

Aus der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
(Direktor: Univ.-Prof. Dr. U. Stüttgen)
Westdeutsche Kieferklinik
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Die zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen in Seniorenheimen
der Stadt Düsseldorf

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Zahnmedizin

Der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf

vorgelegt von

Tina Riediger

2005

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

gez.: Univ.-Prof. Dr. med. dent. Wolfgang H.-M. Raab
Dekan

Referent: Prof. Dr. A. Hugger

Korreferent: em. Univ.-Prof. Dr. F. Schübel

Meiner Familie gewidmet

1	Einleitung.....	1
1.1	Demographie	1
1.2	Das Altern.....	4
1.3	Ernährung im Alter.....	6
1.3.1	Mangel- und Fehlernährung im Alter	7
2	Material und Methode	10
2.1	Auswahl der Heime.....	10
2.2	Beschreibung des Fragebogens.....	11
3	Ergebnisse.....	12
4	Diskussion	27
4.1	Befragung der Heim- und Pflegeleitung.....	27
4.1.1	Alters- und Geschlechterverteilung.....	27
4.1.2	Eingangs- und Kontrolluntersuchung.....	28
4.1.3	Schulung des Pflegepersonals in Oralhygiene	29
4.1.4	Einschätzung oraler Gesundheitszustand	29
4.1.5	Zufriedenheit und Wohlbefinden von Senioren.....	30
4.1.6	Verbesserungsvorschläge zur Optimierung der zahnärztlichen Versorgung	31
4.2	Studien zum Einfluss des Zahnstatus auf die Ernährung und den allgemeinen Gesundheitsstatus im Alter	32
5	Schlussfolgerung	38
6	Zusammenfassung.....	40
7	Literaturübersicht.....	42
8	Anhang	48
9	Danksagung	61
10	Lebenslauf.....	62
11	Abstract	63

1 Einleitung

1.1 Demographie

In Deutschland wird sich, Berichten des Statistischen Bundesamt zufolge, das zahlenmäßige Verhältnis zwischen jüngeren und älteren Menschen in den nächsten Jahrzehnten erheblich verschieben. Nach der neuesten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes wird im Jahre 2050 die Hälfte der Bevölkerung älter als 48 Jahre und ein Drittel 60 Jahre oder älter sein.

Die Einwohnerzahl in Deutschland wird langfristig abnehmen. Zu einem langfristigen Bevölkerungsrückgang kommt es, weil in Deutschland in den nächsten fünf Jahrzehnten stets mehr Menschen sterben werden, als Kinder zur Welt kommen. Die heutige jährliche Geburtenzahl von ca. 730.000 wird im Jahre 2050 auf etwa 560.000 sinken und nur noch halb so hoch sein wie die Zahl der jährlich Gestorbenen, das „Geburtendefizit“ wird etwa 580.000 betragen (2001: 9400). Das niedrige Geburtenniveau wird dazu führen, dass die jüngeren Altersjahrgänge generell schwächer besetzt sind als die älteren. Die Gruppe der mindestens 60- Jährigen (28 Millionen bzw. 37%) wird mehr als doppelt so groß sein als die Gruppe der unter 20- Jährigen (12 Millionen bzw. 16%). 80 Jahre und älter werden im Jahr 2050 9,1 Millionen Personen bzw. 12% der Bevölkerung sein.

Derzeit hat Deutschland ca. 82,5 Millionen Einwohner. Nach Vorausberechnungen wird die Bevölkerungszahl nach einem geringen Anstieg auf 83 Millionen ab dem Jahr 2013 zurückgehen und bis zum Jahr 2050 auf das Niveau des Jahres 1963 auf ca. 75 Millionen sinken (Statistisches Bundesamt 2003).

In dem Zeitraum von 1950 bis 1996 war in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich der neuen Bundesländer eine Bevölkerungszunahme von 12,7 Millionen Menschen zu verzeichnen. So stieg die Zahl der Bevölkerung von insgesamt 69,3 Millionen im Jahre 1950 auf 82 Millionen im Jahre 1996. Dabei lag 1996 die Zahl der weiblichen Bevölkerung bei 42 Millionen und der männlichen Bevölkerung bei 39,9 Millionen (Statistisches Bundesamt 1998).

Auch in Nordrhein- Westfalen ist ein Bevölkerungszuwachs festzustellen. Von 1950 bis 1996 stieg die Bevölkerungszahl von 12,9 Millionen im Jahre 1950 auf 17,9 Millionen im Jahre 1996, das entspricht einer Bevölkerungszunahme von 5 Millionen. Die Gesamtzahl der weiblichen Bevölkerung betrug 9,2 Millionen und der männlichen Bevölkerung 8,7 Millionen (Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein- Westfalen 1998).

Diese demographische Entwicklung hat ihren Grund unter anderem in der sinkenden Säuglingssterblichkeit, der Abnahme der Sterbefälle bei Menschen in jungen und mittleren Alter und vor allem in der Zunahme der Lebenserwartung (Abb. 1).

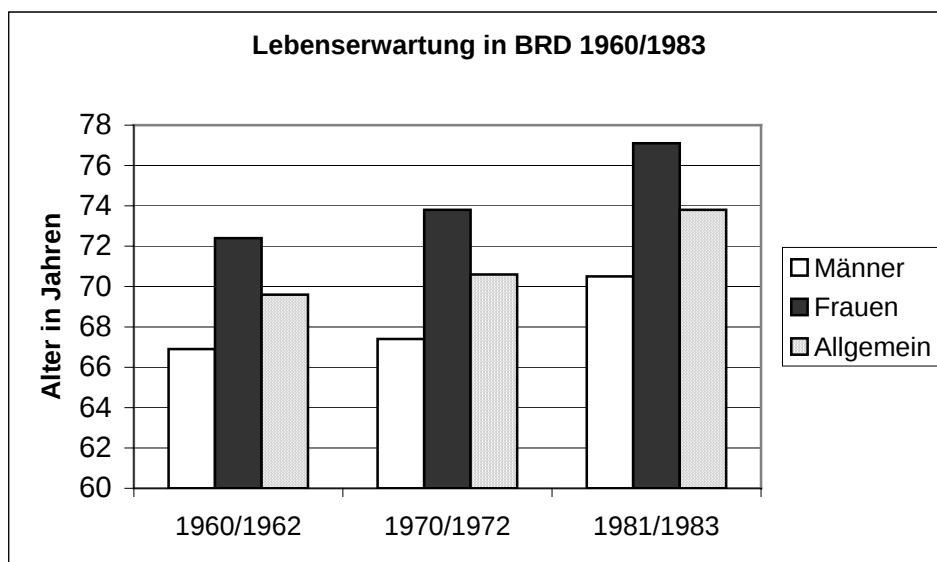


Abbildung 1 (Stat. Bundesamt 1985)

Die durchschnittliche Lebenserwartung nach der aktuellen Sterbetafel 2000/2002 beträgt für einen neugeborene Jungen 75,4 Jahre und für ein Mädchen 81,2 Jahre. In der vorhergehenden Sterbetafel 1999/2001 waren 75,1 und 81,1 Jahre ermittelt worden. Auch für ältere Menschen ist die Lebenserwartung gestiegen. So kann nach der aktuellen Sterbetafel 2000/2002 ein 60- jähriger Mann noch mit einer Lebenserwartung von im Durchschnitt 19,7 Jahren rechnen gegenüber 19,5 Jahren nach der vorhergehenden Sterbetafel. Für eine gleichaltrige Frau ergeben sich statistisch noch 23,8 Jahre gegenüber zuvor 23,7 Jahre (Statistisches Bundesamt 2004). In der Bundesrepublik Deutschland erhöht sich im Jahre 2050 die

Lebenserwartung bei Geburt für Jungen auf 81,1 Jahre und für Mädchen auf 86,6 Jahre, hinzu kommt, dass ein niedriges Geburtenniveau dazu führen wird, dass die jüngeren Altersjahrgänge (bis etwa zum 50. Lebensjahr) generell schwächer besetzt sind als die älteren (Statistisches Bundesamt 2003).

Bereits heute ist ein Viertel der Bevölkerung in Deutschland älter als 60 Jahre, im Jahre 2030 wird der Anteil ein Drittel betragen. Bemerkenswert ist dabei der hohe weibliche Anteil an der älteren Bevölkerungsgruppe, so lagen im Jahre 1996 die Anteile der weiblichen Bevölkerung in der Altersgruppe der 70 bis 80- Jährigen bei 63,3%, der 80 bis 90- Jährigen bei 73,9%, der 90 bis 95- Jährigen bei 79,1% und der über 95- Jährigen bei 79,8% (Statistisches Bundesamt 1998).

Das Amt für Statistik und Wahlen hat im Einzelnen folgende Bevölkerungsprognose für Düsseldorf errechnet:

- Die Anzahl der ab 60- Jährigen wird von 148.540 im Jahr 2001 auf 139.800 im Jahr 2010 sinken.
- Die Anzahl der über 80- Jährigen wird von 25.480 im Jahr 2001 auf 26.300 im Jahr 2010 steigen (Altenplan der Landeshauptstadt Düsseldorf 2003).

Ende 2000 lebten in Düsseldorf insgesamt 184.601 Frauen und Männer ab 55 Jahre, 60,5% macht dabei der Anteil so genannter „junger“ Alter, d.h. der 55 bis 69- Jährigen aus, zwischen 70 und 80 Jahren waren 26,1% und 13,4% 80 Jahre oder älter (Altenplan der Landeshauptstadt Düsseldorf 2004).

2001 lebten in der Bundesrepublik Deutschland 14.065.700 Menschen im Alter ab 65 Jahre, von denen 1.427.944 pflegebedürftig im Sinne der Regelungen des Sozialgesetzbuches (SGB) IX waren. Der Anteil der Pflegebedürftigen an dieser Altersgruppe lag also bei etwas über 10%, wobei der größere Teil auf die Gruppe der Hochaltrigen entfällt. 3,64% der pflegebedürftigen Personen waren im Alter von 65 bis 79 Jahren und 6,51% pflegebedürftige Personen im Alter ab 80 Jahren (Altenplan der Landeshauptstadt Düsseldorf 2004).

1.2 Das Altern

Alter ist kein plötzliches Ereignis, sondern ein dynamischer Prozess. Er beginnt mit der Geburt und schreitet dann unaufhaltsam fort und endet mit dem Tod. Altern ist sozusagen ein biologisches Schicksal. Sämtliche Organfunktionen unterliegen einem biologischen Alterungsprozeß, welcher wahrscheinlich multifaktoriell verursacht wird, wobei die genetische Komponente von großer Bedeutung ist. Alterungsprozesse bestimmen jedes biologische Lebewesen. Die Gründe für das Altern sind immer häufiger Gegenstand der Wissenschaft und noch lange nicht erforscht.

Beim Alter eines Menschen wird unterschieden zwischen dem biographischen und dem biologischen Alter. Das biographische Alter ist die geläufige zeitliche Altersangabe, die sich nach dem Geburtsdatum errechnet. Dagegen ist mit dem biologischen Alter der Zustand des Körpers gemeint, der normalerweise einem bestimmten Alter ungefähr entspricht.

Während andere Organe und Gewebe kontinuierlich altern, erfolgt die Alterung des Kauorgans unabhängig vom chronologischen Alter und geht dem Senium voran (Balogh et al. 1962).

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation gilt als alt, wer das 65. Lebensjahr vollendet hat. Die WHO unterscheidet zwischen alternden (45- 59 Jahre), älteren (60- 74 Jahre), alten (75- 89 Jahre) und sehr alten Menschen (älter als 89 Jahre). Angesichts der Zunahme der älteren Menschen an der Gesamtpopulation muss die zahnärztliche Versorgung dieser Gruppe besonders berücksichtigt werden.

Das physiologische Altern läuft gesetzmäßig, aber von Organ zu Organsystem unterschiedlich rasch ab (Wettstein et al 1997). Die physiologischen Alternsvorgänge führen zu einer Abnahme der Organreserve. Der Anteil des extra- wie intrazellulären Wassers geht zurück. Die Nierenfunktion nimmt ab, die Compliance des Herzens und der Gefäße nimmt ab, Haut, Muskulatur und Knochen verlieren an Elastizität. Das Immunsystem wird schwächer und auch Nervenleitgeschwindigkeit, Reaktionszeit und Gedächtnis nehmen ab. Diese „Erkrankungen“ beeinträchtigen das alltägliche Leben alter Menschen, insbesondere verhindern sie im Einzelfall eine

regelmäßige und erfolgreiche Mundhygiene oder einen Zahnarztbesuch (Ziesemer 1999).

Eine wichtige Grundlage der Alterszahnheilkunde ist die Kenntnis über die typischen strukturellen und funktionellen alterskorrelierten Veränderungen der Mundhöhle. Physiologische Altersveränderungen der Zahnhartsubstanzen wie Dentinsklerosierung, Sekundärdentin- und Zementablagerungen und Veränderungen in der Pulpa, aber auch altersbedingte Veränderungen am Kieferknochen, Kiefergelenk oder Zahnhalteapparat trennt man heutzutage strikt von oralen Alterskrankheiten wie Xerostomie, Wurzelkaries oder Malignomen der Mundschleimhaut. Im Zusammenhang mit der veränderten Sichtweise der Biologie des Alterns wird der Zahnverlust heute jedoch nicht mehr als altersphysiologisch und die Zahnlosigkeit als kein typisches Attribut des Alters angesehen (Götz 2004).

Auch kognitive Leistungsfähigkeit, Gehör, Sehfähigkeit und körperliche Beweglichkeit nehmen mit dem Alter ab. Im Rahmen der Berliner Altersstudie konnte gezeigt werden, dass mit zunehmenden Alter (von 70 bis über 100) sowohl das Gedächtnis als auch andere geistige Leistungen wie Wahrnehmungsgeschwindigkeit, Denkfähigkeit, Wortflüssigkeit oder Wissen immer schlechter werden. Im Gegensatz zu den deutlichen Abnahmen der kognitiven und geistigen Leistungsfähigkeiten behalten die meisten älteren Menschen ihre Identität und ihr allgemeines subjektives Wohlbefinden (Smith und Delius 2005).

1.3 Ernährung im Alter

Eine gesunde Ernährung ist eine zentrale Voraussetzung, ein hohes Alter möglichst in Gesundheit zu erreichen. Da die Medizin heute die meisten Krankheiten, an denen man früher vorzeitig erkrankte oder sterben musste, behandelbar gemacht hat, beschränken sich die sogenannten präventiven Ernährungsmaßnahmen nicht mehr auf einzelne allgemeine Ratschläge, etwa nur die Bevorzugung von Vollkorn oder die Reduktion der Kochsalz- und Cholesterinzufuhr, sondern im allgemeinen auf die Einhaltung einer umfassenden allgemeinen gesunden Ernährungsweise. Der wichtigste Schutz vor dem Auftreten von Krankheiten ist die Forderung von Normalgewicht, von körperlicher Bewegung und einer umfassenden gesunden Ernährung (Holtmeier 1991).

Das höhere Lebensalter ist gekennzeichnet durch einen Rückgang des Energiebedarfs. Richtwerte für die Energiezufuhr über 65-jährige Männer und Frauen liegen bei 1900 kcal bzw. 1700 kcal pro Tag (Deutsche Gesellschaft für Ernährung 1991). Der Rückgang der körperlichen Aktivität und des Grundumsatzes mit zunehmendem Lebensalter sind Grund dafür, dass trotz der mit dem Alter verminderten Kalorienzufuhr das Körpergewicht über lange Zeit konstant bleibt, manchmal sogar ansteigt (Tragl 1999). Erst um das 75. Lebensjahr kommt es zu einem regelhaften Rückgang des Körpergewichtes (Forbes 1970). Ein ernsthaftes Ernährungsproblem stellt der mit dem reduzierten Trockenkörpergewicht und der verringerten körperlichen Aktivität einhergehende reduzierte Energiebedarf insofern dar, als mit der daraus folgenden Konsequenz der verringerten Energiezufuhr auch andere Nährstoffe wie Vitamine, Spurenelemente usw. vermindert zugeführt werden, obwohl der Bedarf unverändert geblieben ist (Blumberg 1997).

Die Ernährung älterer Menschen sollte nach Meinung von Tragl (1999) zum Ziel haben, dass das subjektive Wohlbefinden sowie die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit gewahrt wird und eine ausreichende Prophylaxe hinsichtlich der im Alter dominierenden Ausfallerscheinungen oder Krankheiten betrieben wird. Somit kommen als Energieträger hauptsächlich Kohlenhydrate, Fette und Proteine in Frage. Wichtig für eine gesund erhaltende Ernährung ist eine vielseitige und abwechslungsreiche Lebensmittelauswahl, täglich Lebensmittel aus allen Lebensmittelgruppen, reichlich Verzehr von Getreideprodukten, Obst, Gemüse,

Getränken und Milchprodukten, maßvoller Konsum von Fleisch und Eiern, regelmäßig 1 bis 2 mal pro Woche Fisch und eine sparsame Verwendung von Fetten und Ölen, so Volkert (2000).

Die Ernährung spielt in der Pathogenese mehrerer Krankheiten eine wichtige Rolle. Auch ist die Ernährung ein wichtiger Modulator der Gesundheit und der funktionellen Kapazität verschiedenster Organ- und Funktionssysteme des menschlichen Körpers (Morell 1993). Meistens treten Ernährungsprobleme im Zusammenhang mit Krankheitssymptomen auf und werden im Alter oft fälschlicherweise als allgemeine Altersveränderung angesehen. Umso bedeutender ist eine richtige Ernährung im Alter.

1.3.1 Mangel- und Fehlernährung im Alter

Die Malnutrition wird in der Geriatrie definiert als ein Ungleichgewicht zwischen Nährstoffaufnahme und-verbrauch (Wettstein et al. 1997). Dabei unterscheidet man zwischen dem Mangel eines oder mehreren Nährstoffen. Resultate sind Adipositas oder Kachexie bzw. Zwischenstufen davon. Ein Mangel an Vitaminen, an Eiweiß und an Ballaststoffen gehören zu den häufigsten Ursachen von Mangelerkrankungen. Ebenso häufig kommt der Fehlernährung eine krankmachende Bedeutung zu, wobei ein hoher Konsum an hochraffiniertem Zucker, an tierischem Fett und an Kochsalz mit dem Auftreten eines Diabetes mellitus, einer Atherosklerose und einer Hypertonie in Verbindung steht. Ein hohes Alter und Multimorbidität bedeuten ebenfalls ein großes Malnutritionsrisiko.

Umso wichtiger ist eine rechtzeitige Diagnosestellung der Malnutrition, welche jedoch wegen einer schleichenden Entwicklung und Oligosymptomatik zum Teil stark erschwert ist. Eine Malnutritions-Diagnostik sollte deswegen routinemäßig in ein geriatrisches Assessment integriert werden.

Oftmals bleiben Mangelerkrankungen durch eine unzureichende Ernährung bei älteren Menschen lange unerkannt. Symptome wie Müdigkeit, Schwäche, Lustlosigkeit und Rückgang der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit werden selten mit einer zugrunde liegenden Mangelernährung in Verbindung gebracht (Goodwin 1983).

Der Appetitverlust im Alter stellt einen wichtigen Faktor für das Auftreten einer Mangel- oder Fehlernährung dar und bildet mit physischen Ursachen wie die Veränderung des Geruch- und Geschmacksinnes oder ein eingeschränktes Kauvermögen, aber auch Erkrankungen des Alters wie z. B. eine Herzinsuffizienz, eine pulmonale Insuffizienz, eine Krebserkrankung, eine chronische Obstipation oder ein Morbus Parkinson eine häufige Ursache für eine Malnutrition im Alter dar (Guigoz 1997). Insbesondere werden Kauprobleme als wesentliche Ursache für eine unzureichende Nahrungsaufnahme angesehen, denn bei einem eingeschränkten Kauvermögen wird weniger gegessen und die Auswahl an Lebensmitteln auf weiche, leicht zu kauende und somit eintönigere und nährstoffärmere Produkte reduziert.

Ebenso eine große Rolle spielen psychische, soziale und iatrogene Ursachen. Vereinsamung bei zu Hause lebenden älteren Menschen, nach Verlust des Lebenspartners oder andere psychische Belastungen durch zunehmende Hilfsbedürftigkeit und Abhängigkeit schlagen häufig „auf den Magen“ und können den Appetit senken.

Ungünstige Ernährungsgewohnheiten wie z.B. eine einseitige Lebensmittelauswahl oder die Bevorzugung nährstoffarmer Lebensmittel wie Weißbrot, Konfitüre oder Zwieback können die Entstehung von Nährstoffdefiziten begünstigen.

Ein Umzug ins Heim wird häufig in Verbindung mit einem erhöhten Mangel- oder Fehlernährungsrisiko gesehen. In der Gemeinschaftsverpflegung kann durch fremdbestimmte Essenszeiten und Speisepläne, ein monotones, wenig abwechslungsreiches Essensangebot und eine ungewohnte Essumgebung und Atmosphäre zu einer unbefriedigenden Ernährung beitragen. Diäten, insbesondere Diabetesdiäten, sind wichtige Risiken für eine Malnutrition in Pflegeheimen, wenn die bisherigen Vorlieben der Patienten keine Beachtung finden.

Ebenso kann eine beginnende Demenz zu Malnutrition führen. Auch Depressionen gehen oft mit Verhaltensveränderungen einher, die sich negativ auf die Ernährung auswirken können.

Häufig beeinträchtigen Medikamente wie Digitalis, Euphyllin, Nitrate, Cortison, Antihypertensiva, Diuretika oder Antidepressiva den Appetit durch unerwünschte Nebenwirkungen wie Übelkeit, Erbrechen, gestörtes Geschmacksempfinden, Somnolenz oder Xerostomie. Verschiedene Neurotransmitter können sogar den Appetit für verschiedene Nahrungsmittelkomponenten wie Kohlenhydrate oder Fette modifizieren (Silver 1988).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Mangelernährung in Krankenhäusern und Altersheimen kein historisches, zurückliegendes Faktum ist, sondern hochaktuell. Uneinheitliche Definitionen und eine allgemein geringe Beachtung der Problematik erschweren allerdings eine genauere Bezifferung der Verbreitung, denn je nach Beurteilungskriterium werden unterschiedliche Häufigkeiten beschrieben.

Einzelne unbefriedigende Ernährungsparameter wie ein geringes Körpergewicht, eine erniedrigte Serumprotein- oder Serumvitaminkonzentration werden bei bis zu 85% aller geriatrischen Patienten festgestellt (Volkert 2000). Lipski (1993) stellte fest, dass alte Menschen in Langzeit- Krankenanstalten in nahezu 70% eine kalorische Unterernährung und in zu 100% eine Mangelernährung für Magnesium und Zink und zu 90% für Retinol besteht.

Volkert et al (1992) fand in einer Studie heraus, dass 23% von 300 über 75- Jährigen geriatrischen Patienten klinisch unterernährt waren, bei 21% lag der Body Mass Index unter 20 kg/m², bei weiteren 20% zwischen 20 und 22 kg/m². Die Konzentrationen verschiedener Serumproteine waren bei 10 bis 26% erniedrigt, unbefriedigende Vitaminversorgungsparameter wurden bei 10 bis 37% der Patienten festgestellt.

2 Material und Methode

2.1 Auswahl der Heime

Im Sommer 2002 wurden sämtliche in Düsseldorf, Mettmann und Neuss registrierten Altenheime ermittelt und schriftlich über das Vorhaben benachrichtigt, eine Befragung zur Situation der zahnmedizinischen Versorgung von Heimbewohnern durchzuführen. In Düsseldorf wurden nach Auskunft des Pflegebüros der Seniorenhilfe der Stadt Düsseldorf insgesamt 47 Einrichtungen angeschrieben, um Sinn und Zweck der Befragung zu verdeutlichen und die Anonymität der Aussagen zu garantieren.

Im Zuge der vorliegenden Arbeit stimmten insgesamt 32 (68%) Altenheime in Düsseldorf, 17 Altenheime in Neuss und 21 Altenheime in Mettmann einer Befragung zu. In Düsseldorf wurde für die Befragung ein persönlicher Gesprächstermin mit der Heim- und Pflegeleitung vereinbart.

Auf eine Untersuchung der Heimbewohner wurde aufgrund des hohen Alters bzw. altersbedingter Limitationen der Betagten wie Verständnisschwierigkeiten, Kooperationsbereitschaft, Demenz bzw. schwere Allgemeinerkrankungen verzichtet.

Aus Zeitgründen und Personalmangel wurde ebenfalls seitens der Institutionsleitung von einer Befragung der Senioren abgesehen.

Nicht einbezogen in die vorliegende Arbeit wurden die Befragungen der Altenheime in Mettmann und Neuss.

2.2 Beschreibung des Fragebogens

Der Fragebogen richtete sich an die Heim - und Pflegeleitung.

Die Grundlage der Gestaltung des Fragebogens bildete die III. Deutsche Mundgesundheitsstudie (Micheelis und Reich 1999).

Die insgesamt 24 Fragen umfassten allgemeine Informationen bezüglich Anzahl, Geschlechterverteilung und Alter der Senioren und die Durchführung von allgemeinmedizinischen sowie zahnmedizinischen Eintrittsuntersuchungen wie auch spezielle Informationen zum Stand der zahnärztlichen Betreuung und Behandlung, ob und wie oft, von wem und wo zahnärztliche Untersuchungen bzw. Behandlungen stattfinden. In diesem Zusammenhang wurden auch Fragen nach zahnmedizinischen Kontrolluntersuchungen und der Überwachung der Mundhygiene der Senioren durch das Pflegepersonal gestellt.

Um ein Meinungsbild der gegenwärtigen Situation zu gewinnen, fand eine Befragung der Heim- und Pflegeleitung hinsichtlich der Beurteilung bezüglich des oralen Zustandes und der Mundhygiene der Senioren statt.

Es wurde außerdem den Institutions- und Pflegeleitungen die Gelegenheit gegeben, eine ihrer Ansicht nach „optimale zahnärztliche Betreuung“ in Form von Verbesserungsvorschlägen zu entwerfen sowie Kritik zu äußern.

Abschließend wurde die Institutionsleitung gebeten, sich zum Thema der Ausbildung im Rahmen des Zahnmedizinstudiums speziell mit der Behandlung von älteren Menschen zu äußern.

3 Ergebnisse

Alter und Geschlecht

Es beteiligten sich insgesamt 32 (68%) von 47 durch das Pflegebüro der Seniorenhilfe der Stadt Düsseldorf ermittelten Einrichtungen in Düsseldorf. Von den 3585 in Düsseldorf im August 2002 angegebenen Senioren waren 593 Männer (16,55%) und 2992 Frauen (83,45%). Im folgenden werden die Ergebnisse der Befragung der Einrichtungen in Düsseldorf wiedergegeben.

Sieben von 32 Altersheimen in Düsseldorf machten genaue Angaben zum Alter. Die Einteilung der Heimbewohner in Altersklassen wird in Abbildung 2 ersichtlich, den grössten Anteil stellte die Gruppe der 81- bis 90- jährigen dar (Abbildung 2).

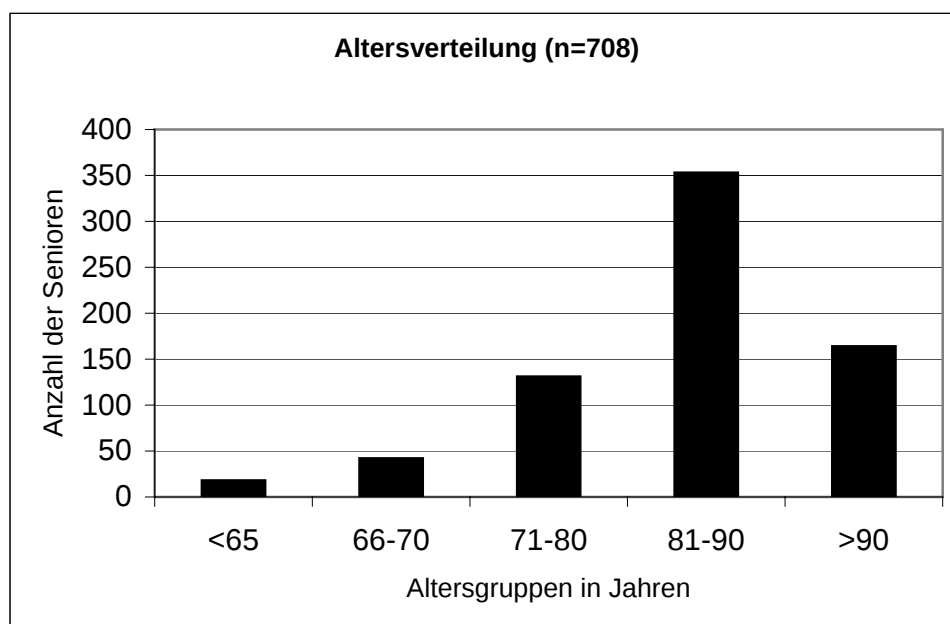


Abbildung 2

Allgemeinmedizinische Eintrittsuntersuchung

Von 32 Heimen in Düsseldorf wurde in 14 Heimen (43,8%) eine allgemeinmedizinische Untersuchung bei Neuaufnahme des Bewerbers vorgenommen. In 17 Heimen (53,1%) wurde bei bekanntem Gesundheitsstatus auf eine Eintrittsuntersuchung verzichtet. In einem Heim (3,1%) fand keine Untersuchung ohne nähere Angabe von Gründen statt (Abbildung 3).

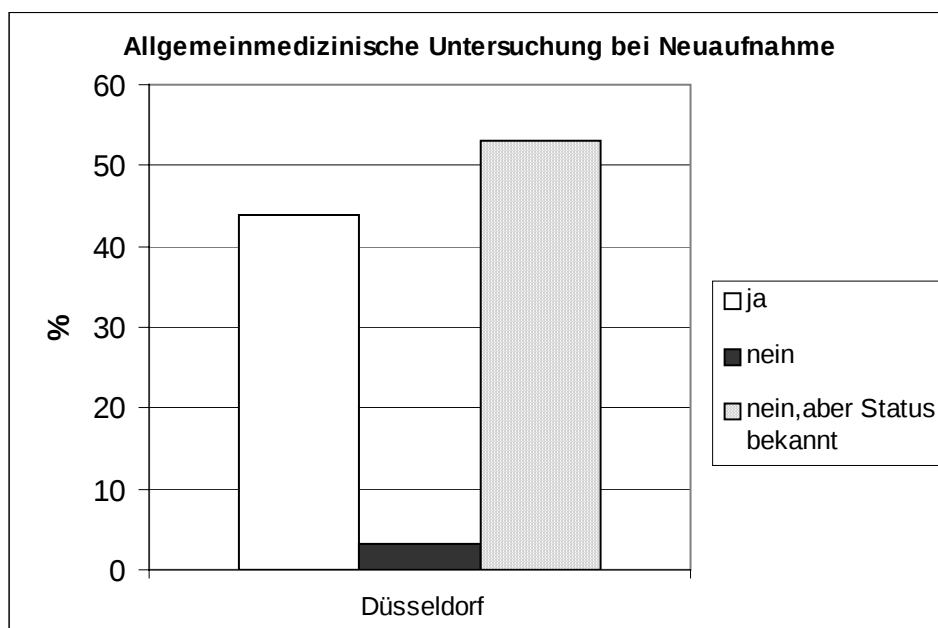


Abbildung 3

Kenntnis über den oralen Gesundheitszustand der Heimbewohner

Nach der Frage der Heim - bzw. Pflegeleitung über Kenntnisse des oralen Gesundheitszustandes der Senioren gaben 17 Heime (53,1%) an, sie haben Informationen über das Pflegepersonal, drei Heime (9,4%) gaben an, dass der zuständige Arzt oder Zahnarzt Kenntnisse hat. Ein Heim (3,1%) in Düsseldorf bezog Kenntnisse bezüglich des oralen Gesundheitszustandes über Verwandte oder Angehörige. Elf Altersheime (34,4%) verneinten die Frage nach Kenntnissen des oralen Gesundheitszustandes (Abbildung 4).

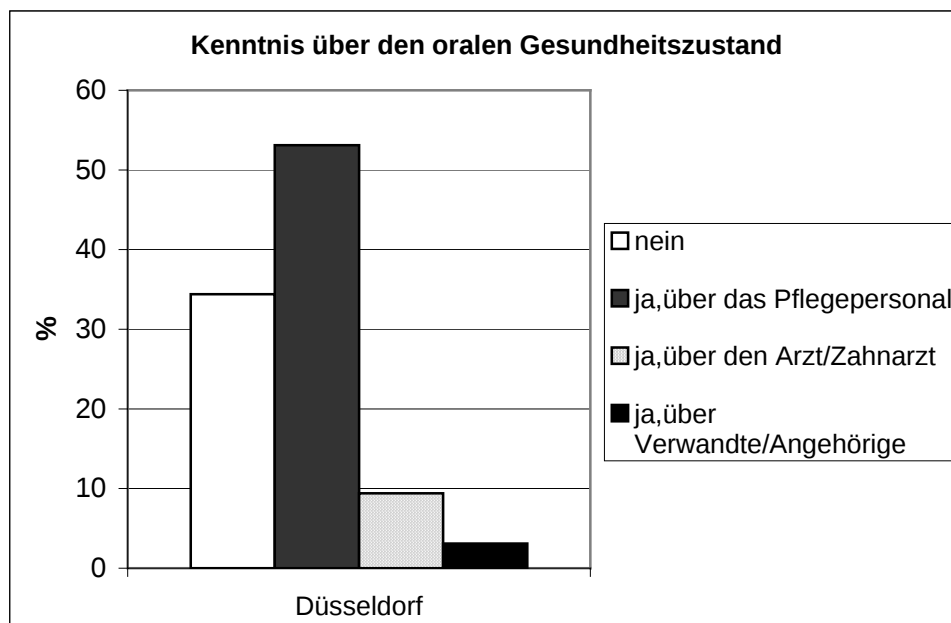


Abbildung 4

Zahnärztliche Kontrolluntersuchungen

In zehn von 32 Altenheimen fanden in unterschiedlichen zeitlichen Abständen Kontrolluntersuchungen statt, davon in zwei Heimen (6,3%) in halbjährlichen Abständen, in zwei weiteren Heimen (6,3%) im Jahresabstand und in sechs Heimen (18,7%) in noch geringeren Zeitabständen. Ohne Angaben von Gründen verneinten zehn Heime (31,3%) die Frage nach Kontrolluntersuchungen, in neun Seniorenheimen (28,1%) fanden keine Kontrolluntersuchungen aufgrund eines fehlenden zuständigen Zahnarztes statt, in drei weiteren Heimen (9,3%) war keine Behandlung vor Ort möglich (Abbildung 5).

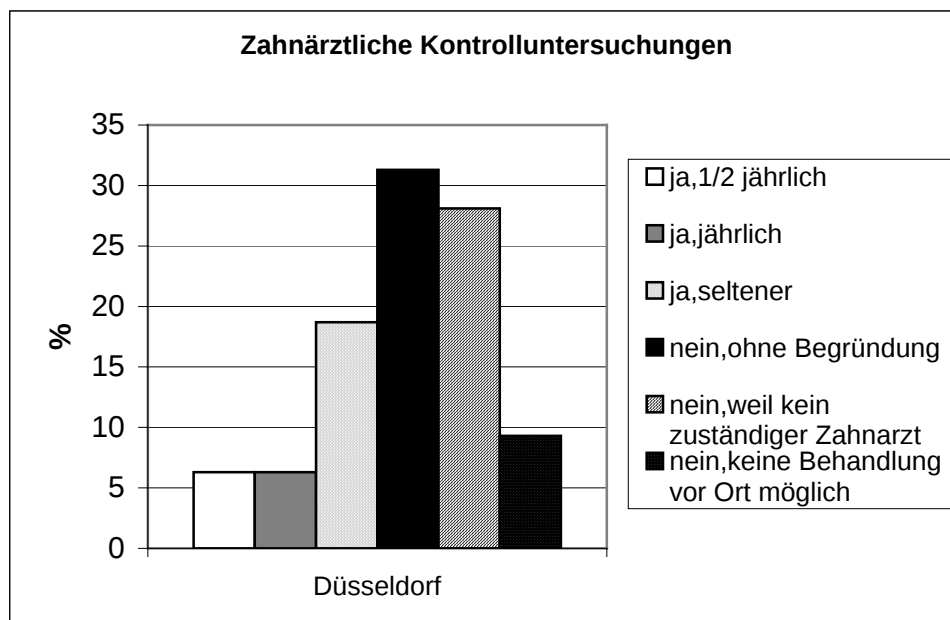


Abbildung 5

Schulung des Pflegepersonals in zahnmedizinischen Pflegemethoden

Die Frage, ob das Pflegepersonal in zahnmedizinischen Pflegemethoden geschult ist, bejahten sieben Heime (21,9%). Ein Heim (3,1%) gab an „ja, teilweise“, 23 Heime (71,9%) antworteten, dass eine Schulung bezüglich der Oralhygiene lediglich in der Ausbildung erfolgt. Ein Heim (3,1%) verneinte die Frage nach einer Schulung in zahnmedizinischen Pflegemethoden (Abbildung 6).

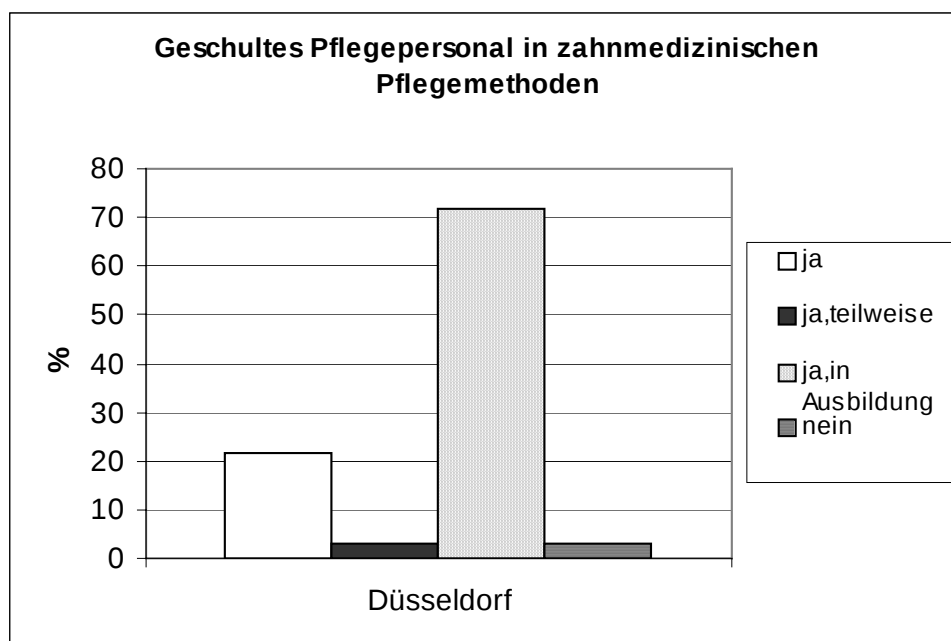


Abbildung 6

Betreuung der Heimbewohner durch einen Zahnarzt

In Düsseldorf wurden alle 32 Heime von einem Heim- oder Hauszahnarzt betreut (Abbildung 7).

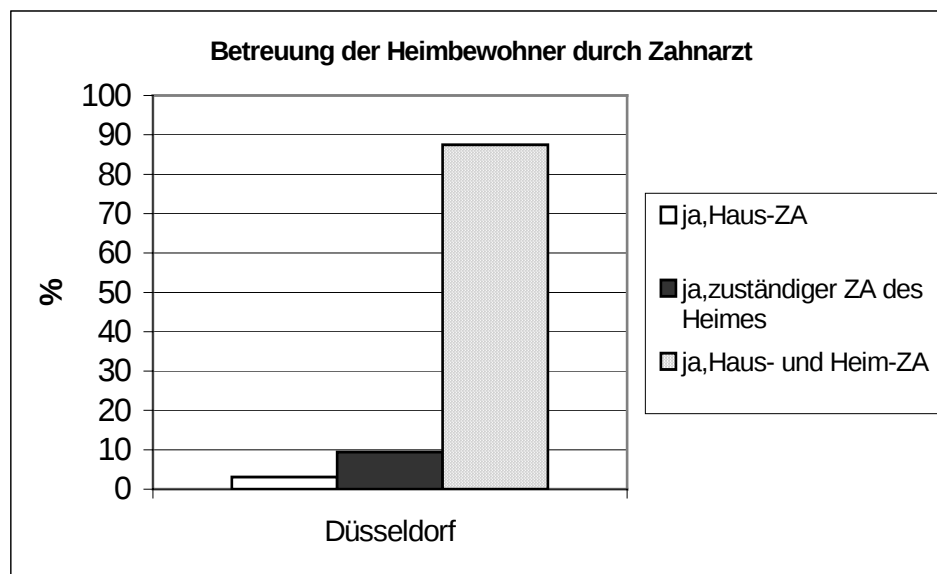


Abbildung 7

Form der Betreuung

In sechs Heimen (18,8%) wurden die Senioren vom Zahnarzt in der Zahnarztpraxis betreut, in einem Heim (3,1%) erfolgte die Betreuung direkt im Heim, 25 Altenheime (78,1%) gaben eine Betreuung sowohl vor Ort als auch in der Praxis an (Abbildung 8).

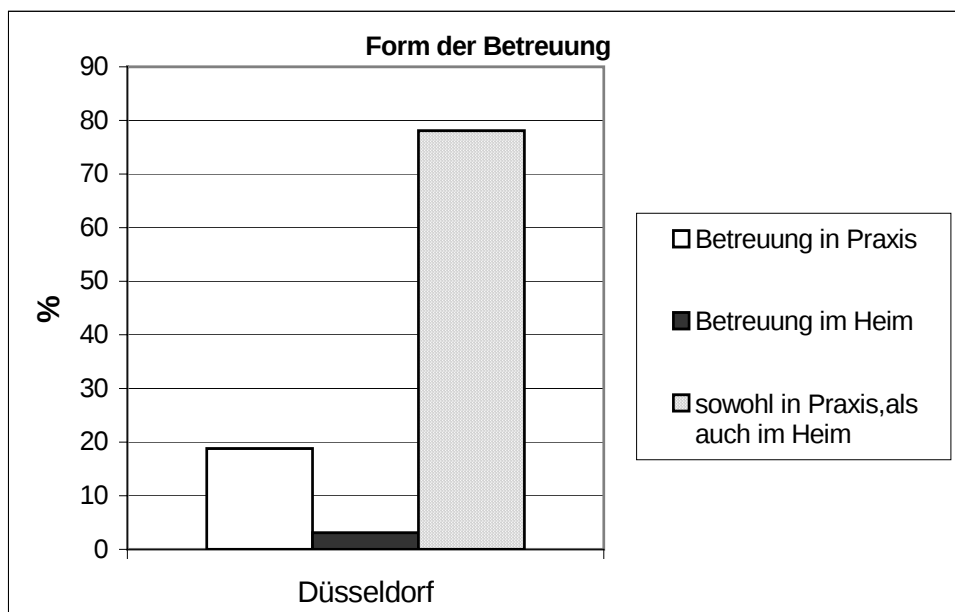


Abbildung 8

Einschätzung des oralen Gesundheitszustandes der Heimbewohner

Auf die Frage, wie die Heim- und Pflegeleitung den oralen Gesundheitszustand ihrer Heimbewohner einschätzen, antwortete ein Heim (3,1%) mit „sehr gut“, neun Heime (28,2%) mit „gut“, 13 Heime (40,6%) mit „befriedigend“, acht Heime (25%) mit „ausreichend“ und ein Heim (3,1%) mit „mangelhaft“ (Abbildung 9).

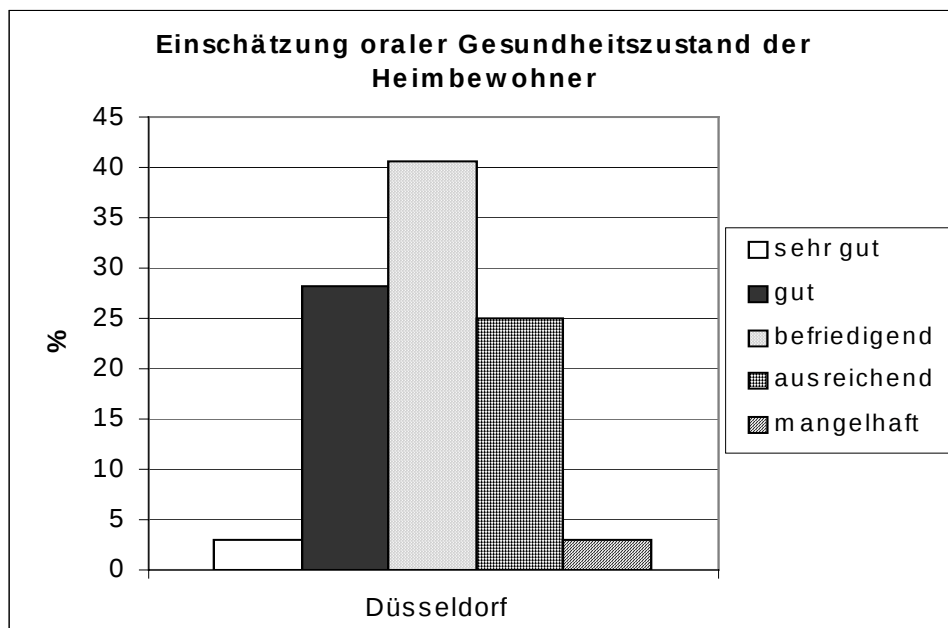


Abbildung 9

Häufigkeit des Kontaktes zu den Senioren

29 Heim- und Pflegeleiter (90,6%) antworteten auf die Frage, wie oft sie Kontakt zu den Senioren haben, mit „mehrmals täglich“ und drei Seniorenheime (8,4%) mit „einmal täglich“ (Abbildung 10).

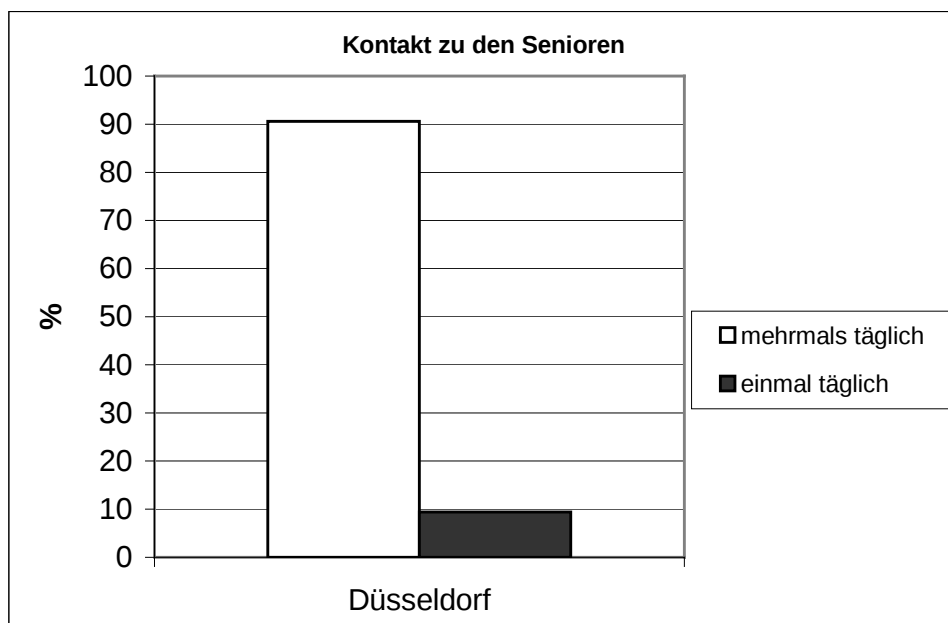


Abbildung 10

Kenntnis über oralen Gesundheitszustand der Heimbewohner

Festgestellt werden konnte, dass fünf Heime (15,6%) „sehr gute“ Kenntnisse bezüglich des oralen Gesundheitszustandes ihrer Heimbewohner haben, elf Heime (34,4%) gaben „gute“ Kenntnisse, sechs Heime (18,8%) „befriedigende“ und sieben Heime (21,9%) „ausreichende“ Kenntnisse an. Drei Heime (9,4%) hatten keine Kenntnisse über den oralen Gesundheitszustand der Bewohner (Abbildung 11).

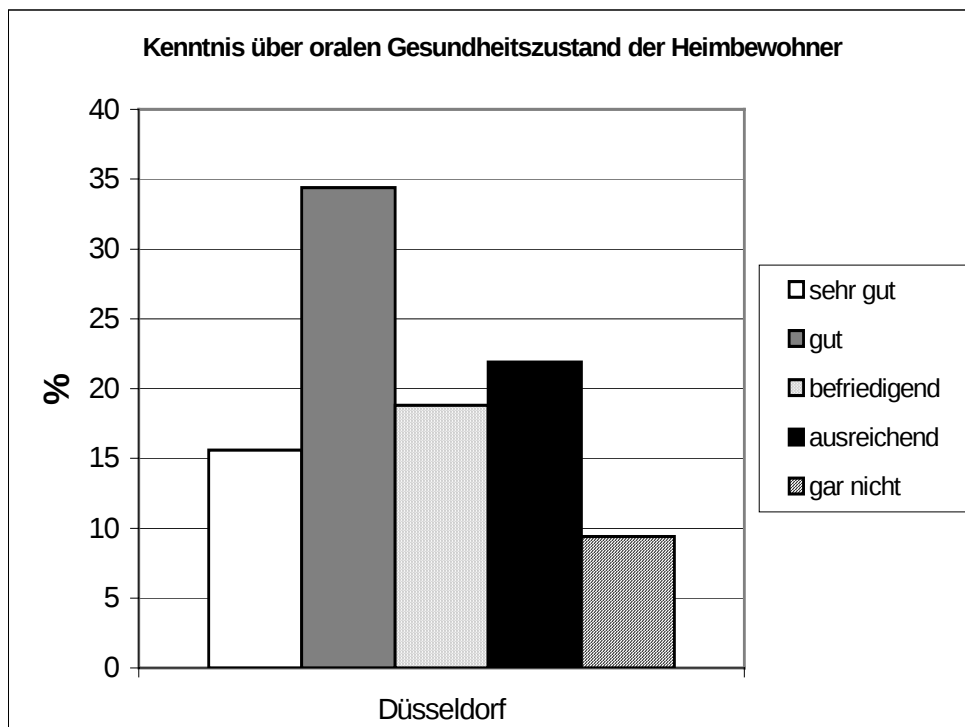


Abbildung 11

Beurteilung der Mundhygiene der Senioren

Zwei Heime (6,3%) beurteilten die Mundhygiene mit „sehr gut“, neun Heime (28,1%) mit „gut“, 19 Heime (59,4%) mit „mäßig“ und zwei Heime (6,3%) mit „schlecht“ (Abbildung 12).

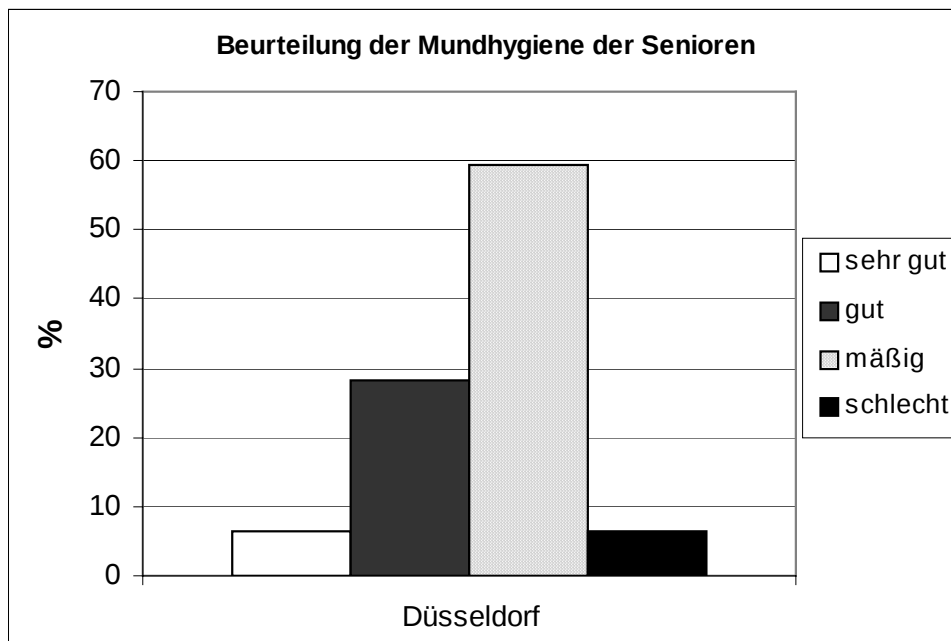


Abbildung 12

Zufriedenheit der Senioren mit Zähnen/Zahnersatz

Auf die Frage, ob die Senioren nach Meinung der Heim- und Pflegeleitung mit ihren Zähnen bzw. Zahnersatz zufrieden seien, antwortete ein Heim (3,1%) mit „sehr gut“, elf Heime (34,4%) mit „gut“, 16 Heime (50%) mit „mäßig“, drei Heime (9,4%) mit „schlecht“ und ein Heim (3,1%) mit „weiß nicht“ (Abbildung 13).

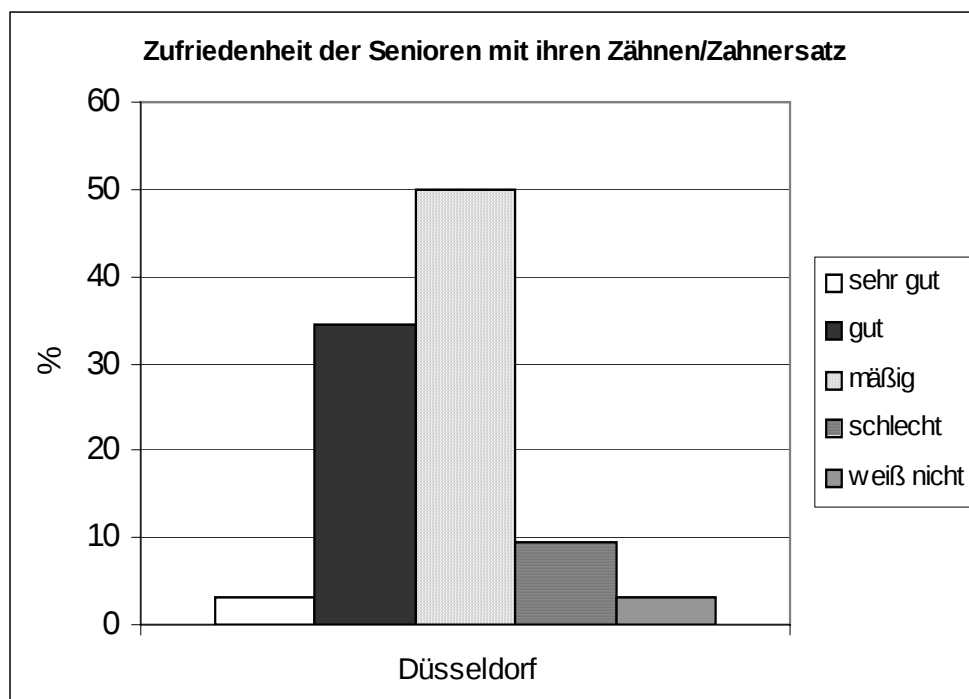


Abbildung 13

Beeinflussung auf das Gesamtbefinden

Auf die Frage, inwieweit das orale Wohlbefinden das Gesamtbefinden der älteren Menschen beeinflusst, antworteten 15 Heime (46,9%) mit „sehr stark“, 15 Heime (46,9%) mit „stark“ und zwei Heime (6,3) mit „mäßig“ (Abbildung 14).

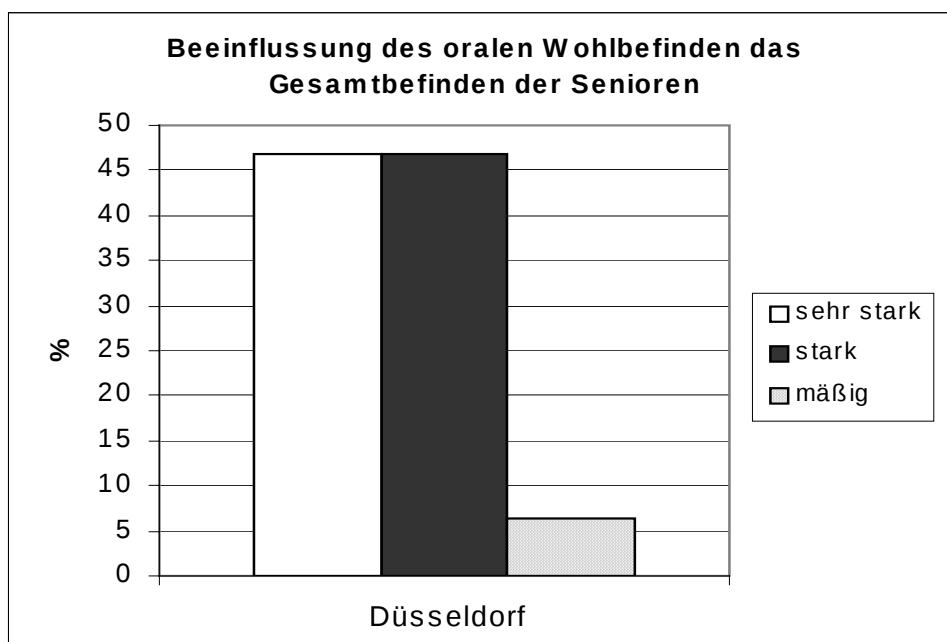


Abbildung 14

Konfrontation mit zahnmedizinischen Problemen der Senioren

Auf die Frage, wie häufig im Durchschnitt die Heimleitung bzw. Pflegeleitung mit zahnmedizinischen Problemen konfrontiert werden, antworteten fünf Heime (15,6%) in Düsseldorf mit „täglich“, sieben Heime (21,9%) mit „einmal wöchentlich“, zwei Heime (6,3%) mit „mehrmals wöchentlich“, 13 Heime (40,6%) mit „einmal im Monat“, vier Heime (12,5%) mit „mehrmals monatlich“ und ein Heim (3,1%) mit „gar nicht“ (Abbildung 15).

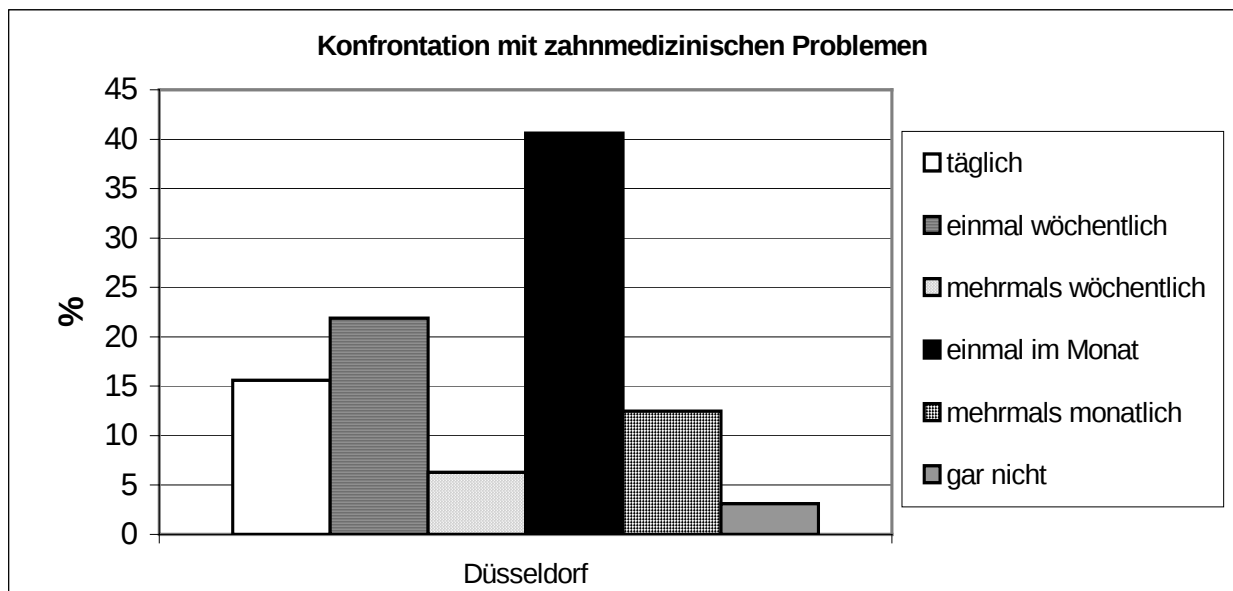


Abbildung 15

Verbesserung hinsichtlich der zahnmedizinischen Versorgung

Seitens der Heim- bzw. Pflegeleitung wurde vor allem folgende Verbesserungsvorschläge genannt:

- periodische Kontrollen im Recallsystem (9 mal)
- regelmäßige Mundhygienekontrollen (15 mal)
- obligatorische zahnärztliche Eintrittsuntersuchung (4 mal)
- bessere Ausbildung des Pflegepersonals in oraler Hygiene (22 mal)
- Behandlung im Heim besonders in Notfällen (16 mal)
- Bekanntgabe von Zahnärzten, die Heimbesuche durchführen (16 mal)
- Möglichkeit der Behandlung rollstuhlabhängiger Patienten in der zahnärztlichen Praxis (10 mal), (Abbildung 16).

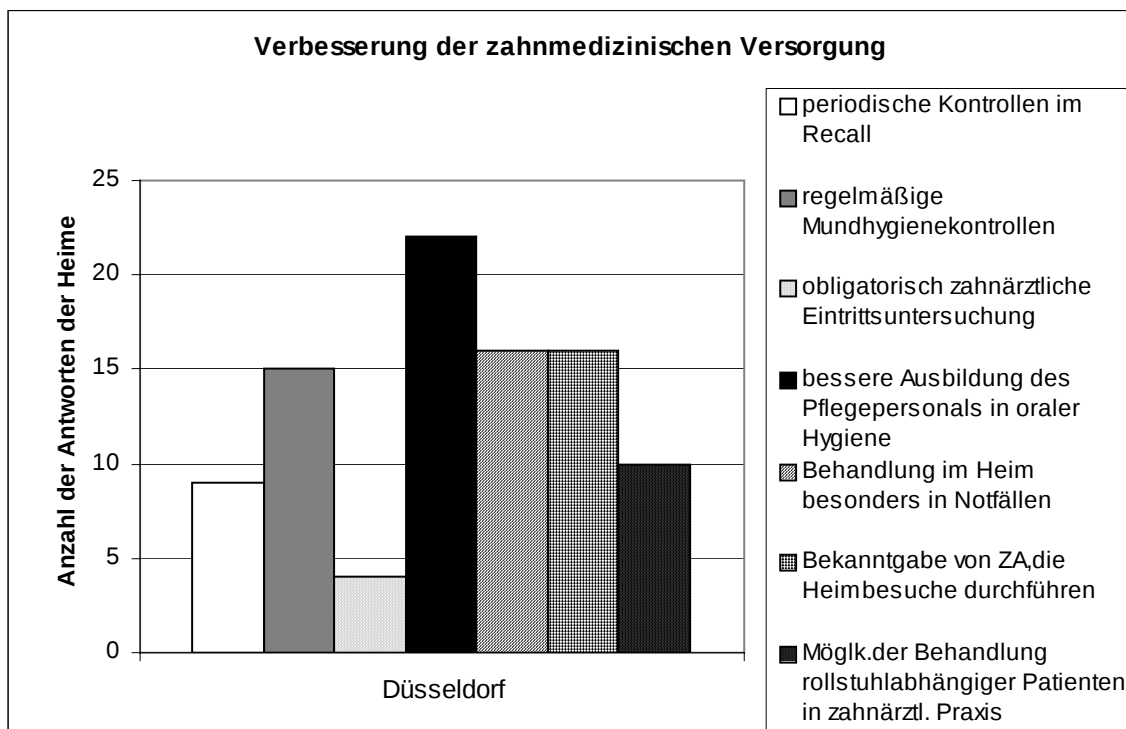


Abbildung 16

4 Diskussion

4.1 Befragung der Heim- und Pflegeleitung

Im Sommer 2002 wurden die Heim- und Pflegeleitungen von 32 Heimen in Düsseldorf nach telefonischer Terminabsprache zur zahnärztlichen Versorgung ihrer Bewohner persönlich befragt. Im Gegensatz zu ähnlich gelagerten Befragungen, bei denen die Fragebögen auf postalischen Weg zugestellt wurden und die Rücklaufquoten relativ gering waren (Brunner 1987, Wefers 1989, Arzt 1991, Stark 1992), konnte die persönliche Vorsprache eine größere Mitbereitschaft von gut 2/3 der Heime (68%) ermöglichen.

Da aufgrund des Studiendesigns und aus organisatorischen Gründen keine Befragung der Heimbewohner erfolgte und somit die Zuverlässigkeit der Antworten der Institutionsleitungen nicht überprüft werden konnte, lassen sich lediglich Tendenzen ablesen. Vermutlicherweise wird die Situation zur zahnärztlichen Versorgung von Altenheimbewohner von den Heim- und Pflegeleitungen insgesamt günstiger dargestellt, als sie tatsächlich ist.

Unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung und Prognosen sollte die zahnärztliche Betreuung von Senioren ausgebaut und verbessert werden. Der an die Heim- und Pflegeleitung gerichtete Fragebogen bestätigt ebenfalls, dass die in Düsseldorfer Altenheimen zahnärztliche Versorgung verbesserungswürdig ist. Zu berücksichtigen ist allerdings, wie eingangs erwähnt, ob die Heim- und Pflegeleitungen bezüglich des oralen Gesundheits- und Pflegezustand ihrer Senioren hinreichend informiert sind. Oftmals entstand während der Befragung der Institutionsleitungen der Eindruck, dass die zahnmedizinischen Probleme gegenüber den Problemen, die beispielsweise durch allgemeine Erkrankungen der Betagten verursacht werden, im Hintergrund stehen.

4.1.1 Alters- und Geschlechterverteilung

Erwartungsgemäss lag der überwiegende Anteil der Heimbewohner in der Altersgruppe der 81- bis 90- Jährigen . Ebenfalls konnte ein ausgesprochener Frauenüberschuss mit über 80 % festgestellt werden. Hier wurde deutlich, dass die Lebenserwartung der weiblichen Personen höher liegt als die der Männer, was sich

auch in den Bevölkerungsstatistiken niederschlägt. Ähnliche Ergebnisse verzeichneten auch Ammann (1987), Brunner (1987), Wefers (1989), Arzt (1991), Stark (1990,1992) und Michels (1996). Somit entspricht das Heimbewohnerkollektiv hinsichtlich Altersstruktur und Geschlechterverteilung anderen Kollektiven, die unter ähnlicher Fragestellungen von verschiedenen Arbeitsgruppen untersucht wurden.

4.1.2 Eingangs- und Kontrolluntersuchung

Der Anteil der Betagten ohne zahnärztliche Eintrittsuntersuchung war erwartungsgemäss hoch. Während nur in 2% der von Stark (1992) und in 6,6% der von Weiß (1992) befragten Seniorenheimen eine zahnärztliche Untersuchung bei der Neuaufnahme erfolgte, fand in Düsseldorf bedauerlicherweise in keinem Heim eine solche Untersuchung statt. Grundsätzlich ist eine zahnärztliche Begutachtung vor Heimeintritt zur Fixierung des oralen Therapiebedarfs, zur Verlaufskontrolle und unter dem Aspekt der Malignomprophylaxe unverzichtbar (Pape et al. 1970).

Ebenfalls weit entfernt von dem zahnärztlichen Ziel sind die in regelmäßigen zeitlichen Abständen angestrebten Kontrolluntersuchungen. Als ermutigender Ansatz zur Durchsetzung des allgemein anerkannten Zieles einer halbjährlichen oder jährlichen Routineuntersuchung fanden solche, im Gegensatz zu anderen Erhebungen (Stark 1992, Weiß 1992, Töpfer 1999), immerhin in knapp 1/3 der Düsseldorfer Seniorenheime periodisch statt, ansonsten wurde nur bei Bedarf (akute Beschwerden, Prothesenreparaturen) zahnärztlicher Rat gesucht. Anzumerken ist außerdem noch, dass 12,5% (vier Heime) ein zahnärztliches Behandlungszimmer im Heim zur Verfügung steht. Neben dem hohen zeitlichen und personellen Aufwand, um die Heimbewohner einer Zahnarztuntersuchung zuzuführen, wurde seitens der Heim- und Pflegeleitung kritisiert, dass viele Zahnarztpraxen nicht rollstuhlgerichtet ausgestattet seien.

Künzel (1990) meint, dass eine mangelhafte zahnärztliche Versorgung neben den unmittelbaren Konsequenzen im Sinne der beschleunigten Destruktion oraler Strukturen gerade bei alten Menschen entscheidende Auswirkungen auf die physische und psychische Leistungsfähigkeit hat. Neben der durch mangelnde Kaufähigkeit gestörten Digestion und daraus resultierenden defizitären Ernährung sind besonders psycho-soziale Aspekte zu berücksichtigen. Es ist davon

auszugehen, dass funktionelle Einbußen in der orofazialen Region negative Auswirkungen auf das Selbstbild des alten Menschen und seine soziale Integration haben und psychische Alteration bedingen können, die echten Krankheitswert besitzen. Sauerwein (1985) fordert nach einer einmal erfolgten prothetischen Versorgung eine kontinuierliche zahnärztliche Betreuung. Ebenso unbestritten ist, dass die Funktion des inkorporierten Zahnersatzes zur Steigerung des allgemeinen menschlichen Wohlbefindens beiträgt (Arzt 1991).

4.1.3 Schulung des Pflegepersonals in Oralhygiene

Da eine Konfrontation der Heimbewohner bezüglich der eigenen „oralen Gesundheit“ häufig nicht stattfindet, bedarf es eines sensiblen und geschulten Pflegepersonals sowie zahnärztlicher Unterstützung (Weiß 1992). Das Pflegepersonal sollte somit hinsichtlich der Oralhygiene und Prophylaxe regelmäßig geschult werden, damit beim täglichen Umgang mit den Senioren ein Erkennen von zahnmedizinischen Problemen und Kaufunktionsstörungen gesichert ist. Nach Angaben der Heim- und Pflegeleitungen befand sich in Düsseldorf nur zu 21,9% (7 Heime) geschultes Pflegepersonal in zahnmedizinischen Pflegemethoden, in 23 Heimen (71,9%) erfolgte eine Schulung in Oralhygiene lediglich in der Berufsausbildung.

Auch erfolgte, subjektiven Einschätzungen der Heim- und Pflegeleitungen zufolge, in fast allen Heimen (96,9%, 31 Heime) eine Überwachung bzw. Beaufsichtigung der Mundhygiene durch das geschulte Pflegepersonal. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die Oralhygiene zwar als ein Teil der Alten- und Krankenpflege angesehen wird, aber angesichts der bestehenden Gesamtsituation oftmals in den Hintergrund tritt (Arzt 1991). Auch Töpfer (1999) stellte fest, dass die Zahn- und Mundhygiene Teil des Betreuungsauftrages des Pflegepersonals ist, aber angesichts der häufig bestehenden Multimorbidität der Senioren und des angespannten Personalbestandes eher zweitrangig wird.

4.1.4 Einschätzung oraler Gesundheitszustand

Oftmals imponieren massive Diskrepanzen zwischen dem subjektiven Eindruck der Heim- und Pflegeleitungen und den objektiv erhobenen Untersuchungsbefunden in

klinischen Teilen verschiedener Studien (Brunner 1987, Arzt 1991, Stark 1992, Weiß 1992, Töpfer 1999). Erstaunlicherweise schätzten insgesamt 71,9% (23 Heime) den oralen Gesundheitszustand ihrer Bewohner als „sehr gut, gut oder befriedigend“ ein, aber nur 28,1% (neun Heime) empfanden den Zustand als „ausreichend oder mangelhaft“. Bedauerlich ist, dass 34,4% (elf Heime) der Heim- und Pflegeleitungen keine Kenntnisse über den oralen Gesundheitszustand haben.

Realistischer ist das Ergebnis hinsichtlich der Beurteilung der Mundhygiene der Heimbewohner. 34,4% der Heim- und Pflegeleitungen (11 Heime) befanden die Mundhygiene als „sehr gut oder gut“, aber immerhin knapp 60 % (19 Heime) schätzten die Oralhygiene ihrer Senioren nur als „mäßig“ ein, sowie 6,3% (zwei Heime) als „mangelhaft“.

Ein Grund für häufige Fehleinschätzungen bezüglich des oralen Gesundheitszustandes und der Mundhygiene von Betagten seitens der Institutionsleitung könnte unter anderem das Fehlen einer zahnärztlichen Einganguntersuchung sowie die fehlende Routineuntersuchungen und mangelnde Kenntnisse des Pflegepersonals bezüglich der Oralhygiene von Betagten sein. Nach Weiß (1992) können nur objektive Befunde die Heimleitungen über einen tatsächlichen Behandlungsbedarf informieren, oftmals unterbleibt die Bitte nach Abhilfe seitens des alten Menschen aus dem Grund, dass die orale Rehabilitation nicht als Notwendigkeit empfunden wird und sich der Patient an körperliche Unzulänglichkeiten und die Verdrängung von Unangenehmen adaptiert hat.

4.1.5 Zufriedenheit und Wohlbefinden von Senioren

Zum allgemeinen menschlichen Wohlbefinden gehört ein adäquater oraler Gesundheitszustand und ein optimaler Standard von inkorporiertem Zahnersatz (Ritchie 1973).

Erstaunlicherweise beurteilten 87,5 % (28 Heime) der Heim- und Pflegeleitungen die Zufriedenheit der Senioren mit ihren Zähnen oder Zahnersatz als „sehr gut, gut oder mäßig“, nur 9,4% (3 Heime) beurteilten die Zufriedenheit mit „schlecht“. Ebenso schätzte der größte Anteil der Heimleitungen (93,8%, 30 Heime) die Beeinflussung

des oralen Wohlbefinden auf das Gesamtbefinden der Senioren als „sehr stark oder stark“ ein. Dass allerdings den alten und sehr alten Menschen vor allem die allgemeinen Altersgebrechen und Erkrankungserscheinungen vordergründiger sind als ihre Kau- und Sprechfähigkeit (die sie möglicherweise akzeptieren), ist ein Umstand, dem man Rechnung zu tragen hat. Andererseits tragen insbesondere gute Kaufähigkeit und Beschwerdefreiheit wesentlich zu einer lebensbejahenden Einstellung, einem positiven Selbstbild und zu sozialer Interaktion bei und sind somit Vorraussetzungen für das allgemeine Wohlbefinden (Künzel 1990).

4.1.6 Verbesserungsvorschläge zur Optimierung der zahnärztlichen Versorgung

Aufgrund der demographischen Entwicklung der Bevölkerung ist eine präventive zahnmedizinische Betreuung unbedingt notwendig. Dazu muss das Pflegepersonal geschult und durch mobile Prophylaxeteams unterstützt werden (Benz und Haffner 2005).

Wie schon Stark (1992) vermutete, schätzen die Heimleitungen die zahnmedizinische Versorgungssituation oftmals günstiger ein, als sie tatsächlich ist. Übereinstimmend mit anderen Studien (Wirz und Tschäppat 1989, Michels 1996, Stark und Holste 1990) ist außerdem auffällig, dass offensichtlich die Unzulänglichkeiten des Zahnersatzes neben den Beschwerden des Alters in den Hintergrund treten. Um so wichtiger ist es daher auf Verbesserungsvorschläge seitens der Heime einzugehen um das allgemeine Wohlbefinden von Senioren zu verbessern und somit eine Erhöhung der Lebensqualität zu erzielen. Auf die Frage, ob prinzipiell der Wunsch nach einer Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung besteht, bejahten 84,4% (27 Heime).

Neben Multimorbidität und den damit verbundenen Einschränkungen der Alltagskompetenz werden auch andere externe, fachfremde Einflüsse die zahnmedizinische Versorgung der älteren Bevölkerung erschweren, somit sollte für die Pflegebedürftigen flächendeckend eine zahnmedizinische Betreuung zur Verfügung gestellt werden (Nitschke 2002).

Angesichts der ausgewerteten Ergebnisse der Fragebögen werden zusammenfassend folgende Verbesserungen vorgeschlagen:

1. Obligatorische zahnärztliche Untersuchung bei Neuaufnahme ins Heim.
2. Periodisch zahnärztliche Kontrolluntersuchung in der Institution bzw. langfristig eine möglichst vertraglich gesicherte Betreuung durch niedergelassene Zahnärzte unter Berücksichtigung der freien Arztwahl des Heimbewohners gemäß Sozialgesetzbuch (SGB) V § 76.
3. Aus- und Weiterbildung des Altenpflegepersonals unter besonderer Berücksichtigung der Gerontostomatologie in Prophylaxe und oraler Hygiene sowie Bewohneraufklärung und – motivation hinsichtlich der Oralhygiene.
4. Bekanntgabe von Zahnärzten, die sich zur Behandlung von institutionalisierten Senioren sowie für Heimbesuche zur Verfügung stellen.
5. Intensivierung des Faches der Gerontostomatologie an den Universitäten im Ausbildungsprogramm von Zahnmedizinstudenten.

4.2 Studien zum Einfluss des Zahnstatus auf die Ernährung und den allgemeinen Gesundheitsstatus im Alter

Untersuchungen über die Auswirkung der Zahnlosigkeit hinsichtlich der Ernährung älterer Patienten ergeben teilweise widersprüchliche Resultate (Budtz–Jørgensen 1992). Es ist nicht genau geklärt, welchen Einfluss die Kauleistung auf die Essgewohnheiten oder die Qualität der Ernährung hat. Es bestehen jedoch kaum Zweifel, dass es bei älteren Patienten oft an einem oder mehreren Nährstoffen oder Mineralien mangelt. Laut Budtz–Jørgensen (1992) könnte eine verringerte Plasmakonzentration für Thiamin, Riboflavin oder Folsäure bei älteren Patienten mit einer verminderten Funktionsfähigkeit ihrer Prothesen in Verbindung gebracht werden. Es gibt sogar Hinweise darauf, dass die Verbesserung der Nahrungszufuhr mit Proteinen und Mineralien die Prothesentoleranz erhöht.

Bramstedt und Maiwald (1970) weisen auf eine in Altersheimen der USA durchgeführte Studie hin, welche ergab, dass die Heimbewohner unter 75% der empfohlenen Mindestmenge an essentiellen Vitaminen (Vitamin A, B1, B2 und C) einnahmen, obwohl die zubereitete Kost 98% der empfohlenen Tagesmenge enthielt.

Aufgrund einer oft mangelnden Fähigkeit zur Nahrungszerkleinerung resultiert die Einseitigkeit der Ernährung. Häufige Folge war ein Vitamin-, Mineralien- und Ballaststoffmangel bei den Heimbewohnern.

Chauney et al. (1984) zeigten in diesem Zusammenhang, dass mit ausgeprägten Zahnverlust eine Abnahme der Kaufunktion und in Folge dessen eine Nahrungseinschränkung einhergeht. Der durchschnittliche Schluckbeginn bei Probanden mit umfangreichem Zahnersatz fand deutlich früher statt als bei Probanden mit natürlicher Bezahnung, ebenso sank die Häufigkeit der Nahrungsaufnahme pro Tag (Chauney et al. 1984). Mit der Abnahme der Kaufunktion vollzog sich wiederum auch eine signifikante Veränderung der oralen Wahrnehmungs- und Empfindungsvorgänge. Dies führt zu einem Wandel des Geschmacks und der bevorzugten Nahrungsmittelkonsistenz. Die Ergebnisse von Chauney et al. (1984) lassen vermuten, dass sich Patienten, insbesondere Senioren, mit reduziertem Restzahnbestand sowohl mit als auch ohne Zahnersatz Ernährungseinschränkungen bewusst bzw. unbewusst auferlegen, die mit der Zeit ihren Ernährungsstatus verändern.

Des weiteren befragte Stark (1992) alle 1017 Altenheimleitungen des Freistaates Bayern u.a. zu den Ernährungsgewohnheiten der Heimbewohner. Obwohl in nahezu allen Heimen die Speisen entsprechend dem Gebisszustand der Senioren zubereitet wurden, waren nach Auskunft der Heimleitung in 53% der Altenheime Störungen beim Kauen die Ursache für eine zu geringe oder einseitige Nahrungsaufnahme. Dementsprechend wurden in 50% der Heime Ernährungsstörungen der Bewohner aufgrund eines schlechten Gebisszustandes angegeben.

Die Untersuchung des Vitamin- und Ernährungszustandes einer geriatrischen Population war ebenfalls das Ziel einer Studie an der Universität Zürich. Morell (1993) untersuchte 206 Bewohner eines Alters- und Pflegeheims und stellte fest, dass die Senioren eine schlechte Vitaminversorgungslage aufwiesen. Nach Morell ist die Einnahme von Vitaminen der Hauptdeterminator der biochemischen Versorgungslage und er nahm an, dass die meisten Patienten in diesem Untersuchungskollektiv eine ungenügende Nährstoffaufnahme hatten. Die Ursachen dafür waren vielfältig und reichten z.B. von chronischen Erkrankungen (mentale

Beeinträchtigung, Herzinsuffizienz, chronische Bronchitis) bis hin zu unklarer Inappetenz und vermindertem Bedarf bei verminderter körperlicher Aktivität.

Laney (1983) konnte zeigen, dass eine unzureichende Ernährung aufgrund einer eingeschränkten Kaufähigkeit oft zu einer reduzierten Gewebetoleranz führt und somit wiederum Ursache schlechter Prothesenakzeptanz bei älteren Patienten ist.

Stark et al. (1995) befragten und untersuchten 141 Altenheimbewohner in Bayreuth hinsichtlich ihres Gebisses, Kauvermögens und Ernährungsverhaltens. Die Studie ergab, dass alte Menschen die Auswahl ihrer Nahrungsmittel entscheidend vom Gebisszustand abhängig machen. Träger insuffizienter Prothesen nahmen faser- und ballaststoffreiche Kost nicht in ausreichender Menge zu sich.

Eine Studie von Ettinger (1998) zeigt, dass Personen mit Zahnverlust hauptsächlich weiche und leicht zu kauende Nahrungsmittel konsumieren, welche zu einer ernährungsphysiologisch knapp ausreichenden Nahrungsmittelaufnahme essentieller Spurenelemente oder Ballaststoffe führen kann. Werden diese Patienten mit funktionellen Zahnersatz versorgt, so ändert sich die Art der aufgenommenen Nahrung bei diesen Patienten ohne Anleitung erstaunlicherweise auch kaum (Ettinger 1998).

Eine ebenfalls umfangreiche Studie befasste sich mit dem Ernährungszustand von 1231 Kriegsveteranen (Krall et al. 1998). Die Autoren zeigten, dass mit zunehmenden Zahnverlust und dementsprechend umfangreicher werdendem Zahnersatz die Aufnahme von Ballaststoffen, zahlreichen Vitaminen und Mineralstoffen in der mittleren und älteren Altersstufe kontinuierlich abnimmt. Die durchschnittliche Aufnahme von Ballaststoffen, Zink, Magnesium und Kalzium lag unter den empfohlenen Werten. Krall und Mitarbeiter stellten fest, dass Zahl und Lokalisation der verlorengegangenen Zähne und der Ersatz mit Prothesen den Ernährungszustand vorhersagen können, außerdem der Erhalt und der Ersatz von Zähnen ernährungsbedingte Erkrankungen vorzubeugen helfen.

Eine Untersuchung der Universitätsklinik in Gießen an geriatrisch betreuten Patienten in Alten- und Pflegeheimen konnte zeigen, dass mangelhafte Prothesen

mitverantwortlich für einen schlechten Ernährungs- und damit auch Allgemeinzustand der Patienten sind (zit. bei Priehn- Küpper 2002).

Nach Ansicht von Bates et al. (1986) hat die Zahnlosigkeit mit und ohne Zahnersatz keinen entscheidenden Einfluss auf den Ernährungszustand des Menschen bei zweckmäßiger Auswahl der Nahrung und funktionsfähigen Verdauungsorganen. Auch bei völlig zahnlosen Patienten ohne Prothese gibt es keine signifikanten Zeichen für ein Ernährungsdefizit. Auch Breustedt (1978) meint, dass es keine Grundlage für die Annahme gibt, ein unzureichendes Gebiss müsse zwangsläufig mit einer Störung der Ernährung im Alter einhergehen.

Töpfer (1999) untersuchte ebenfalls zu dem Thema im Freistaat Sachsen 172 Altenheimbewohner. Ermittelt wurde das orale Gesundheitsverhalten sowie Ernährungsgewohnheiten. Die überwiegende Mehrzahl der Heime war der Auffassung, dass die ausreichende Zufuhr von Nähr- und Mineralstoffen gewährleistet sei und der Gebisszustand darauf einen weniger großen Einfluss habe.

Weiterhin stellt sich die Frage, inwieweit ein veränderter Ernährungsstatus zu einer Veränderung des allgemeinen Gesundheitszustandes führen kann. Schon Pfister (1957) beleuchtete die Beziehung zwischen Kaufunktion, Ernährung und Magen – Darmstörungen. Er vertrat die Auffassung, je schlechter die Kaufunktion, desto häufiger seien Magen- und Darmerkrankungen. Eine Studie von Stadelmann (1959) konnte ähnliche Ergebnisse verzeichnen.

Auch nach Knolle und Strassburg (1970) dürfen somit nicht nur die Auswirkungen des Zahnverlustes im Kauorgan selbst gesehen werden, sondern es verdienen eben auch konsekutive Störungen im Magen-Darm-Kanal Beachtung. So führt eine unzureichende Kaufähigkeit zu einer Mehrbelastung im Magen-Darm-Trakt, die der alternde Organismus mit seiner abfallenden Fermentproduktion nicht immer zu kompensieren vermag. Die Objektivierung solcher Zusammenhänge sei aber außerordentlich schwierig, da nicht selten unbezahnte und nicht bzw. völlig unzureichend prothetisch versorgte Menschen von sich behaupten, in ihrer Nahrungsaufnahme in keiner Weise behindert zu sein.

Weiß (1992) stellte bei einer Befragung von 132 Altenheimbewohnern in Hessen fest, dass 76,4% der Senioren einen direkten Kausalzusammenhang zwischen Zahn –und Allgemeingesundheit sahen. In diesem Zusammenhang wurde ebenfalls von Obstipation und Magenenerkrankungen berichtet, die nach Meinung der Befragten Folgen schlechter Zahngesundheit waren.

Ein kanadische Arbeitsgruppe untersuchte den Zusammenhang Zahnverlust und gastrointestinalen Erkrankungen (Brodeur et al.1993). Wiederum zeigte sich, dass Zahnlose mehr Medikamente wie Antacida, Obstipantien etc. einnehmen und eine geringere Ballaststoffaufnahme haben. Der geringe Gehalt an Ballaststoffen in der Nahrung wurde als Risikofaktor bei Erkrankungen des Gastrointestinalbereiches angesehen.

Eine schwedische Studie (Johansson et al.1994) ging der Frage nach, ob Zahnstatus, Ernährungsgewohnheiten und kardiovaskuläre Erkrankungen in einem Zusammenhang stehen. Johansson et al. stellten fest, dass Zahnlose mehr Süßigkeiten, weniger frisches Obst und Gemüse aßen und somit mehr fett- und kalorienreichere Nahrung zu sich nahmen. Dementsprechend erhöht waren der Cholesterinspiegel und die Triglyceridwerte im Serum. Es wurde ein statistisch belegbarer Zusammenhang zwischen Zahnstatus, Ernährungsgewohnheit und kardiovaskulären Erkrankungen nachgewiesen.

Behr (2003) nimmt an, dass die Nahrungsauswahl und die Häufigkeit der Nahrungsaufnahme durch Kofaktoren wie Anzahl der Zähne und das Alter beeinflusst wird. Ebenso bedeutend für eine ausreichende Ernährung im Alter ist die Kauleistung bzw. Kaueffektivität, dabei wird die Kauleistung definiert als eine Partikelgrößenverteilung nach einer vorgegebenen Anzahl von Kauzyklen. Die Kaueffektivität wird definiert als die Anzahl der Kauzyklen, die notwendig sind, um die Nahrung bis zu einer bestimmten Partikelgröße zu reduzieren (Schindler und Hugger 2006). Beide Verfahren können zur physikalischen Bewertung des Kauvermögens eingesetzt werden, jedoch sollten auch die subjektiven Einschätzungen der Probanden berücksichtigt werden.

Die Beurteilung der Kaufähigkeit unterliegt in einer Studie von Michels (1996) der subjektiven Einschätzung des Patienten. Können Prothesen die Ernährung auf Grund einer als eingeschränkt empfundenen Kaufähigkeit nicht ausreichend ermöglichen, so wird der Betroffene zunehmend die Lust am Essen verlieren, unterernährt, depressiv und krankheitsanfällig werden und vorzeitig altern, beschreibt Michels. Somit ist die Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung mit allen Nährstoffen bei eingeschränkter Kauleistung gefährdet. Michels untersuchte und befragte 126 Altenheimbewohner in Marburg und stellte fest, dass rund 2/3 der Senioren subjektiv keine oder nur geringe Kauprobleme haben.

Auch in zahlreichen anderen Studien wurden oft hohe Zufriedenheitsraten bezüglich der subjektiven Einschätzung der eigenen Kaueffizienz von Senioren angegeben (Manly und Vinton 1951, Sauer 1975, Brunner 1981, Wirz und Tschäppat 1989, Stark und Holste 1990, Ziesemer 1999), objektiv bestand jedoch häufig eher eine defizitäre Vitamin-, Mineralien- und Ballaststoffversorgungslage.

5 Schlussfolgerung

In der vorliegenden Studie wurden 32 Alten- und Pflegeheime in Düsseldorf zur zahnärztlichen Versorgung der Heimbewohner befragt. Die für den deutschsprachigen Raum vorliegenden Studien, die für die Alterszahnmedizin bedeutende Ergebnisse zur Situation in Altenheimen und Auswirkungen auf orale Gesundheit hervorbringen, zeigten, dass in der Regel eine fehlende zahnärztliche Betreuung und ein unzureichender oraler Gesundheits- und Hygienestatus von Senioren vorliegt. Grundsätzlich bestand weiterer Bedarf an Informationen, um langfristig den Betreuungs- und Behandlungsbedarf effektiv anpassen zu können und um negative Folgen einer unzureichenden oder fehlenden zahnmedizinischen Versorgung zu vermeiden.

Die Ergebnisse der Befragung verdeutlichen, wie wichtig eine präventive zahnmedizinische Betreuung von älteren Menschen insbesondere von Heimbewohnern ist und infolge dessen individuelle Schulungsmaßnahmen im Pflegebereich sowie interdisziplinäre Kenntnisse zum Alter unabdingbar sind. In Übereinstimmung mit anderen Studien (Arzt 1991, Weiß 1992, Michels 1996, Nitschke und Hopfenmüller 1999, Töpfer 1999) ist festzustellen, dass eine kontinuierliche Betreuung meist nicht abgedeckt ist. Das häufige Fehlen des Behandlungswunsches ist mit ein Grund dafür, dass die „Nachfrage“ sowohl seitens des Patienten als auch des Pflegepersonals kleiner ist als der tatsächliche Behandlungsbedarf.

Langfristig wäre eine Ausbildung von Zahnmedizinstudenten auf dem Gebiet der Alterszahnheilkunde im Rahmen des Studiums vorteilhaft, um eine adäquate Betreuung der wachsenden älteren Bevölkerungsgruppe gewährleisten zu können. Die Vermittlung der Probleme der Altenbetreuung und die Motivation für gerontologische Aufgaben sollten zusätzliche Ziele bei der universitären Ausbildung in Deutschland sein.

Dass der orale Zahnstatus Einfluss auf die Ernährung und infolge dessen auf den allgemeinen Gesundheitsstatus hat, lässt sich aus der Sicht verfügbarer klinischer Studien bejahen. Eine ausgewogene und gesunde Ernährung ist Grundlage des Wohlbefindens. Bei vielen älteren Menschen ist eine Mangel- oder Fehlernährung zu

beobachten. Um eine Mangelernährung auszugleichen bzw. gar nicht entstehen zu lassen, sind die zugrunde liegenden Ursachen zu beheben. Darunter fällt ebenfalls eine Sicherstellung der Kauleistung und Kaueffektivität durch adäquaten Zahnersatz, welcher erweiterungsfähig, vor allem aber gut zu reinigen ist und durch den Zahnarzt regelmäßig kontrolliert werden sollte.

6 Zusammenfassung

Um den aktuellen Stand der zahnmedizinischen Versorgung bei älteren Menschen zu ermitteln, wurden im Sommer 2002 sämtliche Seniorenheime der Stadt Düsseldorf angeschrieben und um Mitarbeit in Form einer persönlichen Befragung gebeten. 32 von insgesamt 47 angeschriebenen Heimen gaben Auskunft zur Ist- Situation der zahnmedizinischen Versorgung , somit nahmen 68% der Alten- und Pflegeheime in Düsseldorf an der Bestandsaufnahme teil.

Die Befragung erfolgte anhand eines Fragebogens bezüglich Anzahl und Geschlecht der zu betreuenden Senioren, Eingangs- und Kontrolluntersuchungen, zahnärztliche Betreuung der Heimbewohner und Überwachung der Mundhygiene durch das Pflegepersonal. Abschließend konnten konkrete Verbesserungsvorschläge seitens der Heim- und Pflegeleitungen genannt werden.

Aus den Befragungsergebnissen ging hervor, dass die zahnärztliche Betreuung sowie der orale Gesundheitszustand der befragten Alters- und Seniorenheime in Düsseldorf derzeit nicht optimal den Anforderungen der modernen prophylaxeorientierten Zahnheilkunde entspricht.

In keinem Heim in Düsseldorf fand eine zahnärztliche Eintrittsuntersuchung bei der Neuaufnahme statt. In nur vier von 32 Altenheimen (12,5%) fanden zahnärztliche Kontrolluntersuchungen im Halbjahres- oder Jahresabstand statt. In nur sieben von 32 Heimen (21,9%) war das Pflegepersonal in zahnmedizinischen Pflegemethoden geschult.

Es wurde deutlich, dass die Mundhygiene zwar als Teil der Alten- und Krankenpflege angesehen wird, aufgrund von Multimorbidität und Personalmangel jedoch in den Hintergrund tritt. Oftmals entstand der Eindruck, dass Diskrepanzen zwischen der subjektiven Einschätzung der Heim- und Pflegeleitungen und der tatsächlichen Situation bezüglich der zahnmedizinischen Versorgung in den Heimen bestehen. Orale Rehabilitation wurde meist nicht als Notwendigkeit empfunden.

Seitens der Heim- und Pflegeleitung wurde häufig der Wunsch nach mehr Unterstützung bezüglich besserer Ausbildung des Pflegepersonals in Zahnpflege

geäußert. Auch die Bekanntgabe von Zahnärzten, die Heimbesuche und Behandlungen im Heim mit Hilfe mobiler Einheiten als auch Kontrolluntersuchungen durchführen, wurde gefordert.

Unter Berücksichtigung der gewonnenen Ergebnisse ist eine Verbesserung der gegenwärtigen Situation, besonders im Hinblick auf die demographische Entwicklung, erforderlich. Grundsätzlich besteht weiterhin Bedarf an Informationen, um langfristig den Betreuungs- und Behandlungsbedarf effektiv anpassen zu können. Um eine präventive zahnmedizinische Betreuung sinnvoll etablieren zu können, sollten regelmässige zahnärztliche Kontrolluntersuchungen im Heim vorgenommen werden, das Pflegepersonal geschult und durch die Zahnärzteschaft unterstützt sowie das Fach der Gerontostomatologie an den Universitäten im Ausbildungsprogramm von Zahnmedizinstudenten intensiviert werden.

7 Literaturübersicht

Altenplan der Landeshauptstadt Düsseldorf, Teil 4.1 Lebens- und Bedarfslagen älterer Menschen in Düsseldorf, Düsseldorf 2004

Altenplan der Landeshauptstadt Düsseldorf, Teil 2 Pflegebedarfsplan, Düsseldorf 2003

Ammann, R.: Der orale Gesundheitszustand von Pensionären der städtischen Altersheime in Zürich. Med Diss Zürich 1987

Arzt, D.: Untersuchungen zur zahnärztlichen Betreuung und zum oralen Gesundheits- und Hygienezustand von erhöht und schwer pflegebedürftigen Altenheimbewohnern im Wetteraukreis. Med Diss Gießen 1991

Bates, J.F., Adams, D., Stafford, G.D.: Zahnärztliche Behandlung älterer Menschen. Quintessenz, Berlin 1986

Balogh, K., Molar, L., Schranz, D., Huszar, G.: Gerontostomatologie. Barth, Leipzig 1962

Behr, M.: Braucht der Mensch Zähne? Dtsch Zahnärztl Z 58, 396 (2003)

Benz, C., Haffner, C.: Zahnmedizinische Prophylaxe in der Pflege. Quintessenz 1, 67 (2005)

Blumberg, J.: Nutritional needs of seniors. J Am Coll Nutr 16, 517 (1997)

Bramstedt, F., Maiwald, L.: Der Einfluss der Ernährung auf das Knochen- und Zahnsystem. Internist 5, 183 (1970)

Breustedt, A.: Stomatologische Betreuung im höheren Lebensalter. Barth, Leipzig 1978

Brodeur, J.M., Laurin, D., Vallee, R., Lachapelle, D.: Nutrition intake and gastrointestinal disorders related to masticatory performance in the edentulous elderly. J Prosthet Dent 70, 468 (1993)

Brunner, T., Wirz, J., Franscini, M.: Die zahnmedizinische Betreuung in Alters- und Pflegeheimen des Kantons Zürich. Schw Mschr Zahnmed 97, 304 (1987)

Brunner, T.: Spätresultate mit totalen Prothesen im Urteil der Patienten. Zahntechnik 39, 309 (1981)

Budtz-Jørgensen, E.: Prothetische Überlegungen zur geriatrischen Zahnheilkunde. In: Holm-Pedersen, P. und Løe, H. (Hrsg.): Zahnärztliche Betreuung älterer Menschen. Deutscher Ärzte Verlag, Köln 1992

Chauney, H.H., Muench, M.E., Kapur, K.K, Wavler, A.H.: The effect of the loss of teeth on diet and nutrition. Int Dent J 34, 98 (1984)

Deutsche Gesellschaft für Ernährung: Empfehlung für die Nährstoffzufuhr. 5. Überarb., Umschau, Frankfurt 1991

Ettinger, R.L.: Changing dietary patterns with changing dentitions: How do people cope? Special Care Dentistry 18, 33 (1998)

Forbes, G.B., Reina, J.C.: Adult lean body mass declines with age: some longitudinal observations. Metabolism 19, 653 (1970)

Goodwin J. S., Goodwin J. M., Garry P. J.: Association between nutritional status and cognitive functioning in a healthy elderly population. J Am Med Ass 249, 2917 (1983)

Götz, W.: Die Mundhöhle des älteren Menschen- Strukturelle und funktionelle Veränderungen. Quintessenz 55, 1285 (2004)

Guigoz, Y.: Recommended dietary allowances for the free- living elderly. In: Vellas B.J., Guigoz, Y., Garry P.J., Albarede J.L. (Hrsg.): The mini nutritional assessment. Serdi, Paris and Springer, New York (1997)

Holtmeier, H.J., Holtmeier, W.: Die Ernährung des alternden Menschen. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart 1991

Johansson, I., Tidehag, P., Lundberg, V., Hallmans, G.: Dental status, diet and cardiovascular factors in middle aged people in Northern Sweden. Community Dent Oral Epidemiol 22, 431 (1994)

Knolle, G., Strassburg, M.: Zahnärztliche Betreuung alter Menschen. Dtsch Zahnärztl Z 25, 95 (1970)

Krall, E., Hyes, C., Garcia, P.: How dentition status and masticatory function affect nutrient intake. J Am Dent Ass 129,1261 (1998)

Künzel, Walter: Gerostomatologie. Referate einer epidemiologischen Tagung. Quintessenz, Berlin 1990

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein- Westfalen, Statistisches Jahrbuch NRW, Düsseldorf 1998

Laney, W. R.: Oral manifestations of systemic disease. In: Laney, W. R., Gibilisco, J. A. (Hrsg.): Diagnosis and treatment in prosthodontics. Lea & Febiger, Philadelphia 1983

Lipski, P.S., Torrance A., Kelly P.J., James O.F.W.: A study of nutritional deficits of longstay geriatric patients. Age Ageing 22, 244 (1993)

Manly, R.S., Vinton, P.: A survey of the chewing ability of denture wearers. J Dent Res 30, 314 (1951)

Micheelis, W., Reich, R. : Dritte Deutsche Gesundheitsstudie (DMS III). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1999

Michels, F. : Zahnärztlich-prothetische Versorgung und Compliance bei Altenheimbewohnern. Med Diss Marburg 1996

Morell, R. : Ernährungszustand und Vitaminstatus im Alter. Med Diss Zürich 1993

Nitschke, I., Hopfenmüller, W.: Die zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen, in: Mayer, K. U., Baltes, P. P. (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Akademie Verlag, Berlin 1999

Nitschke, I.: „Ältere Patienten haben wir doch immer schon behandelt!“- Grundlagen zum Thema Alternszahnmedizin. Quintessenz 53, 379 (2002)

Pfister, E.: Zahnsystem und Magen- Darmtrakt. Med Diss Düsseldorf 1957

Pape, H.D., Hausamen, J.E., Neumann, D.: Stomatologische Erhebungen bei 1970 Altersheim- und Trinkerheilanstaltsinsassen. Dtsch Zahnärztl Z 25, 103 (1970)

Priehn-Küpper, S.: Wenn die Zähne in die Jahre kommen. Zahnärztl Mitt 16, 28 (2002)

Ritchie, G. M.: A report of dental findings in a survey of geriatric patients. J Dent 1, 106 (1973)

Sauer, G.: Beurteilung und Tragegewohnheiten von totalem Zahnersatz –Ergebnisse einer Patientenbefragung. Dtsch Zahnärztl Z 30, 702 (1975)

Sauerwein, E.: Gerontostomatologie. Thieme, Stuttgart 1985

Schindler, H.J., Hugger, A.: Mastikation. In: Hugger, A., Türp J.C., Kerschbaum, Th.: Curriculum orale Physiologie. Quintessenz, Berlin 2006 (im Druck)

Silver, A.J.: Anoxeria of aging. In: Morley J. E. (Hrsg.): Nutrition in the elderly. Ann Int Med 109, 890 (1988)

Smith, J., Delius, J.A.M.: Psychologische Funktionsfähigkeit im Alter: Potenziale und Grenzen. Quintessenz 56, 159 (2005)

Sozialgesetzbuch, Viertes Buch: Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung. BGBl. I S. 3845 (1976, zuletzt geändert am 21.03.2005)

Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch: Gesetzliche Krankenversicherung. BGBl. I S. 2477, 2482 (1988, zuletzt geändert am 26.05.2005)

Stadelmann, R.: Spezielle Überprüfung des Zahnersatzes im Hinblick auf Magen – Darmerkrankungen. Med Diss Düsseldorf 1959

Stark, H., Holste, Th., Kampf, G.: Beeinflusst der Gebisszustand alter Menschen ihr Ernährungsverhalten? Rostocker Med Beiträge 4, 273 (1995)

Stark, H.: Untersuchung zur zahnmedizinischen Betreuung in den Heimen der Altenhilfe in Bayern. Dtsch Zahnärztl Z 47,124 (1992)

Stark, H., Holste, T.: Untersuchungen über die zahnärztlich-prothetische Versorgung von Bewohnern Würzburger Altenheime. Dtsch Zahnärztl Z 45, 604 (1990)

Statistisches Bundesamt, Lebenserwartung 2000/2004, Wiesbaden 2004

Statistisches Bundesamt, Bevölkerungsentwicklung Deutschlands, Wiesbaden 2003

Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden 1998

Statistisches Bundesamt: Bevölkerung- Gestern, heute und morgen. Kohlhammer, Wiesbaden 1985

Töpfer, J.: Oraler Gesundheitszustand von Altenheimbewohnern. Med Diss Leipzig 1999

Tragl, K. H.: Handbuch der Internistischen Geriatrie, Springer, Wien 1999

Volkert, D.: Malnutrition, in: Nikolaus, T. (Hrsg.): Klinische Geriatrie. Springer, Berlin 2000

Volkert, D.: Gesunde vollwertige Ernährung, in: Nikolaus, T. (Hrsg.): Klinische Geriatrie. Springer, Berlin 2000

Volkert, D., Frauenrath, C., Kruse, W., Oster, P., Schlierf, G.: Malnutrition in geriatric patients- Diagnosis and prognostic significance of nutritional parameters. Ann Nutr Metab 36, 97 (1992)

Wefers, K.-P., Heimann, M., Klein, J., Wetzel, W.-E.: Untersuchungen zum Gesundheits- und Mundhygienebewusstsein bei Bewohnern von Alten- und Altenpflegeheimen. Dtsch Zahnärztl Z 44, 628 (1989)

Weiß, L.-S.: Zur zahnmedizinischen Versorgung in Alten- und Altenpflegeheimen des hessischen Landkreises Waldeck- Frankenberg. Med Diss Gießen 1992

Wettstein, A., Sturm, A., Largiadér, F., Wicki, O.: Checkliste Geriatrie. Thieme, Stuttgart 1997

WHO: Protecting the health of the elderly. Public health in Europe 18, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1983

Wirz, J., Tschäppat, P.: Mundhygiene, Zahngesundheit und prothetische Versorgung von Altenheimpensionären und Geriatriepatienten. Schwz Mschr Zahnmed 99, 1253 (1989)

Ziesemer, J.: Erwartungshaltung von Senioren und Seniorinnen bezüglich eigener Mundgesundheit und zahnärztlicher Versorgung. Med Diss Aachen 1999

8 Anhang

Befragte Seniorenwohnheime der Stadt Düsseldorf:

Caritas-Altenzentrum

Klara-Gase-Haus

Sprockhöveler Straße 36

40591 Düsseldorf

Leben im Alter Zentrum Benrath

Joachim-Neander-Haus

Calvinstr. 14

40597 Düsseldorf

Die Kliniken und Seniorenzentren der Landeshauptstadt Düsseldorf

GmbH Haus Benrath

Hospitalstr. 1

40597 Düsseldorf

Caritas Altenzentrum St. Hildegard

Ricarda-Huch-Str. 2

40595 Düsseldorf

Leben im Alter Zentrum Garath

Otto-Ohl-Heim

Julius-Raschdorff-Str. 2

40595 Düsseldorf

Seniorenresidenz Grafenberger Wald

Ernst-Poensgen-Allee 1

40629 Düsseldorf

Die Kliniken und Seniorenzentren der Landeshauptstadt Düsseldorf
GmbH
Haus Gallberg
Blanckertzstr. 24
40629 Düsseldorf

Luisenheim
Schlossallee 2
40229 Düsseldorf

Pflege- und Beratungszentrum Lierenfeld
Georg-Glock-Haus
Am Stufstock 9
40231 Düsseldorf

Leben im Alter
Zentrum Vennhausen
Wichernhaus,
Kamper Weg 178
40627 Düsseldorf

Gerontopsychiatrisches Pflege- und Beratungszentrum
Lore-Agnes-Haus
Nixenstraße 77
40591 Düsseldorf

Caritas Altenzentrum St. Martin
Wilhelm-Tell-Str.9
40219 Düsseldorf

Kronenhaus
Kronenstr. 10-12
40217 Düsseldorf

Caritas Altenzentrum
St. Josefshaus
Schmiedestr. 16
40227 Düsseldorf

CBT-Wohnhaus
Zur heiligen Familie
Alt Heerdt 3
40549 Düsseldorf

Pflege- u. Beratungszentrum
Ernst- und Berta-Grimmke-Haus
Niederkasseler Lohweg 30
40547 Düsseldorf

Kaiserswerther Diakonie
Altenzentrum Stammhaus
Kaiserswerther Markt 32
40489 Düsseldorf

Walter-Kobold-Haus
Einbrunger Str. 71
40489 Düsseldorf

Nelly-Sachs-Haus
Nelly-Sachs-Str. 5
40474 Düsseldorf

Johannes-Höver-Haus
Rather-Broich 155
40472 Düsseldorf

Gerricusstift St. Margareta
Gerricusstr.11
40625 Düsseldorf

Leben im Alter Zentrum Gerresheim
Ferdinandheim
Manthenstr.25
40625 Düsseldorf

Edmund-Hilvert-Haus
Roßstr.79
40476 Düsseldorf

Ernst-Gnoß-Haus
Metzerstr. 15
40476 Düsseldorf

Alten-Krankenheim
Theresien-Hospital GmbH
Altstadt 2
40213 Düsseldorf

St. Anna-Stift
Eiskellerstr.7
40213 Düsseldorf

Caritas-Altenzentrum
Herz-Jesu
Mendelssohnstr.15
40233 Düsseldorf

Phönix-Haus Rosmarin
Rosmarinstr.12
40235 Düsseldorf

Classic-Club
Dianastr. 4
40223 Düsseldorf

Curanum Seniorenresidenz Düsseldorf
Fruchtstr. 50
40223 Düsseldorf

Haus Fürstenwall
Fürstenwall 95
40217 Düsseldorf

Caritas Altenzentrum
St. Hubertus-Stift
Neusser Str. 25
40219 Düsseldorf

Befragung der Heimleitung

1) Wie viele Bewohner werden in Ihrem Hause betreut? _____

2) Anzahl der weiblichen Bewohner: _____

3) Anzahl der männlichen Bewohner: _____

4) Anzahl der unter 65 jähr. : _____ Anzahl der 65-70 jähr.: _____

Anzahl der 71-75 jähr.: _____ Anzahl der 76-80 jähr.: _____

Anzahl der 81-85 jähr.: _____ Anzahl der 86-90 jähr.: _____

Anzahl der über 90 jähr.: _____

4) Findet eine allgemeinmedizinische Untersuchung bei der Neuaufnahme statt?

ja ☐

nein ☐

5) Findet eine zahnmedizinische Untersuchung bei der Neuaufnahme statt?

ja ☐

-obligatorisch ☐

-fakultativ ☐

nein ☐

6) Haben sie Kenntnis über den oralen Gesundheitszustand Ihrer Bewohner?

ja ☐

Informationswege:

-Pflegepersonal ☐

-Heimbewohner (persönlich) ☐

-Arzt/Zahnarzt ☐

-Verwandte/Angehörige ☐

-Sonstiges ☐

nein ☐

7) Finden zahnärztliche Kontrolluntersuchungen statt?

ja ☐

-1/2 jährl. ☐

jährl. ☐

seltener ☐

Veranlassung durch:

-Heimbewohner (Eigeninitiative) ☐

-Verwandte/Angehörige ☐

-Pflegepersonal ☐

-Arzt / Zahnarzt ☐

nein ☐

Gründe:

-zeitlicher Aufwand zu hoch ☐

- kein Transport möglich ☐

-Personalmangel ☐

- keine Behandlung vor Ort möglich ☐

- kein zuständiger Zahnarzt ☐

-Sonstiges ☐

8) Erfolgt eine Überwachung der Mundhygiene, Zahn- und Prothesenpflege durch das Heimpersonal?

ja ☐

nein ☐

Gründe:

-zeitlicher Aufwand zu hoch ☐

-Personalmangel ☐

-fehlende Fachkenntnisse ☐

-Eingriff in die Privatsphäre zu gross ☐

-Sonstiges ☐

9) Ist das Pflegepersonal in zahnmedizinischen Pflegemethoden (Zahnreinigung, Prophylaxe) geschult?

ja ☐

nein ☐

10) Ist in Ihrem Hause ein zahnärztliches Behandlungszimmer vorhanden?

ja ☐

nein ☐

11) Werden die Bewohner von einem Zahnarzt betreut?

ja ☐

-Hauszahnarzt des jeweiligen Bewohners ☐

-zuständiger Zahnarzt für das Heim ☐

-beliebiger Zahnarzt ☐

nein ☐

12) Falls ein zahnärztliche Betreuung stattfindet, in welcher Form?

- ausserhalb des Heimes (Praxis) ☐

-Zahnarzt kommt ins Heim ☐

-Sonstiges ☐

13) Wie schätzen Sie den oralen Gesundheitszustand Ihrer Heimbewohner ein?

-sehr gut ☐

-gut ☐

-befriedigend ☐

-ausreichend ☐

-mangelhaft ☐

14) Besteht der Wunsch der Heimleitung nach Verbesserung der zahnärztlichen Betreuung?

ja ☐

nein ☐

15) Was sollte verbessert werden?

- periodische Kontrollen im Recall-System durch den Zahnarzt in eigener Praxis oder im Heim ☐
- regelmässige Mundhygienekontrollen durch entsprechend ausgebildetes Personal ☐
- obligatorische zahnärztliche Eintrittsuntersuchung ☐
- bessere Ausbildung des Pflegepersonals in oraler Hygiene ☐
- Behandlung im Heim besonders in Notfällen ☐
- Bekanntgabe von Zahnärzten, die Heimbesuche durchführen ☐
- Möglichkeit der Behandlung rollstuhlabhängiger Patienten in jeder zahnärztlichen Praxis ☐

16) Halten Sie es generell für sinnvoll, wenn Zahnmedizinstudenten sich speziell mit der Behandlung älterer Menschen in der Ausbildung beschäftigen?

ja ☐ nein ☐

17) Wären Sie bereit, in ihrem Hause ein Praktikum für Zahnmedizinstudenten durchführen zu lassen?

ja ☐ nein ☐

18) Sind Sie damit einverstanden, dass Senioren aus Ihrem Hause im Rahmen dieser Studie kurz untersucht werden?

ja ☐ nein ☐

Befragung der Pflegeleitung

1) Wie oft haben Sie Kontakt zu den Senioren ?

- mehrmals täglich ☐ einmal täglich ☐
- mehrmals wöchentlich ☐ einmal wöchentlich ☐
- weniger als einmal wöchentlich ☐

2) Wie viele Senioren betreuen Sie? _____

3) Wie gut kennen Sie den oralen Zustand ihrer Bewohner?

- sehr gut ☐ gut ☐ mässig ☐ schlecht ☐ gar nicht ☐

4) Wie beurteilen Sie die Mundhygiene der Senioren?

- sehr gut ☐ gut ☐ mässig ☐ schlecht ☐ gar nicht ☐

5) Wie sind ihrer Meinung nach die Senioren mit ihren Zähnen / Zahnersatz zufrieden?

- sehr gut ☐ gut ☐ mässig ☐ schlecht ☐ gar nicht ☐

6) Obliegt die Zahn- und Zahnersatzpflege Ihrer Aufsicht?

- ja ☐ nein ☐
- keine Zeit ☐
- Senioren möchten es nicht ☐
- selbst mangelnde Kenntnisse ☐
- liegt nicht in meinem Aufgabenbereich ☐
- Sonstiges ☐

7) Inwieweit beeinflusst das orale Wohlsein das Gesamtbefinden?

- sehr stark ☐ stark ☐ mässig ☐ weniger stark ☐ weiss nicht ☐

8) Wie häufig werden Sie im Durchschnitt mit zahnmedizinischen Problemen der Senioren konfrontiert?

-täglich ☐ mehr als einmal pro Woche ☐ einmal pro Woche ☐

-einmal pro Monat ☐ gar nicht ☐

9) Sind in Hinblick auf zahnmedizinisches Wissen geschult worden?

ja ☐ nein ☐

10) Wünschen Sie sich Unterstützung hinsichtlich der oral-prophylaktischen Massnahmen durch einen Zahnarzt / zahnmedizinische Fachkraft?

ja ☐ nein ☐

11) Was sollte bezüglich der zahnmedizinischen Versorgung verbessert werden?

-periodische Kontrollen im Recall-System durch den Zahnarzt in eigener Praxis oder im Heim ☐

- regelmässige Mundhygienekontrollen durch entsprechend ausgebildetes Personal ☐

-obligatorische zahnärztliche Eintrittsuntersuchung ☐

-bessere Ausbildung des Pflegepersonals in oraler Hygiene ☐

-Behandlung im Heim besonders in Notfällen ☐

-Bekanntgabe von Zahnärzten, die Heimbesuche durchführen ☐

-Möglichkeit der Behandlung rollstuhlabhängiger Patienten in jeder zahnärztlichen Praxis ☐

12) Halten Sie es generell für sinnvoll, wenn Zahnmedizinstudenten sich speziell mit der Behandlung älterer Menschen in der Ausbildung beschäftigen?

ja ☐ nein ☐

13) Wären Sie bereit, in ihrem Hause ein Praktikum für Zahnmedizinstudenten durchführen zu lassen?

ja ☐ nein ☐

14) Sind Sie damit einverstanden, dass Senioren aus Ihrem Hause im Rahmen dieser Studie kurz untersucht werden?

ja ☐

nein ☐

Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Westdeutsche Kieferklinik

Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Postfach 10 10 07, D-40001 Düsseldorf

Direktor der Poliklinik
Univ.-Prof. Dr. U.
Stüttgen
Tel.: (0211) 81-18142
Fax: (0211) 81-04958
e-mail: GM.Schneider@med.uni-
duesseldorf.de

Allg. prothetische
Ambulanz
Tel.: (0211) 81-18158

Myoarthropathie-
Ambulanz
Tel.: (0211) 81-18158

Sprechstunde
Implantatprothetik
Tel.: (0211) 81-18158

Interdisziplinäre
Ambulanz
Tel.: (0211) 81-18161

Vorklinische Zahnmedizin
(Geb. 23.02, Ebene 00)
Tel.: (0211) 81-14392 od. -14393
Fax: (0211) 81-15849

Düsseldorf, den 19.08.2002

Geplante Untersuchung zur zahnmedizinischen Versorgung älterer Menschen

Sehr geehrte Damen und Herren,

die zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen hat in Deutschland längst noch nicht den Stand erreicht, wie er eigentlich notwendig wäre, um von einem angemessenen Niveau zu sprechen. Viele Faktoren spielen dabei eine Rolle; u.a. scheint das Bewusstsein für die Notwendigkeit einer zahnmedizinischen Betreuung älterer Menschen vielfach nicht in dem Maße entwickelt zu sein, wie es beispielsweise für präventive Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen schon längst besteht.

Eine Arbeitsgruppe der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik der Westdeutschen Kieferklinik Düsseldorf möchte sich der Situation zahnmedizinischer Versorgung bei älteren Menschen annehmen und benötigt dazu **Ihre wertvolle Mitarbeit**. Zur Planung erforderlicher Schritte ist es zunächst unbedingt notwendig, eine Bestandsaufnahme der Ist-Situation der zahnmedizinischen Versorgung und Betreuung älterer Menschen in der Region Düsseldorf (Düsseldorf, Mettmann, Neuss) durchzuführen. Zu diesem Zwecke wären wir Ihnen dankbar, wenn Sie uns in einem persönlichen Gespräch einige Fragen beantworten könnten. Zwecks konkreter Realisierung des Gesprächs würden wir uns in den nächsten Tagen mit Ihnen telefonisch in Verbindung setzen. Alle erhobenen Daten werden in anonymisierter Form wissenschaftlich aufgearbeitet.

Wir würden uns freuen, wenn sie uns bei der erforderlichen Bestandsaufnahme über die zahnmedizinische Versorgung ältere Menschen behilflich sein könnten. Für eventuelle Rückfragen stehen Ihnen die Mitarbeiter (Doktorandinnen) der Arbeitsgruppe und selbstverständlich auch ich telefonisch zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Priv.-Doz- Dr. Alfons Hugger
Oberarzt der Klinik

9 Danksagung

Ich danke Herrn Prof. Dr. A. Hugger, Oberarzt der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik in Düsseldorf, für die Überlassung des Themas, die Betreuung und Unterstützung bei der Durchführung dieser Arbeit.

10 Lebenslauf

Name: Tina Riediger, geb. Blasinski

Geburtsdatum: 26.04.1973 in Rendsburg

Familienstand: Verheiratet mit Rouwen Jan Riediger,
Tochter Tabea Carolina

Eltern: Rainer Blasinski
Margrit Blasinski, geb. Heinsen

Geschwister: Axel Blasinski

Schulbildung: 1979-1983 Clemens-Höppe-Grundschule,
Oer- Erkenschwick
1983-1989 Christoph-Stöver-Realschule,
Oer-Erkenschwick
1994-1997 Abendgymnasium, Bochum
Juni 1997 Allgemeine Hochschulreife

Ausbildung: 1989-1993 Zahntechnikerausbildung,
Jan. 1993 Gesellenprüfung

Auslandsaufenthalt: Feb. 1993-März 1994 in den USA

Berufstätigkeit: April 1994-Sept.1997 Tätigkeit als Zahntechnikergesellin

Studium: 1997-2003 Studium der Zahnmedizin
an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Okt. 1999 Naturwissenschaftliche Vorprüfung
Sept. 2000 Zahnärztliche Vorprüfung
Juni 2003 Zahnärztliche Prüfung

Assistententätigkeit: seit Juli 2003 wissenschaftliche Mitarbeiterin
bei Prof. Dr. U. Stüttgen in der
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik,
Westdeutsche Kieferklinik, Düsseldorf

11 Abstract

Die zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen in Seniorenheimen der Stadt Düsseldorf

vorgelegt von Tina Riediger

Um den aktuellen Stand der zahnmedizinischen Versorgung und die Behandlungsbedürftigkeit älterer Menschen in Seniorenheimen abzuklären, wurden 32 Alters- und Seniorenheime der Stadt Düsseldorf anhand eines Fragebogens persönlich befragt. Ergänzend wurden Arbeiten zum Einfluss des Zahnstatus auf die Ernährung und den allgemeinen Gesundheitsstatus im Alter einbezogen.

In keinem Heim der Stadt Düsseldorf war eine spezielle zahnärztliche Eintrittsuntersuchung vorgesehen. In nur vier von 32 Altenheimen (12,5%) erfolgten regelmäßige zahnärztliche Kontrolluntersuchungen im Halbjahres- oder Jahresabstand. Vom überwiegenden Teil der beantwortenden Heim- und Pflegeleitungen bestand jedoch der Wunsch nach einer Verbesserung der regelmäßigen zahnärztlichen Betreuung. Häufig bemängelt wurde seitens der Institutionsleitungen das Fehlen eines Behandlungszimmers im Seniorenheim, mangelnde Kenntnisse über den oralen Gesundheitszustand der Heimbewohner, das geringe Eigeninteresse der Mundhygiene der Senioren sowie Transport- und Organisationsprobleme. Die Mundhygiene der Bewohner wurde von den Heim- und Pflegeleitungen überwiegend nur mit mäßig (59,4%) beurteilt. Das orale Wohlbefinden wirkte sich nach Aussagen der Befragten sehr stark (46,9%) auf das Allgemeinbefinden der Heimbewohner aus. Ein weiteres Defizit zeigte sich in der häufig mangelhaften Schulung des Pflegepersonals in zahnmedizinischen Pflegemethoden (71%).

Die häufigsten Verbesserungswünsche waren eine bessere Ausbildung des Pflegepersonals in oraler Hygiene (68,7%), die Bekanntgabe von Zahnärzten, die Heimbesuche durchführen (30%) und die Behandlung im Heim besonders in Notfällen (30%).

Aus Sicht der verfügbaren klinischen Studien ist ein Zusammenhang des Zahnstatus auf die Ernährung und den allgemeinen Gesundheitszustand feststellbar. Die Sicherstellung der Kauleistung und Kaueffektivität durch adäquaten Zahnersatz sowie eine ausgewogene und gesunde Ernährung ist Grundlage des Wohlbefindens.

Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass die Mundhygiene zwar als Teil der Alten- und Krankenpflege angesehen wird, aber aufgrund von Multimorbidität der Betagten und Engpässen in der Personalstruktur häufig als zweitrangig beurteilt wird. Im Hinblick auf die demographische Entwicklung ist eine Verbesserung der gegenwärtigen Situation durch regelmäßige Kontrolluntersuchungen, eine professionelle Schulung des Pflegepersonals in Oralhygiene sowie eine Intensivierung der Gerontostomatologie an den Universitäten sinnvoll.

Referent: Prof. Dr. A. Hugger