

Brauchbare Konzepte für eine Gesellschaft im Wandel



Nr. 8

Statement

Dr. Andreas Wagner

Präsident der Landes Zahnärztekammer Thüringen



Dr. Andreas Wagner
Infos zum Autor

Grundsätzlich können bei allen Altersgruppen unserer Patienten die prothetischen Behandlungskonzepte angewendet werden. Natürlich gibt es physisch, psychisch und auch materiell gut ausgestattete ältere Bürger mit hohen Ansprüchen an eine moderne Zahnmedizin. Es gibt aber auch eine große Gruppe älterer und alter Menschen, deren Erwartungshaltung gegenüber Zahnersatz sich auf ein elementares Maß an Kaufkraft und Physiognomie beschränkt. Deren Möglichkeit und Bereitschaft zur Finanzierung aufwendiger Therapieformen ist begrenzt. Zusätzlich gibt es die wachsende Gruppe der multimorbiden und pflegebedürftigen Patienten, die vor allem einen funktionellen Zahnersatz benötigen, damit ihre Ernährung – als ein verbliebener Rest Lebensqualität – gewährleistet ist.

Die prothetischen Behandlungskonzepte, die wir bei unseren Patienten in der Praxis alltäglich anwenden, müssen wir deshalb für Patienten mit Handicap modifizieren.

Zahnersatz mit einem hohen klinischen und technischen Aufwand sowie mit höchstem Anspruch an Ästhetik und Funktionalität spiegelt nicht die Versorgungsrealität bei diesen Patienten wider. Hier rücken andere Kriterien, wie Therapiefähigkeit der Patienten, Behandlungsaufwand, Handhabbarkeit und Hygienefähigkeit des Zahnersatzes, Erweiterungsfähigkeit und Haltbarkeit, in den Vordergrund.

Exemplarisch können sich Fragen stellen: Kann durch die Stabilisierung einer Prämolarenokklusion mit Kronen und Brücken ein abnehmbarer Zahnersatz langfristig vermieden werden? Ist nicht bei herausnehmbarem Zahnersatz die Gussklammer-verankerte Teilprothese in vielen Fällen eine funktionell ausreichende Ersatzform? Werden Minimal Konzepte der Implantatprothetik wie die Stabilisierung einer unteren Vollprothese durch ein oder zwei Implantate zukünftig größere Bedeutung erlangen?

Die DMS IV von 2005 zeigte deutliche Polarisierungstendenzen bei der Zahnzahl im Seniorenalter. Unter den 65- bis 74-Jährigen hatten Personen mit niedrigem Sozialstatus nahezu doppelt so viele Zähne verloren wie Personen mit hohem Sozialstatus. Das heißt auch, dass ein vom Patienten gewählter Zahnersatz ebenso vom sozialökonomischen Status abhängig sein wird.

Wenn wir uns den Versorgungszustand mit Zahnersatz bei älteren pflegebedürftigen Patienten anschauen, müssen wir

erhebliche Defizite feststellen. Der prothetische Versorgungsgrad – ein quantitatives Maß der prothetischen Versorgungsleistung – ist laut einer Übersicht aktueller Studien durch das IDZ vom März 2012 besonders niedrig bei stationär Pflegebedürftigen. Zahnverlust und insuffizienter Zahnersatz führen zu einer ungenügenden Kaufkraft und damit zu Mangelernährung.

Die von den standespolitischen Bundesorganisationen festgestellte strukturelle Lücke im zahnmedizinischen Leistungskatalog der GKV betrifft den Behandlungsbedarf für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen. Diese können eine Zahnarztpraxis meist nicht ohne Hilfe aufsuchen, können Mundhygiene nicht eigenverantwortlich betreiben und können bei der Behandlung nicht kooperieren.

Deshalb wurde das bekannte zahnärztliche Versorgungskonzept „Mundgesundheit trotz Handicap und hohem Alter“ erarbeitet und schon teilweise von der Politik umgesetzt. Die Rahmenbedingungen für eine aufsuchende Betreuung durch den Zahnarzt wurden zwar verbessert, doch blieb der spezielle Präventionsbedarf bei dieser Risikogruppe unberücksichtigt. Auch, was die zukünftige Versorgung mit Zahnersatz bei diesen Patienten angeht, fehlt es bisher an einer Aussage. Das Festzuschuss-System beim Zahnersatz sollte unter Berücksichtigung der sehr individuellen Behandlungsplanung und der prognostischen Einflussfaktoren bei Patienten mit Handicap diskutiert werden. Stellt die Definition der befundbezogenen Regelversorgung als Mindeststandard auch für pflegebedürftige Patienten eine sozialverträgliche Lösung dar oder sollte für diese vulnerable Patientengruppe der Zugang zu adäquatem Zahnersatz neu festgelegt werden? Dabei spielt das Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen einer Therapie für die Patienten und die Gesellschaft eine wesentliche Rolle. Aus ethischen Gründen dürfen wir unsere Entscheidungen aber nicht darauf reduzieren, sondern müssen die Entscheidungsfreiheit unserer Patienten respektieren. Damit unsere Patienten entscheiden können, müssen wir Konzepte entwickeln, die ihren Ansprüchen im Alter, im Handicap und in einer Pflegesituation gerecht werden und auch bezahlbar sind – für sie und die Solidargemeinschaft.

Dr. Andreas Wagner

Präsident der Landes Zahnärztekammer Thüringen

Klinische
36-Monatsdaten¹

Kann Ihr Liner auch 2, 3 und 4 mm?



SDR[®]

Smart Dentin Replacement



- Fließfähig wie ein Liner
- Dentinersatz bis zu 4 mm
- Geringster Polymerisationsstress aller Bulkfüll-Komposite¹

For better dentistry

DENTSPLY

Weitere Informationen: www.dentsply.de/SDR
oder DENTSPLY Service-Line 08000-735000 (gebührenfrei).