

Ralf J. Böppler, Yana Anastasova-Yoshida, Rüdiger Junker

Handlungskompetenz in der Zusammenarbeit mit „Non-Professionals“

Zukunftsweisende Ausbildung der Bachelor of Arts Dental Hygiene

Der Berufsalltag der DentalhygienikerInnen wird sich, bedingt durch den demografischen Wandel der deutschen Bevölkerung, in den nächsten Jahren stark verändern. Dies bedeutet eine vermehrte Schulung und ein entsprechendes Coaching der pflegenden Angehörigen und professionellen Pflegekräfte „vor Ort“ am Patienten auch durch die DentalhygienikerInnen. Dieser Entwicklung wird im Studium BA Dental Hygiene Rechnung getragen.

Die Pflegebedürftigkeit in Deutschland steigt

Der Berufsalltag der mit der Zahngesundheit beschäftigten Zahnärztinnen und Zahnärzte, zahnmedizinischen Fachangestellten und DentalhygienikerInnen wird sich aufgrund des demografischen Wandels der Bevölkerung in den nächsten Jahren stark verändern. Eine konstante Entwicklung der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegehäufigkeit vorausgesetzt, wird sich die Anzahl der Pflegebedürftigen in den nächsten 20 Jahren, bedingt durch eine steigende Lebenserwartung, etwa um die Hälfte erhöhen. Es ist zu erwarten, dass die Versorgung mit Pflegeplätzen in Heimen sowie die Pflege durch „Professionals“ mit dieser Entwicklung nicht Schritt halten kann. Um die so entstehende Versorgungslücke möglichst klein zu halten, muss sowohl die Betreuung durch Angehörige als auch die ambulante Versorgung ausgebaut werden.⁵ Für die in der Zahngesundheit Tätigen bedeutet dies, ausgerichtet an den individuellen Bedürfnissen des/der Pflegebedürftigen, einen vermehrten Schulungsbedarf und ein entsprechendes Coaching der pflegenden Angehörigen und professionellen Pflegekräfte „vor Ort“ am Patienten. Werden zurzeit in der Zusammenarbeit mit „Non-Professionals“ die meisten Leistungen

in der Zahnarztpraxis erbracht, wird in Zukunft ein Teil dieser Leistungen „am Ort der Pflege“ erbracht werden müssen.

Sieben von zehn Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt

Bis zum Jahre 2013 ist die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland im Vergleich zu 2011 um 5% (125.000) gestiegen. Damit waren zum Stichtag im Dezember 2013 ca. 2,63 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). Von diesen Pflegebedürftigen wurden 71% (1,86 Millionen) zu Hause versorgt. Hiervon erhielten 1,25 Millionen ausschließlich Pflegegeld, was darauf hindeutet, dass die Pflegeleistung allein von Angehörigen erbracht wurde. Hinzu kommen noch weitere 616.000 pflegebedürftige Menschen in Privathaushalten, die teilweise oder vollständig durch ambulante Pflegedienste betreut wurden. Weitere 764.000 Pflegebedürftige sind in Pflegeheimen vollstationär untergebracht (Tab. 1).

Die meisten Senioren über 75 Jahre sind weiblich

Ab dem 75. Lebensjahr ist die Pflegequote der Frauen mit 10,4% höher



Tab. 1 Pflegebedürftige im Rahmen der Pflegeversicherung 2013.⁷

	Pflegebedürftige		Pflegestufe			Bisher ohne Zuordnung	Anteil an Pflegebedürftigen insgesamt	Jeweiliger Anteil der Pflegebedürftigen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz
	insgesamt	darunter weiblich	I	II	III ^a			
	Anzahl						%	
Insgesamt	2.626.206	64,6	55,8	31,9	11,8	0,5	100	35,0
Pflegebedürftige zu Hause versorgt	1.861.775	61,3	63,1	28,7	8,2	-	70,9	25,1
davon: allein durch Angehörige ^b	1.245.929	58,4	66,0	26,9	7,1	-	47,4	23,7
zusammen mit/durch ambulante/-n Pflegedienste/-n	615.846	67,2	57,1	32,3	10,5	-	23,5	27,8
Pflegebedürftige vollstationär in Heimen	764.431	72,7	38,1	39,6	20,6	1,8	29,1	59,1

Ergebnisse der Pflegestatistik. Stand zum Jahresende 2013. ^a Einschließlich Härtefälle. ^b Entspricht den Empfängern/Empfängerinnen von ausschließlich Pflegegeld nach §37 Abs. 1 SGB XI. Empfänger/-innen von Kombinationsleistungen nach §38 Abs. 1 SGB XI sind dagegen in den ambulanten Pflegediensten enthalten.

Tab. 2 Pflegebedürftige nach dem Alter 2013.⁷

Alter	Pflegebedürftige				Anteil an jeweiliger Bevölkerungsgruppe (Pflegequote)		
	Davon		insgesamt	darunter weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
	zu Hause versorgt	vollstationär in Heimen					
	Anzahl						%
Insgesamt	1.861.775	764.431	2.626.206	64,6	3,3	2,3	4,1
unter 15	73.473	375	73.848	39,0	0,7	0,8	0,6
15–60	248.439	35.323	283.762	46,9	0,6	0,6	0,6
60–65	74.296	20.966	95.262	48,3	1,9	2,0	1,8
65–70	91.349	26.333	117.682	49,1	3,0	3,2	2,8
70–75	176.897	56.352	233.249	53,1	5,0	5,1	5,0
75–80	281.800	99.106	380.906	59,9	9,8	8,9	10,4
80–85	341.530	141.297	482.827	67,5	21,0	17,4	23,4
85–90	345.007	193.792	538.799	75,6	38,2	29,6	42,2
90 und älter	228.984	190.887	419.871	82,5	64,4	51,8	67,9

Ergebnisse der Pflegestatistik. Stand zum Jahresende 2013.

als jene der Männer mit einem Anteil von 8,9%. Das heißt hochaltrige Frauen müssen derzeit häufiger gepflegt

werden als hochaltrige Männer. In der Gruppe der über 90-Jährigen sind etwa jeder zweite Mann (51,8%) und zwei

von drei Frauen (67,9%) pflegebedürftig (Tab. 2). Eine mögliche Erklärung für diesen Geschlechterunterschied ist

zum einen die geringere Lebenserwartung von Männern. Zum anderen ist es möglich, dass vor allem besonders „widerstandsfähige“ Männer bis ins hohe Alter überleben und dementsprechend seltener pflegebedürftig sind als gleichaltrige Frauen.

Prävention im Alter

Mit steigendem Lebensalter gewinnt die medizinische und pflegerische Intervention für die Gesunderhaltung der Senior(inn)en an Bedeutung. Für ein mundgesundes Altern ist die Fortführung der seit Langem erfolgreich praktizierten Präventionskonzepte aus der Kinder- und Jugendzahnheilkunde wichtig. Es ist jedoch festzustellen, dass gerade ältere Menschen die angebotenen präventiven Potenziale der Gesundheitsversorgung zu wenig nutzen. Eine Ursache hierfür liegt in der Schwierigkeit, zwischen altersbedingten und somit irreversiblen Verlusten und behandelbaren, behandlungsbedürftigen Erkrankungen oder körperlichen Einschränkungen zu differenzieren.

Im Verlauf des Lebens verändert sich auch das Ziel der medizinischen und pflegerischen Intervention. Steht in der ersten Lebenshälfte die Heilung („restitutio ad integrum“) als Ziel der therapeutischen Bemühungen im Zentrum, ist die Geriatrie häufig darum bemüht, Funktionen wiederherzustellen. Das Ziel ist nun die Sicherstellung der Selbstständigkeit und der Erhalt von Lebensqualität der betagten Patient(inn)en („restitutio ad optimum“).

Kooperation mit „Non-Professionals“

Die oralen Präventionsmaßnahmen dienen somit vornehmlich der Sicherung von Lebensqualität des alternden Menschen. Im Fokus steht neben der

Erhaltung der Kaufunktion zur Ernährung auch der Erhalt von Phonetik und Ästhetik im oralen Bereich. Für die Umsetzung, auch zur Unterstützung zur Mundgesundheit, ist zum einen die Betreuung der Senior(inn)en durch ein multidisziplinär kooperierendes Team von „Professionals“, zum anderen aber auch die Anleitung von und Kooperation mit „Non-Professionals“, die vielfach mit der Pflege von alten Menschen betraut sind, nötig. Bei den „Non-Professionals“ handelt es sich in der Regel um nahe Angehörige, die das pflegebedürftige Familienmitglied in häuslicher Pflege betreuen. Circa 295.000 der Pflegebedürftigen, die in häuslicher Pflege betreut werden, haben eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz. Sie benötigen somit eine entsprechend intensive Hilfestellung für ihre altersgerechte Lebensführung durch die/den Angehörige/-n. Soll diese einfühlbare Hilfe für die Älteren und Alten durch zumeist nahe Angehörige auch in Zukunft sichergestellt werden, müssen diese stärker als bisher mit den vielfältigen Leistungsangeboten der „Professionals“ vernetzt werden. Auf diese Weise kann die Fähigkeit und Bereitschaft der Familien, die Pflege und Betreuung informell zu tragen, weiter gestärkt werden. Mit der Ausbildung zum Bachelor of Arts Dental Hygiene soll gezielt ein zusätzlicher Kommunikator für Mundgesundheit in das Dialogfeld der privaten häuslichen Pflege durch „Non-Professionals“ integriert werden.

Alterstypische Einschränkungen

„Der physiologische Prozess des Alterns führt jedoch über Funktions- einbußen, wie der Sinnesorgane, der Muskulatur und der Gelenke, leicht zu altersspezifischen Folgen mit Krankheitswert.“²

Mit zunehmendem Alter kommt es zum Nachlassen der Muskelkraft sowie zu Veränderungen in der Koordi-

nation von Bewegungen. Ein Vergleich der Muskelausdauer (muscle endurance), Muskelkraft (muscle force) und Muskelimpulskraft (muscle force impulse) bei Menschen unterschiedlichen Alters zeigte, dass in der Gruppe der 70- bis 79-Jährigen verglichen mit der Gruppe der 20- bis 29-Jährigen die Muskelausdauer maximal 60 % und die Muskelkraft sowie die Muskelimpulskraft maximal 40 % betragen.³ Dies führt zu einer Abnahme der Kaukraft, die ein verlängertes, erschwertes Kauen der Nahrung zur Folge hat. Koordinationsstörungen zeigen sich z. B. in Form einer verlangsamten Zungenbewegung oder einer verlängerten Bolustransitzeit. Aber auch kranio-mandibulär zervikale Dysfunktionen, wie anteriores oder posteriores Leaking, können eine Folge hiervon sein.

In der Altersgruppe der über 65-Jährigen liegt bei ca. 30 % eine altersbedingte Hyposalivation vor. Systemische Erkrankungen (z. B. Sjögren-Syndrom, M. Alzheimer, Z. n. Apoplex) oder Medikamenteneinnahme (anti-cholinergischer Effekt bei ca. 80 % der häufig rezeptierten Medikamente) sind hierfür ursächlich. Ein begleitender Faktor für diese hohe Prävalenz ist in der häufigen Fehlund Mangelernährung zu sehen. Als Folge der Hyposalivation kommt es vermehrt zu Karies, oraler Candidose, bakteriellen Infektionen und schlecht sitzenden (Total-)Prothesen.⁴

Die nachlassenden visuellen Fähigkeiten manifestierten sich in einer Verminderung der Sehschärfe, d. h. die Fähigkeit, Objektmerkmale deutlich zu erkennen, nimmt ab.⁶ Ursachen hierfür sind neben der abnehmenden Sehschärfe eine verzögerte Scharfeinstellung und vermehrter Lichtbedarf. Bei den auditiven Einschränkungen handelt es sich in der Hauptsache um schlechtes Hören von leisen, hohen Tönen wie Telefonklingeln oder das Hören vor störenden Hintergrundgeräuschen (die sog. „Cocktail-

Tab. 3 Ausbildungsmodule im Bereich der Alterszahnheilkunde Bachelor of Arts Dental Hygiene.

3 Stunden vorbereitendes E-Learning					
Präsenzseminar	Tag 1			Tag 2	
	Vormittag	Modul 1	Themenkomplex (Vor-)Erfahrung	Modul 3	Themenkomplex Der passive Patient
	Nachmittag	Modul 2	Themenkomplex Mundgesundheit im Alter	Modul 4	Themenkomplex Der aktive Patient Abschlussbesprechung
4,5 Stunden nachbereitendes E-Learning					

party-Schwerhörigkeit“, Störschall/ Nutzschalldiskrimination). Durch die summarische Abnahme der funktionierenden Meißnerschen Tastkörperchen (z. B. an der Fingerbeere) ab dem 30. Lebensjahr kommt es im Alter zu einer Verminderung des Tastsinns.⁶ Diese sensorischen Einschränkungen erschweren nicht nur die Kommunikation mit den Betroffenen, sie machen unter Umständen die Entwicklung von Kompensationsstrategien zum Ausgleich der körperlichen Defizite nötig.

Die mit der Pflege der alten Menschen betrauten „Non-Professionals“ werden vor diesem Hintergrund meist unzureichend oder nicht durch die „Professionals“ eingewiesen. Ein pflegebegleitendes Coaching findet häufig nicht statt.

Zu den altersbedingten Einschränkungen, die sich auf die Mundhygienefähigkeiten der Betroffenen auswirken können, zählen:

- nachlassende Kraft bei Bewegung
- veränderte Koordination in der Bewegung
- eingeschränkte Kopfbeweglichkeit
- Einschränkungen im Greifvermögen (Feinmotorik)
- Hyposalivation
- nachlassende Sehfähigkeit
- geringeres taktiles Empfinden

Modularer Aufbau

Für die Ausbildung der Studierenden zum Bachelor of Arts Dental Hygiene haben wir an der Danube Private University, im Zentrum für zahnärztliche Prothetik und Biomaterialien, ein modulares Lehrkonzept entwickelt. Das neu zu erwerbende Wissen soll dynamisch durch einen fortlaufenden Handlungszusammenhang, bestehend aus theoretischen und praktischen Kursteilen, generiert werden. Das von uns erarbeitete Lehrformat besteht zurzeit aus vier halbtägigen Präsenzmodulen. Hinzu kommen insgesamt 7,5 Stunden E-Learning-Zeit der Studierenden vor dem PC zu Hause (Tab. 3).

In den theoretischen Modulen 1 und 2 findet u. a. sequenziell Frontalunterricht zum theoretischen Wissenstransfer statt. In Präsentationen und Lehrvideos wird der Lehrstoff dargestellt und dieser durch Reflexion¹ und Feedback der Studierenden (i. S. e. Entwicklung von Handlungskompetenz) ergänzt. In praktischen Kurssequenzen wird zudem die nötige Handlungskompetenz erworben.

In den Modulen 3 und 4 gibt es überwiegend handlungsorientierten Unterricht, methodisch durch learning through interaction bzw. learning by doing. In Partner- und/oder Gruppenarbeit werden unterschiedliche Therapie-situationen und Settings nachgestellt. Modulübergreifend erarbeiten sich die Studierenden parallel ein E-Portfolio (Sammlung von Dokumenten), beste-

hend aus recherchierten Daten, Entwürfen und eigenen Arbeiten.

Die zukünftigen DentalhygienikerInnen befinden sich zu Beginn des Studiums überwiegend im mittleren Bereich ihrer persönlichen Lernkurve, deren Anfangsbereich während der Ausbildung zur/zum zahnärztlichen Fachangestellten durchlaufen wurde. Hier haben die Studierenden üblicherweise auch erste praktische Erfahrungen gesammelt, auf die im Verlauf des Studiums wiederholt zurückgegriffen wird.

Zu Beginn des ersten Moduls werden die TeilnehmerInnen in das Arbeitsfeld der „Alterszahnheilkunde Prothetik“ eingeführt. Hierbei zeigt sich, dass der Umgang mit pflegebedürftigen Senior(inn)en in der Praxis oftmals Schwierigkeiten bereitet hat. Die meisten Student(inn)en haben zwar Erfahrung im Umgang mit alten Patient(inn)en, aber nur wenige haben (erste) Erfahrungen in der Betreuung von Patient(inn)en in häuslicher Altenpflege sammeln können. Abhängig von der spezifischen Ausrichtung der Zahnarztpraxen, in denen die Student(inn)en zum Bachelor of Arts Dental Hygiene arbeiten, sind die Kompetenzen in der Alterszahnheilkunde auffallend heterogen verteilt.

Zunächst werden die vorhandenen Defizite bei der Behandlung von alten Menschen und/oder in der Kommunikation mit dem Pflegepersonal von der Gruppe erarbeitet. Das bereits vorhandene Erfahrungs- und Faktenwissen sowie die verfügbaren Ressourcen werden einbezogen und die Prozesse und Ergebnisse durch den/die Moderator/-in visualisiert. Im Rollenspiel werden anschließend ausgewählte Szenen aus der beruflichen Praxis nachgestellt und reflektiert. Insbesondere werden hierbei entstandene problematische Situationen hinsichtlich des Verhaltens und inneren Befindens der Beteiligten und Betroffenen gemeinsam analysiert. Ziel ist, neben der Beherrschung einfacher Patientensituationen, die Weiterentwick-

lung der Sozial- und Persönlichkeitskompetenz. Vor diesem Hintergrund werden gemeinsam erste situationsbezogene Handlungsideen formuliert.

Im zweiten Modul wird die Lehre einer guten Mundgesundheit als die Basisressource der Alterszahnheilkunde dargestellt. In ergänzenden Vorträgen, Recherchen und persönlichen Erfahrungsberichten wird anschließend ein Konzept der multidisziplinären Kooperation erarbeitet.

Schwerpunkthemen:

- die Bedeutung der oralen Gesundheit für die Ernährung
- die häufigsten Erkrankungen im orofazialen Bereich und ihre Auswirkungen
- Mundschleimhautveränderungen
- Mundpflege bei Demenz und multimorbiden Patienten
- Anleitung und Einsatz von Hilfsmitteln bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege
- Entnahme und Reinigung unterschiedlicher Formen von herausnehmbarem Zahnersatz
- Arbeiten im multidisziplinären Team
- Unterstützungsbedarf nach Einschränkungsgangrad (Klassifizierungssysteme)
- Anleitung und Coaching der „Non-Professionals“

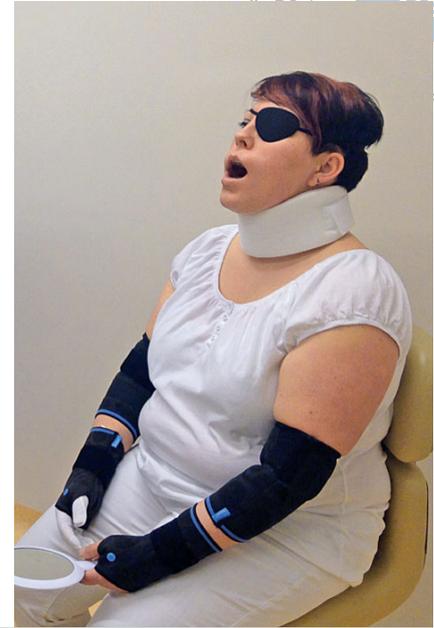


Abb. 1 „Patienten mit körperlichen Einschränkungen“ (Einschränkungsgrad 1) im Rollenspiel.

Handlungskompetenz durch (Selbst-)Erfahrung

Mehrdimensionales Lernen bildet den Mittelpunkt im dritten und vierten Modul. Hier wird durch praktisches Ausprobieren, Zuschauen, Beobachten der gemeinsamen Handlungen und durch analytisches Verstehen Handlungskompetenz erworben.

Die Umschreibung des/der multimorbiden Patienten/-in dient als Vorlage für die Darstellung der (pflegebedürftigen) „Senior(inn)en“ im Rollenspiel. Hierfür stehen verschiedene

Hilfsmittel zur Alterung (Abb. 1) den Proband(inn)en zur Verfügung, und die verschiedenen Einschränkungsgänge werden möglichst realistisch nachgeahmt (Tab. 4).

Für die altersbedingten Bewegungseinschränkungen haben wir verschiedene orthopädische Hilfsmittel wie Gelenk- und Zervikalbandagen gewählt. Sie simulieren geringe Begrenzungen in der Gelenkbeweglichkeit und der Bewegungsamplitude. Dies ermöglicht es den Akteur(inn)en, erste Erfahrungen mit altersbedingten körperlichen Einschränkungen zu machen. Senso-

Tab. 4 Unterstützungsbedarf nach Einschränkungsgangrad.

	Einschränkungsgrad		
	Grad 0 Selbstputzer	Grad 1 Hilfspotzer	Grad 2 Fremdputzer
Ein-schränkungen	ist körperlich und geistig nicht beeinträchtigt und führt selbstständig die Mund- und Prothesenhygiene durch	ist körperlich und/oder geistig eingeschränkt, kann die Mund- und Prothesenhygiene weitgehend selbstständig durchführen	Die Mund- und Prothesenhygiene kann nicht mehr selbstständig durchgeführt werden.
Unterstützungsbedarf	kein Unterstützungsbedarf	Unterstützung aktiv/passiv Remotivation erneutes Anleiten evtl. nachputzen	Das Putzen muss vollständig übernommen werden.



Abb. 2 „Patientin mit körperlichen Einschränkungen“ (Einschränkungsgrad 1) wird im Rollenspiel durch den „Professional“ bei der Mundhygiene angeleitet und unterstützt.



Abb. 3 „Patient mit körperlichen Einschränkungen“ (Einschränkungsgrad 2) wird im Rollenspiel durch den „Professional“ unter optimalen Praxisbedingungen „fremdgeputzt“.

rische Einschränkungen unserer Proband(inn)en werden mittels Baumwollhandschuhen (eingeschränkte Taktilität der Finger), Augenklappen (Ausfall der räumlichen Sehfähigkeit) und Ohropax (vermindertes Hörvermögen) nachgeahmt (Abb. 1).

Das dritte Modul widmet sich Patient(inn)en mit einem Einschränkungsgrad 1. Diese müssen von den zukünftigen Dentalhygienikerinnen und -hygienikern in einer suffizienten Mundhygiene, abgestimmt auf die individuellen Bedürfnisse, instruiert und/oder auf die neue Lebenssituation trainiert werden (Abb. 2).

Im letzten Modul steht der/die Patient/-in mit einem Einschränkungsgrad 2 im Fokus. Hier wird besonders auf die Arbeit im multidisziplinären Team der „Professionals“ sowie auf die Zusammenarbeit mit den „Non-Professionals“ eingegangen. In Rollenspielen werden zum einen am/an der passiven Patienten/-in die verschiedenen Mundhygienemaßnahmen durchgeführt (Abb. 3), zum anderen werden Angehörige in die orale Pflege eingewiesen und spezifische, wiederkehrende Fragestellungen von Pflegekräften und/oder Angehörigen in Gesprächssituationen nachgestellt. Die Teilnehmer/-innen erarbeiten sich hierbei wichtige Anleitungs- und Arbeitsstrategien zur Ausbildung und zum Coaching der Angehörigen.

Blick in die Zukunft

Da wir mit dieser Konzeption ein sehr positives Feedback von den Studierenden bekommen haben, wollen wir den eingeschlagenen Weg weiter verfolgen. Es wurden in der Zwischenzeit erste Kontakte zu einem benachbarten Altersheim geknüpft. Denkbar ist damit eine Ausbildung vor Ort, in Kooperation mit den „Professionals aus Therapie und Pflege“ am „Ort der Pflege“. Wichtige Handlungen, wie die richtige Stabilisierung und Lagerung des/der Patienten/-in mit einem Einschränkungsgrad 1 und 2, könnten hier realitätsnah im multidisziplinären Team erarbeitet werden.

Literatur

1. Boud D, Keogh R, Walker D. What is Reflection in Learning? In: Boud D, Keogh R, Walker D (Hrsg.). Reflection: Turning Experience into Learning. London/New York: Kogan Page/Nichols 1985.
2. Hansen W. Medizin des Alterns und des alten Menschen: Querschnitt konkret. Stuttgart: Schattauer GmbH, 2007.
3. Lang E, Arnold K. Altern und Leistung: Medizinische, psychologische und soziale Aspekte. Stuttgart: Enke, 1991.
4. Napeñas JJ, Brennan MT, Fox PC. Diagnosis and treatment of xerostomia (dry mouth). *Odontology* 2009;97:76-83.
5. Rothgang H, Müller R, Unger R. Themenreport Pflege 2030: Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2012.
6. Saup W. Alter und Umwelt: eine Einführung in die ökologische Gerontologie. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer Verlag, 1993.
7. Statistisches Bundesamt. Gesundheit, Gesundheitliche Lage. In: Pflegebedürftige im Rahmen der Pflegeversicherung 2013. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2015.

Autoren

OA Dr. Ralf J. Bäßler

E-Mail: ralf.baessler@dp-uni.ac.at

**OA Dr. med. dent. Yana Anastasova-Yoshida,
Prof. Dr. Dr. Rüdiger Junker, M.Sc.**

Danube Private University (DPU)
Zentrum für zahnärztliche Prothetik
und Biomaterialien
Steiner Landstraße 124
3500 Krems-Stein, Österreich

