

Zähne im Alter – eine Chance für die Zukunft

Unglaublich! Im Jahr 2009 waren bereits fast 50% der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland über 50 Jahre alt. Die deutsche Bevölkerung also ergraut und dieser Prozess ist kein vorübergehendes Phänomen, sondern bedeutet in den kommenden Jahrzehnten eine große Herausforderung, auch für die Zahnmedizin.

Es ist keinesfalls verwunderlich, dass in zahnärztlichen Praxen nahezu jeder zweite Patient bereits über 50 Jahre oder gar älter ist. Möglicherweise haben Sie schon einmal daran gedacht, die Praxis mit den Augen Ihrer alternden Patienten zu sehen und gemeinsam im Team zu überlegen, sich darauf einzustellen? Vielleicht besuchen Sie regelmäßig mit Ihrem Praxisteam die Pflegestation einer Ihnen nahe gelegenen Alterseinrichtung – dies natürlich am freien Nachmittag – 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.

Wie muss man sich den alternden Patienten vorstellen?

Befasst man sich mit dem alternden Patient, stellt man sehr schnell fest, dass auch im Bereich der Zahnmedizin eine sehr heterogene Patientengruppe nach unterschiedlichen Therapiekonzepten verlangt. Im Bezug auf veränderte und angepasste Praxis- und Behandlungsstrukturen bietet die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nur eingeschränkt Hilfe. Die WHO definiert das jeweils erreichte, chronologische Alter in der folgenden Form:

- alternde Menschen (50 bis 60 Jahre)
- ältere Menschen (61 bis 75 Jahre)
- alte Menschen (76 bis 90 Jahre)
- sehr alte Menschen (91 bis 100 Jahre)
- sowie den Langlebigen.

Neben dem chronologischen Alter spielen jedoch biologische, epochale, soziale und psychologische Faktoren eine wesentliche Rolle, das 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 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 also vor allem damit

beschäftigen, nur für die Patientengruppen neue Versorgungsstrecken zu definieren, die nicht oder nicht ausreichend durch das herkömmliche Therapieangebot erreicht werden können. Es ist also eine Einteilung der Senioren notwendig, die sich durch die objektivierbare Beurteilung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten ergibt:

- der fitte Alte
- die Phase der Gebrechlichkeit
- der geriatrische Lebensabschnitt – die Pflege.

Der fitte Alte

In Betrachtung dieser aus zahnmedizinischer Sicht wachsenden Patientengruppe ist der fitte Alte auch ob-

(hier jedoch 65 bis 74 Lebensjahre) – abgebildet. Der Kariesindex (DMFT-Wert) ist im Vergleich zu vorangegangenen Studien rückläufig und liegt im Jahr 2005 bei 22,1 betroffenen Zähnen (Abb. 1). Die Folge ist, dass auch beim älteren Menschen immer weniger Zähne verloren gehen. Immer mehr Zähne können also erhalten werden. Die Wurzelkaries jedoch ist als besondere Erkrankungsform stark angestiegen und beträgt im Jahr 2005 nunmehr 29,5%. Das bedeutet, dass 45% der in der DMS IV-Studie untersuchten Senioren mindestens eine kariöse oder gefüllte Wurzelfläche haben. Der Kariessanierungsgrad

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 (ver-

junge zahnärztliche Assistenz tut sich evtl. schwer, den an Lebenserfahrung reichen Senior zu erreichen, wenn es darum geht, Defizite anzusprechen und die Notwendigkeit einer ausreichenden Mundhygiene darzulegen.

Phase der Gebrechlichkeit

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

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

Die zahnärztliche Versorgung des gebrechlichen alten Patienten bezogen auf einen

Therapieplan ist in jedem Falle zu berücksichtigen, dass der Patient gegebenenfalls in die Pflegebedürftigkeit abgeleitet und eine ausreichende Pflege dann nurmehr selten gewährleistet ist (fest-sitzender Zahnersatz versus herausnehmbarer Zahnersatz).

Ein alter Mensch besitzt häufig nicht mehr die Möglichkeit einer ausreichenden Adaptation an Zahnersatz. Hier sind einfache, solide und sichere Lösungen gefragt, die dennoch in Funktion und Ästhetik das Maximum anzubieten in der Lage sind. Auch hier gilt das Gebot der Möglichkeit einer ausreichenden Pflege durch Angehörige und/oder die Pflegekraft, sollte eine Bedürftigkeit eintreten.

Neben dem Angebot der zahnärztlichen Therapie ist der Umgang mit dem alten Mensch in der eigenen Praxis von entscheidender Bedeutung. So wird es zunehmend wichtig, Bau- und Einrichtungsvoraussetzungen zu schaffen, in denen sich ältere

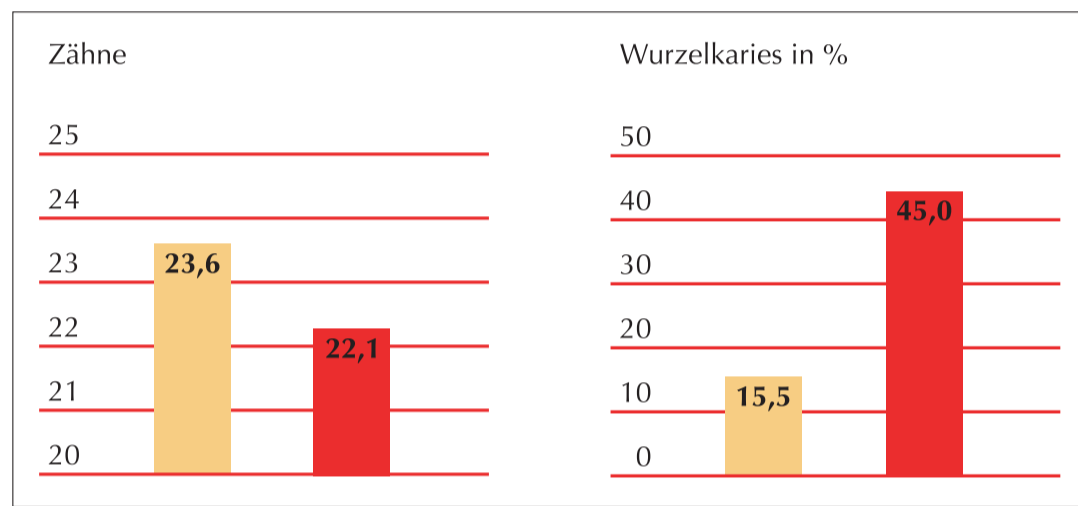


Abb. 1: Entwicklung des Kariesindex (DMFT) und der Wurzelkaries in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen bezogen auf die Anzahl der untersuchten Personen.

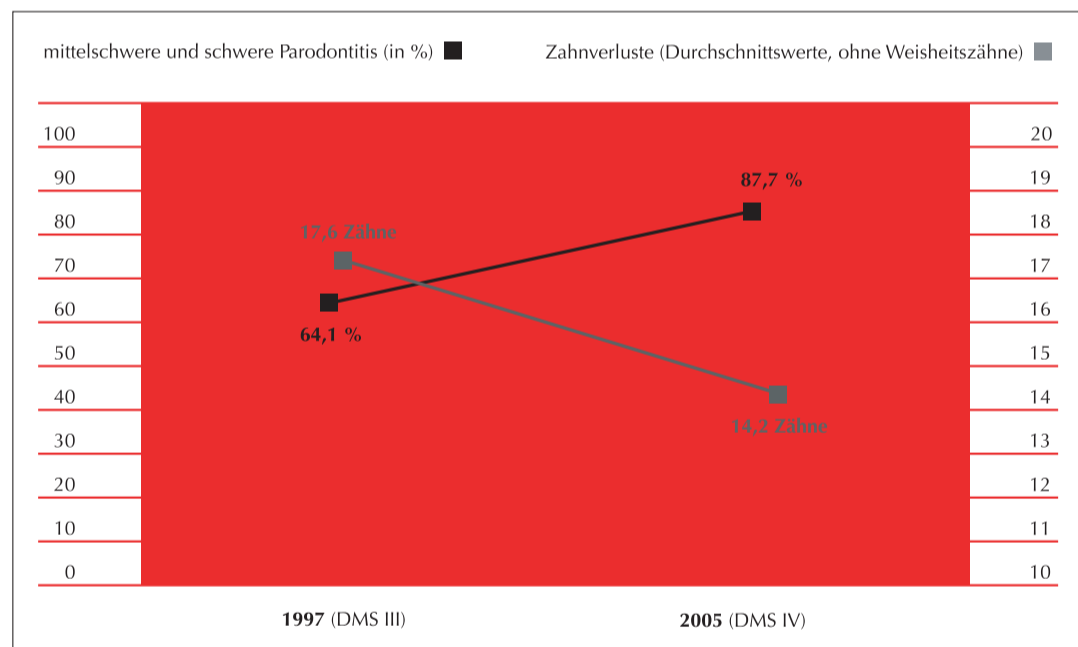


Abb. 2: Entwicklung von mittelschweren und schweren Erkrankungen des Parodontiums sowie Zahnverlusten bei 65- bis 74-Jährigen in den Jahren 1997–2005.

ektivierbar selbstbestimmt und weist körperliche und geistige Fähigkeiten auf, die eine regelgerechte zahnärztliche Versorgung uneingeschränkt möglich machen. Die Vor- und Nachbereitung wie auch die Behandlung selbst kann – ohne Einschränkung (räumlich und zeitlich) – ausschließlich in der Praxis mit dem Patienten direkt stattfinden. Die Einteilung nach Altersklassen der WHO definiert den älteren Menschen mit einem Alter von 61 bis 75 Lebensjahren. Auch in der 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 identischer Altersgruppe

zeigt ein außerordentlich hohes Niveau und beträgt 94,8%. Entscheidend ist, dass das Erkrankungsrisiko einer Kariesneuerkrankung in der betrachteten Altersgruppe dem Erkrankungsrisiko der in der Studie untersuchten jüngeren Altersgruppen entspricht. Der Prävention kommt also auch im höheren Lebensjahr 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. 48% dieser Patientengruppe sind von einer mittelschweren, 39,8% von einer schweren Ausprägung dieser Erkrankung betroffen. Im Vergleich zu der DMS III-Studie aus dem Jahr 1997 ergibt sich eine Zunahme um immerhin 23,7% (Abb. 2). Dies ist kein Ausdruck des Alterns, die Grundlagen für eine Erkrankung des Zahnhalteapparats werden bereits in jüngeren

dicker Bürstengriff, altersgerechte Zahnbürsten [Super Brush] [Abb. 4], spezielle Zahnpastataben, die leicht zu öffnen sind, höherdosierte 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 Patiententalter sinkt, sodass davon ausgegangen werden muss, dass mit patientengerechter Instruktion und wiederkehrender Motivation eine Verbesserung erreicht werden kann (Abb. 5). In diesem Zusammenhang erscheint es sinnvoll, dem betagten Patienten auf einer Ebene zu begegnen, auf der er sich angesprochen und ernst genommen fühlt. Zahnärztliche Prävention ist nicht nur etwas für den jungen Menschen (Abb. 6). Die allzu

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 2 – Zahnstein	14,2	5,3	5,4
Grad 3 – Taschentiefe 4–5mm	42,5	50,3	48,4
Grad 4 – Taschentiefe ≥ 6mm	30,6	39,5	42,8
Summe	100	100	100

Abb. 3: Zusammenhang zwischen der Anzahl der eigenen Zähne und Schweregrad der Parodontitis in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen.

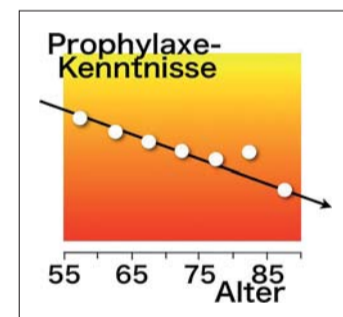


Abb. 5: Kenntnisstand im Bereich „Zahnärztliche Prävention“ in den unterschiedlichen Altersgruppen in Bayern (Bayerische Altenprophylaxestudie, Benz et al. 2000).

speziell abgestimmten Pfad muss sich vor allem an dem objektivierbar 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 kann. Die aktuelle Zahnmedizin ist bestimmt von modernsten Behandlungskonzepten und -materialien, dies gilt für jedes Alter. Spezielle, seniorengerechte Kunststoffe, eine „Gerofeile“ im Bereich Endodontie oder eine Rentnerkürette zum Beispiel sind sicher nicht notwendig. Zunehmend erwartet wird aber, dass zahnerhaltende Maßnahmen dazu führen, den herausnehmbaren Zahnersatz zu vermeiden. Bei der

Patienten wohl fühlen. Barrierefreiheit, Platzangebot, Sitzgelegenheiten, eine ausreichend große Beschriftung der notwendigen Wege wie auch der Verwaltungsformulare und sowie 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 Betagten entscheidet. Ich aber habe die Erfahrung gemacht, dass Vorbehalte häufig nur Vorurteile sind und keine unüberwindlichen Hindernisse darstellen.

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, dass diese Versorgung nichts, aber auch gar nichts zu tun hat mit vereinfachten, gar mittelalterlichen Behandlungsmethoden.

Aktiv als Patenzahnarzt
Besteht der Wunsch in einer Einrichtung als Patenzahn-



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

arzt tätig zu werden, wird man sich in einem ersten Schritt mit den Entscheidungsträgern (Verwaltungsdirektion, Pflegedienstleitung) auseinandersetzen. Das Konzept sollte vorgestellt, Spielregeln für eine Betreuung abgestimmt werden. Sinnvoll ist das Angebot einer Informationsveranstaltung für Mitarbeiter, Angehörige und gegebenenfalls auch die Patienten selbst. Ziel dieser Veranstaltung ist es, die Praxis und das Team vorzustellen und alle Beteiligten für das Projekt zu gewinnen. Nur wenn Angehörige und Mitarbeiter eng in die Versorgung mit einbezogen werden können, ist auch der Erfolg gewährleistet. Neben Organisatorischem ist ein Referat über Zahnpflege auch im Alter sinnvoll. Eine CD, die in kurzer und einprägsamer Form das Thema „Zahnpflege in der Pflege“ darstellt, ist mit nur geringem technischen Aufwand (Beamer – haben oft die Einrichtungen selbst – und Laptop) als Grundlage für einen Informationsabend 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 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. Bedenken Sie den Aufwand für den Patienten und sein Umfeld, wenn die Termine 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, Bestückungsturbine 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 widri-

gen Bedingungen, bedeutet auch für das eingespielte Praxisteam eine physische und vor allem psychi-



Abb. 6: Information über die zahnärztliche Prävention für den alternden Patienten. Kooperation der BundesArbeitsgemeinschaft für SeniorenOrganisationen (BAGSO) und der Deutschen Gesellschaft für AltersZahnMedizin (DGAZ).

sche Herausforderung. Begleiten 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 in der Folge Unmöglichkeit einer regelgerechten Therapie offensichtlich akuten Behandlungsbedarf aufweist. Zahlreiche Praxen halten für das Angebot einer Zahnsanierung in Intubationsnarkose (ITN) Kooperationen mit einem Ambulatorium oder auch einem Klinikum in der näheren Umgebung. Problematisch erweist sich häufig die Vertragsverhandlung und -gestaltung. So ist bei einer prä- und postoperativen stationären Aufnahme auch die zahnärztliche Therapie im Rahmen von DRG's (Diagnosis Related Group) durch das Krankenhaus gegenüber den Kostenträgern abzurechnen. Der Zahnarzt wird die zahnärztliche Therapie auf Basis der GOZ gegenüber dem Krankenhaus in Rechnung stellen. Das Krankenhaus wird also vermehrt Interesse an einer ambulanten Durchführung haben und für die Vorhaltung von OP-Ausstattung und -Personal Gebühren verlangen, die in der Regel durch den Kostenträger des Patienten nicht getragen werden. Grundsätzlich sind die zahnärztlichen Bemühungen um den alternden Patienten verbunden mit einem vermehrten Zeit- und auch Kostenaufwand. Dies gilt im Besonderen gerade für den mobilen Einsatz.

Das „Duale Konzept“ in der Landeshauptstadt München zeigt, dass die zahnärztliche Versorgung institutionalisierter Patienten mit dem Schwerpunkt Prävention zu einer Verbesserung der Zahngesundheit führen kann und gleichzeitig Kosten eingespart werden können. Das Angebot besteht aus zwei Modulen. Das erste Modul ist die präventive Betreuung, das zweite Modul die restaurativ-therapeutische Versorgung. Das erste Modul bildet die Basis, das zweite Modul kommt nur zum Tragen, wenn dazu eine individuelle Not-

wendigkeit besteht, z.B. um die Hygienefähigkeit zu ermöglichen (Grundsanierung) oder wiederherzustellen. Nur wenn das Prophylaxemodul abhängig vom individuellen Erkrankungsrisiko regelmäßig durchgeführt wird, ist das wichtige Ziel erreichbar, die Häufigkeit restaurativ-therapeutischer Eingriffe zu verringern.

Die Versorgungskette des Projekts zur integrierten zahnmedizinischen Versorgung Pflegebedürftiger hat drei Glieder:

1. Regelmäßige zahnärztliche Untersuchung zur Beurteilung des Mundgesundheitszustandes und Festlegung der therapeutischen Notwendigkeiten am Wohnort des Betreuten.
2. Mobile präventive Betreuung durch spezialisierte zahnmedizinische Teams. Zu der präventiven Betreuung gehören die Bewertung des Erkrankungsrisikos, die professionelle

Zahnreinigung, das Aufbringen lokaler Therapeutika sowie eine Pflege- und Ernährungsberatung.

3. Restaurativ-therapeutische Behandlung, die entweder mobil durch einen Patenzahnarzt oder bei Bedarf in einem zentralen Therapiezentrum erbracht wird. Das Therapiezentrum integriert diejenigen medizinischen Disziplinen, die für eine patientenzentrierte und hochwertige Versorgung notwendig sind. Gleichzeitig organisiert das Zentrum einen mobilen Notdienst.

Punkt 1 und 2 gehören zu dem Prophylaxemodul des Projekts. Sie werden risikoabhängig regelmäßig durchgeführt, solange die Pflegebedürftigkeit besteht. Punkt 3 bildet das zuvor beschriebene restaurativ-therapeutische Modul, das nur zum Tragen kommt, wenn dazu eine individuelle Notwendigkeit besteht (Grund- oder Wieder-

Das „Duale Konzept“ konnte bereits im ersten Jahr 2006 bei den über 1.000 betreuten Patienten zu einer deutlichen Verbesserung der Mundgesundheit führen (Verringerung Punktzahl Teamwork-Index). Die sozial-ökonomische Bewertung des Programms konnte zeigen, dass die wiederkehrende Betreuung in der zahnärztlichen Prävention vor Ort deutlich kostengünstiger ist wie die bislang bekannte Praxis. Der verstärkte dezentrale Einsatz durch die Patenzahnärzte und Prophylaxeteams, in der Folge ein Rückgang von akuten Beschwerden verbunden mit Therapiebedarf in Praxis oder Klinik und damit der Wegfall von Transporten, konnte die Kosten deutlich reduzieren (-22%). Die Alterszahnmedizin steht oft in dem Verdacht, dass ein Kollege, der sich hier engagiert, zwar soziale und ethische Kompetenz beweist, jedoch wenig für seinen wirtschaftlichen Erfolg tut. Die Betreuung dieser Patienten-

gruppe darf kein Hobby bleiben. Der feste Wunsch, gerade den besonders engagierten Kolleginnen und Kollegen auch wirtschaftlich Anreize zu bieten, ist gegenüber den Kostenträgern auf Bundesebene lautstark formuliert. Nicht zuletzt aber durch eben diese Vielzahl von sinnvollen Projekten durch engagierte Zahnärztinnen und Zahnärzte in Deutschland hat der Bereich Zahnmedizin im Alter eine besondere Bedeutung erfahren. Die zahnmedizinische Versorgung unserer alternden Bevölkerung ist eine wichtige und spannende Aufgabe, der wir uns nicht entziehen dürfen. Bleiben Sie in Bewegung! **PN**

PN Adresse

Dr. Cornelius Haffner
Sanatoriumsplatz 2
81545 München
E-Mail:
haffner@teamwerk-deutschland.de

ANZEIGE

Punktbewertung entsprechend der Empfehlung
14 PUNKTE
 BZÄK
 DGZMK

PROF. DR. WACHTEL KURSREIHE:

DER BIOLOGISCHE WEG ZUR REGENERATION UND AUGMENTATION

NEUE MATERIALIEN UND NEUE TECHNIKEN



Prof. Dr. Hannes Wachtel



Dr. Tobias Thalmeir

„Regenerative Verfahren stehen heute im Mittelpunkt der Parodontal- und Implantatchirurgie. Implantate können ohne ein geeignetes Knochenlager nicht erfolgreich und suffizient inseriert werden.“

Prof. Dr. Hannes Wachtel



Parodontale Regeneration infraalveolärer Defekte



Sinuslift nach Summers



Socket-Preservation-Technik



Laterale Augmentation im Seitenzahnbereich



Punch-Technik



Frontzahn-Augmentation mit Double-Layer-Technik



AMERICAN
Dental Systems



BERLIN
26.-27.11.2010



DÜSSELDORF
10.-11.12.2010

MELDEN SIE SICH JETZT AN: American Dental Systems GmbH · Telefon: 0 81 06/300-306 · Fax: 0 81 06/300-308