

Originalarbeit

Z Gerontol Geriat 2011 · 44:181–186
 DOI 10.1007/s00391-011-0166-5
 Eingegangen: 22. Oktober 2010
 Angenommen: 25. Januar 2011
 Online publiziert: 21. April 2011
 © Springer-Verlag 2011

I. Nitschke^{1,2} · C. Bär² · W. Hopfenmüller³ · H. Roggendorf⁴ · H. Stark⁴ ·
 B. Sobotta² · Th. Reiber²

¹ Klinik für Alters- und Behindertenzahnmedizin,

Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Universität Zürich

² Friedrich-Louis-Hesse-Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
 und orale Medizin, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde,
 Universitätsklinikum Leipzig

³ Institut für Biometrie und Klinische Epidemiologie,

Charité–Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin

⁴ Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik,

Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Köln

Hilft das zahnmedizinische Bonussystem den stationär Pflegebedürftigen?

Zahlreiche Studien [5, 7, 13, 14, 16, 19] belegen die schlechte Mundgesundheit von Pflegebedürftigen weltweit. Oft werden diese nur bei Beschwerden zum Zahnarzt gebracht, regelmäßige zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen sind selten. Im Jahr 1991 wurde in Deutschland ein zahnmedizinisches Bonussystem für gesetzlich Krankenversicherte eingeführt. Es sieht bei regelmäßiger Teilnahme an einer zahnärztlichen Kontrolluntersuchung einen Bonus in Form einer erhöhten Zuzahlung zum Zahnersatz vor und motiviert die Versicherten zur Vorsorge. Wirkt dieses Instrument auch im Bereich der stationären Pflege?


Gesetzlich versicherte Patienten sollen durch das Instrument des Bonushefts zu regelmäßigen kontrollorientierten Zahnarztbesuchen angehalten werden. Die Höhe des Bonus richtet sich danach, ob der Versicherte jährliche Kontrolluntersuchungen über 5 oder 10 Jahre nachweisen kann. Bei prothetischem Behandlungsbedarf zahlt sich daher die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen finanziell aus. Ist dieses Instrument zur Förderung des kontrollorientierten Zahnarztbesuchs jedoch auch im Bereich der stationären Pflege effektiv? Ob und in welcher Qualität eine zahnmedizinische Betreu-

ung in einer Pflegeeinrichtung etabliert ist, hängt primär vom Mundgesundheitsbewusstsein der Pflegedienstleitung einer Einrichtung und nicht vom einzelnen Bewohner ab. Beschwerdenorientiertes Zahnarztbesuchsverhalten, das nur bei Zahnschmerzen, Entzündung der Mundschleimhaut, defekter Prothese etc. zum Zahnarztbesuch führt, ist noch weit verbreitet [7], während kontrollorientiertes Zahnarztbesuchsverhalten mit regelmäßigen Reihenuntersuchungen und Prophylaxemaßnahmen die Ausnahme darstellt. Bei der Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung werden nur sehr selten Nachweise einer zahnmedizinischen Eingangsuntersuchung verlangt. Auch werden neue Bewohner nur in Einzelfällen dem Konsiliarzahnarzt vorgestellt. Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Darstellung des zahnmedizinischen Bonussystems in einer stationären Pflegesituation.

Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Studienteilnehmer und Studienorte

Im Rahmen der Studie „Gesund im Alter – auch im Mund“ (GiA-AiM) wurden Listen aller stationären Pflegeeinrichtungen

in Berlin (n=342; [17]), Sachsen (n=449; [18]) und Nordrhein-Westfalen (NRW, n=1913; [8]) erstellt. Stratifiziert nach Trägerschaft (privat, gemeinnützig, städtisch) wurden in Berlin 55, in Sachsen 55 und in NRW 100 Einrichtungen zufällig computerunterstützt ausgewählt, schriftlich über die Studie informiert und zur Teilnahme eingeladen. Zur Teilnahme erklärten sich 54 stationäre Einrichtungen in Berlin, 49 in Sachsen und 100 in NRW bereit. In jedem der 3 Untersuchungsgebiete wurde eine Untergruppe von 10 Einrichtungen (Intensiveinrichtungen) wiederum zufällig ausgewählt. In diesen Intensiveinrichtungen wurden u. a. die Pflegebedürftigen befragt. Die Anzahl der Befragten variierte in Abhängigkeit von der Einrichtungsgröße zwischen 3 und 12 randomisiert ausgewählten Pflegebedürftigen sowie Ersatzteilnehmern. Insgesamt wurden im Zeitraum 2004 bis 2006 in 30 zufällig ausgewählten stationären Pflegeeinrichtungen 284 Pflegebedürftige in 3 Bundesländern (Berlin: n=95; Sachsen: n=87; NRW: n=102;  Abb. 1) interviewt.

Erhebungsinstrumente

Die Bewohner wurden anhand eines standardisierten Fragebogens mit offenen,

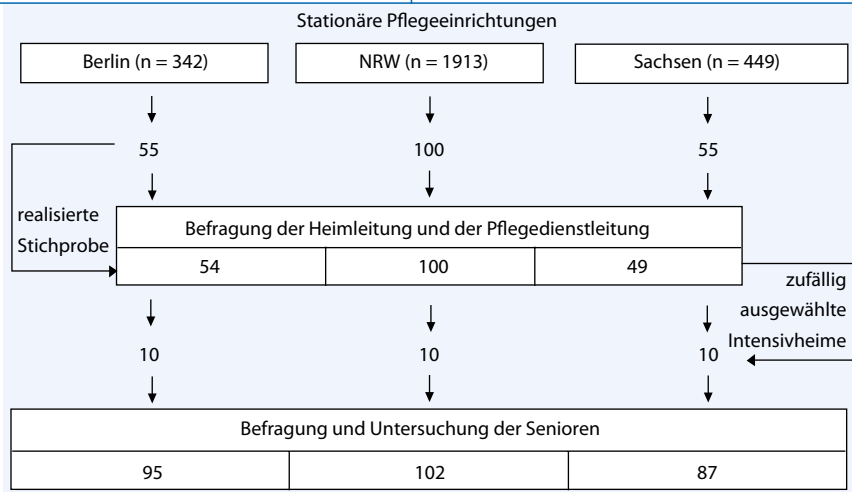


Abb. 1 ▲ Studiendesign des Projekts „Gesund im Alter – auch im Mund“

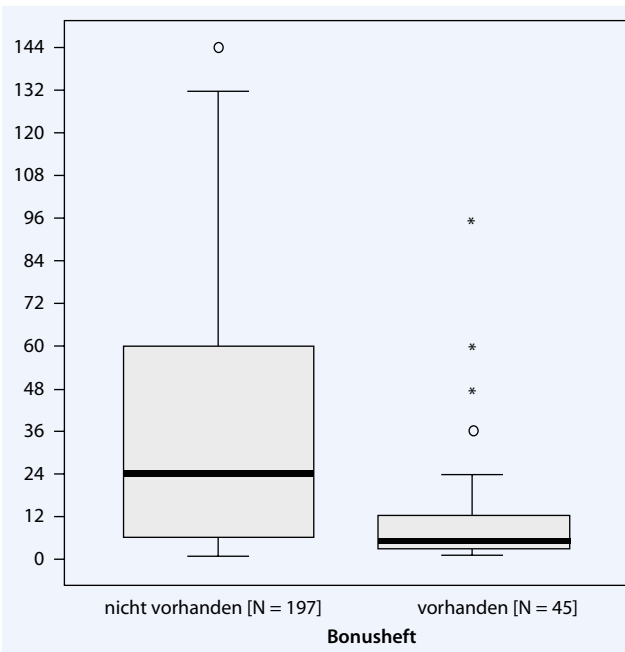


Abb. 2 ◀ Bonusheft und Zeitspanne seit dem letzten Zahnarztbesuch. Zur besseren Übersicht wurde die Skala auf 144 Monate begrenzt, wodurch 13 Werte (Range: 180–540 Monate) bei dem Boxplot der Gruppe „nicht vorhanden“ nicht dargestellt werden (n=242)

halb offenen und geschlossenen Antworten u. a. zur Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen (z. B. Zeitspanne zum letzten Besuch, Grund des Besuchs, Art der durchgeführten Behandlung, Nutzung eines Bonushefts) befragt. Bei Nutzung eines zahnmedizinischen Bonushefts (zBH) wurde auch registriert, über wie viele Jahre das Bonusheft geführt worden war.

Nach Doppeleingabe und Überprüfung auf Übereinstimmung der Datensätze mit SAS 2004 wurden die Daten mit dem Statistikprogramm SPSS Statistics 11.0.o ausgewertet. Unterschiede zwischen den Gruppen wurden auf einem Signifikanzniveau von 0,05 getestet. Die Studie

erhielt ein positives Votum der Ethikkommission der Universität Leipzig.

Ergebnisse

Alter, Geschlecht und Pflegestufe

Von 284 Studienteilnehmern konnten 242 (Berlin: n=75; Sachsen: n=73; NRW: n=94) eine Aussage zur Nutzung eines zBH machen. Die anderen 42 (14,8%) gaben an, nichts über ein zBH zu wissen bzw. es nicht zu kennen, und wurden aus der weiteren Betrachtung ausgeschlossen. Somit basiert die folgende Analyse auf den Angaben von 242 Befragten (Alter: Mittelwert 81 Jahre, Median 82 Jahre, Range 43–

100 Jahre; Anteil der Frauen: 78,5%). Von diesen konnten 22,7% (n=55) keine Angabe zu ihrer Pflegestufe machen. Die anderen (n=187) waren den Pflegestufen folgendermaßen zugeordnet: 11,8% Stufe 0, 43,8% Stufe 1, 34,8% Stufe 2 und 9,6% Stufe 3. Die Studienteilnehmer lebten zum Zeitpunkt der Befragung im Mittel seit 32 Monaten (Range: 1–344 Monate) in der Pflegeeinrichtung. Gesetzlich krankenversichert waren 96,7%, privat 2,5% und nicht versichert 0,8%.

Nutzung des Bonushefts

Nur 18,6% der Befragten (n=45) besaßen ein zBH, wobei es keine signifikanten geschlechts- und altersspezifischen Unterschiede gab (Geschlecht: Frauen mit zBH 18,9%, Männer mit zBH 17,3%; Alter: Median mit zBH 81 Jahre, Median ohne zBH 83 Jahre).

Signifikante Unterschiede bei der Nutzung des zBH traten innerhalb der verschiedenen Untersuchungsregionen (Berlin 5,3%, NRW 18,1%, Sachsen 32,9%; χ^2 -Test $p < 0,01$) auf.

Während der Befragung konnten 25 der 45 Bonushefte eingesehen werden. Teilweise waren die zBH bei den Angehörigen oder den Heimleitungen hintergelegt. Neun Teilnehmer hatten in den letzten 10 Jahren die jährlichen Kontrolluntersuchungen durchführen lassen (Anspruch auf maximalen Zuschuss von 30% im Falle einer Zahnersatzleistung). Bei weiteren 9 Befragten waren die letzten 5-jährlichen zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen kontinuierlich erfasst (Anspruch auf maximalen Zuschuss von 20% im Falle einer Zahnersatzleistung). Unregelmäßige Einträge, die keinen Anspruch auf erhöhten Zuschuss begründeten, wiesen 7 Bonushefte auf.

Bonusheft und Inanspruchnahme eines Zahnarztes

Die Zeitspanne zum letzten Zahnarztbesuch betrug im Median 12 Monate (Range: 1–540 Monate). Pflegebedürftige, die angaben, einen „Hauszahnarzt“ zu haben, hatten den letzten Zahnarztkontakt im Mittel vor 6 Monaten (Range: 1–180 Monate). Dagegen lag die Zeitspanne bei Befragten ohne Zahnarztbindung bei 48 Mo-

I. Nitschke · C. Bär · W. Hopfenmüller · H. Roggendorf · H. Stark · B. Sobotta · Th. Reiber
Hilft das zahnmedizinische Bonusssystem den stationär Pflegebedürftigen?

Zusammenfassung

Die Mundgesundheit bei Pflegebedürftigen ist mangelhaft. Zufällig ausgewählte Pflegebedürftige (Berlin n=75, Nordrhein-Westfalen n=94, Sachsen n=73) aus 30 stationären Pflegeeinrichtungen wurden u. a. zu ihrem Verhalten der zahnmedizinischen Inanspruchnahme und der Nutzung ihres zahnmedizinischen Bonusheftes (zBH) befragt. Von 242 Befragten (Median: 82 Jahre, Range: 43–100 Jahre, Frauen: 78,5%) besaßen nur 18,6% ein zBH, dabei gab es keine signifikanten geschlechts- und altersspezifischen Unterschiede. Regionale Unterschiede waren signifikant (Berlin 5,3%, Nordrhein-Westfalen 18,1%, Sachsen 32,9%; χ^2 -Test p<0,01). Die Zahnzahl war bei Bonusheftinhabern größer (Mann-Whitney-Test p=0,01), die Zeitspanne zum

letzten Zahnarztbesuch geringer (p<0,01).

Von den Bonusheftinhabern gaben 18,6% an, den Zahnarzt länger als 12 Monate nicht aufgesucht zu haben (stationär Pflegebedürftige ohne Bonusheft 51,3%). Als Beitrag zur Qualitätssicherung, zur oralen Infektionskontrolle sowie zur Verbesserung der mundbezogenen und allgemeinen Lebensqualität wird die regelmäßige jährliche Durchführung zahnmedizinischer Reihenuntersuchungen mit dem Führen eines zBH für jeden Bewohner vorgeschlagen.

Schlüsselwörter

Mundgesundheit · Zahnpflege · Langzeitpflege · Prävention und Kontrolle · Versorgungsqualität

naten (Range: 1–540 Monate; Mann-Whitney-Test p<0,01). Die Zeitspanne zum letzten Zahnarztbesuch war bei Nutzung eines zBH (Median: 5 Monate, Range: 1–96 Monate) signifikant kürzer als bei den Pflegebedürftigen ohne zBH (Median: 24 Monate, Range: 1–540 Monate; Mann-Whitney-Test p<0,01; **Abb. 2**). Lediglich 18,6% der Studienteilnehmer mit zBH – gegenüber 51,3% ohne Bonusheft – gaben an, länger als 12 Monate den Zahnarzt nicht gesehen zu haben. Die Befragten, die weder ein zBH noch eine Zahnarztbindung hatten, waren im Mittel seit 48 Monaten nicht beim Zahnarzt gewesen. Auch Studienteilnehmer ohne Hauszahnarzt, jedoch mit Bonusheft, waren im Mittel länger nicht beim Zahnarzt als solche mit eigenem Zahnarzt, aber ohne Bonusheft (**Abb. 3**).

Regelmäßige kontrollorientierte Zahnarztbesuche wurden von 19,2% der Befragten (n=33) angegeben und 6,4% gingen manchmal zur Kontrolle.

Bonusheft und Zahnstatus

Unbezahnt waren 55,4% (Berlin 58,7%, NRW 50,0%, Sachsen 58,9%) der Befragten (mittleres Alter: 81 Jahre) und 40% der Besitzer des zBH (χ^2 -Test p<0,01). Die Bezahnten (n=108, Median: 81 Jahre) hatten im Mittel 10 Zähne (Range: 1–29 Zähne) mit deutlichen regionalen Unterschieden (Berlin: Median 5 Zähne, Range 1–21 Zähne; NRW: Median 16 Zähne, Range 1–29 Zähne; Sachsen: Median 7 Zähne, Range 1–19 Zähne; Kruskal-Wallis-Test p<0,01; **Abb. 4**). Die bezahnten Studienteilnehmer waren signifikant jünger als die unbezahnten (Mann-Whitney-Test p=0,006). Auch die Anzahl der verbliebenen Zähne war bei Studienteilnehmern mit zBH signifikant höher (Mann-Whitney-Test p<0,01). Studienteilnehmer mit Zahnarztbindung und zBH hatten im Mittel 7 Zähne, solche mit Zahnarztbindung ohne zBH 1 Zahn (Median) und die ohne Zahnarztbindung mit und ohne zBH 0 Zähne (Median; **Abb. 5**).

Bonusheft und Mundgesundheit

Den Befragten war ihre Mundgesundheit überwiegend sehr wichtig (35,5%) oder wichtig (52,5%). Signifikante Unterschiede

Do long-term care residents benefit from the dental bonus system?

Abstract

Oral health of long-term care (LTC) residents is often poor. From 30 random German LTC facilities, 242 random residents (Berlin n=75, Northrhine-Westfalia (NRW) n=94, Saxony n=73) (median age: 82 years, female: 78.5%) were interviewed as to their use of dental services, possession of a bonus booklet (BB), and completeness of records. Only 18.6% possessed a BB. Significant regional differences were observed (Berlin=5.3%, NRW=18.1%, Saxony=32.9%) (χ^2 test p<0.01). The number of teeth was higher (Mann-Whitney test p=0.01) and the time since last dental visit shorter (p<0.01) for all residents with a BB.

Only 18.6% of people possessing a BB declared not having had a dental appointment within the previous 12 months (LTC residents without BB 51.3%). As a means towards improved quality management in nursing, better oral infection control of residents and increased oral health and general quality of life, the introduction of a regular annual preventive dental screening program including the use of a dental bonus system are suggested.

Keywords

Oral health · Dental care · Long-term care · Prevention and control · Quality of healthcare

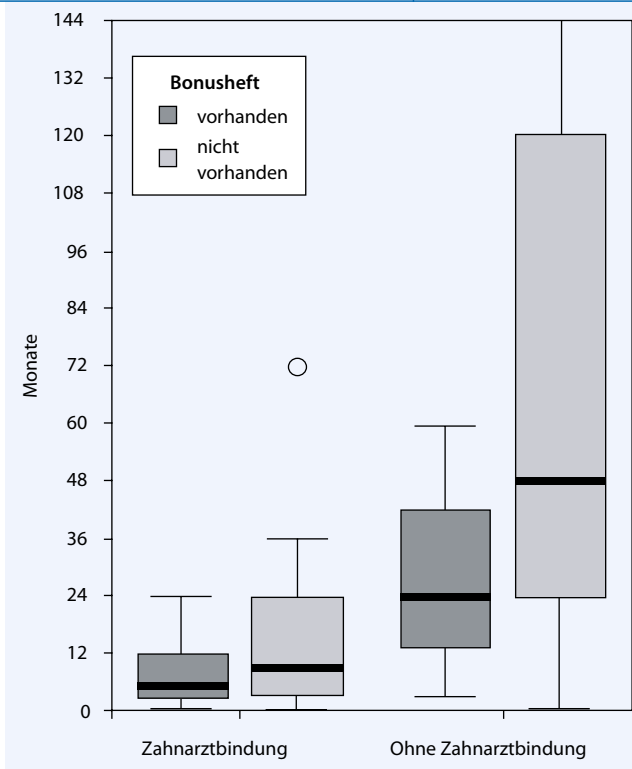


Abb. 3 Zahnarztbindung und Zeitspanne seit dem letzten Zahnarztbesuch in Abhängigkeit von der Nutzung eines zahnmedizinischen Bonushefts (n=242)

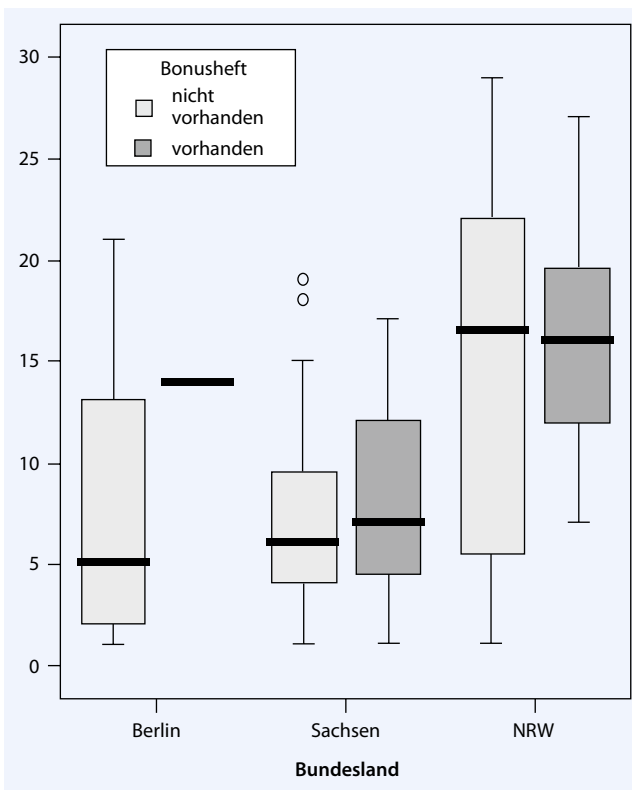


Abb. 4 Zahnzahl der bezahlten stationär Pflegebedürftigen, Geschichtet nach der Nutzung eines zahnmedizinischen Bonusheftes (n=108) und dem Bundesland (Berlin n=31, Nordrhein-Westfalen n=47, Sachsen n=30)

de in Abhängigkeit von der Nutzung des zBH waren dabei nicht festzustellen (χ^2 -Test $p=0,063$).

Diskussion

Studiendesign

Die Erhebungsbögen wurden mit Probeinterviews in der Pilotphase auf Mängel getestet. Die Erhebung der Daten in Form eines persönlichen Interviews wurde einem Versand der Fragebögen vorgezogen, da die Qualität der Antworten höher ist und eventuelle Fragen den Senioren bei Unverständnis besser erläutert werden konnten. Des Weiteren muss bei verschickten Fragebögen mit geringeren Responseraten gerechnet werden; diese lagen in ähnlichen Untersuchungen zwischen 55 und 86% [4, 9, 20]. Bei der Gegenüberstellung der realisierten Zufallsstichprobe und der Grundgesamtheit konnten keine systematischen Abweichungen hinsichtlich Anzahl der Einrichtungen, prozentualer Verteilung der Trägerschaften und/oder Anzahl und Geschlecht der Teilnehmer festgestellt werden.

Das Bonusheft in anderen Studien

Es gibt kaum Studien zum zahnmedizinischen Bonussystem, sodass versucht wurde, Datenauswertungen bei anderen Studien zu initiieren. Diese Auswertungen sind als persönliche Mitteilungen zitiert [1]. Von den Probanden (Alter 20–79 Jahre) der bevölkerungsrepräsentativen Study of Health in Pomerania (SHIP) gaben 87,6% an, ein Bonusheft zu besitzen (89,2% der 60- bis 69-Jährigen, 82,0% der 70- bis 79-Jährigen). Weiterhin wurde gefragt, ob der Zahnarzt innerhalb des letzten Jahres in Anspruch genommen wurde. Dies bejahten 85,0% der 60- bis 69-Jährigen und 73,7% der 70- bis 79-Jährigen. Im Rahmen einer multivariaten Analyse [2] zeigte SHIP ferner, dass der Besitz eines zBH (Odds Ratio: 8,2) als begünstigender Faktor auf die Inanspruchnahme einer zahnärztlichen Dienstleistung in der allgemeinen Bevölkerung wirkt. Dies bestätigt die vorliegende Studie auch für die Pflegebedürftigen.

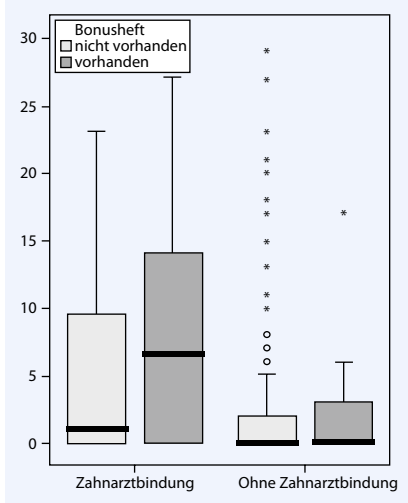


Abb. 5 ▲ Zahnarztbindung und Zahnzahl. Geschichtet nach der Nutzung eines zahnmedizinischen Bonushefts (n=242)

Von 208 Probanden im Alter von 18 bis 80 Jahren aus dem Patientengut der Universitätszahnklinik Aachen kannten im Jahre 2005 91,3% das zBH. Von diesen 91,3% besaßen 85,8% ein zBH (78,4% der Gesamtstichprobe). Auch hier gaben die Bonusheftbesitzer, wie die Pflegebedürftigen, signifikant häufiger eine Zahnarztbindung an [15].

Aufgrund der generell schwachen Datenlage zum zahnmedizinischen Bonusheft, die auch daraus resultiert, dass der Gesetzgeber im Gesundheitsreformgesetz von 1988 nicht vorgesehen hatte, Effekte des ab 1991 eingeführten zBH zu messen, kann die Wirkung des zBH auf die Mundgesundheit der Bevölkerung bislang nur vermutet werden. Klingenberg u. Micheelis [6] nahmen 2006 an, dass eine Veränderung der Inanspruchnahme in den verschiedenen deutschen Mundgesundheitsstudien (DMS) nicht nur ein Produkt des zunehmenden Gesundheitsbewusstseins, sondern auch eine Wirkung des zBH sei. In der DMS I von 1989 [10] zeigten 45,6% der Probanden eine kontrollorientierte Inanspruchnahme, nach der Einführung des Bonushefts stieg der Anteil auf 64,3% (DMS III [11]) und bis 2005 auf 74,9% (DMS IV [12]) an.

Niedergelassene Zahnärzte bestätigen, dass zu jedem Jahresende viele Patienten Termine „für den Stempel im Bonusheft“ vereinbaren. Dass das Instrument des Bonushefts die Frequenz der Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen erhöht, kann daher als weit-

gehend gesichert angenommen werden. Daraus folgt jedoch nicht, dass bei Vorsorgeuntersuchungen festgestellte Erkrankungen und prothetische Mängel auch behandelt werden. Denn für das Bonussystem ist bereits die regelmäßige Diagnostik, auch ohne nachfolgende Therapiebehandlungswürdiger Zustände, für die spätere Gewährung erhöhter Zuschüsse ausreichend. Der präventive Gesundheitsnutzen des zahnärztlichen Bonussystems ist daher wahrscheinlich deutlich geringer, als es die verbesserte Inanspruchnahme vermuten ließe. Valide Daten liegen hierzu jedoch nicht vor.

Zahnmedizinisches Bonussystem und Pflegebedürftigkeit

Die Unterschiede im Vorhandensein von Bonusheften bei der zu Hause lebenden älteren Bevölkerung und bei den Studienteilnehmern erscheinen groß, wobei regionale Unterschiede erkennbar sind. In Sachsen ist das zBH stärker verbreitet als in den beiden anderen Untersuchungsgebieten. Die Sachsen gelten allgemein als sparsam und haben einen geringeren Durchschnittsverdienst als Menschen in den anderen beiden Regionen. Daher ist hier der motivierende Effekt des erwarteten Bonus möglicherweise besonders ausgeprägt. Auch lebten die Studienteilnehmer über Jahre in unterschiedlichen Systemen. Das System der ehemaligen DDR galt als obrigkeitshörig, sodass das zBH bei seiner Einführung zur Zeit der Wende hier eventuell schneller akzeptiert wurde.

So lange wie ein älterer Mensch seinen Zahnarztbesuch eigenverantwortlich organisiert, hat der mögliche spätere finanzielle Nutzen eines regelmäßig geführten Bonusheftes einen motivierenden Einfluss. Die geringe Nutzung des zahnmedizinischen Bonussystems in Pflegeeinrichtungen hingegen scheint auf einen für Pflegebedürftige nur noch eingeschränkten Zugang zur strukturierten, präventionsorientierten zahnmedizinischen Betreuung hinzuweisen. Beim Übergang der Verantwortung für die professionelle Betreuung der Mundgesundheit auf das Pflegepersonal, das keinen persönlichen finanziellen Nutzen vom Bonussystem hat, nimmt die Nutzung

des Bonushefts stark ab. Neben den möglichen negativen gesundheitlichen Auswirkungen besteht damit für Pflegebedürftige im Vergleich zur Normalbevölkerung auch keine Gleichheit der Chance, einen über das normale Festzuschussystem hinausgehenden finanziellen Zuschuss zu zahnprothetischen Leistungen von der gesetzlichen Krankenkasse zu erhalten.

Im Rahmen der Qualitätssicherung der Pflege wäre es wünschenswert, dass sich Verwaltungs- und Pflegedienstleitungen verpflichten, eine präventionsorientierte Mundgesundheitsversorgung in enger Zusammenarbeit mit Zahnärzten und Prophylaxehelferinnen einzuführen. In Deutschland wird vonseiten der Landeszahnärztekammern, z. B. in Westfalen-Lippe, Baden-Württemberg und Bayern, daran gearbeitet, flächendeckende Betreuungskonzepte für Pflegeeinrichtungen in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Zahnärzten zu etablieren. Sinnvoll wäre es, wenn die Verwaltung eines Pflegeheims ihren Bewohnern eine regelmäßige zahnmedizinische Kontrolluntersuchung (Angebot einer Reihenuntersuchung) anbieten würde. Dabei könnte im Fall einer freiwilligen Teilnahme auch das zBH für den Bewohner geführt werden.

Derzeit profitieren ältere Pflegebedürftige mit geringerer Zahnzahl und daher erhöhtem prothetischen Behandlungsbedarf wegen fehlender Eintragungen im Bonusheft weniger als jüngere Versicherte vom zahnärztlichen Bonussystem. Die regelmäßige kontrollorientierte Inanspruchnahme des Zahnarztes mit kontinuierlicher Führung des zBH wäre nicht nur ein Nachweis, dass in der Pflegeeinrichtung eine zahnmedizinische Betreuung zur Verfügung steht, sondern würde auch den Pflegebedürftigen bei Bedarf den Zugang zu einem erhöhten finanziellen Bonus ermöglichen.

Fazit

Obwohl die Mundgesundheit wichtiger Bestandteil des Infektionsschutzes, der Ernährung und der Lebensqualität bis ins hohe Alter ist, findet das seit fast 20 Jahren eingeführte zahnmedizinische Bonussystem in stationären Pflegeeinrichtungen kaum Anwendung. Die regelmä-

ßige Führung des Bonushefts auch bei Pflegeheimbewohnern könnte die Entwicklung eines oralen Problembewusstseins bei den Berufsgruppen fördern, die sich um das Wohl der Pflegebedürftigen bemühen. Das zahnmedizinische Gesundheitsverhalten der stationär Pflegebedürftigen sollte durch die Pflegedienstleitung so gelenkt werden, dass die Chancengleichheit beim Zugang zu einer kontrollorientierten zahnmedizinischen Versorgung auch im Pflegebereich gewährleistet ist. Die Zusammenarbeit von Pflegedienstleitungen und Zahnärzten wird angeregt. Ein etabliertes System der Prävention, mit dem Bonusheft als einem der Bausteine, könnte den Aufsichtsbehörden und Kontrollinstanzen als Nachweis der Qualitätssicherung in der Pflege dienen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. I. Nitschke
 Klinik für Alters- und Behindertenzahnmedizin,
 Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde,
 Universität Zürich
 Plattenstr. 11, 8032 Zürich
 Schweiz
 ina.nitschke@zzm.uzh.ch

Danksagung. Wir danken Frau Dr. Born, Greifswald, für die freundliche Unterstützung und ihre Mühe, Daten aus der SHIP-Studie zum zahnmedizinischen Bonusheft zu generieren und uns zur Verfügung zu stellen.

Interessenkonflikt. Die korrespondierende Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Born G (2008) Häufigkeitsverteilung des Bonusheftes in den Kohorten der 60- bis 69-Jährigen und 70- bis 79-Jährigen. (Persönliche Mitteilung)
2. Born G, Baumeister SE, Sauer S et al (2006) Merkmale von Risikogruppen einer unzureichenden Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen – Ergebnisse der Study of Health in Pomerania (SHIP). Gesundheitswesen 68:257–264
3. Bundeszahnärztekammer, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Gesellschaft Für Alterszahnmedizin et al (2010) Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Bundeszahnärztekammer, Berlin
4. Call RL, Berkey DB, Gordon SR (1986) The activities of the advisory dentist in the long-term care facility. Gerodontics 2:35–38
5. Dye BA, Fisher MA, Yellowitz JA et al (2007) Receipt of dental care, dental status and workforce in U.S. nursing homes. 1997 National Nursing Home Survey. Spec Care Dentist 27:177–186

6. Klingenberg D, Micheelis W (2006) Bonusregelung auf dem Prüfstand. Zahnärztl Mitt 24:18–19
7. Knabe C, Kram P (1997) Dental care for institutionalized geriatric patients in Germany. J Oral Rehabil 24:909–912
8. Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung Nordrhein-Westfalen (2001) Pflegeeinrichtungen am 15. Dezember sowie Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeldleistungen am 31. Dezember in NRW. Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung NRW, Düsseldorf
9. Longhurst RH (2002) Availability of domiciliary dental care for the elderly. Prim Dent Care 9:147–150
10. Micheelis W, Bauch J (1991) Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland (DMS I). Dtsch Ärzteverlag, Köln
11. Micheelis W, Reich E (1999) Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Dtsch Ärzteverlag, Köln
12. Micheelis W, Schiffner U (2006) Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Dtsch Ärzteverlag, Köln
13. Murray PE, Ede-Nichols D, Garcia-Godoy F (2006) Oral health in Florida nursing homes. Int J Dent Hyg 4:198–203
14. Nitschke I, Vogl B, Töpfer J et al (2000) Orale Status von Altenheimbewohnern in den neuen Bundesländern. Dtsch Zahnärztl Z 55:707–713
15. Rafai N (2005) Das Bonusheft als Steuerungselement in der zahnärztlichen Versorgung. Eine Evaluation der Funktionalität im Patientengut einer Universitätszahnklinik. Abteilung für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover
16. Robert-Koch-Institut (2009) Mundgesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
17. Senat für Gesundheit und Soziale Angelegenheiten (2000) Pflegestatistik Berlin. Senat für Gesundheit und Soziale Angelegenheiten, Berlin
18. Statistisches Landesamt Sachsen (2001) Pflegeeinrichtungen, Beschäftigte, verfügbare Plätze und betreute Pflegebedürftige in Sachsen am 15. Dezember 1999, 2001 nach kreisfreien Städten und Landkreisen. Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, Kamenz
19. Sweeney MP, Williams C, Kennedy C et al (2007) Oral health care and status of elderly care home residents in Glasgow. Community Dent Health 24:37–42
20. Weiss RT, Morrison BJ, Macentee MI et al (1993) The influence of social, economic, and professional considerations on services offered by dentists to long-term care residents. J Public Health Dent 53:70–75

Preis für Hirnforschung in der Geriatrie

Zum siebzehnten Mal vergibt die Universität Witten/Herdecke den Preis für Hirnforschung in der Geriatrie. Mit diesem Preis sollen herausragende Arbeiten aus den Bereichen der Medizin, Naturwissenschaften, Pharmakologie, Soziologie, Psychologie und Pflege ausgezeichnet werden, die im Bereich der anwendungsbezogenen Forschung und umgesetzten Grundlagenforschung einen wesentlichen Beitrag zur besseren Diagnostik, Therapie, Versorgung und Betreuung von geriatrischen Patienten mit Hirnerkrankungen geleistet haben. Der Preis ist von der Firma Merz Pharmaceuticals GmbH in Frankfurt am Main mit € 10.000 gestiftet worden und wird kalenderjährlich vergeben.

Es werden nur Arbeiten ausgezeichnet, die - unabhängig von der Nationalität des Einsenders - in deutscher oder englischer Sprache eingereicht werden und aus dem deutschsprachigen Bereich stammen. Die Bewerbungsunterlagen für die Preisvergabe sollten bis zum 30. September 2011 in einfacher Ausfertigung unter einem Kennwort eingereicht werden. Der Name der/des Verfasser/s und die Adresse/n sind in einem verschlossenen, mit dem gleichen Kennwort versehenen Umschlag beizufügen.

Die Unterlagen sind an den Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten/Herdecke, z. H. Herrn Prof. Dr. med. Ingo Füsgen, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin und Geriatrie, St. Elisabeth-Krankenhaus, Tönisheider Str. 24, 42553 Velbert, zu richten.

Die eingereichten Arbeiten werden von einer wissenschaftlichen Jury beurteilt. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

*Quelle: Universität Witten/Herdecke,
www.uni-wh.de*