



Prof. Dr. Ina Nitschke

Senioren – eine heterogene Patientengruppe mit vielen Unbekannten

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Uns ist allen bekannt, dass der demografische Wandel stattfindet und Hand aufs Herz, der eine oder andere von Ihnen hat sicherlich schon überlegt, ob er auch zu dieser viel besprochenen „Baby-Boomer“-Generation gehört, die in ein paar Jahren das deutsche Sozialsystem überlasten wird. Gerade bei diesen Bürgern werden dann die heutigen Versäumnisse der Politik und der Gesellschaft richtig auffallen, wenn nicht in den nächsten Jahren in den verschiedensten Ebenen die Versorgung der Senioren intensiv thematisiert und strukturiert bearbeitet wird.

Besonders in der medizinischen Versorgung ist die Chancengleichheit zum Zugang zur medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung für die älteren Bürger zu gewährleisten. Das Versorgungsangebot sollte präventive und kurative Leistungen beinhalten. Es ist erstrebenswert, dass sich die Deutschen, die das Sozialsystem finanzieren, darauf verlassen können, dass im Alter für sie eine gute Versorgung, auch bei Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit, vorhanden ist. Für die fitten Senioren, die wir teilweise nicht erreichen, da sie ständig unterwegs sind, sollte genauso ein zahnmedizinisches Präventionsangebot vorliegen, wie für die gebrechlichen, die wir nach und nach aus den Praxen verlieren. Sicherlich, einige versterben, aber oft trauen sich die älteren Menschen mit zunehmender Gebrechlichkeit nicht mehr gern aus dem Haus. Bei den über 85-Jährigen sinkt der Anteil derer, die den Zahnarzt im letzten Jahr aufgesucht haben, unter 60 % und der Anteil derer, die über 5 Jahre den Zahnarzt nicht aufgesucht haben, steigt massiv an [2]. Bei rund 60 % der über 95-Jährigen war der letzte Zahnarztbesuch länger als fünf Jahre her [2]. Der manchmal auch anstrengende Zahnarztbesuch wird einfach weggelassen, mit dem Argument: „Heute fühle ich mich nicht so gut, ich gehe zum Zahnarzt, wenn es mir wieder besser geht“. Dieses Verhalten tritt beim Arzt weniger auf, da hier die lebenswichtigen Medikamente verschrieben werden und die Notwendigkeit zur ärztlichen Kontrolle eher akzeptiert ist als die zur zahnärztlichen Kontrolle. Hier müssen wir Zahnärzte uns fragen, ob wir es versäumt haben, die heute Älteren, egal ob fit oder gebrechlich, für die Wichtigkeit

der Mundgesundheit als Teil ihrer Gesundheit zu interessieren? Weisen wir ausreichend die Erwachsenen mittleren Alters heute darauf hin, wie wichtig auch die zahnmedizinische Prävention im Alter ist? Senioren sollten den kontrollorientierten Zahnarztbesuch genauso ernst nehmen, wie ihre regelmäßigen Untersuchungen bei ihrem Arzt. Hier ist intensive Aufklärungsarbeit im Bereich der Seniorenverbände und bei den Ärzten zu leisten.

Bevor wir zu anderen ärztlichen Disziplinen schauen, sollten wir uns aber auch die Frage beantworten, ob wir Zahnärzte für die Heterogenität der Senioren in unseren Zahnarztpraxen gerüstet sind? Nur vier von 30 Universitäten unterrichten in Deutschland das Fach Seniorenzahnmedizin theoretisch und praktisch [1]. Nicht jede Universität hat einen Spezialisten für Seniorenzahnmedizin beschäftigt, der eine Ausbildung in der Seniorenzahnmedizin fächerübergreifend für das Zentrum entwickeln und etablieren könnte [1]. Es ist erfreulich, dass auch eine Arbeitsgruppe zum Thema Medizin und Zahnmedizin des Alters in die Entwicklung des Nationalen Lernzielkatalog aufgenommen wurde [1].

Falls sich ein Zahnarzt dieser Patientengruppe widmen möchte, sollte er kritisch hinterfragen, ob seine Praxis und sein Team auf die Senioren eingerichtet sind. Können sich die Senioren in seiner Praxis wohlfühlen, sich darauf verlassen, dass das Personal weiß, dass sie ab und zu etwas vergessen oder öfters zur Toilette begleitet werden müssen?

Auch stellt sich die Frage, ob und wie wir die Ärzteschaft einbinden können, uns bei der Versorgung der Betagten und Hochbetagten zu unterstützen. Schon allein die Frage an den Patienten, wann waren sie das letzte Mal beim Zahnarzt, mündlich oder im Anmeldebogen, zeigt dem Patienten, dass es dem Arzt wichtig ist, dass der Zahnarzt regelmäßig aufgesucht wird. Kontakte zu den Allgemeinmedizinerinnen und Hausärzten sollten im Alltag als auch über die Fachgesellschaften von den Zahnmedizinerinnen gesucht, gepflegt und für das zahnmedizinische Anliegen genutzt werden.

Im Dezember 2009 waren 2,34 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). 83 % der Pflegebedürftigen waren 65 Jahre und älter; 85 Jahre und älter waren 35 % [3].

Rund 70 % der Pflegebedürftigen wurden zu Hause versorgt, die anderen (717.000) wurden in Pflegeheimen betreut [3]. Die Anzahl der in Heimen vollstationär Versorgten ist von 2007 zu 2009 um +4,6 % (31.000) gestiegen [3]. Die Pflege zu Hause verzeichnet eine Zunahme um +5,4 % (83.000) [3]. Überdurchschnittlich hoch ist dabei die Zunahme bei den durch ambulante Pflegedienste Betreuten um +10,1 % (51.000) [3]. Wissenschaftler der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ) und der Arbeitsgemeinschaft für zahnärztliche Behindertenbehandlung im Berufsverband Deutscher Oralchirurgen (BDO) haben gemeinsam mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KBZV) und der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) die zentralen Forderungen eines Versorgungskonzeptes mit dem Titel „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ entwickelt. Mit dem Konzept sollen Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen zukünftig Anspruch auf besondere präventive zahnmedizinische Leistungen ihrer Krankenversicherung haben, wenn sie zur täglichen Mundhygiene nicht ausreichend in der Lage sind. Da viele Patienten aufgrund ihrer geistigen oder körperlichen Einschränkungen nicht in die Zahnarztpraxis kommen können, soll außerdem die aufsuchende Betreuung durch den Zahnarzt gefördert werden. Zurzeit sind alle beteiligten Organisationen dieses Konzeptes dabei, der Politik und den Krankenversicherungen, die Notwendigkeit der Umsetzung bzw. Finanzierung dieses Konzeptes nahezubringen. Modellprojekte haben gezeigt, dass es gute Versorgungsmöglichkeiten für die Pflegebedürftigen gibt. Sollten die Politiker die Voraussetzungen schaffen und der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Finanzierung für die aufsuchende Betreuung zur Verfügung stellen, wäre diese in den Alterseinrichtungen durch eine gute Organisation für die Zahnärzteschaft zu realisieren. Schwierig wird es mit den Pflegebedürftigen, die zuhause in ihrer eigenen Wohnung leben. Hier wird es eine Herausforderung für die Zahnärzteschaft sein, ausreichend gerostomatologisch aus- und fortgebildete Zahnärzte für die Hausbesuche zur Verfügung zu haben.

Abschließend ist noch ein Blick in die gerostomatologische Forschungslandschaft zu werfen, die in Deutschland sehr überschaubar ist. Auffällig ist, dass in einigen zahnmedizinischen Studien die ältesten Studienteilnehmer oft als eine Gruppe zu-

sammengefasst werden, z. B. 65 Jahre und älter, ohne einen Hinweis zum Altersmedian und Range dieser Gruppe. Eine wissenschaftliche Aussage für diese Gruppe ist dann nicht zu machen, da der Leser nicht weiß, ob es sich um eine fitte Seniorengruppe, die gerade ins Rentenalter eingetreten ist, oder um eine gemischte Gruppe, die auch 90- oder 100-Jährige berücksichtigt, handelt. An dieser Stelle soll auch kritisch die Frage aufgeworfen werden, ob manchmal die Senioren aus den Studien ausgeschlossen werden, da es schwierig ist, Studienteilnehmer mit hohem Alter zu rekrutieren. Diese Altersdiskriminierung aufgrund des höheren Studienaufwandes ist nicht mit den zukünftigen Wissens- und Versorgungsansprüchen vereinbar, da die Senioren in Zukunft eine große Patientengruppe in den deutschen Zahnarztpraxen sein werden. Eine aufgrund der finanziellen Ressourcen verständliche Altersbeschränkung sollte nicht gepaart mit wissenschaftlicher Bequemlichkeit die Senioren, die vier Lebensjahrzehnte vereinen, aus der Studienlandschaft ausgrenzen.

Es gibt somit in der zahnmedizinischen Versorgung der Betagten und Hochbetagten viele Aufgaben in den verschiedensten Bereichen unseres Faches zum Wohle der Senioren zu bearbeiten. Jeder von uns kann in seinem privaten und beruflichen Umfeld dazu beitragen, dass die Lebenswelt der Senioren freundlich und auch mit körperlichen sowie kognitiven Einschränkungen zuverlässig gut ist. Wir als Zahnmediziner können in unserem Berufsfeld viel gestalten. Auch wenn der eine oder andere von Ihnen die Auffassung vertritt: „Altern – verschieben wir's auf später“, sollten wir uns bewusst sein, dass wir uns heute aktiv in die Veränderung und Gestaltung der Lebenswelt der Senioren einbringen können. Später, als Nutzer des Versorgungssystems, wird es schwierig, Veränderungen herbei zu führen.

In diesem Sinne, packen wir es an!

D77

Prof. Dr. Ina Nitschke, MPH
Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin

Literatur

1. Kunze J, Reiber T, Nitschke I: Zur Integration der Seniorenzahnmedizin in die prägraduale Lehre in Deutschland. Dtsch Zahnärztl Z 67, 21–31 (2012)
2. Nitschke, I: Zur Mundgesundheit von Senioren – ein epidemiologischer Überblick über ausgewählte orofaziale Erkrankungen und ihre longitudinale Betrachtung. Habilitationsschriften der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Quintessenz-Verlag, Berlin 2006
3. Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden 2009