

DENTISTA FOKUS

GERODONTOLOGIE

Liebe Leserinnen,

die Alterszahnmedizin ist seit Jahren auf dem Vormarsch, was neben dem demografischen Wandel auch der zunehmenden Tendenz zum Zahnerhalt bis ins hohe Alter geschuldet ist. Prophylaxe und moderne konservierende Behandlungsmethoden sorgen dafür, dass auch im Gebiss der älteren Patienten mehr eigene Zähne länger erhalten bleiben.

Im Fokus dieser Ausgabe der Dentista steht deshalb die Gerodontologie. Wir gehen der Frage nach, wie man sich dem Thema Seniorenzahnmedizin am besten nähert, wenn

man sich bisher damit noch nicht beschäftigt hat: Welche Strukturen müssen geschaffen werden? Welche Besonderheiten sind bei dieser Patientengruppe zu beachten? Wie gestaltet man die aufsuchende Betreuung?

Ein wesentlicher Faktor – neben der Behandlung – ist die richtige und angepasste Kommunikation mit den Senioren. Hier kommt es besonders auf eine einfühlsame Ansprache an.

Wir werfen darüber hinaus einen speziellen Blick auf die prothetische Versorgung älterer Patienten und betrachten rechtliche Aspekte der Anamneseaufnahme – allgemein und bei den Senioren.

Ich wünsche Ihnen viel Vergnügen beim Lesen und hoffe Sie können einige wertvolle Informationen mit in Ihre tägliche Arbeit nehmen.



Ihre
Susann Lochthofen
Redaktion

Endlich das Thema Seniorenzahnmedizin angehen! Doch wo fange ich eigentlich an?

Die Deutschen werden immer älter, kränker und haben vor allem immer länger die eigenen Zähne. Es werden vermehrt Konzepte wie Angebote von Seiten der Zahnärzteschaft benötigt, die über die gängige Praxisbehandlung hinausgehen, um die langfristige Zahngesundheit dieser Patienten zu gewährleisten. Denn fest steht: Zahnärzt/-innen werden in den kommenden Jahrzehnten, bedingt durch die demografische Struktur unserer Gesellschaft, einen zusätzlichen starken Anstieg dieser Patient/-innengruppe erleben. Wir müssen

spätestens jetzt beginnen, die Strukturen zu schaffen, um eine flächendeckende Versorgung zu ermöglichen.

Diese Tatsachen sind der Zahnärzteschaft mittlerweile sehr bewusst. Die Seniorenzahnmedizin, zu der auch die aufsuchende Betreuung zählt, entspricht unserem Urauftrag als Zahnärzt/-innen an „die Optimierung der Zahngesundheit“. Die Zahnmedizin stand noch nie vor einer größeren versorgungsmedizinischen Aufgabe, da schlagartig und vorhersehbar ein immenser Behandlungsbedarf entstehen wird.

Die Krankenkassen sowie die Politik üben Druck auf die Zahnärzteschaft aus. Wohnheime sind mittlerweile verpflichtet, Kooperationen einzugehen, seitens der Pflegewissenschaften wird derzeit ein „Pflegestandard Mundhygiene“ definiert, die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen sind durch das Pflegestärkungsgesetz von 2014 gegeben. Alle Ampeln stehen auf Grün, doch die Zahnärzteschaft bewegt sich nur langsam.

Studien zufolge gibt es verschiedene Hürden für Kolleg/-innen, in die aufsuchende Versorgung einzusteigen.

Auf der einen Seite steht der Respekt vor dem „komplizierten Patienten“ (Polypharmazie, Multimorbidität), auf der anderen Seite die Unsicherheit, wo und wie man überhaupt anfängt, das völlig „neue“ und „große“ Feld für die Praxis zu erschließen. Dazu zählt vor allem die Betreuung außerhalb der Praxisräume, außerhalb der eigenen Organisationsstruktur. Das bedeutet für viele Zahnarzt/-innen das Verlassen der Komfortzone gerade bei einem sowieso übervollem Terminbuch.

Kleine Änderungen im Betriebsablauf sind bereits mit großen Anstrengungen verbunden, und das Erschließen eines neuen Themenfeldes, mit dem man noch nicht einmal im Studium in Berührung kam, erweckt den Eindruck einer großen Hürde.

Dieser Artikel soll dazu dienen, weitere gedankliche Hürden abzubauen und Kolleg/-innen zu helfen, den Startschuss für die Seniorenzahnmedizin in der Praxis zu geben.

Barrieren in der aufsuchenden Versorgung

1. Fehlendes Equipment
2. Sorge um die Praxis (weniger Zeit für die Stammpatienten)
3. anspruchsvolle Arbeitssituation
4. anspruchsvolle Patient/-innen (Demenz, Erkrankungen, Medikamente)
5. fehlendes Wissen und Erfahrung im Umgang mit Patient/-innen
6. Konfrontation mit Alter und Tod

Darüber hinaus lässt sich erkennen, je älter die Zahnärztin selbst ist, je mehr Erfahrung und je mehr Kenntnisse er im Umgang mit über 75-jährigen Patienten hat, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie in der aufsuchenden Betreuung tätig wird. Interessanterweise werden laut Untersuchungen Frauen deutlich seltener in der aufsuchenden Versorgung



tätig. Woran dies liegt, lässt sich nicht evidenzbasiert sagen.

Fortbildungen

Um die Herausforderung Seniorenzahnmedizin annehmen zu können, gilt es, sich durch eigene Fortbildungen auf das Thema vorzubereiten. Es ist sehr wichtig, eine Fortbildung zu besuchen, bei der entsprechende Sachverhalte erläutert werden.

Auf der einen Seite muss man sich theoretisch mit den Besonderheiten der alternden Patienten auseinandersetzen. Der Umgang mit Gebrechlichkeit, Demenz usw. muss zur medizinischen Grundausbildung gehören, hier müssen wir uns sicher und zu Hause fühlen. Dieses Wissen muss man auch auf das gesamte Team übertragen können. In erster Linie geht es dabei nicht um aufwendige therapeutische Verfahren, sondern um den in der Regel ungewohnten Umgang mit geistig und/oder körperlich schwer erkrankten Menschen. Gefragt ist hier die Empathie des Zahnarztes und des Behandlungsteams. Es ist wichtig, Berührungsängste zu verlieren.

Auf der anderen Seite ist es sehr wichtig, ein Curriculum mit praktischem

Bezug auszuwählen, bei dem auch Praktiker/-innen von ihren Erfahrungen und Praxiskonzepten berichten. Erfahrungsgemäß ist es deutlich leichter, bereits erarbeitete und erprobte Konzepte in seiner Praxis umzusetzen und zu individualisieren, um dann ziemlich schnell eine effektive aufsuchende Versorgung zu etablieren – „talent borrows, genius steals“.

Derzeit nimmt das Fortbildungsangebot in diesem Bereich stetig zu. Ein Curriculum, das beides verbindet, ist z. B. das der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ).

Team

Die zugehende Betreuung ist sehr teamlastig. Das Schaffen einer guten Organisationsstruktur ist besonders wichtig, um dies dann auch ökonomisch darstellen zu können. Alterszahnmedizin hat viel mit Organisation zu tun.

Ohne ein gutes Team, dem Aufgaben übertragen werden können und das zusätzlich die notwendige Empathie für die Patient/-innen mitbringt, geht es nicht. Auch im Team herrschen zunächst oft Vorbehalte, wenn die Chefin etwas Neues ausprobieren will: „Aber wir haben doch auch so genug zu tun“.



Die Mitarbeiter/-innen müssen involviert werden und können dann in ihren neuen Aufgaben über sich hinauswachsen. Die ganz andere Art der Behandlung, die Anerkennung durch die Pfleger/-innen, der Zuspruch der Angehörigen und die unvergleichliche Dankbarkeit der Patient/-innen führen häufig zu einem Motivationsschub. Denn eben hier erleben die Mitarbeiter/-innen eine Verantwortlichkeit für die Zahngesundheit „ihrer“ Altenheimpatient/-innen.

Alterszahnmedizin hat viel mit Organisation zu tun, da viele Beteiligte mit einbezogen werden müssen (Angehörige, gesetzliche Betreuer/-innen). Es ist ratsam, sich hier ein gutes Netzwerk und schlanke Kommunikationsstrukturen zu schaffen. Dazu gehören Netzwerke mit Hausarztpraxen, oralchirurgischen Praxen, Logopädischen Praxen, Dentalaboren und vielen weiteren.

Behandlungskonzept

Der Fokus der Versorgung sollte auf der Prävention liegen. Es geht nicht darum, neuen kostspieligen Zahnersatz herzustellen, sondern vorhandene Strukturen durch vorsorgende Maßnahmen so lange wie möglich zu erhalten und aufwendige Behandlungssituationen zu vermeiden. Dazu gehören die Erstellung eines Mundgesundheitsstatus und Mundgesundheitsplans sowie kleinere Hygienisierungsmaßnahmen wie Zahnsteinentfernung zweimal im Kalenderhalbjahr.

Es ist davon auszugehen, dass hier noch weitere Abrechnungspositionen entstehen, da gerade viel im Fluss ist und der Behandlungsbedarf immens steigen wird. Wir alle wissen aus der Kinder- und Erwachsenenprophylaxe, dass diese nachhaltig wirkt und für eine Praxis ökonomisch sehr wichtig ist. Das Behandeln ist nicht das Schwierige, sondern der Umgang mit den Patienten sowie die Planung.

Eckpunkte

- halbjährliche Kontrolluntersuchungen (Mundgesundheitsstatus)
- Schulungen der Pflegekräfte
- Ansprechpartner/-in in zahnmedizinischen Fragen
- bewohnerindividuelle Pflegeinstruktionen (Mundgesundheitsplan)
- Zahnmedizin an der Bettkante (Extraktionen, Reparaturen, Neuanfertigungen, Prophylaxe etc.)
- Organisation von Transporten in die Praxis/Klinik

Wie sieht meine zahnärztliche Versorgung vor Ort aus?

Leistungen, die Sie vor Ort anbieten, bestimmen ausschließlich Sie selbst! Es braucht keine mobile Behandlungseinheit, um in die aufsuchende Versorgung einzusteigen. Diese sollte sich daran orientieren, was für sie mobil möglich ist, was sie sich selbst zutrauen. Es geht nicht um die Palette einer hochwertigen Versorgung, sondern um kleine einfache Eingriffe: Schmerzen nehmen, dauerhaft vermeiden und Kaufunktionen wiederherstellen.

Häufig geht es in der Versorgung der Wohnheime darum, überhaupt eine zahnmedizinische Ansprechpartnerin zu finden. So lässt es sich formulieren „eine Therapie ist besser als keine Therapie“. Der Hauptpunkt sollte – wie oben beschrieben – das Durchführen von wiederkehrenden präventiven Maßnahmen sein. Sicherlich traut sich der chirurgisch versierte Kollege auch das Entfernen von tief frakturierten Zähnen im Krankbett zu. Es spricht aber nichts dagegen, diese Fälle dann doch in die Praxis oder an einen niedergelassenen MKGler zu

überweisen. Die Befundaufnahme, die Nachsorge, die Nahtentfernung können im Wohnheim durchgeführt werden. Daher ist die Bildung von Versorgungsnetzwerken mit Chirurg/-innen, Kliniken, Hausarzt/-innen und Hauszahnarzt/-innen sehr wichtig.

Falls Behandlungen notwendig sind, hat sich ein frugalistisches Behandlungskonzept mit der Umschreibung „save, solid, simple ...“ als sehr wirksam erwiesen. Häufig lässt die Behandlungssituation im Wohnheim gar keine andere Wahl. Ebenso muss man sich bewusst machen, dass in der Seniorenzahnmedizin andere Maßstäbe gesetzt werden. Der seit 10 Jahren vorhandene reizlose Wurzelrest bei einer 99-jährigen Patientin, die antikoaguliert ist, kann auch belassen und zunächst beobachtet werden. Stark abgenutzte Prothesen, an die der Patient gewohnt ist, können nicht „verbessert“ werden.

Auch hier empfiehlt sich der Ausspruch „start low, go slow“. Beim Einstieg in die aufsuchende Versorgung wird man zunächst vielleicht nicht über kleinere Reparaturen und Unterfütterungen hinauskommen, mit stetiger Übung und Zugewinnen von Sicherheit erweitert sich der Behandlungshorizont von ganz allein. Es geht gar nicht darum, seine eigene Komfortzone schlagartig zu verlassen, sondern sie sukzessiv langsam und stetig durch neue Blasen zu erweitern.

So ein positives Engagement spricht sich schnell herum, sodass auch relativ schnell Angehörige, Ehepartner/-innen, Mitarbeiter/-innen der Senioreneinrichtung zu Ihnen in die Praxis kommen werden.

Gerade bei Angehörigen und Ehepartner/-innen merkt man dann relativ schnell, dass man auch Konzepte der Seniorenzahnmedizin in der eigenen Praxis integrieren sollte und man schnell über eine „Seniorenprechstunde“ nachdenken kann – dies ist aber ein anderes geschlossenes Thema.

Tab. 1 Zeitlinien vom Abschluss der Kooperation bis zur ersten Untersuchung.

Startschuss			I. Untersuchung, 1. WB	II. Pflegeschulung	III. Behandlungen	IV. Untersuchung nächster Wohnbereich
			Januar	Januar	Januar/Februar	Februar
Abschluss eines Kooperationsvertrages	Vortrag bei den Stationsleitungen über das Konzept, Benennen von 2 Mundexpert/-innen je Wohnstation	Schulungen der Mundexpert/-innen, Vermitteln von Grundwissen, und Sensibilisierung für das Thema Mundhygiene	Untersuchungstermin je Wohnstation + Durchführung kleinerer Behandlungen sofort	Besprechung der Pflegedokumentation und des Behandlungsbedarfes sowie bewohnerindividuelle Schulungen	Sobald mehrere Behandlungszustimmungen vorliegen, Durchführung der Behandlungen + Folgetermine	
	Einverständniserklärungen der Angehörigen/Betreuer/-innen/Bewohner/-innen, dass Sie an der zahnmedizinischen Versorgung teilnehmen wollen (durch das Wohnheim)			Einverständniserklärungen der Angehörigen/Betreuer/-innen/Bewohner/-innen, dass notwendige Behandlungen durchgeführt werden		

Das „Warsteiner-Konzept“ in den Grundzügen

Zu jeder Praxis passt ein anderes Betreuungskonzept, das sich im Laufe der Zeit aufgrund zunehmender Erfahrung des Zahnarztes weiterentwickelt. Jedes Konzept hilft auf seine Art und Weise bei der zahnmedizinischen Betreuung von ambulant und stationär Pflegebedürftigen, eine Versorgung ist besser als gar keine Versorgung!

Viele Konzepte entwickeln sich stetig weiter. Das „Warsteiner-Konzept“ wurde „learning by doing“ über 5 Jahre von mir als angestellter Zahnarzt entwickelt, auch mit einigen Irrwegen. Und beim Start in die eigene Selbstständigkeit konnten die nun „fertigen“ Konzepte auf die neuen Kooperationswohnheime einfach übertragen werden (Tab. 1).

Das LWL-Pflegezentrum Warstein steht jüngeren sowie älteren Menschen aller Pflegegrade offen und ist eine Ein-



Abb. 1 Unterzeichnung eines Kooperationsvertrages im LWL-Pflegezentrum Warstein. Der Start einer Kooperation ist auch während der Pandemie möglich.

richtung für Pflegebedürftige nach dem Pflegeversicherungsgesetz. Der fachliche Schwerpunkt liegt in der Betreuung von Menschen mit Demenz-, Sucht- und

psychiatrischen Erkrankungen sowie geistiger Behinderung und hat 150 Pflegeplätze (Abb. 1).

Wann soll ich das denn noch machen?

Natürlich muss man sich für diese Termine feste Zeitblöcke einplanen. Wenn man die aufsuchende Versorgung nebenbei machen möchte oder wenn mal Zeit ist, kann man der Herausforderung nicht gerecht werden und wird selbst schnell frustriert.

Man muss sich die Strukturen, um stressfrei in ihnen tätig zu werden, selbst schaffen. Es geht eben nicht darum, einen Schmerzpatienten im Wohnheim in der Mittagspause aufzusuchen oder den Prothesenbruch nach Feierabend abzuholen, sondern darum, durch eine strukturierte aufsuchende Versorgung die Mundgesundheit nachhaltig zu verbessern.

Im „Warsteiner-Konzept“ wird das Wohnheim immer dann aufgesucht, wenn der Praxispartner größere implantologische Eingriffe vornimmt. Dies minimiert die Unruhe in den Praxisräumen, die Prophylaxe kann weiterlaufen und das „4. Behandlungszimmer“ im Wohnheim steht zur Verfügung. Auch hier sind praxisindividuelle Konzepte denkbar.

Mögliche Zeitfenster für die aufsuchende Betreuung

- 1 Tag pro Monat als „Wohnheimtag“ (Was ist mit kurzfristigen Anforderungen?)
- 1 Vormittag pro Woche
- mittwochnachmittags, wenn Praxisräume anderweitig ausgelastet sind (Implantologie/Narkosen)

Dies kann auch als Tätigkeitsfeld für Wiedereinsteiger/-innen genutzt werden (z. B. nach Schwangerschaft, flexible Arbeitszeiten möglich, da nicht an Praxisstrukturen gebunden) oder für Zahnarzt/-innen im Rentenalter, die gerne noch ein paar Stunden arbeiten möchten.

Welche Eigenschaften sollten Kooperationszahnärzte mitbringen?

- Empathie
- keine Berührungsängste vor pflegebedürftigen Patienten
- „Thinking outside the box“, unkonventionelles Denken, individuelle Lösungen
- Teamfähigkeit, Delegationsfähigkeit
- strukturelles geplantes Vorgehen
- keine Angst/Unwissenheit vor medizinisch anspruchsvollen Patienten

Wie werde ich Kooperationszahnarzt/-ärztin?

Zunächst muss man eine Einrichtung finden, die zu einem passt. Viele Zahnarzt/-innen haben meistens schon einen Fuß in der Tür bei einer Einrichtung, die sie gelegentlich bei zahnärztlichen Problemen anfordert. Hier ist es meistens ein Leichtes, den weiteren Kontakt aufzubauen. Ansonsten empfiehlt es sich immer, per schriftlicher Ansprache Kontakt zur Geschäftsführung und Pflegedienstleitung aufzunehmen.

Welche Einrichtung passt zu mir?

- Praxisnähe (je geringere Anfahrten, desto einfacher zu organisieren)
- Größe der Einrichtung (abhängig davon, wie viel Aufwand ich betreiben möchte)
- Art der Einrichtung (Schwerpunkte Demenz, behinderte Patienten, Abb. 2)
- Interesse der Einrichtung
- Kooperationsbereitschaft der Heimleitung und Mitarbeiter



Abb. 2 Szene aus dem Wohnheim: Demente Patientin hat sich eine Erinnerung an ihre Zimmertür geklebt.

- persönlicher Kontakt über Angehörige

Gerade Desinteresse seitens der Einrichtung ist auf Dauer höchst frustrierend, da eine gute Zusammenarbeit unabdingbar ist. Gerade wenn man das Gefühl hat, dass man eher als Störfaktor angesehen wird, sollte man überlegen, sich einen anderen Kooperationspartner zu suchen, dies sollte auch von Anfang an so kommuniziert werden. Im Heim sind wir Dienstleister/-in, müssen uns in einem Makrokosmos von Dienstleister/-innen integrieren. Man muss sich von der Vorstellung verabschieden „heute komme ich und alles steht für mich still“ – ein ganz anderes Gefühl als in der Praxis.

Gerade die Heimleitungen haben einen ganz anderen Blick auf die Situation und setzen andere Prioritäten, dort zählen fachliche Fortbildungen nicht so sehr. Denkmuster einer Heimleitung sind vielmehr: „Ist die Praxis in der Nähe, kommt der Zahnarzt, wenn ich ihn brauche“, „Macht er seine Arbeit“, „Belegt er Ressourcen des Pflegepersonals“ und gelegentlich auch „Mein Heim hat jahrelang ohne Zahnarzt funktioniert, ich erkenne den Mehrwert nicht“.

Die Geschäftsführung möchte das Potenzial von finanziellen Einsparungen und Entlastungen erkennen und merkt beim Gespräch schnell, ob man sich in der Welt der Pflege bewegt. Deshalb ist es wichtig, das System Wohnheim zu verstehen. Wer ist wann für mich Ansprechpartner, wann rede ich mit der Geschäftsführerin, mit der Pflegedienstleitung (PDL), den Stationsleitungen. Ein essentieller Punkt ist, das Konzept auch bei den Wohnbereichsleiter/-innen vorzustellen und diese mitzunehmen, denn diese sind im operativen Geschäft für die hauptsächliche Organisation unserer Arbeit verantwortlich.

Besonders bewährt hat es sich, schon sehr frühzeitig einen Schulungstermin zu vereinbaren. Die CD „Mundpflege in der Pflege über DGAZ“ ist ein vorgefertigter, erprobter Vortrag, der zur Sensibilisierung der Pflegekräfte für das Thema Mundhygiene führt, und die Notwendigkeit einer regelmäßigen zahnärztlichen Versorgung aufzeigt. Das Ganze sollte ohne erhobenen Zeigefinger funktionieren, da die Zahnärztin sonst als zusätzliche Kontrollinstanz eher als Störfaktor bei den Pflegekräften angesehen wird.

Wichtig ist bei dem Vortrag auch ein erstes Kennenlernen der Mitarbeiter/-innen. Somit bekommt der Zahnarzt auch ein Gesicht für das Haus. Man muss wissen, dass es im Pflegebereich eine hohe Fluktuation des Personals gibt.

Auch die Angehörigen sollten bei einem Angehörigenabend über die verbesserte Versorgungssituation informiert werden. Hier gibt es vereinzelt Vorbehalte, die einfach ausgeräumt werden können, die größte Sorge besteht hinsichtlich zusätzlicher Kosten.

Bilanz

Im Regelfall sind die Pflegekräfte sehr froh, einen festen Ansprechpartner in zahnmedizinischen Fragen zu bekom-

men, ihnen ist es häufig sehr bewusst, dass viel Behandlungs- und Unterstützungsbedarf durch eine Zahnärztin besteht.

Nach mittlerweile mehreren Jahren in der aufsuchenden Betreuung merkt man den deutlichen Unterschied für die Patienten, häufig kann mit einfachen Mitteln ein deutlicher Zugewinn an Lebensqualität und allgemeiner Gesundheit erreicht werden.

Die „notfallmäßige Anforderung“ gibt es durch das präventive Konzept so gut wie gar nicht mehr. Man erfährt eine unglaubliche Dankbarkeit im Wohnheim, die einen die Seniorensprechstunde jeden Tag zufrieden beenden lässt.

Auch ökonomisch lässt sich die aufsuchende Betreuung bei richtiger Konzeption sehr gut organisieren und ist mindestens genauso lukrativ wie die gleiche Zeit in der Praxis, sodass die Seniorenzahnmedizin ein zusätzliches Standbein einer Praxis werden kann.

Gerade im Hinblick auf den demografischen Wandel werden Praxen in Zukunft gar keine andere Wahl haben, als sich mit dem Thema weitblickend auseinanderzusetzen.



Dominic Jäger, M.Sc.

Spezialist für SeniorenzahnMedizin der DGAZ

Zahnärzte Warstein, Dr. Oeder & Jäger
Kreissstraße 66, 59581 Warstein
E-Mail: info@praxis-warstein.de