

Alterungsprozesse

Zähne im Alter: eine Herausforderung für die Zukunft

Die Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland ergraut. Dieser Prozess ist kein vorübergehendes Phänomen, sondern bedeutet in den kommenden Jahrzehnten die große Herausforderung, auch für die Zahnmedizin. Es ist keinesfalls verwunderlich, dass in vielen Praxen schon heute nahezu jeder zweite Patient bereits über 50 Jahre oder gar älter ist. Dies bedeutet, dass wir die Praxis mit den Augen dieser wachsenden Patientengruppe sehen müssen, eine Aufgabe, der sich nicht nur die Praxischefin oder der Praxischef stellen muss, sondern das gesamte Team fordert.

Dr. Cornelius Haffner/München

■ **Viele Kolleginnen** und Kollegen besuchen schon heute regelmäßig die Pflegestation einer ihnen nahegelegenen Alterseinrichtung – dies natürlich am freien Mittwochnachmittag –, um hier am Bett der Betreuten zahnmedizinische Therapie anzubieten. In Deutschland geht es mittlerweile vielen Kolleginnen und Kollegen ähnlich, wir müssen uns

gemeinsam Gedanken machen, vielleicht auch umdenken und Lösungen finden.

Hat der alternde Patient besondere Bedürfnisse? Grundsätzlich handelt es sich um eine sehr heterogene Patientengruppe, die nach unterschiedlichen Betreuung- und Therapiekonzepten verlangt. Das chronologische Alter selbst geht selten automatisch mit körperlichen und/oder geistigen Einschränkungen einher. So spielen biologische, epochale, soziale und psychologische Faktoren eine wesentliche Rolle. Altern ist ein dynamischer Prozess. Das subjektive Altersempfinden („Wann fühle ich mich alt?“) beschreibt das psychologisch bestimmte Altern und basiert in erster Linie auf der Selbsteinschätzung. So empfinden 65- bis 69-Jährige sich häufig dem mittleren Alter zugehörig oder sie fühlen sich sogar noch als jung. Menschen jenseits des 80. Lebensjahres hingegen bezeichnen sich oft als alt oder dem fortgeschrittenen Alter zugehörig.

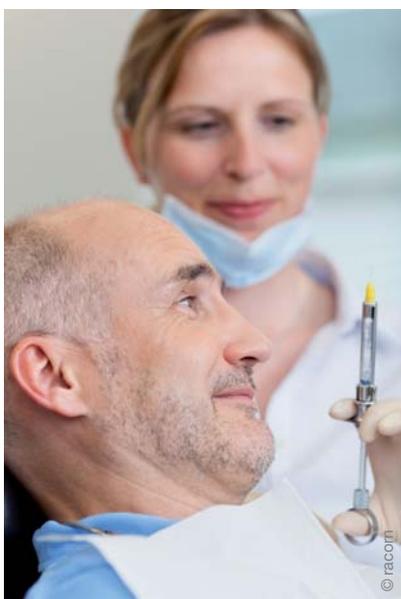
Im Bereich der Zahnmedizin wird sich die Auseinandersetzung mit patientengerechten Versorgungskonzepten vor allem damit beschäftigen, nur für die

Patientengruppen neue Versorgungsoptionen zu definieren, die gar nicht oder nicht ausreichend durch das herkömmliche Therapieangebot erreicht werden können.

Der fitte Alte

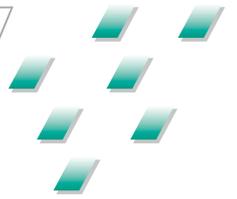
Auch aus zahnmedizinischer Sicht ist der fitte Alte – auch objektivierbar – selbstbestimmt und weist körperliche und geistige Fähigkeiten auf, die eine regelgerechte zahnärztliche Versorgung uneingeschränkt möglich machen. Es ist also nicht notwendig, dem Patienten in seinem Lebensumfeld zu begegnen, Vor- und Nachbereitung wie auch die Behandlung selbst können – ohne Einschränkung (räumlich und zeitlich) – ausschließlich in der Zahnarztpraxis stattfinden.

Der fitte Alte wird gern in die Altersklasse der 61- bis 75-Jährigen verortet. Auch in der immer noch aktuellen Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV des Instituts der Deutschen Zahnärzte, Köln) aus dem Jahr 2005 ist der Status quo aus zahnärztlicher Sicht für eben diese Patientengruppe in nahezu identi-



© racorn

everX Posterior



von **GC.**

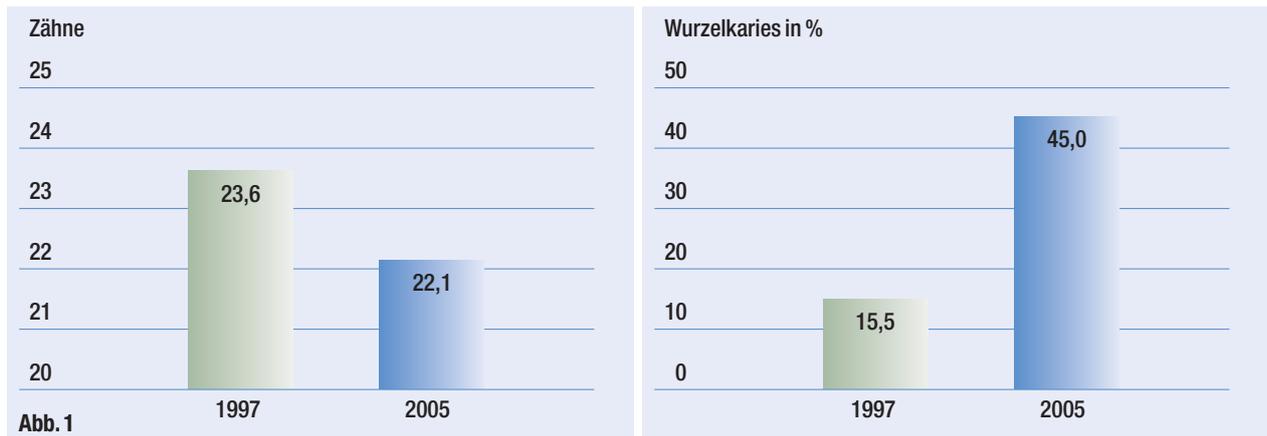
Die **glasfaserverstärkte**
Unterkonstruktion für
große Kavitäten.



Entdecken Sie
die Stärke von
Glasfasern



- **Bruchfestigkeit** fast **doppelt so hoch** wie bei herkömmlichem Composite
- **4 mm Schichten** können gleichzeitig gelegt werden
- **Zuverlässige Verbindung** sowohl zur Composite-Abdeckung als auch zur Zahnschicht
- **Perfekter Dentinersatz**, insbesondere bei großen bzw. tiefen Kavitäten



▲ **Abb. 1:** Entwicklung des Kariesindex (DMFT) und der Wurzelkaries in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen bezogen auf die Anzahl der untersuchten Personen.

scher Altersgruppe – hier die 65- bis 74-Jährigen – abgebildet.

Der Kariesindex (DMFT-Wert) ist im Vergleich zu vorangegangenen Studien rückläufig und liegt im Jahr 2005 bei 22,1 betroffenen Zähnen. Die Folge ist, dass auch beim älteren Menschen immer weniger Zähne verloren gehen. Die Wurzelkaries ist jedoch als besondere Erkrankungsform stark angestiegen und beträgt im Jahr 2005 nunmehr 29,5 Prozent. Das bedeutet, dass 45 Prozent der in der DMS IV-Studie untersuchten Gruppe der 65- bis 74-Jährigen mindestens eine kariöse oder gefüllte Wurzelfläche haben (Abb. 1). Der Kariessanierungsgrad zeigt ein außerordentlich hohes Niveau und beträgt 94,8 Prozent. Das Risiko einer Kariesneuerkrankung in der betrachteten Altersgruppe entspricht dem Erkrankungsrisiko der in der Studie unter-

suchten jüngeren Gruppen. Der Prävention kommt also auch im höheren Lebensalter eine enorme Bedeutung zu.

In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen ist die Erkrankung des Parodontiums (Parodontitis) im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen am weitesten verbreitet. Im Mittel befinden sich noch 17,8 eigene, echte Zähne in der Mundhöhle. 50,3 Prozent dieser Patientengruppe sind von einer mittelschweren, 39,5 Prozent von einer schweren Ausprägung dieser Erkrankung betroffen (Abb. 2). Im Vergleich zu der DMS III-Studie aus dem Jahr 1997 ergibt sich eine Zunahme an parodontalen Erkrankungen beschriebener Ausprägung um immerhin 23,6 Prozent. Dies ist kein Ausdruck des Alterns. Die Grundlagen für eine Erkrankung des Zahnhalteapparats werden bereits in jüngeren Jahren gelegt. Besonders auffällig ist der

Zusammenhang zwischen einem Rückgang der verloren gegangenen Zähne (Zahnverlust) und eben dieser Zunahme an parodontalen Erkrankungsformen (Abb. 3).

Das zahnmedizinische Angebot für den hier beschriebenen alternden und alten Patienten unterscheidet sich nicht grundlegend von den Möglichkeiten, die einem jungen Patienten angeboten werden sollen. Im Bereich der Prävention wird man sicher berücksichtigen, dass die motorischen Fähigkeiten selbst beim fitten Alten vielleicht nur noch eingeschränkt vorhanden sind. Einfache Maßnahmen (verdickter Bürstengriff, altersgerechte Zahnbürsten [Dreikopfbürste Super Brush; Abb. 4], spezielle Zahnpastatuben, die leicht zu öffnen sind, höher dosierte Fluoridpräparate und ein wiederholtes Training) erlauben auch dem alten Menschen eine suffiziente Zahnpflege in eigener Verantwortung.

Eine Altersprophylaxe-Studie aus dem Jahr 2000 in Bayern zeigt, dass der Kenntnisstand im Bereich „Zahnärztliche Prävention“ mit zunehmendem Patientenalter sinkt, sodass davon ausgegangen werden muss, dass mit patientengerechter Instruktion und wiederkehrender Motivation eine Verbesserung erreicht werden kann (Abb. 5). Spannend in diesem Zusammenhang ist die Erfahrung, dass diese Patientenmotivation stark davon abhängt, wer die Instruktion durchführt, wer demonstriert und motiviert. Häufig tut sich die allzu junge zahnärztliche Assistenz schwer, den an Lebenserfahrung reichen Senior zu erreichen, wenn es darum geht, Defizite anzusprechen und die Notwendigkeit einer ausreichenden Mundhygiene darzulegen.



© Oeskey/Bence

Schweregrad	Anzahl eigener Zähne im Mund		
	1–9 %	10–19 %	20–28 %
Grad 0 – gesund	5,2	0,8	0,5
Grad 1 – Blutung	7,5	4,1	2,9
Grad 3 – Zahnstein	14,2	5,3	5,4
Grad 3 – Taschentiefe 4–5 mm	42,5	50,3	48,4
Grad 4 – Taschentiefe >6mm	30,6	39,5	42,8
Summe	100	100	100

Abb. 2

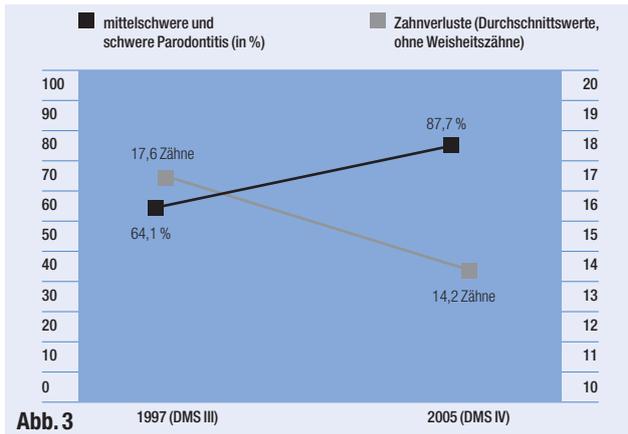


Abb. 3

▲ **Abb. 2:** Zusammenhang zwischen der Anzahl der eigenen Zähne und Schweregrad der Parodontitis in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen. ▲ **Abb. 3:** Entwicklung von mittelschweren und schweren Erkrankungen des Parodontiums sowie Zahnverlusten bei 65- bis 74-Jährigen in den Jahren 1997–2005.

Phase der Gebrechlichkeit

Gebrechlichkeit (Frailty-Syndrom) ist als besonderer Zustand vom „normalen“ Altern abgrenzbar und entsteht aufgrund des Zusammenwirkens vieler Faktoren. Gebrechlichkeit als klinisches Syndrom liegt dann vor, wenn drei oder mehr der folgenden Kriterien erfüllt sind:

- ▶ unbeabsichtigter Gewichtsverlust von über 4,5 kg im letzten Jahr
- ▶ gefühlte körperliche und geistige Erschöpfung
- ▶ muskuläre Schwäche
- ▶ verringerte Gehgeschwindigkeit
- ▶ verminderte körperliche Aktivität

Die zahnärztliche Versorgung des gebrechlichen alten Patienten bezogen auf einen speziell abgestimmten Pfad muss sich vor allem an dem objektivierbaren körperlichen und geistigen Zustand ausrichten. Eine sinnvolle zahnärztliche Betreuung dieser Patientengruppe wird sich also in erster Linie damit auseinandersetzen müssen, inwieweit in der niedergelassenen Praxis eine regelgerechte Vor- und Nachbereitung sowie die Behandlung selbst organisiert werden können. Die Frage muss erlaubt sein, inwieweit alle Register einer modernen Zahnmedizin gezogen werden müssen, um den Gebrechlichen zahnmedizinisch sinnvoll zu versorgen?

Diese Abwägung hat nichts zu tun mit der Priorisierung, sondern berücksichtigt, dass der Patient mit hoher Wahrscheinlichkeit in die Pflegebedürftigkeit abrutscht. Patient und auch Angehörige erwarten zunehmend, dass zahnerhaltende Maßnahmen dazu führen, den herausnehmbaren Zahnersatz zu vermeiden.

Denken Sie aber bitte daran, dass eine ausreichende Pflege gewährleistet sein muss und dies die Entscheidung – festsitzender kontra herausnehmbarer Zahnersatz – bestimmen soll. Vielleicht bleiben einfache, solide und sichere Lösungen, die dennoch in Funktion und Ästhetik das Maximum anzubieten in der Lage sind.

Neben dem Angebot einer patientengerechten Zahnmedizin ist der Umgang mit dem alten Menschen in der eigenen Praxis von entscheidender Bedeutung. So wird es zunehmend wichtig, Bau- und Einrichtungsvoraussetzungen zu schaffen, in denen sich ältere Patienten wohlfühlen. Barrierefreiheit, Platzangebot, Sitzgelegenheiten, eine ausreichend große Beschriftung der notwendigen Wege wie auch der Verwaltungsformulare und auch die gute Beleuchtung scheinen selbstverständlich.

Eigene Vorbehalte gegenüber dem Alter, vor allem aber Vorbehalte des meist jungen Praxisteam sollten angesprochen werden. Es ist nicht auszuschließen, dass man sich mit der bestehenden

Struktur gegen die Hinwendung zum Be-tagten entscheidet. Ich aber habe die Erfahrung gemacht, dass Vorbehalte häufig nur Vorurteile sind und keine unüberwindlichen Hindernisse darstellen.

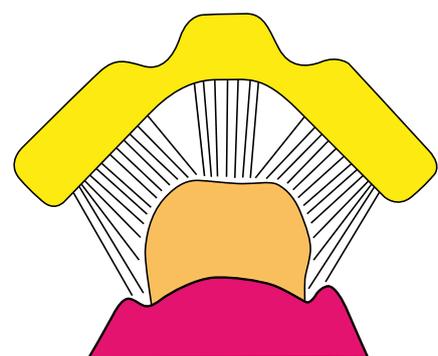
Behandlung pflegebedürftiger Menschen

Geht das Altern einher mit dem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit, ist die zahnärztliche Versorgung gefordert, vermehrt dezentral – also am Wohnort (häusliche Pflege oder Pflegeeinrichtung) – gleichermaßen Prävention und Therapie anzubieten. Immerhin einige, auch ausgezeichnete, Projekte in Deutschland zeigen, wie wichtig und sinnvoll dieses Angebot an den Pflegebedürftigen und deren Umfeld ist.

Besteht der Wunsch in einer Einrichtung als Zahnarzt tätig zu sein, müssen in einem ersten Schritt alle Entscheidungsträger (Verwaltungsdirektion, Pflegedienstleitung) dafür gewonnen werden. Das Versorgungskonzept sollte vorge-



Abb. 4



▲ **Abb. 4:** Zahnbürste „SuperBrush“ – Ein sinnvolles Hilfsmittel zur täglichen Reinigung der Zähne bei Patienten mit eingeschränkten manuellen Fähigkeiten.

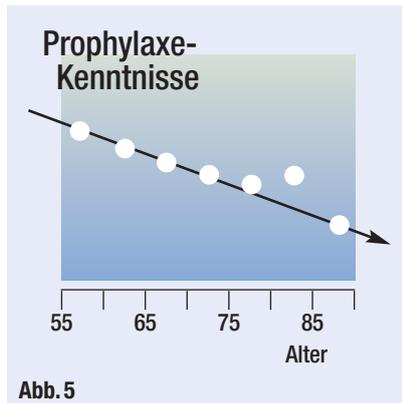


Abb. 5

▲ **Abb. 5:** Kenntnisstand im Bereich „Zahnärztliche Prävention“ in den unterschiedlichen Altersgruppen in Bayern. Bayerische Altenprophylaxestudie, Benz et al. (2000).

stellt und die Spielregeln für eine Betreuung abgestimmt werden. Sinnvoll ist das Angebot einer Informationsveranstaltung für Mitarbeiter, Angehörige und gegebenenfalls auch die Patienten selbst. Stellen Sie die Praxis und Ihr Team vor und beschreiben Sie Ihr Versorgungskonzept. Nur wenn Angehörige und Mitarbeiter eng in die Versorgung mit einbezogen werden können, ist auch der Erfolg gewährleistet. Ein kurzes Referat über Zahnpflege im Alter ist sinnvoll. Der zahnärztliche Befund wie auch die zahnmedizinische Betreuung selbst können immer erst nach Einwilligungserklärung durch den Patienten oder – im Falle der fehlenden Geschäftsfähigkeit – durch den gesetzlich bestellten Betreuer erfolgen. Eine Ausnahme stellt natürlich die Notfallsituation dar.

Vereinbaren Sie mit der zuständigen Stationsleitung einen Termin. Organisieren Sie für diesen Termin zunächst die zahnärztliche Bestandsaufnahme (medizinische und zahnmedizinische Befunderhebung), erst dann wird nach Rücksprache mit dem Patienten, den Angehörigen oder dessen gesetzlich bestellten Betreuer die zahnärztliche Therapie abgesprochen. Auch die Bestandsaufnahme ist immer durch die Zahnärztin/den Zahnarzt durchzuführen und stellt keine delegierbare Leistung dar. Schätzen Sie im Rahmen Ihrer Therapieplanung auch die Möglichkeiten einer suffizienten Mundhygiene ein und koordinieren Sie diese mit der Pflege (individueller Hygieneplan). Bedenken Sie den Aufwand für den Patienten und sein Umfeld, wenn Behandlungstermine ausschließlich in der Praxis stattfinden.

Eine Vielzahl von Behandlungsschritten kann unmittelbar auch am Wohnort des Patienten durchgeführt werden. Nur wenige Einrichtungen bieten hierfür einen speziellen Raum mit zahnärztlicher Ausstattung. Die Industrie jedoch ermöglicht heute mit einer großen Auswahl auch den professionellen, mobilen Einsatz. Eine zahnärztliche Einheit mit allen technischen Möglichkeiten (Druckluft, Absauganlage, Bestückung, Turbine und Winkelstück) kann in einem Koffer direkt am Bett eingesetzt werden. Der mobile Einsatz erfordert vom Praxisteam große Flexibilität. Dennoch lässt sich der Aufwand für den dezentralen Einsatz durch eine routinierte und sinnvolle Vorbereitung im Bereich Verwaltung wie auch bei der Organisation des benötigten Instrumentariums und der Materialien auf ein Minimum reduzieren. Der gemeinsame Besuch am Bett eines multimorbiden Alten, die Arbeit unter häufig widrigen Bedingungen, bedeuten auch für das eingespielte Praxisteam eine physische und vor allem psychische Herausforderung. Begegnen Sie den häufigen Vorurteilen, aber auch den Ängsten mit Verständnis und Respekt.

Das Konzept einer Versorgung von pflegebedürftigen Patienten wird auch immer Lösungen anbieten, wenn der Patient bei fehlender Kooperation und infolge der Unmöglichkeit einer regelgerechten Therapie offensichtlich akuten Behandlungsbedarf aufweist. Zahlreiche Praxen unterhalten für das Angebot einer Zahnsanierung in Intubationsnarkose (ITN) Kooperationen mit einem Ambulatorium oder auch einem Klinikum in der näheren Umgebung.

Fazit

Grundsätzlich sind die zahnärztlichen Bemühungen um den alternden Patienten verbunden mit einem vermehrten Zeit- und auch Kostenaufwand. Dies gilt im Besonderen für die Versorgung von Pflegebedürftigen. Ob ambulant oder stationär, der mobile Einsatz muss auch betriebswirtschaftlich darstellbar sein. Über viele Jahre hat die Zahnärzteschaft soziale und ethische Kompetenz bewiesen. Die Betreuung dieser Patientengruppe darf aber kein Hobby bleiben. Der feste Wunsch, gerade den besonders engagierten Kolleginnen und Kollegen auch wirtschaftlich Anreize zu bieten, ist seit Jahren gegenüber

der Politik und den Kostenträgern auf Bundesebene lautstark formuliert.

Das Alters- und Behindertenkonzept (AuB) der großen Körperschaften beschreibt im Juni 2010 die Defizite und zeigt Lösungsmöglichkeiten auf. Überraschend schnell hat der Gesetzgeber mit dem Versorgungsstrukturgesetz (VStG) auf die zahnärztliche Unterversorgung dieser Patientengruppe reagiert.

Seit April 2013 wird die aufsuchende Betreuung unterstützt durch eine Zuschlagsposition (SGB V § 87 2i; BEMA 171a und 171b). Das Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG) wird ab 2014 eine unmittelbare Kooperation zwischen dem Zahnarzt und der Einrichtung auch wirtschaftlich fördern.

Die zahnmedizinische Versorgung unserer alternden Bevölkerung ist eine wichtige und spannende Aufgabe, der wir uns nicht entziehen dürfen. Bleiben Sie am Ball! <<

>> AUTOR



Dr. Cornelius Haffner

Seit 2001 Oberarzt. Spezialisiert ist er auf Endodontologie, Lasermedizin, Gerostomatologie sowie Zahnmedizin

für Menschen mit Behinderungen. 2005 gewann er den Wrigley Prophylaxe Preis und den Deutschen Präventionspreis. Seit 2008 ist er Vorstandsmitglied des Zahnärztlichen Bezirksverbandes München und seit 2011 Referent für Vertragswesen und Mitglied im Anlageausschuss der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns. Er veröffentlichte bereits über 100 nationale und internationale Publikationen, Kongress- und Buchbeiträge.

Kontakt

Sektion Zahnmedizin für Menschen mit Behinderungen
Klinikum der Universität München (KUM)
Goethestraße 70
80336 München
Tel.: 089 5160-9452
E-Mail:
haffner@teamwerk-deutschland.de



Platz da!

Die neue Synea Vision Mikroturbine

NEU



Mehr Platz, mehr Licht.

Die neue Mikroturbine aus der Synea Vision-Reihe macht Schluss mit beengten Verhältnissen. Dank eines Kopf-Durchmessers von 9 mm, einer Kopfhöhe von rund 10 mm und 12 Watt Leistung lassen sich selbst Behandlungen in schwierigen Regionen einfacher durchführen. Überzeugen Sie sich selbst!

synea^{VISION}