



Eine qualitative Studie zur Verbesserung der kooperativen und koordinierten zahnärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Senioren

Harald Leberl, M.A.

Folgende Fragestellungen sollten untersucht werden:

Welche zahnmedizinischen Angebote würden der Pflegedienstleitung eines ambulanten Betriebes hinsichtlich einer verbesserten zahnmedizinischen Versorgung und Betreuung helfen?

Hier tritt zunächst in den Vordergrund, dass alle an der Pflege beteiligten sich positiv darüber geäußert haben, wenn es Zahnärzte gäbe, die bekanntermaßen auch Hausbesuche bei den zu pflegenden Menschen machen würden. Dabei war zu sehen, dass nach Angabe der bei Pflegebetrieben Beschäftigten immer wieder auch Menschen ohne eigentlichen Hauszahnarzt versorgt wurden. Hier wäre sicherlich der erste Ansatz in der Bestandsaufnahme und der Ermittlung eines gegebenenfalls zuständigen Zahnarztes zu sehen. Besonders die immobilen Menschen könnten hier sowohl auf professionelle Begleitung durch das Pflegepersonal bei der Kontaktaufnahme, sofern gewünscht, bei der Vermittlung sowie der regelmäßigen Wiederkehr der zu treffenden Maßnahmen profitieren.

Deutlich profitieren könnte auch das Pflorgeteam. Eine ausführliche Erfassung des Mundgesundheitszustandes und der gegebenenfalls vorhandenen Zähne sowie des vorhandenen Zahnersatzes ließe von Anfang an deutlich erkennen, um es um ihre ganze Gesundheit. Wir stellen nicht nur Kontakt her, wir können auch hier helfen, die überaus notwendigen Pflegemaßnahmen vollständig durchzuführen.

Bei den Angehörigeninterviews fiel hinsichtlich der Zahn- und Mundhygiene auf: Zahngesundheit war umso besser je jünger die zu pflegenden Angehörigen waren. Hier wurde aktiv an der Mundpflege teilgenommen und nachgefragt. Es kann davon ausgegangen werden, dass dies auch damit zusammenhängt, dass mit der Zunahme des Alters auch die Abnahme des Besuches beim Zahnarzt generell verbunden ist. Dies trifft sowohl auf die zu Pflegenden wie die Angehörigen zu.

„Die Älteren gehen laut Nitschke immer seltener zum Zahnarzt. 40 Prozent der Hochbetagten waren schon fünf Jahre und mehr nicht mehr beim Zahnarzt. Mit steigendem Alter besteht bei reduzierter Inanspruchnahme zahnmedizinischer Dienstleistungen bei einem Viertel der SeniorenInnen ein subjektiver und bei über Dreiviertel ein objektiver Behandlungsbedarf“.

(Nitschke, 2008, Zähne im Alter)

Die gleiche Erkenntnis tritt auch in den Wahrnehmungen der Pflegedienstkräfte Zutage (siehe Interview Grete Ganz). Bei 2 von 3 aus der Angehörigenbefragung waren die Patienten immobil und konnten von sich aus den Zahnarzt nicht mehr aufsuchen. Im Fall Berta Block lag bei dem Angehörigen Altersdemenz vor, was ebenfalls einen selbstständigen Besuch beim Zahnarzt verhinderte.

Also: Kommt der Patient nicht zum Zahnarzt, geht der Zahnarzt zum Patient? Der Arzt kann Medikamente und Pflege rezeptieren und erhält den Impuls häufig von außen, der Zahnarzt braucht den Impuls häufig aus sich heraus.

Inwieweit ist eine Intervention in der Lage, den Pflegekräften Sicherheit zu geben?

Hier wurde von den Mitarbeitern auch eine gewisse Angst im Umgang mit Zahnersatz geäußert. „ich habe Angst, wenn ich an der Klammer ziehe, habe ich den ganzen Zahn in der Hand“. Es trat deutlich hervor, dass man zwar den Patienten seine Prothesen herausnehmen lässt und dann beim Reinigungsprozess wie Mund ausspülen und Prothese reinigen keine Probleme haben muss, die Herausforderungen jedoch mit allen anderen Arten von Zahnersatz genauso wie die Hemmschwellen doch erheblich höher sein können. Eine gute Kraft in der Kranken- und Altenpflege sollte so etwas jedoch nicht erschrecken oder gar von der Pflege abhalten. Insoweit erscheint neben den oben erwähnten Maßnahmen der umfangreichen mithin genauen Erfassung insbesondere direkte Umgang mit Zahnersatz jeglicher Art besonders wichtig. Eine Fortbildung zur Verbesserung der theoretischen Kenntnisse aber insbesondere des manuellen Geschicks der Pflegenden erscheint hier sinnvoll. Es wäre zu erwarten, dass auch die hinsichtlich der Überwindung oder gar als Ekel bestehenden Hemmnisse, die mehrfach erwähnt wurden, vermutlich durch eine verbesserte theoretische und praktische Aufklärung ein Absinken der Hemmschwelle erreicht werden könnte.

Wie kann eine interprofessionelle Kooperation aussehen?

Die von und bei der Landeszahnärztekammer aufgestellte Liste der als vermittlungsbeauftragten Zahnärzten war zumindest bei den untersuchten Betrieben nicht bekannt. Nur in einem Fall waren aufgrund persönlicher Kontakte der Pflegekraft in einer Gemeinde zwei Zahnärzte bekannt, die Hausbesuche durchführen. Die als

Kooperationsverträge erwähnten Verbindungen bestehen bisher nur zwischen stationären Einrichtungen und Zahnärzten. Da nicht Gegenstand der Arbeit war, zu untersuchen, wie viele Patienten von den einzelnen Pflegebetrieben pflegerisch versorgt werden, kann hier schwerlich ein Mengenvergleich zu stationären Pflegeeinrichtungen unternommen werden, zumal die Art der Pflegeversorgung bekanntermaßen andere Schwerpunkte hat. Lediglich ein Betrieb berichtete von ca. 20 zu versorgenden Menschen für eine Mitarbeiterin an einem Vormittag. (5.3. Grete Ganz) Insoweit wäre den Pflegebetrieben ein Kreis von Zahnärzten zu wünschen, die erkennbar in die Kooperation mit Pflegebetrieben eintreten und sich zu regelmäßigen Routineuntersuchungen, evtl. Schulungen in den Betrieben oder aber auch der Zusammenstellung von Prophylaxe-Teams im Sinne der Münchner Teamwerk-Gruppe zur Verfügung stellen. Diese könnten auf besondere Anforderung Zahnarzt wie Pflegebetrieb unterstützen.

Ein immer wieder kehrendes Problem bei allen Interviews ist die Frage der Intimität der Pflege. Offensichtlich scheint der Wunsch sowohl bei den Pflegenden als auch bei den Pflegebedürftigen zu Kontinuität bei den Pflegenden zu bestehen (siehe 5.3. Emma und 5.5 Dora). Diese ermöglicht den beteiligten Personen einen leichteren Zugang zur Pflege intimer Bereiche des Menschen. Hier scheint eine Nähe und Bereitwilligkeit nur über länger andauernde Beziehungen für beide Seiten erfolgversprechend. Es kann davon ausgegangen werden, dass dieses Problem bei den Pflegebetrieben bekannt ist. Letztlich wird es auch Aufgabe der Betreiber bleiben, geeignete Mitarbeiter zu finden und weiterzubilden. Hinsichtlich der Hemmnisse aus Ekel oder Scham kann sicherlich noch einiges durch Aufklärung verbessert werden. Eine Studie bei Intensivpflegepersonal ergab, dass über 70% der PflegerInnen die Pflege vom Mund-Hals-Nasen-Rachen-Bereich Ekel erregender empfindet als die Pflege von Anal- und Geschlechtszonen (Gröning, Katharina, 2013). Inwieweit sich dies durch Aufklärung verbessern ließe bleibt im praktischen Tun der Beteiligten zu untersuchen. Hier müsste eine neue Perspektive gegeben werden können. Erst feststellen, dann aufklären, danach pflegen und schließlich den Erfolg in besserer Mund- und Zahngesundheit der Patienten bei allen Beteiligten sehen.

„Zahnärztliche Versorgungsforschung könnte näher am Puls der Versorgung sein und hier ein Gegengewicht bilden. Sinn macht Versorgungsforschung allerdings nur, wenn wir ihren Ergebnissen gegenüber offen sind. Wer versorgungssystematisch analysiert, findet beides: die Stärken und die Defizite. Verbessern können wir die Versorgung nur, wenn wir uns den Defiziten stellen“ (Walther, Winfried, 06/2015).

Letztlich wird eine interprofessionelle Zusammenarbeit nur dann Erfolg haben, wenn auch die Zahnärzte den Kontakt zu den immobilen Patienten suchen, sei es durch Vorsorge-

besuche organisiert mit den Angehörigen als auch organisiert mit den professionellen mobilen Pflegeeinrichtungen.

In der Alterspraxis müssen die älteren Menschen direkt und individuell angesprochen werden. Aus den geführten Interviews mit der Kernfrage, ob es beim Umgang mit zu pflegenden Menschen Probleme hinsichtlich der Verbesserung der Mund- und Zahngesundheit gäbe, kann man auch folgendes ableiten: Die Interviews mit den pflegenden Angehörigen ergaben, dass sich zwei der drei interviewten Ehepartner als allein bis meist zuständig für die Pflege, auch für die Zahn- und Mundpflege der Patienten erklärten. Während jedoch Frau Block über Zahn- und Mundpflege ihres Mannes in Wirklichkeit jede Kontrolle verloren hatte, konnte Frau Ernst glaubhaft machen, dass sie sich aktiv um die Zahngesundheit ihres Mannes kümmere und sogar Schlafzeiten durch den Gebrauch von Interdentälbürsten gelegentlich versuche auszunutzen. Frau Dreist hat hierüber die Kontrolle an den Sohn sowie den Pflegedienst abgegeben.

Es mag zufällig sein, aber hier korreliert sowohl die Aufmerksamkeit als auch die Fähigkeit zur aktiven Hilfe bei der Zahnpflege mit dem Alter der Pflegepersonen. Dies kann natürlich auch dadurch begründet sein, dass mit zunehmendem Alter zum einen das Verständnis gegenüber der Wichtigkeit von Zahngesundheit nicht mehr oder noch nicht vorhanden ist und zum anderen die manuelle Geschicklichkeit mit zunehmendem Alter nachlässt. Die Zahnpflege, wenn auch nur unterstützend, wird zu einer großen Herausforderung.

Des Weiteren sind die Pflegezeiten des mobilen Dienstes für die Familien auch immer ein Eingriff in die häusliche Situation und der Tagesablauf muss dem Erscheinen der Mitarbeiter angepasst werden. Schon deswegen ist die in mehreren Interviews angesprochene Pünktlichkeit und damit Zuverlässigkeit ein großer Wunsch. Hier wurde die morgendliche Pflege und damit auch Zahnpflege an die Pflegedienste abgegeben. Dass dies in allen drei Fällen notwendig war geht aus den Interviews eindeutig hervor. Die Zahnpflege von Herrn Block hatte sich insoweit der Kontrolle durch die Ehefrau auch weitestgehend entzogen. Bis auf Frau Ernst wurden Zahnpflegezeiten außerhalb des Morgens und Abends nicht erwähnt.

Bei den Mitarbeitern wurde das Problem des Zeitmanagements ebenfalls aufgegriffen. Es wurde von einem getakteten Grundpflegeschlüssel gesprochen in dem eben auch Zahn Pflegemaßnahmen zu erbringen sind. Die Mitarbeiter erleben es als herausfordernd wie Menschen ihre alten Gewohnheiten wie waschen, pflegen und aufstehen sich auch ein wenig ihrem täglichen Arbeitsrhythmus anpassen müssen. Bei der Pflege des Mundraumes müssen sie auch immer wieder erleben, dass Patienten dies schlicht auch nicht zulassen wollen. Als ein weiteres Handikap wurde empfunden, dass oft auch keine Kontrolle der Zähne durch zahnärztliches Personal stattfindet, oder zumindest länger

nicht stattgefunden hat. Sehr gut beobachtet war auch, wie sich das Interesse von Patienten am Aussehen von Zahnbürsten abbilden kann. Auch bevor Zahnschmerzen hinzukommen, könnten hier weiterführende Maßnahmen wie bei Ludwig angeführt und beschrieben zur verbesserten Versorgung führen. Hierbei wurde auch die zeitliche und finanzielle Herausforderung für den Pflegebetrieb genannt. Als persönliches Überwinden ist auch ein bestimmtes Empfinden wie Ekel mehrfach erwähnt worden. Dies zu überwinden ist eben auch eine Frage der Kenntnis darüber, wie man aus einem seit Jahren ungepflegten Zahnersatz wieder einen funktionsfähigen sauberen Zahnersatz machen und damit einige Probleme diesbezüglich verringern kann. In einem Fall wurde auch von Implantatversorgung berichtet. Hierzu gibt es sicherlich einige ganz spezifische Anforderungen an die Pflegekraft, die zu erlernen auch Teil einer praktischen Fortbildung sein könnte. Hier nützt die angesprochene Tabuisierung wie ‚mein Mann hat mich noch nie ohne Zähne gesehen‘ nicht wirklich weiter, ein Versuch des offeneren Umganges mit dem Thema ist in die Hände aller an der Pflege beteiligten gelegt, um sowohl Patienten wie Angehörigen das Thema Zahnpflege zu erleichtern.

Dies führt zur Frage des interkollegialen Kontaktes. Bis auf ein Interview fanden alle Befragten, und sahen dies auch für viele Angehörige so, es als herausfordernd an, den Zahnarzt zu finden, der Hausbesuche auch erkennbar durchführt bzw. dessen Praxisräume auch behindertengerecht eingerichtet sind. Die Liste der Senioren- und Behindertenbeauftragten war keinem der besuchten Betriebe bekannt. Der Wunsch zu professioneller Zusammenarbeit indessen überall vorhanden. Verbündete auf diesem Weg sind mit ausreichender Fachkenntnis ausgestattete Mitarbeiter von Pflegebetrieben ohne Frage. Bei den Pflegedienstleitungen kamen auch Äußerungen zur Attraktivität der Pflegeberufe. Es sei für die Betriebe generell schwieriger geworden, geeignete und ausgebildete Pflegekräfte zu finden. Die Bezahlung wie auch die Arbeitszeiten wurden als nicht über-zeugend attraktiv gehalten. Hinsichtlich der zahnmedizinischen Fragestellungen konnte nur ein von drei Pflegebetrieben mit der schriftlichen Erfassung eines Zahnstatus aufwarten. Dieser beschränkte sich allerdings lediglich auf die Erfassung Zahnprothese ja/nein. Wenn ja, wo im Oberkiefer oder Unterkiefer? Dies führte in den Mitarbeiterinterviews auch zu Aussagen wie: „Wir hatten auch schon eine Patientin, da wusste keiner, das sie eine Prothese hat“. Hier scheint noch Verbesserungsbedarf nach allen Seiten. Entsprechend der erwähnten und derzeit noch laufenden Pilotstudie zu den stationären Pflegeeinrichtungen könnte dies im Falle der Befürwortung auch zu einer Erfassung des Zahn- und Mundbefundes bei neu aufgenommenen Patienten führen. Auf eine entsprechende Nachfrage reagierten alle drei Pflegedienstleitungen zumindest positiv auf die Anregung, den Zahnbestand bei der Erstaufnahme abzufragen. Ein Behandlungspfad, wie von Ludwig beschrieben, existierte in keiner Einrichtung. Allerdings wurden Mitarbeitergespräche, im Falle eines Betriebes 14tägig erwähnt, die denen alle Patientenprobleme durchgesprochen werden.

Ähnlich wie der fehlende Zahnstatus war auch zu spüren, dass eine Vorstellung dessen, was ein Zahnarzt eigentlich vor Ort bei den Patienten an sinnhaften Handlungen durchführen kann, nicht besonders ausgeprägt war. Dies kam auch zum Ausdruck bei der Frage des Praxiseigentümers Max Meister: "Mal angenommen, Sie kommen zum Patient nach Hause, was für Möglichkeiten gibt es denn da an den Zähnen etwas zu machen?" Des Weiteren wird deutlich, dass man sich hier mit der Frage noch umfassender Zahnpflege noch nicht wirklich auseinander setzen musste. Hier ist auch auf Seiten der Pflegedienstleitungen und zwar gerade auf deren Seite, denn immerhin leiten ja sie auch auf kommerzieller Basis diesen Betrieb und geben die Vorgaben weiter, sicherlich großes Potential zur Zusammenarbeit.

Der Benefit für das Unternehmen könnte in einer weiteren Aufwertung durch auch zahnmedizinische Kenntnisse gegenüber ihren Kunden bestehen. Die Frage nach dem Hauszahnarzt gehört genauso in das Aufnahmeprotokoll wie andere Fragen zur Gesundheit auch. Der Betrieb zeigt dadurch doch, Mund- und Zahnhygiene ist uns wichtig bei Ihnen, sofern sie umfassende Hilfe zur ihren Zahnproblemen brauchen stehen wir Ihnen gerne zur Seite. In den Betrieben werden inzwischen zwar Medikamente gelagert (siehe Grete Ganz), aber keine neuen Zahnbürsten. Die aber wären gleichwohl dazu noch ein schönes Willkommensgeschenk bei der Neuaufnahme von Kunden. Das Bekanntmachen von Zahnmedizinern, die auch Hausbesuche durchführen, bildet sicherlich ebenso eine weniger große Hürde zur Kontaktaufnahme.

Erfreut aufgenommen wurde das Angebot, zahnmedizinische Schulungen durchzuführen. Es bleibt abzuwarten, wie eine Evaluation über den Erfolg dieser Maßnahmen aussehen kann. Mit den kontaktierten Betrieben ist diese jedenfalls ab Oktober bereits terminiert. Entsprechend den erwähnten Vereinbarungen in den Kooperationsverträgen, nach denen bei Neuaufnahme eines Patienten in ein Pflegeheim innerhalb der nächsten 8 Wochen eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt werden soll, stellt sich die Frage, ob dies bei Neuaufnahme eines Patienten durch einen mobilen Pflegebetrieb ebenso denkbar wäre. So könnten über eine halbe Million Menschen in den Genuss einer regelmäßigen zahnärztlichen Kontrolle kommen. Ebenso läge ein individuell abgestimmter zahnärztlicher Pflegeplan auch dem Pflegepersonal vor.