

Joachim Leisen

Dr. med.

Eine Pilotuntersuchung zur Reliabilität der klinischen Erhebung von Mundgesundheitsparametern durch Zahnarzt und Arzt bei geriatrischen Patienten

Promotionsfach: Mund-Zahn-Kieferheilkunde

Doktorvater: Prof. Dr. med. dent. P. Rammelsberg

Der Mundgesundheitszustand bei älteren und alten Menschen wird allgemein als unzureichend beschrieben. Dies betrifft sowohl institutionalisierte, wie auch selbständig lebende Menschen. Für institutionalisierte alte Menschen liegen diesbezüglich inzwischen Daten vor.

Die große Gruppe der Patienten, die sich weitgehend selbständig zuhause versorgt und keine regelmäßige Übernahme von Mund- und Körperpflege, beispielsweise durch Pflegepersonal einer Sozialstation benötigt, wird vom Zahnarzt nur sehr selten gesehen. Es ist bekannt, dass selbständig lebende Menschen mit zunehmendem Alter immer weniger ihren Zahnarzt konsultieren. Durch ihren im Vergleich zu Zahnärzten engeren Kontakt zum älteren Patienten im klinischen Alltag sehen sich geriatrisch tätige Ärzte in Kliniken und Praxen zunehmend mit der Aufgabe der Beurteilung der Mundgesundheit bei Älteren konfrontiert. Nicht zuletzt wegen der teilweise beträchtlichen Auswirkungen oraler Erkrankungen auf den allgemeinen Gesundheitszustand ist es wichtig, dass ein klinisch tätiger Arzt in der Lage ist, die Mundgesundheit geriatrischer Patienten beurteilen zu können und einen schlechten Mundgesundheitszustand sowie einen zahnärztlichen Behandlungsbedarf zu erkennen.

In Kombination mit Fortbildungsmaßnahmen kann hierbei sowohl bei Aufnahmeuntersuchungen als auch in der Langzeitverlaufsbeobachtung der Einsatz von

Screeninginstrumenten hinsichtlich der oralen Befunderhebung empfohlen werden. Die Verwendung eines klinischen Assessments ist zur Standardisierung und Reproduzierbarkeit der Untersuchung sehr sinnvoll.

Es wurde daher untersucht, wie hoch die Übereinstimmung in der Erhebung von Mundgesundheitsparametern mithilfe weniger Hilfsmittel und eines einfach anzuwendenden, validierten Screeninginstrumentes zwischen einem geriatrisch tätigen Arzt und einem Zahnarzt ist.

Zunächst erfolgte keine spezifische Fortbildungseinheit zu Untersuchungstechniken und Anwendung des Screeninginstrumentes. So konnte ein spezifischer Fortbildungsbedarf beurteilt werden. Es konnte belegt werden, dass der Arzt ohne spezifische Fortbildungseinheit nur geringe Kenntnisse hat. Das war vor allem in den zahnmedizinisch spezifischeren Untersuchungspunkten der Fall. Anschließend wurde dann untersucht, wie sich die Qualität der ärztlichen Untersuchung und somit auch der Anwendung des Screeninginstrumentes durch eine praktische Übungseinheit und Besprechung von erhobenen Befunden verbessern lässt.

In einer internistischen Klinik mit geriatrischem Schwerpunkt wurden 126 Patienten im Alter von über 60 Jahren (im Mittel 77 Jahre, 32% Männer) von einem Arzt und einem Zahnarzt untersucht. Als klinisches Assessment wurde der Revised Oral Assessment Guide (ROAG) verwendet. Zuvor wurde der ROAG wegen der klinischen Bedeutung um die Items Karies und den Zustand des herausnehmbaren prothetischen Zahnersatzes erweitert (re-revised OAG). Als Hilfsmittel standen lediglich die im klinischen Alltag gebräuchliche Spaltlampe und einfache Holzspatel zur Verfügung. Auf zahnärztliche Instrumente wie Mundspiegel und zahnärztliche Sonden wurde bewusst verzichtet. Es wurden zunächst 50 Patienten im Rahmen der regulären stationären Aufnahmeuntersuchung ohne weitere Fortbildungsmaßnahme von beiden Untersuchern (ein Arzt / ein Zahnarzt) getrennt und gegeneinander verblindet untersucht. Nach Abschluss der ersten Untersuchungsgruppe erfolgte eine praktische Übung, in der 25 Patienten gemeinsam von Arzt und Zahnarzt untersucht wurden. Hierbei wurden sowohl Untersuchungstechniken als auch die Befunde und deren Interpretation besprochen. Im Anschluss an diese praktische Übungseinheit wurden nochmals 51 Patienten jeweils getrennt voneinander untersucht. Es wurden die prozentuale Übereinstimmung der Untersucher und die κ -Koeffizienten vor und nach der praktischen Übungseinheit verglichen. Die zahnärztlichen Befunde wurden hierbei als Referenzwerte herangezogen. Besondere Beachtung fanden vor allem die vom Arzt unterbewerteten Einzelbefunde, weil der

zahnmedizinische Behandlungsbedarf durch den Arzt erkannt werden soll. Ziel ist es durch Vermeidung von Unterbewertungen durch den Arzt eine zahnärztliche Konsultation einzuleiten. Vom Arzt überbewertete Befunde sind weniger relevant, führen sie doch im Zweifelsfall zu einer vorzeitigen zahnärztlichen Konsultation. Sie werden daher billiger in Kauf genommen.

Selbst unter Verwendung eines Screeninginstrumentes mit gesicherter Validität und Reliabilität, wie dem ROAG, war die Übereinstimmung in der Bestimmung der Mundgesundheitsparameter ohne vorangegangene praktische Übungseinheit durch den Arzt bei vielen Befunden unzureichend. Für alle Kategorien ging nach der Fortbildungseinheit die Anzahl der Fälle zurück, in denen der Arzt gegenüber dem Zahnarzt einen klinischen Befund übersah oder unterbewertete. Für Prothesenhalt und Karies war dieser Rückgang statistisch signifikant

Ein zahnärztlicher Behandlungsbedarf wurde somit eher erkannt. Damit konnte gezeigt werden, dass sich durch ein spezielles zahnärztliches Schulungsprogramm für Geriater die Versorgungssituation alter Menschen wesentlich verbessern könnte.