

## 1 Einleitung und Zielsetzung

Die Forderung nach Lebensqualität darf nicht nur Bestandteil von Leitgedanken oder eine formulierte Vision sein, sondern muss in Altenpflegeeinrichtungen auch in den Abläufen und Routinen des Alltags erlebbar und sichtbar sein. Dies erfordert eine konzeptionelle Auseinandersetzung mit der Frage, wie und durch wen Lebensqualität in einer Organisation verwirklicht werden kann, die bisher ausschließlich auf die Sicherstellung von pflegerischen Standards ausgelegt ist.

Lebensqualität hängt mit der Möglichkeit zusammen, wie Menschen existenzielle Grundbedürfnisse im Austausch mit ihrer Umwelt für sich organisieren und realisieren können. Je eingeschränkter die Partner dieses interaktiven Prozesses in ihren Ressourcen an Zeit und Aufmerksamkeit sowie in ihren Fähigkeiten zur Eigeninitiative sind, desto weniger lässt sich Lebensqualität als dynamische Größe realisieren [131].

Der allgemeine Gesundheitszustand älterer Menschen ist durch eine hohe Prävalenz chronischer Erkrankungen gekennzeichnet. Multimorbidität, d.h. das gleichzeitige Vorhandensein verschiedener Erkrankungen, ist für Menschen im Alter über 65 Jahren typisch. Multimorbidität schränkt immer und eklatant die Lebensqualität des alten Menschen ein und erfordert eine besondere Berücksichtigung bei ärztlichen Maßnahmen.

Im Rahmen der 1991 begonnenen Längsschnittstudie „Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter“ (SIMA) analysierten Oswald und Hagen [104], wie sich die Entwicklung hin zu einer möglichen Unselbstständigkeit oder Abhängigkeit von Unterstützung und Pflege in einer exemplarisch betrachteten Stichprobe ursprünglich gesunder und selbstständiger hochbetagter Menschen im Alter ab 75 Jahren vollzieht. Ein Schwerpunkt der Untersuchung lag auf der Identifikation spezifischer Risikofaktoren für eine Unselbstständigkeit der Teilnehmer bis zum letzten Beobachtungszeitpunkt. Kriterien für die Unselbstständigkeit waren: Leben in einem Heim bzw. in einer Altenwohnung, keine selbstständige Haushaltsführung mehr

möglich, Leistungen aus der Pflegeversicherung, Beanspruchung der Hilfe Dritter, Erkrankung an einer Demenz. Unter Miteinbeziehung der Faktoren Alter, Geschlecht und Schulbildung wurden in einer multivariaten Regressionsanalyse als bedeutendste Risikofaktoren für eine Unselbstständigkeit ermittelt: passive Persönlichkeit, Apoplex, wenige Alltagsaktivitäten, schlechter psychopathologischer Status, geringe Leistungen im Bereich der fluiden Intelligenz, schlechte Befindlichkeit, schlechter Gesundheitsstatus, hohe Anzahl an Diagnosen, Depression und eingeschränktes Sehvermögen. Die Resultate belegen, dass der Erhalt der Selbstständigkeit und somit der Lebensqualität im Alter sowohl von medizinischen wie auch von psychologischen Faktoren abhängig ist.

In Anlehnung an die wissenschaftliche Zielstellung der in internationaler Zusammenarbeit konzipierten „Multinationalen Studie zur Ermittlung des gerostomatologischen Behandlungsbedarfs“ [75] bestanden in Hinblick auf die zahnmedizinische Versorgung alter Menschen in folgenden Bereichen Forschungsdefizite:

- Erhebung repräsentativer Daten nach internationalen methodischen Standards zur Bewertung der oralen Gesundheit der älteren Bürger in den Altersgruppen 55 bis 64 Jahren, 65 bis 74 Jahren sowie 75 Jahre und älter.
- Internationaler Datenvergleich und Effektivitätsanalyse der in den an der Studie beteiligten Länder mit unterschiedlich strukturierten zahnärztlichen Betreuungssystemen.
- Prüfung der Abhängigkeit des oralen Gesundheitszustandes sowie des oralen Gesundheitsverhaltens, speziell auch unter den Bedingungen der Institutionalisierung.
- Ableitung von Behandlungs- und Betreuungsanforderungen unter Berücksichtigung anzustrebender Zielvorgaben oraler Gesundheit für die Bürger im höheren und hohen Lebensalter.
- Erarbeitung von konzeptionellen Empfehlungen zur Verbesserung und Weiterentwicklung der gerostomatologischen Betreuung aus allgemeiner Sicht sowie unter Berücksichtigung existenter Gegebenheiten.

In den Industrieländern ist eine deutliche Zunahme des Anteils betagter und hochbetagter Menschen zu verzeichnen, weshalb der zahnmedizinischen Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe in der Zukunft mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden

muss. Im Zuge dieser demografischen Entwicklung hat sich ein Randgebiet der Zahnmedizin, die sog. Alterszahnmedizin, herausgebildet. Sie muss zunehmend Eingang in Kurse und Ausbildungsprogramme über die zahnärztliche Versorgung des Älteren finden. Außerdem sollte sie an einer zahnmedizinischen Fakultät fester Bestandteil des Lehrstoffs akademischer Aus- und Weiterbildung sein. Gerade hier besteht allerdings an vielen Universitäten in Deutschland ein großes Defizit. Der Entwicklung des dramatischen Anstiegs der älteren Bevölkerungsanteile mit ihren Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung wird in der zahnmedizinischen Ausbildung nicht genügend Rechnung getragen. Als interdisziplinäres Anliegen sollten bereits Studenten wie auch junge Zahnärzte mit dem Umgang älterer Patienten stärker vertraut gemacht werden. Zur Verwirklichung sollte eine theoretische Einführung schon in früheren Semestern als Vorlesungsreihe erfolgen. Ein Praktikum in einem geriatrischen Zentrum sollte stattfinden, nachdem der Student schon ausreichende Erfahrung mit der Arbeit am Patienten hat.

Bereits in den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts wurde insbesondere von Breustedt [17, 18] auf die Probleme und Aufgaben der Gerostomatologie aufmerksam gemacht. Die daraus abzuleitenden Schlussfolgerungen über die Organisation des stomatologischen Gesundheitsschutzes für den alternden und alten Menschen einschließlich präventiver Aspekte fanden bisher jedoch keine adäquate Umsetzung.

Weitere aktuelle statistische Daten über das Niveau der oralen Gesundheit, den Stand der zahnärztlichen Behandlung sowie den in der Altenpopulation gegebenen zahnärztlichen Betreuungsbedarf sind daher erforderlich. Entsprechend ausgerichtete epidemiologische Untersuchungen über die orale Erkrankungsverbreitung stellen eine wesentliche Voraussetzung für die Bestandsaufnahme dar und ermöglichen die Formulierung neuer strategischer Konzepte zur Anhebung des oralen Gesundheitsniveaus sowie der zahnärztlichen Betreuung der Altenpopulation.

Durch den Trend zum Ein- und Zweipersonenhaushalt, der die traditionellen generationsübergreifenden Wohn- und Haushaltsformen abgelöst hat, gewinnen betreute Wohnformen wie Altenwohnheime, Altenheime, Altenpflegeheime und betreute Alterswohnsitze immer mehr an Bedeutung. Diese Tendenz wird sich in Zukunft eher

noch verstärken, so dass es unerlässlich ist, zahnmedizinische Betreuungskonzepte für pflegebedürftige alte Menschen zu entwickeln.

Gegenwärtig gibt es in Deutschland bei einer Einwohnerzahl von etwa 82 Millionen ca. 21% Kinder und Jugendliche. 56% der Einwohner sind zwischen 20 und 60 Jahre und 23% über 60 Jahre alt. Der Anteil der über 60-jährigen Personen hat dabei in den vergangenen fünf Dekaden stetig zugenommen [126], im Jahr 2050 wird jeder dritte Bundesbürger über 60 Jahre alt sein [127].

Menschen, die heute geboren werden, haben eine mittlere Lebenserwartung von 74,8 Jahren für das männliche und 80,8 Jahre für das weibliche Geschlecht. Im Jahre 2035 wird die durchschnittliche Lebenszeit der dann geborenen Personen 79,7 Jahre (Männer) und 85,4 Jahre (Frauen) betragen [127].

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts war die Bevölkerung hingegen etwa 15 Jahre jünger. Beispielsweise waren im Jahr 1910 44% der Bevölkerung jünger als 20 Jahre und 8% älter als 60 Jahre. Die aktuelle „Alterspyramide“ entspricht in ihrer Form diesem Bild nicht mehr, sondern ist bei den jüngeren Jahrgängen deutlich „tailliert“, wobei sich dieser Trend nach aktuellen Bevölkerungsschätzungen bis etwa 2030 fortsetzen wird [126].

Angesichts der Altersentwicklung der Bevölkerung und der Altersstruktur der Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung muss der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ vor allem auch in der Betreuung alter Menschen umgesetzt werden. Durch eine qualifizierte geriatrisch-rehabilitative Behandlung kann die Pflegebedürftigkeit ganz bzw. in Teilbereichen vermieden oder zumindest hinausgezögert werden.

In Anbetracht der Forderung nach der Umsetzung der Prinzipien der evidenzbasierten Medizin auch in der Zahnheilkunde, die in den letzten Jahren laut wurde, besteht auch auf dem Gebiet der Alterszahnmedizin Forschungsbedarf. Das Prinzip der evidenzbasierten (Zahn-)Medizin besteht darin, klinische Vorgehensweisen nicht nur basierend auf der individuellen Erfahrung des (Zahn-)Arztes, sondern gleichzeitig unter Berücksichtigung der besten verfügbaren Erkenntnisse aus der klinischen Forschung zu treffen.

Man wird sich mit viel größerer Intensität und Zuwendung darum bemühen müssen, die besondere Problematik älterer Patienten zu verstehen, zu erforschen und Lösungen individuell, interdisziplinär und ganzheitlich zu erarbeiten. Dies muss unter Berücksichtigung der physiologischen, klinischen, sozialen und ökonomischen Besonderheiten älterer Menschen erfolgen.

Ziel der vorliegenden Studie war es, Einflussfaktoren auf die Compliance von Patienten in einem geriatrischen Zentrum unter besonderer Berücksichtigung der Mundgesundheit zu untersuchen. Dazu wurden Daten zum allgemeinen und oralen Gesundheitszustand, zum prothetischen Versorgungsgrad, zur Ernährungssituation und zum Behandlungsbedarf erhoben. Durch Ermittlung der Einflussfaktoren auf die Compliance sollen gezielte Empfehlungen zur Verbesserung der gegenwärtigen Situation, vor allem der Zusammenarbeit von Senioren, Heimleitung, Pflegepersonal und Zahnärzten, abgeleitet werden. Dem Aufzeigen von Möglichkeiten zur Motivation der alten Menschen zu mehr Eigenverantwortung und Selbstständigkeit entsprechend ihrer individuellen Möglichkeiten kam dabei besondere Bedeutung zu.