

Reiner Biffar, Thomas Klinke-Wilberg

Gesundheit der Älterwerdenden und Inanspruchnahme ärztlicher Dienste – zahnmedizinische Konsequenzen und Aufgaben

Seniorenmedizin beginnt bereits am Übergang zum Rentenalter mit den 55-Jährigen. Erkrankungen in diesem Alter haben eine hohe volkswirtschaftliche Relevanz und stehen am Beginn der Karriere der Multimorbidität. Durch frühzeitige Detektion subklinisch auffälliger Befunde können gezielte Präventionsmaßnahmen anempfohlen werden und der Verlauf beeinflusst werden. Die Inanspruchnahme des Zahnarztes ist bis zum 65. Lebensalter deutlich höher als die des Allgemeinmediziners. Der Zahnarzt sollte in die allgemeine Präventionsstrategie mit einbezogen werden, um Effekte zu potenzieren. Der Erfolg der Zahnmedizin in der Prävention führt bei Senioren zu einem höheren Zahnerhalt. Mehr Zähne, komplizierter Zahnersatz und der Eintritt der Multimorbidität mit dem Verlust der Mobilität erfordert neue Strategien vom Zahnarzt, die erarbeitet, erprobt und dem Gemeinwesen gegenüber vermittelt werden müssen.

Ausgangssituation

Älterwerden ist ein normaler und unaufschiebbarer Prozess von Veränderungen des Menschen. Alterungs- und die daraus erwachsenden Veränderungsprozesse sind Teil unseres Lebensbogens. So ist das Alter keine Krankheit. Stück für Stück wächst jeder Mensch in diesen Lebensabschnitt hinein. Gesund zu sein, dies zu bleiben und solange es geht das eigene Leben selbstbestimmt zu führen, sind Urwünsche des Menschen. Die Veränderungen von Körper und Geist gehen allmählich und im Anfang unbemerkt vor sich. Atmung, Verdauung, Immunsystem, Sinnesorgane, Schlafverhalten und vieles Anderes verändern sich. Nach Füsgen⁶ reduzieren sich bei 75- bis 80-Jährigen im Vergleich zu 30-Jährigen die Organfunktionen bei der zerebralen Zirkulation auf 80 %, das Herzschlagvolumen in Ruhe auf 70 %, die Anzahl der Nervenfasern auf 63 %, die Geschmacksknospen auf 35 %, die Sauerstoffaufnahme auf 40 %, die Vitalkapazität auf 56 %, Handmuskelpkraft auf 55 % und Muskelmasse auf 70 %. Kurzfristige Spitzenleistungen reduzieren sich auf 40 % des 30-Jährigen. Kurz gefasst: die Leistungsfähigkeit und -kapazität reduziert sich.

Baltes und Smith¹ beschreiben die dritten und vierten Lebensalterabschnitte der Senioren. Die 80- bis 85-Jährigen haben ein beträchtliches

latentes Potential für bessere Fitness und in Kohortenstudien zeigen sie eine deutliche Zunahme körperlicher und geistiger Fitness. Es besteht in diesem Altersabschnitt in der Regel ein hohes Niveau des emotionalen und persönlichen Wohlbefindens. Die Senioren haben effektive Strategien beim Meistern von Gewinnen und Verlusten des Alterns entwickelt. Im vierten Lebensaltersabschnitt ab einem Alter von ungefähr 85 Lebensjahren setzt ein beträchtlicher Verlust des kognitiven Potentials und der Lernfähigkeit ein. Die Senioren zeigen vermehrt Anzeichen von Stress und eine beträchtliche Demenzprävalenz. Das Niveau der Gebrechlichkeit, Dysfunktionalität und Multimorbidität steigt. Dieser schleichende Übergang wird nicht nur von einer physiologischen Reduzierung von Körperfunktionen begleitet, vielmehr sind der Zutritt von oft parallel ablaufenden Krankheitsprozessen und der Eintritt in einen multimorbiden Status der Auslöser für diese Altersgebrechlichkeit. Die Trennung zwischen physiologisch und pathologisch gelingt im Alter zunehmend schwerer, da einerseits eine nicht erkrankte Kontrollgruppe mit steigendem Alter schwerlich zu finden ist und die Endlichkeit des Lebens eine unabweisbare Tatsache ist.

So ist letztlich jedoch nicht das kalendarische Alter für Beurteilungen entscheidend. Die Begriffe vom jungen

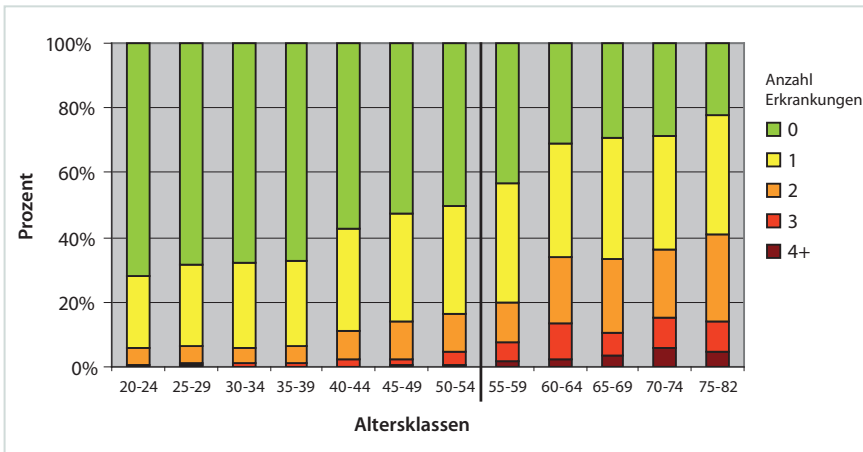


Abb. 1 Anzahl der Erkrankungen in Prozent bei den SHIP-Probanden. Die folgenden Erkrankungen wurden pro Proband addiert: Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes, Nierenerkrankung, chronische Bronchitis, Arthritis, degenerative Arthropathien, Osteoporose, Magenulkus, Pankreatitis, gastrointestinale Blutung, Migräne, Schilddrüse, Malignom, Multiple Sklerose, Parkinson [Grabe].

auf das 12-fache zu den 55–59-Jährigen an. Dies bedeutet einen Spitzenwert von 9,8 Arbeitsunfähigkeitstagen je Pflichtmitglied. Alle anderen Erkrankungsbereiche zeigen nur einen schwachen Anstieg zum Gipfel bei 55–59-Jährigen. Neben dem großen volkswirtschaftlichen Problem zeigt dies auch die erhebliche Last der individuellen Lebensbewältigung durch chronische Erkrankungen. So wird bereits in diesem Altersbereich merklich die Frage nach externer Assistenz im Einzelfall gestellt werden und die Karriere multimorbider Erkrankungsformen beginnt.

Die Krankheitslast der Senioren

Alten und vom alten Alten oder vom Go-Go, Slow-Go und No-Go zeugen davon, dass die Leistungskapazitäten und -reserven des Einzelnen seine Teilhabe am allgemeinen Leben bestimmen und das kalendarische Alter keine gute Orientierung bietet. Die Frage erhebt sich, ab wann dieser Alterungsprozess bereits für den Einzelnen oder im Überblick der Gesellschaft sichtbar ist. Hier gilt es einen Blick in die ältere Arbeitnehmerschaft in Deutschland zu richten, denn der Prozess des Älterwerdens beginnt nicht erst mit dem Eintritt des Rentenalters.

Der ältere Arbeitnehmer

Anhand einer Statistik des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales aus dem Jahr 2009⁵ kann gezeigt werden, dass mit dem Alter der Arbeitnehmer kontinuierlich steigend die Zahl der verordneten Arbeitsunfähigkeitstage pro Krankheitsfall ansteigt. Bei Dreißigjährigen liegt diese um die 10 bis 11 Tage und steigt bei den 50–54-Jährigen auf bis zu 16 AU-Tage an. Ein deutlicher Sprung tritt zu den 55–59-Jährigen mit 19 AU-Tagen und den 60–64-Jährigen

Arbeitnehmern mit 23 AU-Tagen ein. Hier kann bereits vor Eintritt des Rentenalters eine beginnende Progression von Krankheit über den Proxy der Arbeitsunfähigkeitstage konstatiert werden.

Im BKK Gesundheitsreport 2012⁴ stehen für Männer und Frauen mit Abstand die Rückenschmerzen [ICD M54] an erster Stelle. Die Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems betragen im Bundesgebiet 2011 bei Männern 481 Tage und bei Frauen 368 Tage je 100 Pflichtmitglieder. Mit deutlichem Abstand folgen die Psychischen Erkrankungen mit 295 AU Tagen je 100 weibliche Pflichtmitglieder und 183 je 100 männliche Pflichtmitglieder. An dritter Stelle stehen die Erkrankungen des Atmungssystems mit 220 AU-Tagen bei Männern und 236 AU Tagen bei Frauen. Verdauungssystem, Kreislaufsystem und Neubildungen folgen dann mit Werten zwischen 47 und 91 AU-Tagen je 100 Pflichtmitglieder. Deutlich wird, dass im Vergleich der Altersklassen untereinander sich ein Gipfel bei den 55–59-Jährigen bezüglich der Muskulo-Skelettalen Erkrankungen entwickelt hat. Im Vergleich zu den jüngsten Arbeitnehmern steigt diese Krankheitslast

Die Morbidität kann auch anhand der Arzneimittelverordnungen im Gesundheitsreport der BKK 2012⁴ abgelesen werden. 55–59-Jährige erreichen mit den Arzneimittelverordnungen einen Anteil an den Versicherten der BKK von im Mittel 77 %. Bei über 75-Jährigen steigt dies auf ein relatives Plateau im Mittel von 92,8–95 %. Dies deckt sich weitgehend mit den ambulanten Diagnosen, die von 90,8 % (55–59 Lebensjahre) auf 95,7–97,2 % (75+ Lebensjahre) als Anteil an den Versicherten steigen. Bei den über 65-Jährigen Versicherten der BKK erhalten dreiviertel der Versicherten ein Herz-Kreislauf-Medikament. Medikamente gegen Stoffwechselerkrankungen und Krankheiten des alimentären Systems werden mit einem Anteil von 46,3 % und gegen Muskel-Skeletterkrankungen mit einem Anteil von 40,8 % der Versicherten verordnet.

Die Multimorbidität über das Alter wurde in der Arbeit von Grabe et al.⁷ für die bevölkerungsrepräsentative SHIP Kohorte aufgelistet (Abb. 1). Es wurden die Erkrankungen Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes, Nierenerkrankungen, chronische Bronchitis, Arthritis, degenerative Arthropathien, Os-

teoporose, Magenulkus, Pankreatitis, gastrointestinale Blutung, Migräne, Schilddrüsenerkrankungen, Malignom, Multiple Sklerose und Parkinson aufaddiert. Sind bei den 55–59-Jährigen noch 50,4 % ohne Krankheitsdiagnose fällt dies bei den 75+-Jährigen auf 22 %. Zwei oder drei Erkrankungen haben bei den 55–59-Jährigen 18 %. Dies steigt bei den 65–69-Jährigen auf 29,8 % und erreicht für die über 75-Jährigen 36,6 %. Vier und mehr Erkrankungen haben bei den 65–69-Jährigen 3,3 % und bei den über 75-Jährigen 4,4 %.

In den Rentengenerationen sind somit ungefähr ein Drittel in der Bevölkerung als multimorbide einzuschätzen und dies mit steigender Tendenz über das Alter. Die Werte in SHIP liegen unter denen des BKK-Gesundheitsreport von 2012. Dieser Unterschied ist aus der Bevölkerungsrepräsentativität der SHIP Kohorte zu erklären, die aufgrund der Stichprobenziehung über das Einwohnermelderegister die Darstellung der latenten Morbidität sowohl für medizinischen als auch zahnmedizinische Erkrankungen erlaubt. Die Zahlen aus dem BKK Gesundheitsreport beziehen sich auf die abgerechnete Morbidität und die Grundgesamtheit der Versicherten und sind damit durch einen höheren Bias als die SHIP-Daten behaftet. So wird die Multimorbidität in einer Versichertenkohorte und über abgerechnete Diagnosen überschätzt.

Deutlich wird, dass die Last der Multimorbidität mit dem Alter deutlich zunimmt. Der rein rechnerische Anstieg der Multimorbidität wird in den höheren Altersgruppen durch die steigende Mortalität reduziert und damit unterschätzt.

Entwicklung der Inanspruchnahme

Entscheidend für ein Monitoring der Gesundheit, der Prävention und der frühen Einleitung von therapeutischen

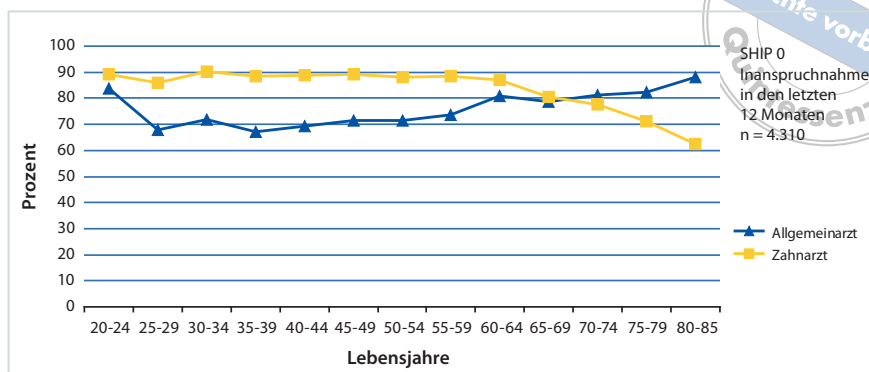


Abb. 2 Inanspruchnahme von Allgemeinarzt und Zahnarzt in den letzten 12 Monaten (SHIP 0).

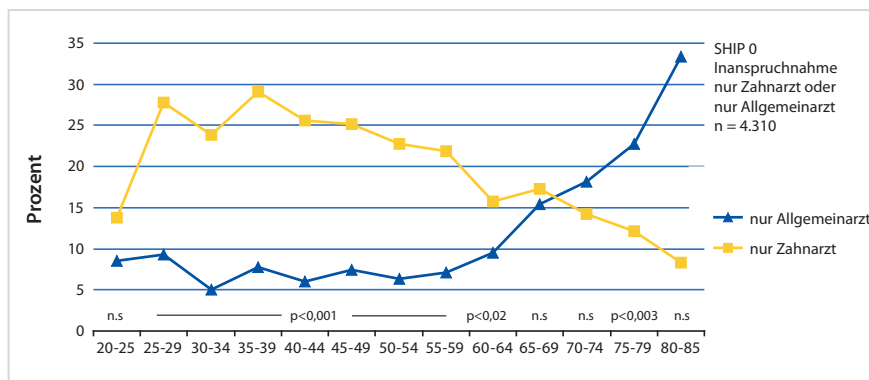


Abb. 3 Alleinige Inanspruchnahme von Allgemeinarzt oder Zahnarzt (SHIP 0) [n.s. = statistische nicht signifikant].

Maßnahmen ist der Kontakt der Bevölkerung zu Ärzten und Zahnärzten. Gerade durch die Detektion subklinischer Befunde, bzw. das Erkennen individueller Risiken kann über frühzeitige Interventionen in präventiven Strategien der Ausbruch manifester Erkrankungen verschoben oder sogar verhindert werden. Allgemeinarzt und Zahnarzt stehen hier in vorderster Front bezüglich des Zugangs zur allgemeinen Bevölkerung. Für den Zahnarzt ist von Vorteil, dass für den Patienten der präventive Aspekt beim Zahnarzt über die Erhaltung der Mundgesundheit mehr selbstverständlich ist, als wenn Patienten mit einem Anliegen den Allgemeinarzt aufsuchen. Bei populationsbasierten Auswertungen³ wird erkennbar, dass die zahnärztliche Profession bis zum 65. Lebensjahr einen deutlich stärkeren Zugang zur

allgemeinen Bevölkerung hat als der Allgemeinmediziner (Abb. 2). Die Inanspruchnahme liegt fast konstant in den Altersklassen 25–59 Lebensjahren um 20 % höher als beim Allgemeinmediziner. Nach dem 70. Lebensjahr kehrt sich dieses Verhältnis langsam um. In diesem Altersbereich wird der Allgemeinmediziner zunehmend mehr frequentiert und der Zahnarzt verliert vergleichsweise aus Sicht des Patienten an Bedeutung oder das Aufsuchen des Zahnarztes wird zur unüberwindlichen Hürde.

Werden ausschließlich die Probanden betrachtet, die entweder nur den Allgemeinmediziner oder nur den Zahnarzt aufsuchen, kann dieser Unterschied noch deutlicher herausgearbeitet werden (Abb. 3). In den Altersstraten 25 bis 59 Jahren wird ein Anteil von 20–30 % in der Bevölkerung

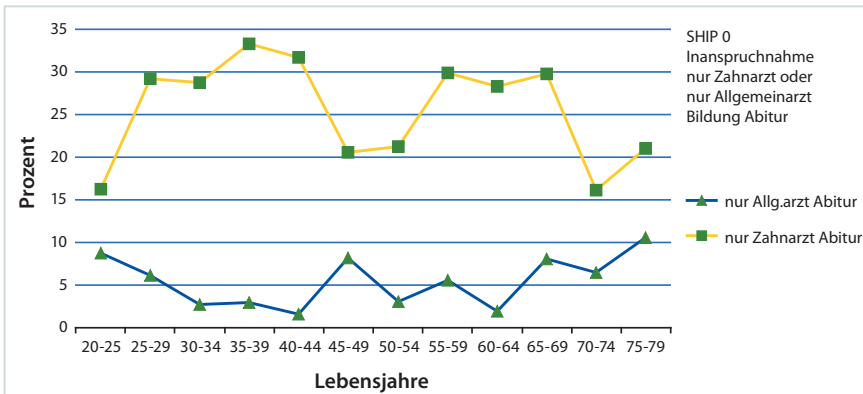


Abb. 4 Alleinige Inanspruchnahme von Allgemeinarzt oder Zahnarzt für Probanden mit Bildungsabschluß Abitur (SHIP 0).

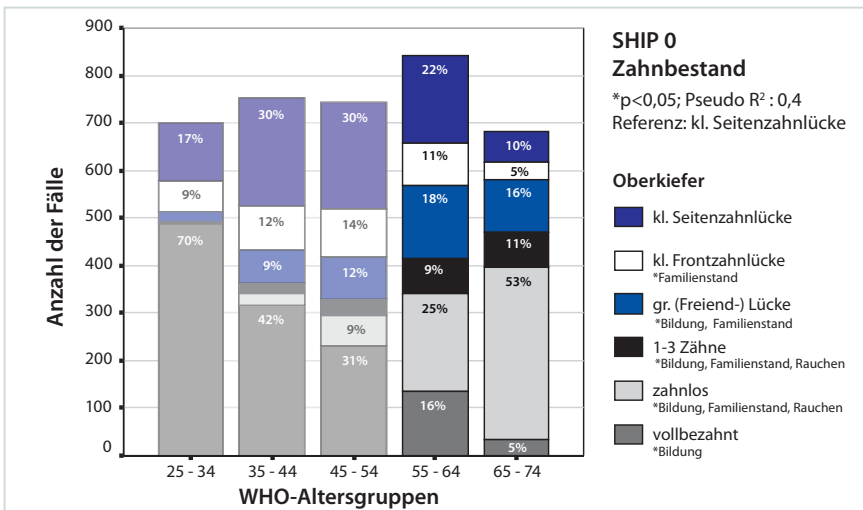


Abb. 5 Verteilung des Zahnbestandes im Oberkiefer der SHIP Kohorte in den WHO-Altersklassen, Einteilung nach Mundt⁹. Logistische Regression: Signifikante Einflussfaktoren Bildung, Familienstand und Rauchen.

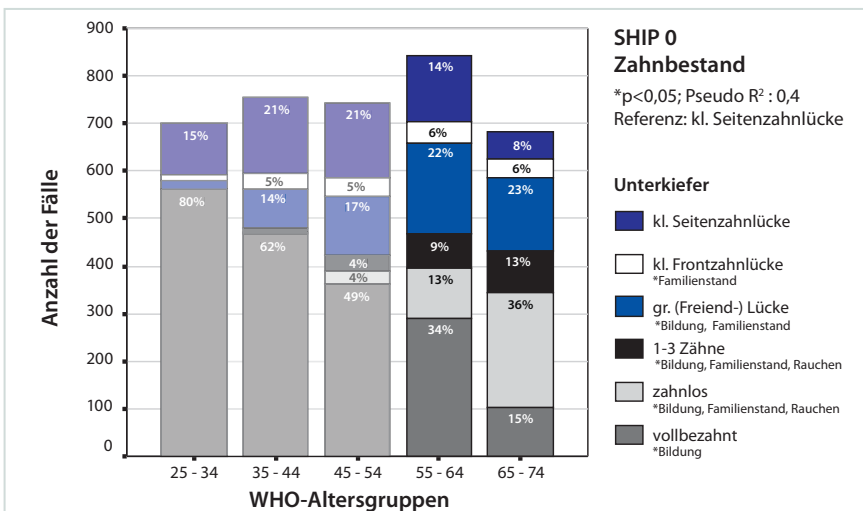


Abb. 6 Verteilung des Zahnbestandes im Unterkiefer der SHIP Kohorte in den WHO-Altersklassen, Einteilung nach Mundt⁹. Logistische Regression: Signifikante Einflussfaktoren Bildung, Familienstand und Rauchen.

ausschließlich durch den Zahnarzt gesehen. Dies sinkt ab dem 65. Lebensjahr. Der Allgemeinmediziner erreicht alleinig signifikant einen größeren Anteil in der Altersgruppe der 75–79-Jährigen. Wird die Auswertung nur auf die Probanden mit dem Bildungsabschluss Abitur eingegrenzt, wird erkennbar, dass mit einem höheren Bildungsabschluss das Verhältnis zwischen denjenigen, die nur den Zahnarzt aufsuchen, und denjenigen, die nur den Allgemeinmediziner aufsuchen, sich im Alter nicht umkehrt (Abb. 4). Hier liegen die alleinigen Inanspruchnahmen nur des Zahnarztes in den Altersgruppen 55 bis 69 Lebensjahren knapp unter 30 % und bleiben auch für die 70–74-Jährigen oberhalb 15 %, bzw. für die 75–79-Jährigen oberhalb 20 %. Die alleinige Inanspruchnahme des Allgemeinmediziners liegt dagegen unter 10 % in allen Altersklassen. So werden ca. 15–30 % der gebildeten Bevölkerung nur durch den Zahnarzt erreicht. Erstaunlich ist, dass dies sich selbst in das höhere Lebensalter fortsetzt. Dies ist Ausdruck der Assoziation zwischen dem Bildungsgradient und dem individuellen Grad an Gesundheit in der Bevölkerung. Eine höhere Bildung ist allgemein protektiv, die Gesundheit zu erhalten. Allerdings lässt dieser Zusammenhang auch den Schluss zu, dass bei der gebildeten Bevölkerung das potentielle Risiko besteht, dass subklinische oder klinisch manifeste Befunde nicht früh genug erfasst werden könnten. Insgesamt zeigt sich, dass der Zahnarzt einen wichtigen Zugang bezüglich allgemeiner Präventionsmaßnahmen bieten könnte, der durch den Allgemeinmediziner nicht in gleichem Maße erfüllt werden kann.

Zahnbestand der Senioren

Die Zahl der Vollbezahnten sinkt in der populationsbasierten Studie SHIP 0² über das Alter sowohl für den Oberkie-

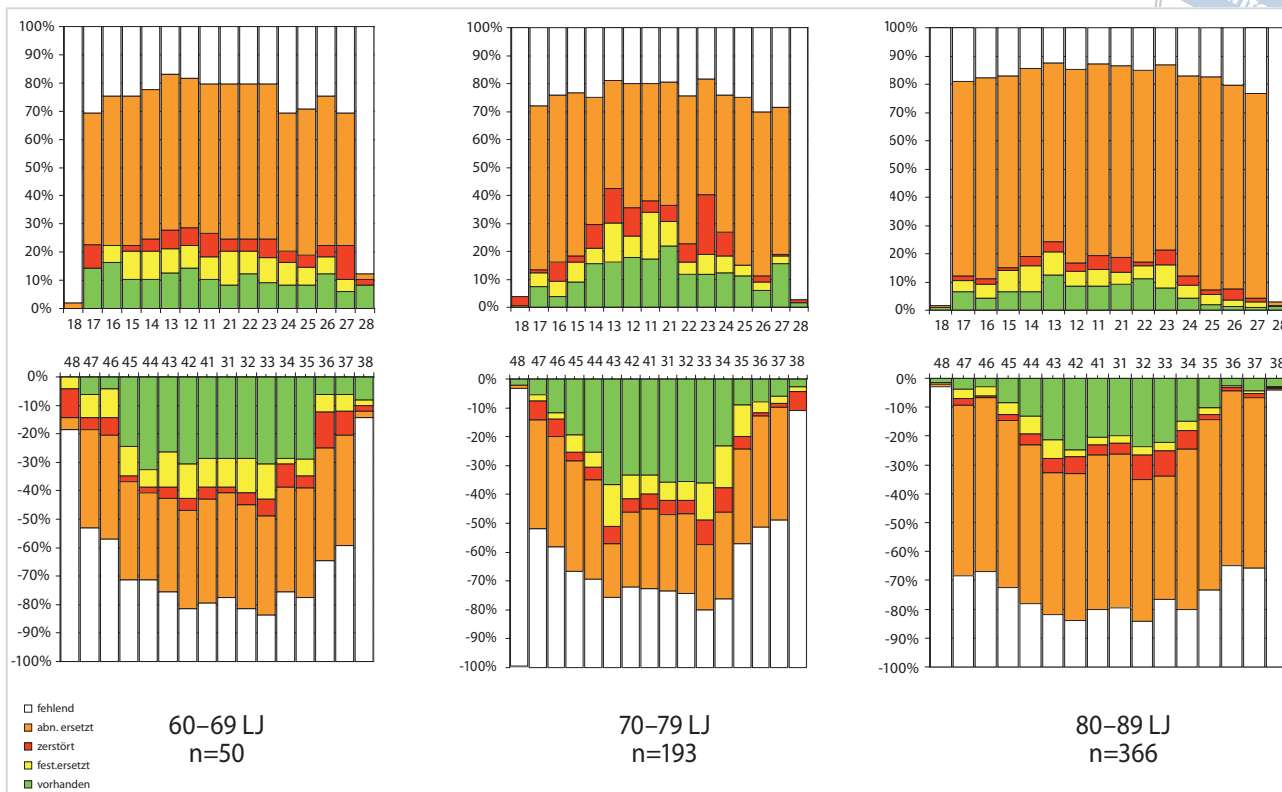
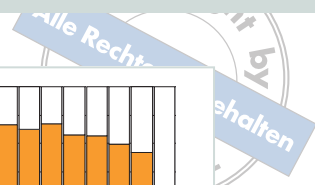


Abb. 7 Zahnbestand und Versorgung von 611 Patienten aus sieben Altersheimen in Schwerin. Darstellung der drei mittleren Alterskohorten für Ober- und Unterkiefer.

fer (Abb. 5) als auch für den Unterkiefer (Abb. 6). 25% der 55–64-Jährigen und 53% der 65–74-Jährigen sind zahnlos im Oberkiefer und 13% der 55–64-Jährigen und 36% der 65–74-Jährigen sind zahnlos im Unterkiefer. Die gewählte Klasseneinteilung von Mundt⁹ reflektiert Indikationsklassen für die prothetische Versorgung und erlaubt eine Abschätzung eines potentiellen Versorgungsbedarfs. So ist der Anteil der Senioren mit Zähnen deutlich und bei den 65–74-Jährigen haben im Oberkiefer 36% und im Unterkiefer 51% mehr als 3 Zähne. Dies bedeutet, dass auch in der Zukunft diese Probanden für eine kontinuierliche Prävention zum Zahnerhalt anstehen werden. Auch kann potentiell aufwendigere zahnärztliche Behandlung notwendig werden. Aufgrund dieser Daten ist zu vermuten, dass der Verlust der Zähne im Unterkiefer langsamer erfolgt als dies

im Oberkiefer der Fall zu sein scheint. Dies deckt sich mit den Erfahrungen der klinischen Zahnmedizin. Mit Hilfe der logistischen Regression ist der signifikante Einfluss von Bildung als Confounder auf eine Reihe von Zahnbeständen nachzuweisen. So steht auch bei den Senioren der Zahnerhalt in Assoziation zum Bildungsgrad. Für die Klassen „1–3 Zähne“ und „zahnlos“ ist der Einfluss des Rauchens als Risiko evident. Dass Zähne und deren Ersatz das Mortalitätsrisiko senken können, konnte durch Schwahn et al.¹⁰ mit Hilfe der longitudinalen SHIP Daten erstmalig belegt werden.

In sieben Schweriner Altersheimen wurden über einen dreijährigen Zeitraum seit 2009 Befunde erhoben und die Arbeitslast der Patenzahnärzte erfasst⁸. Diese Studie wurde in Kooperation mit der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern durch-

geführt. Insgesamt wurden in diese Studie 611 hospitalisierte Senioren in sieben Altersheimen in Schwerin aufgenommen. In Abbildung 7 sind für die Altersgruppen von 60 bis 89 Jahren die Zahnbestände pro Zahnposition in 10 Jahresaltersklassen dargestellt. Bei diesen hospitalisierten Senioren ist zwar ein deutlicher Anteil an abnehmbarem Zahnersatz und an fehlenden und nicht ersetzten Zähnen festzustellen, jedoch wird auch erkennbar, dass – aufgezeigt durch die zerstörten und kariösen Zähne – ein erheblicher zahnärztlicher Behandlungsbedarf besteht. Deutlich erkennbar ist der höhere Zahnverlust im Molarenbereich für den Unterkiefer, während im Oberkiefer der Zahnverlust sich doch mehr gleichförmig über alle Zähne erstreckt. Auch ist die Zahnretention im Unterkiefer höher als im Oberkiefer. Dies deckt sich größtenteils mit den populations-

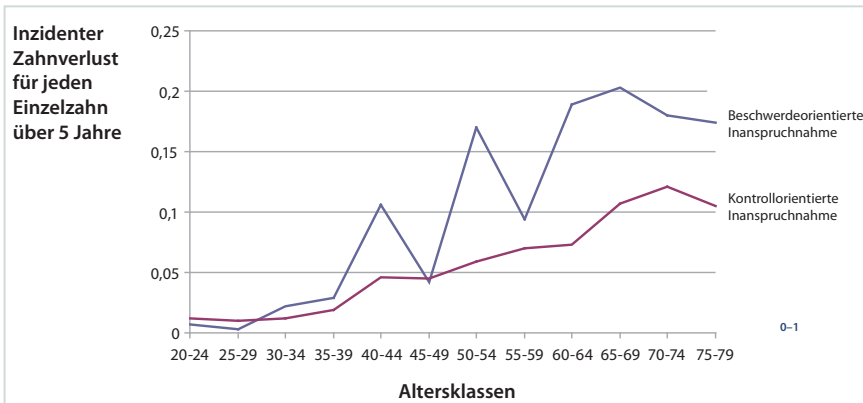


Abb. 8 Inzidenter Zahnverlust für jeden vorhandenen Einzelzahn über einen Zeitraum von 5 Jahren für Probanden mit beschwerdeorientierter oder kontrollorientierter Inanspruchnahme. Auswertungen von SHIP 0 und 5 Jahres-FollowUp SHIP 1³.

basierten Daten, wenn berücksichtigt wird, dass es sich bei hospitalisierten Senioren in der Regel, um die Senioren mit insgesamt erhöhter Krankheitslast und damit höheren Morbidität handelt. Die Mundsituation spiegelt die Allgemeinsituation. Dies wird allein schon dadurch erkennbar, dass die jüngeren Senioren zwischen 60–69 Lebensjahren einen geringeren Zahnerhalt haben als die Gruppe der 70–79-Jährigen. In den Seniorenheimen kumulieren bezüglich der Morbidität die Patienten der Risikogruppen.

In einer letzten Betrachtung soll die Frage nach dem altersabhängigen inzidenten Zahnverlust aufgerufen werden. Durch die FollowUp Untersuchungen der SHIP Kohorte kann die Veränderung über die Zeit bei denselben Probanden beobachtet werden. In Abbildung 8 wird deutlich, dass ein klarer Unterschied im Zahnverlustisiko zwischen einem beschwerdeorientiertem und kontrollorientiertem Inanspruchnahmeverhalten über einen Zeitraum von 5 Jahren besteht. Die Verlustrate pro Zahn steigt mit dem Alter kontinuierlich an. Es zeigt sich aber auch, dass durch die regelmäßige Kontrolluntersuchung die Zahnverlustrate pro Zahn fast halbiert werden kann. Insbesondere ist dieser Unterschied

für die Senioren erheblich. Somit profitieren gerade die Senioren ab dem 60. Lebensjahr erheblich von einer kontrollorientierten Inanspruchnahme. Bei 60–64-Jährigen liegt ein potentieller Zahnverlust bei 0,19 Zahn pro vorhandenem Zahn und beim 75–79-Jährigen bei 0,17 Zahn pro vorhandenem Zahn und einem kontrollorientierten Inanspruchnahmeverhalten vor.

Konsequenzen und Fragestellungen für die Zahnmedizin

In der Gesamtschau der hier dargestellten Ergebnisse ergeben sich einige richtungsweisende Konsequenzen aber auch Fragestellungen, die bisher nur im Ansatz aufgerufen worden sind und einer Lösung erst zugeführt werden müssen.

Der Übergang zum Alter beginnt mit dem Älterwerden bereits deutlich vor Eintritt des Rentenalters. Erkennbar wird dies mit einer beginnenden Krankheitshäufung um das 55. Lebensalter. Dies wird sichtbar durch ein Ansteigen der Arbeitsunfähigkeitstage, die über die Krankenkassen für Arbeitnehmer registriert werden. In erster Linie sind dies Erkrankungen des Bewegungs-

apparates und des Formenkreises der Depression. Atmungssystem, Kreislaufsystem und Neubildungen folgen dann in dieser Reihenfolge auf den nächsten Plätzen. Die volkswirtschaftlichen Auswirkungen sind immens. Doch auch der einzelne Betrieb muss heute seine älteren Arbeitnehmer im Arbeitsprozess halten, denn junge Arbeitnehmer mit guter fachlicher Qualifikation stehen aufgrund des demographischen Wandels nicht in ausreichendem Maße als Ersatz mehr zur Verfügung. So wird der Erhalt der Gesundheit älterer Arbeitnehmer zum Problem für die Standortsicherung in der Wirtschaft. Insbesondere vor dem Hintergrund des steigenden Renteneintrittsalters und der Leistungsreserve der Gesellschaft durch Senioren bleibt dieses Thema in der Diskussion.

Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems werden zwar bei der Medikamenteneinnahme sichtbar, scheinen aber noch nicht im gleichen Maße die Leistungsfähigkeit der Bevölkerung im letzten Jahrzehnt des Arbeitsprozesses einzuschränken. Denn bei den 65-Jährigen liegt diese Medikamentengruppe mit Abstand auf dem ersten Rang. Offenbar wirkt hier die sekundäre Prävention durch medikamentöse Strategien in der Medizin. Mit steigendem Alter gewinnt diese Erkrankungsgruppe mehr und mehr an Bedeutung, denn ohne weitere präventive Intervention steigen die Risiken einer manifesten Erkrankung. Der sichtbare Anteil von 18% in der Bevölkerung bei den 55–59-Jährigen mit zwei oder drei Krankheitsentitäten gleichzeitig macht deutlich, dass auch die Frage der Multimorbidität nicht auf den älteren Senior beschränkt ist. Bereits der junge Senior bedarf der ärztlichen Assistenz und einer möglichst flächendeckenden und lebensbegleitenden Untersuchungsstrategie. Aus der Zahnmedizin ist nur allzu gut bekannt, wie stark wirksam gezielte Präventionsmaßnahmen Krankheitslasten reduzieren helfen

können. Im Bereich der Karies können die Zahnärzte auf umfangreiche Kenntnisse der Prävention und risikoadjustierten Intervention verweisen.

Bei Erwachsenen kann der gleiche Erfolg bei den Parodontalerkrankungen bisher nicht aufgezeigt werden. Hier werden neue Formen der Präventionsstrategie in der Zukunft notwendig werden. Der Fokus dieser präventiven Bemühungen werden die jungen Erwachsenen und die Patienten mittleren Alters sein. Vergleicht man das Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung bezüglich ärztlicher und zahnärztlicher Dienste hat der Zahnarzt häufigeren Kontakt mit der Bevölkerung bis zum Rentenalter als der Arzt. Er erreicht um die 20 % mehr Bürger als der Allgemeinmediziner und bei den 55-Jährigen ist er bei mehr als 20 % der alleinige kontinuierliche Kontakt im Gesundheitswesen. Insbesondere erscheint dies auch wichtig für die gebildete Bevölkerung, die noch zu einem deutlich höheren Prozentsatz nur den Zahnarzt aufsucht. Hier besteht das Risiko, erste Krankheitszeichen zu verschleppen oder zu verdrängen. Das Wissen über die Besonderheiten des Inanspruchnahmeverhaltens ist auf der einen Seite für die Organisation einer Präventionsstrategie gegen Parodontalerkrankungen wichtig; auf der anderen Seite bietet dies aber auch die Chance, über den Zahnarzt allgemeine Präventionsmaßnahmen zu häufigen Erkrankungen zu triggern und bei Anhalt für ein Risiko, Patienten dem Allgemeinmediziner zuzuleiten. Damit erhebt sich für den zahnärztlichen Berufsstand die Fragestellung, wie dieses positive Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung zur Verbesserung genutzt und positiv auf die ärztlichen Präventionsstrategien Einfluss genommen werden kann. Nicht zu unterschätzen ist dabei auch der Effekt der Prägung der noch jungen Senioren. Sie müssen zunehmend erkennen, dass eine

kontinuierliche Betreuungsstrategie sowohl für Mundkrankheiten als auch für Allgemeinerkrankungen sinnvoll und vorteilhaft ist. Hierbei sind alle Kontakte innerhalb des Gesundheitswesens zur Eigenvorsorge zu nutzen. Im letzten Jahrzehnt vor dem Renteneintrittsalter sollten nicht zuletzt wegen der volkswirtschaftlichen Bedeutung unseres Gemeinwesens alle Möglichkeiten genutzt werden, um frühzeitige individualisierte Prävention zu ermöglichen.

Ein weiteres Problem baut sich mit steigendem Alter durch die Multimorbidität des Einzelnen auf. Mehrere Erkrankungen gleichzeitig, Polypharmazie und der daraus resultierende Verlust der Mobilität werden zum Problem des Seniors. Reduzierte Teilhabe führt zu einem Teufelskreis, der aktiv aufgebrochen werden muss. Mit dem Alter erwerben Senioren immer weitere Erkrankungen und vorhandene Erkrankungen nehmen immer größeren Raum ein. Auch der Zahnarzt ist in diesem Prozess über die reinen zahnärztlichen Maßnahmen hinaus ein wichtiger Kontakt. Er kann Patienten zurückleiten, wenn sie der Betreuung durch den Arzt entglitten sind. Er kann positiv auf die Inanspruchnahme von Vorsorgediensten durch gezielte Werbung wirken. Er könnte auch durch einfache Screeningmethoden Hauptrisiken aufzeigen und dem Arzt zuleiten. Die Akzeptanz der Bevölkerung von Prävention im zahnärztlichen Bereich kann potentiell auch auf die Prävention und Intervention bezüglich allgemeiner Erkrankungen abfärben.

Doch auch die zahnärztliche Berufsausübung muss auf die kontinuierliche Veränderung der Situation von Senioren reagieren. Sowohl in der Bevölkerung allgemein als auch bei Untersuchungen in Senioreneinrichtungen wird deutlich, dass Senioren heute viele Zähne und einen hohen zahnärztlichen Versorgungsgrad haben. Mit steigender Multimorbidität

benötigen die Senioren verstärkt Assistenz und können die eigene Mundsituation durch tägliche Mundhygiene und Handhabung von Zahnersatz nicht mehr beherrschen. Es zeigt sich, dass für Senioren eine engmaschige zahnärztliche Kontrolle notwendig ist, denn die Inzidenz des Zahnverlustes steigt weit stärker an bei einem beschwerdeorientierten Inanspruchnahmeverhalten. Die laienhafte Vorstellung, dass Bewohner eines Seniorenheims zahnlos sind, totalen Zahnersatz tragen und damit nur wenig zahnärztliche Betreuung benötigen, gehört eindeutig der Vergangenheit an. Restbezahnt oder sogar vollbezahnt sind immer mehr Senioren, wenn sie kontinuierliche Assistenz benötigen. Dies stellt aber auch den Zahnarzt selbst vor einige Herausforderungen, denn sinkt die Mobilität unter das Maß, einen Zahnarzt eigenständig aufsuchen zu können, müssen anfänglich Fahrdienste und später die aufsuchende zahnärztliche Betreuung organisiert werden. Das Prophylaxefachpersonal der Praxisteams muss in diese Strategien eingebunden werden. Auch der Zahnarzt muss sich mehr mit dem multimorbiden Zustand des Patienten auseinandersetzen. Altersassoziierte Erkrankungen und die Erkrankungen aus dem Formenkreis der Multimorbidität haben enge Beziehungen zu Erkrankungen und Zuständen in der Mundhöhle.

Zahnmediziner müssen Antworten auf die Fragestellungen suchen, welche Strategien für Patienten notwendig sind, die viele Zähne haben, komplizierten Zahnersatz tragen und aufgrund ihrer Multimorbidität zum Pflegefall geworden sind. Bisher blieb dieses Thema weitgehend unbeantwortet. Die wissenschaftliche, praktische und berufsständige Zahnmedizin muss nach Lösungen suchen und Handlungsanweisungen entwickeln und diese auch dem Gemeinwesen gegenüber vermitteln. **SZM**

Literatur

1. Baltes PB, Smith J: New frontiers in the future of aging: From successful agening of the young old to the dilemmas of the forth age. *Gerontology* 2003;49:123-135.
2. Biffar R, Samietz S, Schwahn Ch, Mundt T. Eigene Auswertungen SHIP 0. Greifswald: 2010.
3. Biffar R, Schwahn Ch. Eigene Auswertungen SHIP 0-1. Greifswald: 2012.
4. BKK Bundesverband. BKK Gesundheitsreport 2012, Gesundheit fördern – Krankheit versorgen – mit Krankheit leben. Essen: Schröers Druck, 2012.
5. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Booz & Company: Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2009.
6. Füsgen I. Der ältere Patient. 3. Auflage. München, Jena: Urban & Schwarzenberg, 2000.
7. Grabe HJ, Lange M, Wolff B, Völzke H, Lucht M, Freyberger HJ, John U, Cascorbi I. Mental and physical distress is modulated by a polymorphism in the 5-HT transporter gene interacting with social stressors and chronic disease burden. *Mol Psychiatry*. 2005;10(2):220-4.
8. Klinke T. Eigene Auswertungen des Altersprojektes in Zusammenarbeit mit der Landes Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern an Schweriner Seniorenheimen. Greifswald: 2012.
9. Mundt T, Polzer I, Samietz S, Grabe HJ, Messerschmidt H, Dören M, Schwarz S, Kocher T, Biffar R, Schwahn C. Socioeconomic indicators and prosthetic replacement of missing teeth in a working-age population – results of the Study of Health in Pomerania (SHIP). *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009;37(2):104-15.
10. Schwahn C, Polzer I, Haring R, Dörr M, Walaschofski H, Kocher T, Mundt T, Holtfreter B, Samietz S, Völzke H, Biffar R. Missing unreplaced teeth and risk of all-cause and cardiovascular mortality. *Int J Cardiol*. 2012 May 3. [Epub ahead of print].

Autoren

Prof. Dr. med. dent. Reiner Biffar
Dr. med. dent. Thomas Klinke-Wilberg
 Poliklinik für zahnärztliche Prothetik,
 Alterszahnmedizin und
 medizinische Werkstoffkunde
 Universitätsmedizin Greifswald
 Rotgerberstrasse 8
 17475 Greifswald

