

Zahnärztliche Betreuung in einem Altersheim

Autor(en): **[s.n.]**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Pro Senectute : schweizerische Zeitschrift für Altersfürsorge, Alterspflege und Altersversicherung**

Band (Jahr): **39 (1961)**

Heft 4

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-723870>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

beraten, die an sie gelangenden Fälle in ihrem Gesamtaspekt zu betrachten und geeignete fürsorgerische Massnahmen zur Sanierung unbefriedigender Verhältnisse vorzuschlagen sowie die sozialen Institutionen in ihrer praktischen Arbeit zu unterstützen.

Die Gemeindefürsorge ist in Anbetracht ihrer weitreichenden Aufgabe und Verantwortung in die Hände einer vollamtlichen, beruflich geschulten Kraft, allenfalls von mehreren kleineren Gemeinden gemeinsam, zu legen. Sie soll über bestmögliche Unabhängigkeit verfügen, um in der Lage zu sein, ihre Tätigkeit wirksam auszuüben. Mit Genugtuung darf festgestellt werden, dass sich die Gemeindefürsorge, soweit sie eingeführt ist, bewährt hat, und dass eine Reihe tüchtiger Fürsorgerinnen in ihrem Dienste stehen.

Zum Schluss sei auf die von der Schweizerischen Landeskonferenz für Soziale Arbeit vom April 1957 herausgegebenen Richtlinien über die Koordination der Sozialarbeit in Gemeinde, Bezirk und Kanton verwiesen, die über Zweck und Aufbau der Gemeindefürsorge einlässlich Auskunft geben.»

Die Referate erscheinen in Heft 11/12, 1961 der Schweizerischen Zeitschrift für Gemeinnützigkeit, die beim Sekretariat der Gesellschaft, Postfach Zürich 39, bezogen werden kann.

Zahnärztliche Betreuung in einem Altersheim

An den Insassen eines Altersheims wurde ein interessanter Versuch gemacht, wie sich die zahnärztliche Behandlung bei solchen Personen am besten gestalten lässt. Das Heim wurde im Jahre 1954 mit 24 Betten eröffnet und vergrösserte sich dann langsam auf eine Bettenzahl von 46 Betten. Die Beobachtungen erstrecken sich auf einen Zeitraum von zwei Jahren an insgesamt 52 Personen. Das Durchschnittsalter betrug 80 Jahre.

Das umfassende gesundheitliche Betreuungsprogramm, das im Jahre 1951 begonnen wurde, schloss auch die zahnärztliche Behandlung ein. Da aber die praktische Durchführung und die ständige Ueberwachung im Hause selbst viel zu umständlich und mit allzu grossen Kosten verbunden gewesen wäre, wurde zwischen der Hausleitung und einem ortsansässigen Zahnarzt eine Vereinbarung getroffen, wonach dieser die zahnärztliche

Versorgung der Heiminsassen übernahm. Zusätzlich wurden jährliche Untersuchungen vorgenommen, so dass die Gewähr bestand, dass auch nichtschmerzende oder sonstige nicht ohne weiteres feststellbare Beschwerden mit Sicherheit aufgedeckt werden konnten.

In dem Bestreben, den Patienten auch wirklich die beste Pflege angedeihen zu lassen, wurde beschlossen, die alten Zahnprothesen aus Kautschuk und anderen Werkstoffen, welche zum Teil 25, 30 und mehr Jahre alt waren, durch neue Prothesen aus den bewährtesten Kunststoffen zu ersetzen. Dabei ging man von der Ueberlegung aus, dass besonders die jüngeren Patienten sich leichter zu einem solchen Prothesenwechsel entschliessen würden als die älteren. Das Ergebnis war aber insofern überraschend, dass kaum einer der Heiminsassen sich zu diesem Wechsel entschliessen konnte, solange die alten gewohnten Zahnprothesen ihnen keine grösseren Schwierigkeiten bereiteten.

In einigen Fällen wurde bei völlig zahnlosen Patienten, die lediglich eine obere Prothese trugen, auch die untere Gegenprothese hergestellt. Nur in drei Fällen war der Versuch erfolgreich, weil die Patienten tatsächlich auch mit diesen Prothesen gut kauen konnten. Die anderen Prothesen stellten sich aber als Misserfolg heraus und wurden daher auch nicht getragen bzw. benützt. Etwas besser war das Ergebnis, wenn obere und untere Prothesen zusammen neu angefertigt wurden, auch wenn der Patient schon mehrere Jahre überhaupt keine Prothese getragen hatte. In solchen Fällen war die Abneigung, das Kauen mit neuen Prothesen wieder erlernen zu müssen, meistens unüberwindlich. Trotz der eindringlichen Hinweise, dass die Ernährung mit Prothesen in jeder Beziehung nur Vorteile bringen würde, waren die Heiminsassen nicht zu überzeugen. Oefters musste mit einem wirklichen Eigensinn gerechnet werden.

Im einzelnen ergaben sich folgende Feststellungen:

1. Etwa die Hälfte der Heimbewohner trug obere und untere Zahnprothesen. Abgesehen von den üblichen Beschwerden, wie Druckstellen und mangelhafter Sitz, wurden keine Klagen geäussert. Einige von ihnen nahmen während des Essens die untere Prothese aus dem Munde.

2. Einige Patienten trugen lediglich eine obere Prothese, äusseren aber nicht den Wunsch nach einer Vervollständigung des Zahnersatzes durch eine untere Prothese.

3. Teilprothesen trugen nur wenige Patienten. Gelegentlich waren kleine Reparaturen erforderlich.

4. Unter den Heiminsassen waren sieben mit sechs oder weniger natürlichen Zähnen; sie äusserten aber nicht den Wunsch nach der Eingliederung von Zahnersatz.

5. Nur acht der Heiminsassen, die vollständig zahnlos waren, trugen keine Prothesen. Fünf von ihnen lehnten sie auch kategorisch ab. Die drei anderen, die mit der Anfertigung einer Prothese einverstanden waren, benutzten sie trotz der anfänglichen Widerstände dann ununterbrochen.

6. Nur vier der Heiminsassen besaßen noch ihre natürliche Bezahnung.

Man konnte die Feststellung machen, dass die zahnlosen Personen ohne Zahnprothese, ferner solche, die nur eine Prothese trugen und solche mit sechs oder weniger Zähnen ihrer verringerten Kaufähigkeit durchaus bewusst waren. Sie assen gewöhnlich ihre Mahlzeiten sehr langsam, ihre Sprache war auffallend affektiert. Es scheint aber, dass diese Personen keinerlei Beschwerden hinsichtlich ihrer Ernährung und ihrer Verdauung hatten, die auf Grund ihrer schlechten Kaufähigkeit hätten vermutet werden können. Schmerzen in der Kiefergelenkgegend, gelegentliche Taubheit und Gesichtsneuralgie wurden nicht gefunden. Die Gesichtsveränderungen, z. B. die Kinnprotrusion (starke Vorlagerung des Unterkiefers) und die anormal tiefe Faltenbildung an den Mundwinkeln störten diese Menschen nicht mehr. Trockenheit des Mundes wurde zu den üblichen Beschwerden des Alters gezählt.

Wo bei einigen Insassen noch eigene Zähne vorhanden waren, so waren diese in den meisten Fällen so wacklig und zum Kauen unfähig, dass sie entfernt werden mussten. Alte Menschen von dieser Notwendigkeit zu überzeugen ist oft nicht leicht, denn sie können nicht immer begreifen, dass dies fast zwangsläufig zu den Altersbeschwerden gehört. Neben der Zahnkaries fordert der Zahnbettchwund im fortgeschrittenen Alter viele «Zahnopfer». Oefters konnte bei den alten Menschen auch eine nicht-entzündliche Parodontose festgestellt werden, deren Kennzeichen sind: allmähliches starkes Zurückweichen des Zahnfleisches, damit verbunden der nicht sichtbare Knochenschwund; Sichtbarwerden der Wurzeln; Empfindlichkeit der Zahnhäule auf Berührung, Temperaturschwankungen und auch auf Süßes und Saures. Die Zähne werden dann locker und fallen im Alter

gern aus. Solche Beobachtungen sind meistens eigentliche Alterserscheinungen. Der behandelnde Zahnarzt kann hier meist grosse Erleichterungen schaffen.

Wenn auch öfters konstitutionelle Bedingungen (z. B. Kreislaufbeschwerden, nervöse Störungen usw.) und allgemeine Erkrankungen (z. B. Zuckerkrankheit) bei der Entstehung des Zahnbettschwundes, besonders des Kieferknochenabbaues, oft eine massgebende Rolle spielen, so muss anderseits festgestellt werden, dass es zum Stillstand kommt, wenn gelockerte und kranke Zähne entfernt werden und die alten Leute zu einer zweckdienlichen Mundpflege angehalten werden.

Die Behandlung der Heiminsassen vollzog sich nach folgendem Plan:

1. Bei den jährlichen Nachprüfungen wurden störende, wacklige und kranke Zähne entfernt. Die Leute wurden zu einer zweckmässigen Mundpflege angehalten, bei welcher Gelegenheit ihnen bei Bedarf auch gute Zahnbürsten (weiche Borsten für Zahnfleischmassage) und ein gutes Mundwasser verabreicht wurde. Damit schon konnten den Heiminsassen grosse Erleichterungen geboten werden.

2. Prothesen wurden nachgeprüft und je nach Bedarf repariert. Sie wurden fachmännisch gereinigt (von Zahnbelägen befreit) und neu aufpoliert.

3. Dringende Reparaturen wurden noch am gleichen Tage durchgeführt.

4. Durch Unterfütterungen wurde schlecht sitzende Gebisse aufgearbeitet, so dass wieder ein einwandfreier Sitz erreicht werden konnte.

5. Bettlägerige Patienten werden in der gleichen Weise versorgt wie die übrigen Heiminsassen.

6. Patienten mit noch eigenen guten Zähnen werden angehalten, in regelmässigen Zwischenräumen eine Untersuchung und nach Bedarf auch eine Behandlung vornehmen zu lassen.

Die zahnärztliche Betreuung von Heiminsassen ist immer noch da und dort mangelhaft. Diese wenigen Zeilen können hier vielleicht Fingerzeige für eine Besserung geben. Dr. M. Zzt.