einem Bewohner durchschnittlich zur Verfügung?



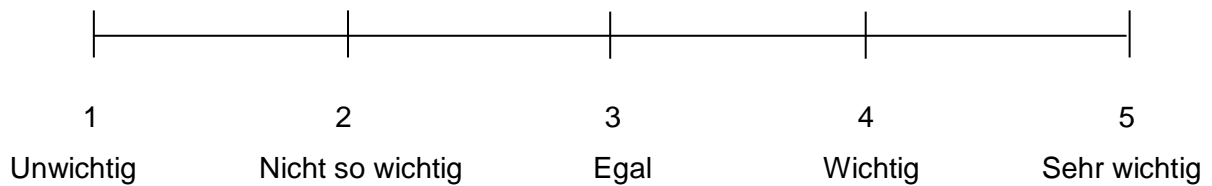
33 Wie viele Minuten würden Sie sich für die Mundhygieneunterstützung pro Tag bei einem Bewohner durchschnittlich wünschen?



34 Gibt es einen Mundhygienebeauftragten in ihrer Einrichtung?

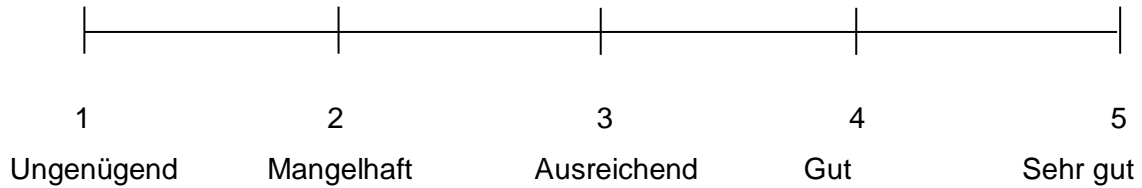
- Ja
- Nein

35 Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach das Thema Mundhygiene und Prophylaxe für die Allgemeingesundheit im Vergleich zu z.B. Dekubitusprophylaxe oder Verhinderung der Dehydrierung?

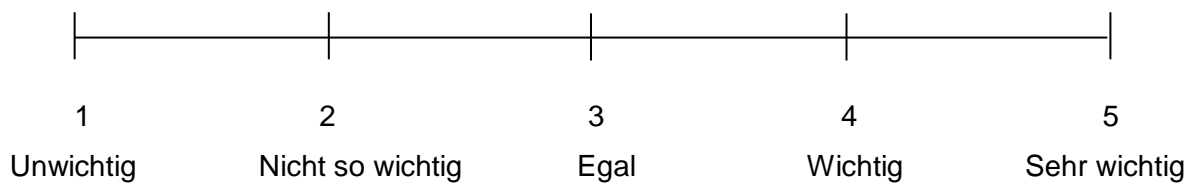


III. Angaben zum Ausbildungsstand hinsichtlich oraler Präventionsmaßnahmen

36 Wie schätzen sie den Ausbildungs- und Kenntnisstand des Personals bezüglich oraler Präventionsmaßnahmen ein?



37 Für wie sinnvoll erachten Sie Fortbildungen bezüglich oraler Präventionsmaßnahmen und Zusatzqualifikationen?



38 Welche Trainingsprogramme bezüglich Zahnhygiene und welche Trainingsmaterialien kennen sie?

Keine

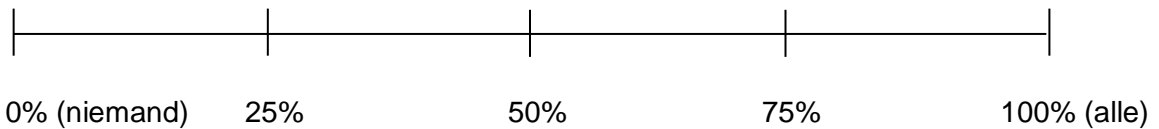
39 Werden allgemeine Fortbildungen vorgenommen, wenn ja, wie oft?

Ja , externe. Sie finden _____mal im Jahr statt.

Ja, interne. Sie finden _____ mal im Jahr statt.

Nein

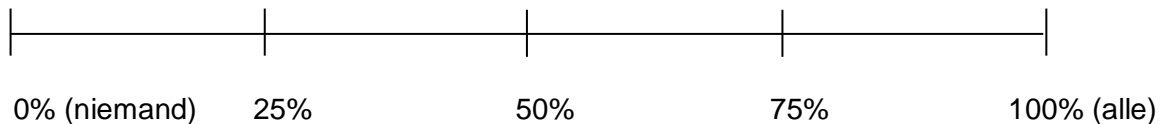
40 Wie viele Personen nehmen durchschnittlich an den allgemeinen Fortbildungen teil?



41 Werden Fortbildungen bezüglich oraler Präventionsmaßnahmen vorgenommen, wenn ja, wie oft?

- Ja , externe. Sie finden _____mal im Jahr statt.
- Ja, interne. Sie finden _____ mal im Jahr statt.
- Nein

42 Wie viele Personen nehmen durchschnittlich an speziellen Fortbildungen bezüglich oraler Präventionsmaßnahmen teil?



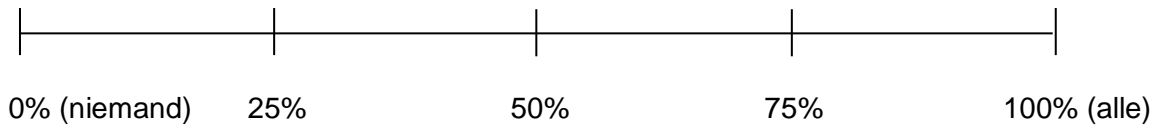
43 Wenn nicht, warum wurde nicht an Fortbildungen teilgenommen?

- Keine Zeit
- Nicht genügend informiert über Fortbildungsmöglichkeiten
- Das Wissen, dass die Pfleger/innen auf diesem Gebiet besitzen, reicht aus.
- Kein Interesse
- Finanzielle Aspekte
- SonstigenGründe_____

44 Werden Weiterbildungen gefördert, wenn ja, wie wird das Personal unterstützt?

- Ja, durch Finanzierung.
- Ja, durch Freistellung von der Arbeit.
- Ja, durch Sonstiges _____
- Nein

45 Wie viele Personen profitieren pro Jahr von den Förderungsmitteln?



46 Welche Defizite/Verbesserungsbedarf werden von Ihnen wahrgenommen?

- Keine

IV. Verbesserungsvorschläge

47 In welchen Bereichen würden Sie das Fortbildungsprogramm erweitern?
(Bitte vergeben sie Punkte von 1-3 ein wobei 3 für das wichtigste und 1 für das am wenigsten wichtige Thema steht)

- Mundhygiene allgemein
- Tipps über die Anleitung zur eigenständigen Mundhygiene pflegebedürftiger Menschen
- Munderkrankungen besser erkennen

Sonstige Themen _____

48 Welche Art von Schulungsprogramm würden Sie sich wünschen?

49 Was sind ihrer Meinung nach der Grund für Ausbildungsdefizite?
(Bitte vergeben sie Punkte von 1-4 ein wobei 4 für den wichtigsten und 1 für den am wenigsten wichtigen Grund steht)

- Mangel an Zeit
- Mangel an Geld
- Mangel an Fortbildungsmöglichkeiten
- Mangel an Interesse

Sonstige Gründe _____

50 Unter welchen Voraussetzungen könnten Sie ihr Personal bezüglich Fortbildungen besser unterstützen?

(Bitte vergeben sie Punkte von 1-3 ein wobei 3 für die wichtigste und 1 für die am wenigsten wichtige Voraussetzung steht)

- Mehr Personal
- Mehr Geld
- Mehr Fortbildungsmöglichkeiten

Mehr _____

51 Was würden Sie sich von Seiten der Zahnärzte an Unterstützung wünschen?
(Mehrfachnennung möglich)

- Mehr Fortbildungen/Anleitungen
- Mehr Kontrolle
- Sonstige _____

Die Unterstützung ist ausreichend

52 Wünschen Sie sich regelmäßige Kontrollen durch einen Zahnarzt?

- Ja
- Nein
- Die Kontrolle ist regelmäßig und ausreichend

8.1.2 Fragebogen an das Pflegepersonal

FRAGEBOGEN PFLEGEPERSONAL

TEILNEHMERNUMMER: _ _ _ _ _

DATUM: _ _ . _ _ . _ _

EINRICHTUNGSCODE: _ _ _ _ _

I. Angaben zur Person

1 Geschlecht:

- Männlich
- Weiblich

2 Alter: _____

3 Nationalität: _____

4 Ihr derzeitiger Familienstand:

- Single (nie verheiratet gewesen)
- Verheiratet
- Liiert (nicht verheiratet)
- Getrennt/Geschieden
- Verwitwet

5 Ihr höchster Ausbildungsgrad:

- Grundschule
- Sekundarschule (Haupt-, Realschule, Gymnasium)
- Lehre
- Fachschulabschluss
- Fachhochschul-/Universitätsabschluss
- Sonstiges: Bitte kurz beschreiben _____

6 Wie alt waren Sie zum Zeitpunkt Ihres Schulabschlusses? _____

7 Was ist Ihr derzeitiger Beruf? _____

8 Bitte kreuzen Sie alle der folgenden Aussagen an, die auf Sie zutreffen.

- Vollzeit beschäftigt
- Teilzeit beschäftigt
- Ehrenamtlich tätig
- Student
- Sonstiges (bitte beschreiben) _____

9 Wie lange sind Sie schon in diesem Beruf tätig? _____

II₁. Angaben hinsichtlich oraler Präventionsmaßnahmen

10 Wie und wie oft erfolgt die Mundhygienekontrolle?

- Durch den Zahnarzt _____ mal im Jahr
- Durch das Pflegepersonal _____ mal im Jahr

11 Wie erfolgt die Mundhygieneunterstützung?

- Bewohner muss die Mundhygiene selber durchführen
- Bewohner bekommen Erklärungen der Handhabung des Mundhygienematerials
- Zahnpflege wird komplett durch das Pflegepersonal übernommen
- Sonstiges _____

12 Welche Hilfsmittel zur Mundhygieneunterstützung (für Zähne und Zahnersatz) werden in ihrer Einrichtung angewendet? (Mehrfachantworten sind möglich)

- Ultraschallbad _____ pro Woche bei ____ Bewohnern
- Mundspüllösung _____ pro Woche bei ____ Bewohnern
- Zahnbürste manuell _____ pro Woche bei ____ Bewohnern
- Zahnbürste elektrisch _____ pro Woche bei ____ Bewohnern
- Zahnseide/ Superfloss _____ pro Woche bei ____ Bewohnern
- Zwischenraumbürste _____ pro Woche bei ____ Bewohnern
- Sonstige _____

13 Woher beziehen sie die Materialien zur unterstützenden Mundpflege?

- Material wird von den Pflegebedürftigen gestellt
- Material wird von der Institution gestellt

14 Wie erfolgt die tägliche Prothesenreinigung der Pflegebedürftigen?

- Reinigung morgens und abends mit Zahnbürste und Zahnpasta
 - Reinigung morgens und abends mit Zahnbürste und Seife
 - Reinigung täglich im Ultraschallbad
 - Reinigung über Nacht mit Reinigungstabletten (wie z.B. Kukident) im Wasserglas
 - Reinigung wird ausschließlich durch den Pflegebedürftigen durchgeführt
 - Sonstiges _____
-

15 Wie sind die Prothesen, falls vorhanden, gekennzeichnet / signiert?

- Gar nicht/ist nicht nötig
 - Sonstiges _____
-

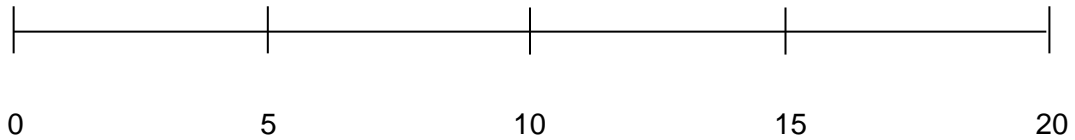
16 Wie ist in ihrer Einrichtung die zahnmedizinische Versorgung sichergestellt?

- Ein Zahnarzt betreut alle Bewohner
- Jeder Bewohner hat einen anderen Zahnarzt.
- Einige Bewohner haben ihren eigenen Zahnarzt, der Rest wird einheitlich von einem Zahnarzt betreut.

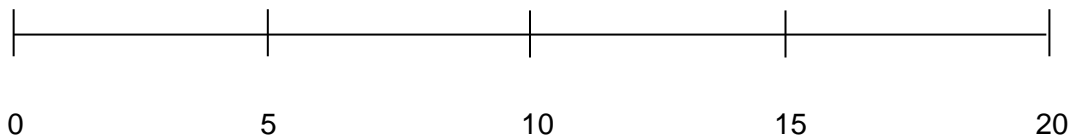
17 Wann entstehen zahnärztliche Kontakte?

- Nur auf Wunsch des Bewohners
- In regelmäßigen Intervallen (auch ohne akute Probleme des Bewohners)
- Ausschließlich bei Schmerzen oder Beschwerden

18 Wie viele Minuten stehen für die Mundhygieneunterstützung pro Tag bei einem Bewohner durchschnittlich zur Verfügung?



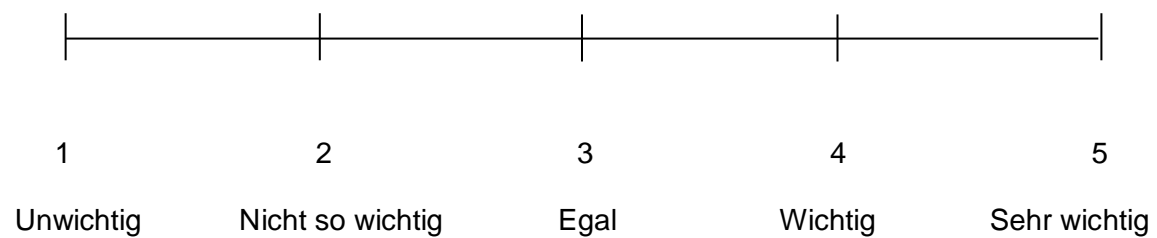
19 Wie viele Minuten würden Sie sich für die Mundhygieneunterstützung pro Tag bei einem Bewohner durchschnittlich wünschen?



20 Gibt es einen Mundhygienebeauftragten in ihrer Einrichtung?

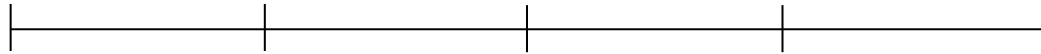
- Ja
- Nein

21 Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach das Thema Mundhygiene und Prophylaxe für die Allgemeingesundheit im Vergleich zu z.B. Dekubitusprophylaxe oder Verhinderung der Dehydrierung?



II₂. Angaben zum Ausbildungsstand hinsichtlich oraler Präventionsmaßnahmen

- 22 Wie schätzen Sie ihren Ausbildungs- und Kenntnisstand bezüglich oraler Präventionsmaßnahmen ein?



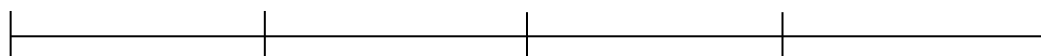
- 1 2 3 4 5
Ungenügend Mangelhaft Ausreichend Gut Sehr gut

- 23 Welche Ausbildung und Qualifikation haben Sie im Bereich der Mundhygiene?

- 24 Haben Sie schon mal eine Fortbildung bezüglich oraler Präventionsmaßnahmen und gemacht?

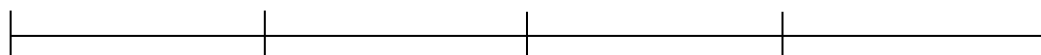
- Ja
 Nein

- 25 Wie schätzen Sie den Ausbildungs- und Kenntnisstand Ihrer Kollegen bezüglich oraler Präventionsmaßnahmen ein?



- 1 2 3 4 5
Ungenügend Mangelhaft Ausreichend Gut Sehr gut

- 26 Für wie sinnvoll erachten Sie Fortbildungen bezüglich oraler Präventionsmaßnahmen und Zusatzqualifikationen?



- 1 2 3 4 5
Unwichtig Nicht so wichtig Egal Wichtig Sehr wichtig

27 Welche Trainingsprogramme bezüglich Zahnhygiene und welche Trainingsmaterialien kennen sie?

Keine

28 Werden allgemeine Fortbildungen vorgenommen, wenn ja, wie oft?

Ja , externe. Sie finden _____mal im Jahr statt.

Ja, interne. Sie finden _____ mal im Jahr statt.

Nein

29 Haben Sie daran teilgenommen?

Ja, an Fortbildungen zu den Themen _____

Nein

30 Werden Fortbildungen bezüglich oraler Präventionsmaßnahmen vorgenommen, wenn ja, wie oft?

Ja , externe. Sie finden _____mal im Jahr statt.

Ja, interne. Sie finden _____ mal im Jahr statt.

Nein

31 Haben Sie daran teilgenommen?

Ja, an Fortbildungen zu den Themen _____

Nein

32 Wenn nicht, warum wurde nicht an Fortbildungen teilgenommen?

Keine Zeit

Nicht genügend informiert über Fortbildungsmöglichkeiten

Das Wissen, das die Pfleger/innen auf diesem Gebiet besitzen, reicht aus.

Kein Interesse

Finanzielle Aspekte

Sonstige Gründe _____

33 Werden Weiterbildungen gefördert, wenn ja, wie wird das Personal unterstützt?

Ja, durch Finanzierung.

Ja, durch Freistellung von der Arbeit.

Ja, durch Sonstiges _____

Nein

III. Persönliche Empfindung der Situation

34 Empfinden sie Ekel oder Scheu vor der Mundpflege bei Ihren Bewohnern?

Ja

Nein

Ich empfinde_____

35 Welche Defizite/Verbesserungsbedarf werden von Ihnen wahrgenommen?

Keine

IV. Verbesserungsvorschläge

36 In welchen Bereichen würden Sie das Fortbildungsprogramm erweitern?

(Bitte vergeben sie Punkte von 1-3 ein wobei 3 für das wichtigste und 1 für das am wenigsten wichtige Thema steht)

- Mundhygiene allgemein
- Tipps über die Anleitung zur eigenständigen Mundhygiene pflegebedürftiger Menschen
- Munderkrankungen besser erkennen

Sonstige Themen _____

37 Welche Art von Schulungsprogramm würden Sie sich wünschen?

38 Was sind ihrer Meinung nach der Grund für Ausbildungsdefizite?

(Bitte vergeben sie Punkte von 1-4 ein wobei 4 für den wichtigsten und 1 für den am wenigsten wichtigen Grund steht)

- Mangel an Zeit
- Mangel an Geld
- Mangel an Fortbildungsmöglichkeiten
- Mangel an Interesse

Sonstige Gründe _____

39 Welche Unterstützung wünschen Sie sich bezüglich Fortbildungen?

(Bitte vergeben sie Punkte von 1-3 ein wobei 3 für die wichtigste und 1 für die am wenigsten wichtige Voraussetzung steht)

- Mehr Zeit
- Mehr Geld
- Mehr Fortbildungsmöglichkeiten

Mehr _____

40 Was würden sie sich von Seiten der Zahnärzte an Unterstützung wünschen?

(Mehrfachnennung möglich)

- Mehr Fortbildungen/Anleitungen
 - Mehr Kontrolle
 - Sonstiges _____
-

Die Unterstützung ist ausreichend

41 Wünschen sie sich regelmäßigeren Kontrollen durch einen Zahnarzt?

- Ja
- Nein
- Die Kontrolle ist regelmäßig und ausreichend

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen herzlich bedanken, die mich bei der Erstellung dieser Arbeit unterstützt haben.

Ein besonderer Dank und großes Lob geht an Herrn PD Dr. med. dent. Dirk Ziebolz für die Überlassung des Themas und die Übernahme des Erstgutachtens. Für seine sehr gute und engagierte Betreuung von der Findung des Themas bis zur Ausarbeitung der theoretischen Arbeit bin ich sehr dankbar.

Des Weiteren bedanke ich mich bei allen Einrichtungen, die an dieser Studie teilnahmen. Bei den wissenschaftlichen Mitarbeitern aus dem Institut für Medizinische Statistik der Universitätsmedizin Göttingen bedanke ich mich für die Unterstützung bei der statistischen Auswertung der Daten. Bei den Mitarbeitern des Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie für die Hilfestellung bei der Erstellung der Fragebögen.

Ein großes Dankeschön geht an meine Familie, die meine Arbeit immer wieder gelesen hat. Für die Hilfe bei den englischen Texten und Übersetzungen bedanke ich mich bei Katharina Krimmel. Ein besonderer Dank geht an Manuel Geiger für seine stetige Hilfestellung, unerschöpfliche Geduld und Motivation.

Lebenslauf

Am 6.10.1986 wurde ich als Franziska Dorothee Röder in Kassel geboren. Meine Eltern sind Volker Röder und Monika Röder, geb. Rüddenklau. Ich habe eine ältere Schwester, Dr. Johanna Röder. Am 14.5.2016 heiratete ich Manuel Geiger und nahm den Nachnamen Geiger an.

Von 1993 bis 1997 besuchte ich die Grundschule „Am Krauthof“ in Kassel und von 1997 bis 2006 besuchte ich das Friedrichs-Gymnasium in Kassel bis zum Erwerb der allgemeinen Hochschulreife 2006.

Zum Sommersemester 2007 begann ich das Studium der Zahnmedizin in Göttingen an der Georg-August-Universität und beendete dies am 20.6.2012 mit dem Staatsexamen.

Vom 1.10.2013 bis 31.8.2014 arbeitete ich als Assistenz Zahnärztin in der Zahnarztpraxis Marco Josch in Langenhagen und bin seit 1.9.2014 in der Zahnarztpraxis Dr. Kai Worch in Garbsen beschäftigt.