

**INA NITSCHKE**  
**ANGELA STILLHART**  
**JULIA KUNZE**

Klinik für Alters- und  
 Behindertenzahnmedizin,  
 Zentrum für Zahnmedizin,  
 Universität Zürich

#### KORRESPONDENZ

Prof. Dr. med. dent.  
 Ina Nitschke, MPH  
 Klinik für Alters- und  
 Behindertenzahnmedizin  
 Zentrum für Zahnmedizin  
 Universität Zürich  
 Plattenstrasse 15  
 8032 Zürich  
 Tel. 044 634 33 41  
 Fax 044 634 43 19  
 E-Mail: ina.nitschke  
 @zzm.uzh.ch



## Zur Inanspruchnahme zahnmedizinischer Dienstleistungen im Alter

#### SCHLÜSSELWÖRTER

Inanspruchnahmeverhalten, Gerodontologie,  
 Seniorenzahnmedizin, mundgesundheits-  
 bezogene Versorgungsforschung

**Bild oben:** Mit dem Rollator zum Zahnarzt – oft nur eine  
 beschwerdeorientierte Inanspruchnahme

#### ZUSAMMENFASSUNG

Eine regelmässige Inanspruchnahme zahnmedizinischer Dienstleistungen trägt auch im Alter zur Verbesserung und Aufrechterhaltung des oralen und allgemeinen Gesundheitszustandes bei. Im Verlauf des Lebensalters verändert sich jedoch das Inanspruchnahmeverhalten gegenüber zahnmedizinischer Leistungen: Ein kontrollorientiertes Besuchsverhalten wird häufig durch ein beschwerdeorientiertes ersetzt. Vergleichend betrachtet, kommt es zu einer Abnahme der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen, während die Anzahl der Arztkontakte mit zunehmendem Alter steigt. Die vorliegende Übersichtsarbeit stellt den aktuellen Wissensstand zur Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen im Alter dar (Häufigkeiten, Gründe für Nichtinanspruch-

nahme, beeinflussende Faktoren). Die Gründe für die Nichtinanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen sind multidimensional: Es kann zwischen subjektiven Gründen und anderen objektiven, beeinflussenden Faktoren unterschieden werden. Die Häufigkeiten der Inanspruchnahme unterscheiden sich ebenso in Abhängigkeit von persönlichen Umständen und Einstellungen. Eine abschliessende Klärung konnte durch keine der Studien erbracht werden.

Praktisch tätigen Zahnärzten soll mit einer Checkliste ermöglicht werden, diejenigen Faktoren, die eine Inanspruchnahme beeinflussen, innerhalb ihrer eigenen zahnärztlichen Praxis zu überprüfen.

Zur Vereinfachung und besseren Lesbarkeit wird nur die männliche Form verwendet. Gemeint sind aber immer auch die weiblichen Formen.

## Einleitung

Das Ziel der zahnmedizinischen Versorgung ist die Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung der oralen Gesundheit der Bevölkerung. Grundlage für den Erhalt der Mundgesundheit ist, neben der eigenen häuslichen Mundhygiene, ein regelmässiges kontrollorientiertes Inanspruchnahmeverhalten zahnmedizinischer Dienstleistungen durch die Bevölkerung. Gerade im schweizerischen Gesundheitssystem wird den Bürgern zum Erhalt bzw. zur Förderung ihrer Mundgesundheit Eigenverantwortlichkeit abverlangt. Die allgemein positiven Auswirkungen von regelmässig eingehaltenen zahnärztlichen Recalls, wie z.B. der Erhalt bzw. die Verbesserung der oralen Gesundheit sowie die Reduktion der Häufigkeit von akuten Beschwerden und daraus resultierender Notfallbehandlungen, sind bekannt (SHEIHAM ET AL. 1985, TODD & LADER 1991, MURRAY 1996, MCGRATH & BEDI 2001). Regelmässige zahnärztliche Kontrollen reduzieren zum einen signifikant die Prävalenz sowie zum anderen den Schweregrad von sozialen und psychologischen Störungen durch mundgesundheitsbezogene Probleme (RICHARDS & AMEEN 2002). In Kombination mit anderen Einflüssen, wie z.B. der Abnahme der Mundhygienefähigkeit, Eigenverantwortlichkeit und Therapiefähigkeit (NITSCHKE 2006), aber auch anderer patientenspezifischer Faktoren, kann die ausbleibende oder reduzierte Inanspruchnahme zahnmedizinischer Dienstleistungen weitreichende Folgen haben:

Das Risiko einer unzureichenden Mundgesundheit sowie daraus folgend die Zunahme von Notfällen mit Schmerzen und akuten Prozessen im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich steigt erheblich an, die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität nimmt ab. Ausserdem kann es durch insuffizienten oder fehlenden Zahnersatz zu einer Vielzahl von Problemen kommen, wie z.B. ein erhöhtes Malnutrisionsrisiko. Des Weiteren sind die Effekte einer schlechten Mundgesundheit auf die allgemeine Gesundheit nicht zu unterschätzen. Die Durchführung einer adäquaten Mundhygiene in Senioreneinrichtungen konnte das Pneumonierisiko sowie die damit verbundene Fieber- und Mortalitätsrate signifikant senken (YONEYAMA ET AL. 2002). Mundbezogene Probleme werden immer mehr auch ausserhalb der Zahnmedizin wahrgenommen. Kontroverse Debatten werden auch aufgrund der Kosten durch allgemeinmedizinische Erkrankungen, die sich durch mangelnde Mundgesundheit ergeben, und des Mortalitätsrisikos, geführt.

Die Vernachlässigung der Mundgesundheit führt mit der Zunahme von Gebrechlichkeit und kognitiven Einschränkungen oft zu Eingriffen, welche teilweise aufwendig, einschneidend, belastend und mit nicht unerheblichem organisatorischen, finanziellen und personellen Aufwand und mit zusätzlichen medizinischen Risiken verbunden sind. Ein Grossteil der oralen Erkrankungen im Alter könnte durch eine rechtzeitige, präventionsorientierte zahnmedizinische Betreuung vermutlich vermieden werden.

Aufgrund der Fortschritte in der modernen Zahnmedizin im Bereich der zahnmedizinischen Prävention, Diagnostik, Therapie und Patientenbetreuung verfügen ältere Menschen heute oft bis ins hohe Alter über eigene Zähne. Bekam in den 1950er-Jahren in der Schweiz jede dritte über 60-jährige Person eine Totalprothese, so ist es heute rund jede fünfte (Schweizerische Gesundheitsbefragung von 1992/93: 24% der 65- bis 74-jährigen, 2002/03: 22% [ZITZMANN 2004]).

Die Zunahme des Anteils an Betagten und Hochbetagten an der Gesamtbevölkerung, die über eigene Zähne verfügen, stellt die Zahnmediziner trotz vieler Behandlungsmethoden vor neue

Herausforderungen: Die Aufrechterhaltung der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Dienstleistungen trotz zunehmender Gebrechlichkeit mit Mobilitätseinschränkungen bis ins hohe Alter sollte Ziel eines jeden Zahnarztes sein. Die Häufigkeit der Zahnarztbesuche sowie die Gründe für die Inanspruchnahme bzw. Nichtinanspruchnahme älterer Menschen sollen im Folgenden genauer dargestellt werden. Der Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung führt dazu, dass sich die Lebenssituation sehr unterschiedlich darstellt, sodass im vorliegenden Review versucht wird, drei Studiendesigns abzubilden: Es wird dabei unterschieden zwischen bevölkerungsrepräsentativen Studien und Studien, die nur zu Hause lebende oder in Pflegeeinrichtungen lebende Probanden aufnehmen. Die Verfasserinnen dieses Übersichtsartikels haben sich bemüht, die Studien einer der drei Studiendesigns zuzuordnen. Teilweise ist jedoch nicht beschrieben, ob auch Pflegebedürftige bei den bevölkerungsrepräsentativen Studien und bei Studien mit zu Hause lebenden Probanden entsprechend bevölkerungsspezifische Realitäten ausreichend berücksichtigt wurden. Es erfolgte eine Stichwortsuche in der Literaturliteraturdatenbank pubmed (Stichworte in verschiedenen Kombinationen «uptake» oder «utilisation» oder «dental service» mit «dental» oder «oral health» und «community dwelling» oder «institutionalized» oder «long term care» und «elderly» oder «aged» oder «depend»). Weiterhin wurde die Literatur nachverfolgt, die innerhalb dort zu findender Artikel zitiert wurde. Die Literatursuche wurde im Januar 2013 abgeschlossen.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, zum einen aktuelles Wissen zur Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen und deren beeinflussende Faktoren darzustellen. Zum anderen sollen Hinweise vermittelt werden, wie die Inanspruchnahme positiv beeinflusst werden kann.

## Häufigkeit der zahnmedizinischen Inanspruchnahme

### Bevölkerungsrepräsentative Studien

Im Jahr 2000 besuchten laut einer Umfrage der Schweizerischen Zahnärztesgesellschaft (SSO) 73% der Schweizer einmal pro Jahr oder häufiger ihren Zahnarzt. 65% begründeten dies mit dem Wunsch nach einer Zahnkontrolle (KUSTER ET AL. 2000).

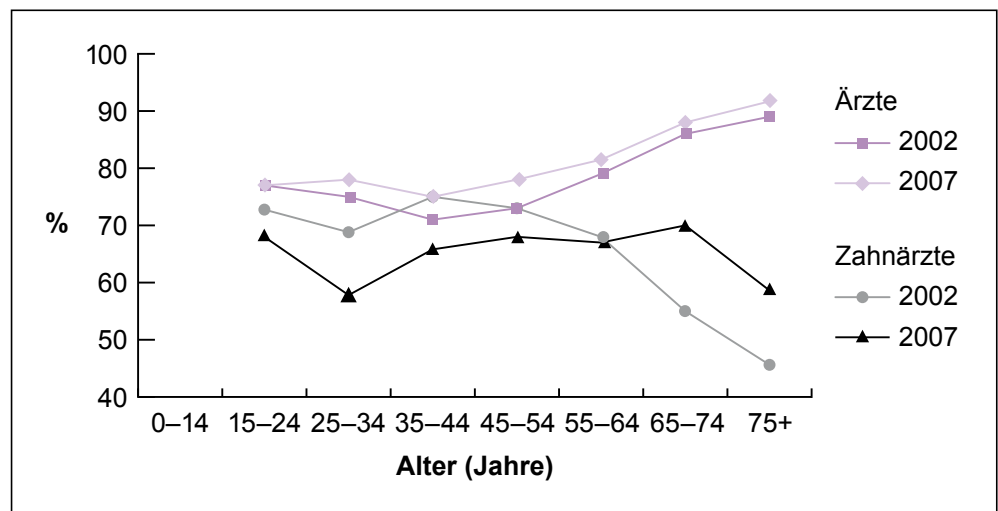
Der Swiss Health Survey (SHS) hingegen konnte zeigen, dass die Zahl der jährlichen Zahnarztkontakte durch die Schweizer Bevölkerung (15- bis 74-Jährige; Erhebungszeitpunkte: 1992/93, 1997, 2002 und 2007) bis auf das Jahr 2007 in allen Altersgruppen zusammen betrachtet niedriger und rückläufig war (1992/93: 70,2%; 1997: 64,8%; 2002: 62,1%; 2007: 66%) (BUNDESAMT FÜR STATISTIK [BFS] 2005, BFS 2010).

Vor allem Senioren weisen eine sinkende Inanspruchnahme zahnmedizinischer Dienstleistungen auf, da sie häufig durch die zunehmende Zahl der Arztkontakte (BFS 2010) sowohl zeitlich als auch finanziell sehr eingebunden sind (KIYAK & REICHMUTH 2005).

Laut Bundesamt für Statistik (BFS) gehen in der Altersgruppe der 55- bis 63-jährigen Schweizer rund 67% regelmässig zum Zahnarzt, jedoch über 80% regelmässig zum Arzt. Ab dem 75. Lebensjahr konsultieren 40% gar nicht mehr den Zahnarzt, über 90% kontaktieren regelmässig einen Fach- oder Hausarzt (Abb.1) (BFS 2010).

Auch innerhalb der Study of Health in Pomerania (SHIP-Studie) (Deutschland) konnte gezeigt werden, dass die mittlere Kontaktrate zum Zahnarzt mit zunehmendem Alter sinkt, währenddessen sich die mittlere Kontaktrate zum Arzt bei den

**Abb. 1** Schweizer Konsultationsraten bei Ärzten und Zahnärzten in Abhängigkeit vom Alter der Patienten in den Jahren 2002 und 2007 (Bundesamt für Statistik Schweiz 2010).



70-Jährigen und älteren mehr als verfünffachte (mittlere Kontaktraten 70 Jahre und älter: Zahnarzt: 1,7; Arzt: 9,3) (BORN ET AL. 2006).

Die Berliner Altersstudie (BASE) konnte zeigen, dass bei den 70-Jährigen und älteren 93% regelmässig ihren Hausarzt kontaktierten und 60% zudem eine Behandlung bei einem Facharzt erhielten (LINDEN ET AL. 1996). Keiner der Probanden der BASE (n = 512, 70-103 Jahre) suchte den Zahnarzt innerhalb der letzten sechs Monate auf. Die Zeitspanne zum letzten Zahnarztbesuch vergrösserte sich mit der Zunahme des Alters: Die Senioren im Alter von 70 bis 84 Jahren konsultierten den Zahnarzt im Median zuletzt vor elf Monaten (Range: zwei Wochen-30 Jahre), die Senioren ab 85 Jahren im Median vor drei Jahren (Range: zwei Wochen-52 Jahre) (NITSCHKE & HOPFENMÜLLER 1996, NITSCHKE 2006).

Die Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III; Erhebungszeitraum 1997) weist darauf hin, dass rund die Hälfte aller 65- bis 74-jährigen Probanden, nämlich 54,5% der Frauen und 54,0% der Männer, ein kontrollorientiertes Inanspruchnahmeverhalten, also einen in regelmässigen Intervallen stattfindenden Zahnarztbesuch aus präventionsorientierten Gründen, zeigten (MICHEELIS & REICH 1999).

In der Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV; Erhebungszeitraum 2005) stieg der Anteil an Probanden im Alter zwischen 65 und 74 Jahren, welche den Zahnarzt jährlich aufsuchten auf 72,2% (MICHEELIS & SCHIFFNER 2006).

Der National Health Interview Survey (NHIS) aus den USA wies darauf hin, dass in der Altersgruppe der über 65-jährigen 53,5% den Zahnarzt innerhalb des letzten Jahres aufgesucht haben, in der Gruppe der 35- bis 54-jährigen hingegen 67%. Betrachtet über einen Zeitraum von zehn Jahren, suchten mehr als ein Viertel der ältesten Probandengruppe (65 Jahre und älter) den Zahnarzt nicht auf (WALL & BROWN 2003).

Mit der Zunahme des Alters, so konnten MANSKI ET AL. (2010) aus den Daten der Health and Retirement Study (HRS) in den USA feststellen, kommt es zu einer Abnahme der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Dienstleistungen (Zahnarztkonsultationen innerhalb der letzten 1-2 Jahre: 51-64 Jahre: 70,64%; 65-74 Jahre: 64,37%; 75 Jahre und älter: 57,37%).

Studien, die unterschiedliche Altersgruppen (junge Erwachsene, Erwachsene und Senioren) untersuchten, konnten zeigen, dass signifikante Unterschiede hinsichtlich des Inanspruchnahmeverhaltens zahnmedizinischer Dienstleistungen in Abhängigkeit vom Alter bestehen (ältere Menschen: weniger kontroll-

orientierte Zahnarztbesuche) (BERGMANN & KAMTSIURIS 1999, BORN ET AL. 2006).

Die Zeitspanne zum letzten Zahnarztbesuch (0 Monate bis 1 Jahr vergangen zum letzten Zahnarztbesuch) zeigte eine länderspezifische Abhängigkeit bei Betagten und Hochbetagten (vgl. Tab. I) (MCGRATH ET AL. 1999, WALTER 1997, BERG ET AL. 2000).

#### Studien bei zu Hause lebenden Senioren

GALAN ET AL. (1995) untersuchten den Mundgesundheitsstatus von 170 kanadischen Senioren (65 Jahre und älter) und konnten zeigen, dass 46% ihren Zahnarzt innerhalb der letzten zwölf Monate aufgesucht hatten.

IKEBE ET AL. (2002) zeigten, dass 60% der 2990 Probanden einer Studie in Osaka, Japan, mit über 60-jährigen Teilnehmern einer Seniorenuniversität, den Zahnarzt innerhalb des letzten Jahres aufgesucht und 33% eine Recalluntersuchung erhalten hatten.

21,9% aller kanadischer Probanden, die selbstständig zu Hause lebten, hatten innerhalb des letzten halben Jahres einen Zahnarzt aufgesucht (n = 1751; Alter: Mean (arithmetisches Mittel) 76,2 Jahre, 58,8% Frauen; 72,7% unbezahlt) (BROTHWELL ET AL. 2008). Dabei zeigte sich eine signifikant höhere Inanspruchnahme zahnmedizinischer Dienstleistungen während der letzten sechs Monate bei bezahlten (36,2%) Probanden im Vergleich zu unbezahlten (13,5%) (BROTHWELL ET AL. 2008).

Eine Stagnation der Inanspruchnahme zahnmedizinischer, präventiver Dienstleistungen zwischen 1998 und 2006 durch Senioren ab 65 Jahren in den USA zeigten Skaar und O'Connor (kontrollorientierte Inanspruchnahme des Zahnarztes: 1998: 45,0%; 2006: 46,3%). Dabei wies die Altersgruppe der 85-jährigen und älteren sowie die Gruppe derer, die den Zahnarzt aufgrund präventiver Massnahmen (1998: 87,8%; 2006: 91,2%) aufsuchte, den grössten Zuwachs in der Anzahl der Zahnarztbesuche innerhalb eines Jahres auf (SKAAR & O'CONNOR 2012) (Tab. I).

#### Studien bei in Institutionen lebenden Senioren

Die sinkende Inanspruchnahme zahnmedizinischer Dienstleistungen mit steigendem Alter korreliert jedoch nicht mit dem Bedarf an zahnärztlicher Behandlung und Betreuung. So zeigt sich bei Reduzierung der Selbstständigkeit und Eintritt in eine Pflegeeinrichtung oft ein desolater Zustand der verbliebenen Dentition und der prothetischen Versorgung. Auch während

Tab. I Altersabhängige Inanspruchnahme zahnmedizinischer Dienstleistungen durch zu Hause lebende Senioren

| Studie  | Studien bei zu Hause lebenden Senioren |              |              |                     |                  |
|---|--|--------------|--------------|---------------------|------------------|
|   | GALAN ET AL.                           | IKEBE ET AL. | WALL & BROWN | SAUNDERS & FRIEDMAN | BROTHWELL ET AL. |
| Land  | Kanada                                 | Japan        | USA          | USA                 | Kanada           |
| Jahr der Veröffentlichung                               | 1995                                   | 2002         | 2003         | 2007                | 2008             |
| Studienpopulation [Jahre]                               | ≥65                                    | ≥60          | ≥65          | ≥65                 | ≥65              |
| Zahnarztkontakte innerhalb einer angegebenen Zeitspanne | [%]                                    | [%]          | [%]          | [%]                 | [%]              |
|   |  |              | 1989         | 1999                |                  |
| <6 Monate   | –                                      | 60,0         | –            | –                   | 21,9             |
| <12 Monate  | 46                                     | –            | 43,2         | 53,5                | –                |
| 1–2 Jahre   | –                                      | –            | –            | –                   | 13,7             |
| 3–5 Jahre   | –                                      | –            | –            | –                   | 8,9              |
| >5 Jahre  | –                                      | –            | 28,0         | 28,0                | 35,0             |

des Aufenthaltes in Alters- und Pflegeeinrichtungen bleibt der Bedarf nach zahnärztlicher Betreuung hoch, wird aber – wie diverse Studien zeigen konnten (KATSOU LIS ET AL. 2009, BERG ET AL. 2000) – derzeit nur wenig gedeckt. Bereits 1989 stellten Wefers et al. heraus, dass es mit dem Eintritt in eine Pflegeeinrichtung zu einer Abnahme der Zahnarztkontakte und der Recalluntersuchungen kam. Bei 43% der deutschen Probanden lag der letzte Zahnarztbesuch über fünf Jahre zurück (WEFERS ET AL. 1989).

SHIMAZAKI ET AL. (2004) konnten nach sechs Jahren 719 von anfänglich 2220 Bewohnern von Alters- und Pflegeheimen (65 Jahre oder älter) in Japan interviewen: Mit zunehmendem Alter reduzierte sich der Anteil der Bewohner einer Pflegeeinrichtung, welche innerhalb der letzten sechs Jahre ein- oder mehrfach den Zahnarzt aufgesucht hatten (60–69 Jahre: 67,7%; 70–79 Jahre: 55,2%; ≥80 Jahre: 33,2%). Gleichzeitig kam es zu einer Zunahme der Nichtinanspruchnahme zahnmedizinischer Dienstleistungen (kein Zahnarztkontakt innerhalb der letzten 6 Jahre) innerhalb dieser Altersgruppen (60–69 Jahre: 32,3%; 70–79 Jahre: 44,8%; ≥80 Jahre: 66,8%).

Zusammenfassend lässt sich für die Inanspruchnahme – übergreifend für die hier gebildeten Gruppen – Folgendes sagen:

- Eine kontrollorientierte zahnmedizinische Inanspruchnahme in jüngeren Jahren geht über in eine **zunehmend beschwerdeorientierte Inanspruchnahme** im Alter. Die zunehmende Verschlechterung der oralen Gesundheit der Senioren führt nicht, wie im allgemeinmedizinischen Bereich, zu einer erhöhten Inanspruchnahme. Ursache dafür kann eine erhöhte Gebrechlichkeit und Multimorbidität der Patienten sein.
- Neben einer **altersabhängigen Häufigkeit der Zahnarztkontakte** (IKEBE ET AL. 2002, WALL & BROWN 2003, SAUNDERS & FRIEDMAN 2007, BROTHWELL ET AL. 2008, MANSKI 2009, ZITZMANN ET AL. 2001) zeigte sich des Weiteren eine **länderspezifische Abhängigkeit der Zeitspanne zum letzten Zahnarztbesuch** (<6 Monate bis weniger als 1 Jahr vergangen zum letzten Zahnarzt-

besuch) bei Betagten und Hochbetagten (vgl. Tab. I) (MCGRATH ET AL. 1999, SAUNDERS & FRIEDMAN 2007).

- Im Gegensatz zu den Zahnarztkontakten im Alter kommt es **mit der Zunahme des Alters zu einem deutlichen Anstieg der Arztkonsultationen** (GMÜNDER ERSATZKASSE 2006). 95% der deutschen Probanden einer Studie von Denkinger et al. (1506 zu Hause lebende Senioren im Alter von 65–90 Jahren) suchten mindestens einmal pro Jahr, 65% der Probanden sogar zweimal jährlich ihren Arzt auf. Faktoren, wie eine **reduzierte physische Aktivität, ein hoher BMI und das männliche Geschlecht erhöhen die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen** (DENKINGER ET AL. 2012). Personen, die einen Hausarzt nannten, zeigten eine höhere ärztliche Inanspruchnahme (THODE ET AL. 2005). Des Weiteren beeinflussen sogenannte Need-Faktoren den Arztkontakt: So steigt die Kontaktrate zum Arzt bei Personen mit einer erhöhten Morbidität, schlechten gesundheitsbezogenen Lebensqualität und mit der Zunahme des Alters signifikant an. Frauen zeigten eine höhere Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen als Männer (HESSEL ET AL. 2000).
- Bezahnte Probanden wiesen eine höhere Inanspruchnahme zahnmedizinischer Dienstleistungen auf als unbezahlte Probanden (BROTHWELL ET AL. 2008, NITSCHKE & HOPFENMÜLLER 1996, NITSCHKE 2006).
- Die sinkende Inanspruchnahme zahnmedizinischer Dienstleistungen im Alter steht einem objektiv erhöhten Bedarf nach zahnärztlicher Behandlung und Betreuung gegenüber. Pflegebedürftige Menschen weisen einen erhöhten Bedarf an zahnmedizinischen Leistungen auf (KATSOU LIS ET AL. 2009, BERG ET AL. 2000). Die Zahl der Zahnarztkontakte sinkt jedoch bei Eintritt in eine Pflegeeinrichtung (WEFERS ET AL. 1989).

Aufgrund der Anzahl an verfügbaren Studien insgesamt bzw. aufgeteilt auf die drei analysierten Settings (bevölkerungsrepräsentative Studien, Studie bei zu Hause lebenden und Studien

| Bevölkerungsrepräsentative Studien |      |  |           |           |           |           |      |                      |                                      |                |           |                 |           |           |               |           |      |                        |  |
|------------------------------------|------|--|-----------|-----------|-----------|-----------|------|----------------------|--------------------------------------|----------------|-----------|-----------------|-----------|-----------|---------------|-----------|------|------------------------|--|
| WALTER                             |      | NITSCHKE & HOPFENMÜLLER<br>Berliner Altersstudie |           |           |           |           |      | MCGRATH<br>ET AL.    |                                      | BERG<br>ET AL. |           | ZITZMANN ET AL. |           |           | MANSKI ET AL. |           |      | STADEL-<br>MANN ET AL. |  |
| Deutschland                        |      | Deutschland                                      |           |           |           |           |      | Grossbri-<br>tannien |                                      | USA            |           | Schweiz         |           |           | USA           |           |      | Schweiz                |  |
| 1997                               |      | 1996   |           |           |           |           |      | 1999                 |                                      | 2000           |           | 2001            |           |           | 2010          |           |      | 2012                   |  |
| 65-<br>74                          | ≥74  | 70-<br>74  | 75-<br>79 | 80-<br>84 | 85-<br>89 | 90-<br>94 | 95+  | ≥60                  | 50-95<br>(Mean:<br>69,9 ±<br>8,4 J.) | 65-<br>74      | 65-<br>74 | ≥75             | 51-<br>64 | 65-<br>74 | ≥75           | 75-<br>84 | ≥85  |                        |  |
| [%]                                |      | [%]  |           |           |           |           |      | [%]                  |                                      | [%]            |           | [%]             |           |           | [%]           |           |      | [%]                    |  |
|                                    |      |  |           |           |           |           |      |                      |                                      | 1992/<br>93    |           | 1997            |           | 1997      |               | 2002      |      |                        |  |
| 65,8                               | 56,6 | 46,2   | 38,6      | 40,6      | 24,5      | 17,5      | 17,2 | 38,0                 | -                                    | -              | -         | -               | -         | -         | -             | -         | -    | -                      |  |
| 12,7                               | 13,0 | 16,7   | 20,5      | 20,2      | 11,7      | 16,3      | 9,7  | 9,0                  | 47,0                                 | 56,0           | 59,0      | 43,0            | -         | -         | -             | 47,5      | 32,6 |                        |  |
| 10,1                               | 0    | 7,6  | 10,8      | 11,9      | 14,9      | 8,8       | 6,5  | 14,0                 | 26,5                                 | -              | -         | -               | 70,6      | 64,4      | 57,4          | -         | -    |                        |  |
| 3,8                                | 8,7  | 15,4   | 14,4      | 8,4       | 13,8      | 18,8      | 16,1 | 6,0                  | 13,1                                 | -              | -         | -               | -         | -         | -             | -         | -    |                        |  |
| 7,6                                | 17,4 | 14,1   | 15,7      | 16,5      | 30,9      | 28,8      | 33,3 | 34,0                 | 13,4                                 | -              | -         | -               | -         | -         | -             | -         | -    |                        |  |

bei institutionalisierten Senioren) kann die Frage nach der Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienstleistungen nicht abschliessend geklärt werden. Die meisten Studien berichten, dass die Inanspruchnahme mit der Zunahme des Alters sinkt. Gleichwohl ist dies auch von anderen Faktoren abhängig (z. B. Zahnstatus, Wohngegend, Bildungsniveau, Pflegebedarf etc.). Aufgrund dessen, dass keine der oben genannten Studien vergleichbar mit einer anderen ist (Unterschiede im Studiendesign, bei den analysierten Grössen wie auch der untersuchten Bevölkerungsgruppe), ist eine Analyse der vorliegenden Daten erschwert. Ein Grundtenor ist dennoch eruiert aus allen Studien: Die Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienstleistungen sinkt mit dem Alter in Abhängigkeit diverser Faktoren in unterschiedlicher Masse, liegt jedoch meistens unter der Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienstleistungen bei Menschen unter 65 Jahren.

### Beeinflussende Faktoren für die Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienstleistungen

Die Inanspruchnahme zahnmedizinischer Dienstleistungen hängt von vielen Einflussfaktoren ab. Zur besseren Anschaulichkeit wurden die gezeigten Faktoren, in Subkategorien zusammengefasst und neun Kategorien – separat für zu Hause und institutionalisiert lebende Senioren sowie für bevölkerungsrepräsentative Umfragen – zugeordnet (Tab. II).

#### Bevölkerungsrepräsentative Studien

Für die Inanspruchnahme der letzten zahnärztlichen Dienstleistung konnten MCGRATH ET AL. (1999) in einer britischen Studie zeigen, dass der Hauptgrund für die letzte Inanspruchnahme eine anstehende zahnärztliche Behandlung war (52%). 36% erschienen zu einem Recall. Sowohl MCGRATH ET AL. (1999, Grossbritannien; Notfallbehandlung als Grund für den letzten Zahnarztbesuch: 10% aller Befragten [60 Jahre und älter]) als auch NYSSÖNEN (1992, Finnland, Notfallbehandlung als Grund für

den letzten Zahnarztbesuch: 78% der Befragten [65 Jahre und älter]) nannten Notfallbehandlungen und Schmerzen als den Grund für die Inanspruchnahme der letzten zahnärztlichen Dienstleistung.

SLACK-SMITH & HYNDMAN (2004) analysierten die Einflussfaktoren auf das Inanspruchnahmeverhalten geschlechtsspezifisch: Es zeigte sich, dass sowohl bei Männern als auch Frauen in Australien Faktoren wie Alter, Schulbildung, Rauchen, körperliche Aktivität und soziale Benachteiligung beeinflussend waren.

STADELMANN ET AL. (2012) konnten bei Senioren in der Schweiz unterschiedliche subjektive Gründe für den letzten Zahnarztbesuch ausmachen. In Abhängigkeit vom Alter reduzierte sich die Bedeutung des kontrollorientierten Recalltermins für die Betagten als Grund für den Zahnarztkontakt (Altersgruppe [AG] 1: 55 bis 60 Jahre 35,3%; AG 2: 65 bis 74 Jahre 32,2%; AG 3: 75 bis 99 Jahre 31,2%). Termine, welche automatisch durch die Zahnarztpraxis vergeben wurden, erhöhten nicht die Inanspruchnahme im Alter (AG 1: 33%; AG 2: 31,9%; AG 3: 25,9%). Hauptsächlich erfolgte der Kontakt zum Zahnarzt aufgrund einer notwendigen prothetischen Versorgung (AG 1: 14,3%; AG 2: 18,4%; AG 3: 23,7%).

#### Studien bei zu Hause lebenden Senioren

RISE & HOLST (1982) konnten im Rahmen des Health Survey bei norwegischen zu Hause lebenden Pensionären aus dem Jahr 1975 zeigen, dass Faktoren wie das Alter, das Geschlecht, die Schulbildung oder der dentale Status einen unterschiedlich starken Einfluss auf die Inanspruchnahme zahnmedizinischer Dienstleistungen zeigten. Einen unbedeutenden Einflussfaktor auf die Inanspruchnahme stellte das Alter dar. Das Geschlecht (männliches Geschlecht zeigte geringere Inanspruchnahme des Zahnarztes innerhalb des letzten Jahres) hatte nur bei be-  
zahnten Personen mit geringer Schulbildung im Alter zwischen 65-74 Jahren Einfluss. Sowohl das Alter als auch das Geschlecht zeigten zudem eine indirekte Beeinflussung der Inanspruch-

Tab. II Das Inanspruchnahmeverhalten zahnmedizinischer Dienstleistungen beeinflussende Faktoren

|   |  | bevölkerungsrepräsentative Studien |                              |                     |                      |                     |                   |                            |                        |                   |                   |                    |                         |                    | Studien bei zu Hause lebenden Senioren |                    |                        |                    |                   |                      |                   | Studien bei in Institutionen lebenden Senioren |                |                       |                 |                    |                    |                     |                      |                      |  |
|---|--|------------------------------------|------------------------------|---------------------|----------------------|---------------------|-------------------|----------------------------|------------------------|-------------------|-------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|--|--------------------|------------------------|--------------------|-------------------|----------------------|-------------------|--|----------------|-----------------------|-----------------|--------------------|--------------------|---------------------|----------------------|----------------------|--|
| beeinflussende Faktoren                         |  | IMFELD & LUTZ 1995                 | NITSCHKE & HOPFENMÜLLER 1996 | MCGRATH ET AL. 1999 | NITSCHKE ET AL. 2001 | ZITMANN ET AL. 2001 | WALL & BROWN 2003 | SLACK-SMITH & HYNDMAN 2004 | KIYAK & REICHMUTH 2005 | BORN ET AL. 2006* | ALLIN ET AL. 2009 | MANSKI ET AL. 2010 | SLACK-SMITH ET AL. 2010 | MANSKI ET AL. 2011 | LITSL ET AL. 2012                      | MANSKI ET AL. 2012 | STADELMANN ET AL. 2012 | ASTROM ET AL. 2012 | RISE & HOLST 1982 | MACENTEE ET AL. 1993 | DOLAN ET AL. 1998 | IKEBE ET AL. 2002                              | WU ET AL. 2007 | BROTHWELL ET AL. 2008 | OHI ET AL. 2009 | ARCURY ET AL. 2012 | MORIYA ET AL. 2013 | LESTER ET AL. 1998* | SCHIMMEL ET AL. 2008 | NITSCHKE ET AL. 2011 |  |
| soziodemografische Faktoren                     |  |                                    |                              |                     |                      |                     |                   |                            |                        |                   |                   |                    |                         |                    |  |                    |                        |                    |                   |                      |                   |  |                |                       |                 |                    |                    |                     |                      |                      |  |
| Alter   |  |                                    |                              |                     |                      |                     |                   |                            |                        |                   |                   |                    |                         |                    |  |                    |                        |                    |                   |                      |                   |  |                |                       |                 |                    |                    |                     |                      |                      |  |
| Geschlecht                                      |  |                                    |                              |                     |                      |                     |                   |                            |                        |                   |                   |                    |                         |                    |  |                    |                        |                    |                   |                      |                   |  |                |                       |                 |                    |                    |                     |                      |                      |  |
| Bildungsstand                                   |  |                                    |                              |                     |                      |                     |                   |                            |                        |                   |                   |                    |                         |                    |  |                    |                        |                    |                   |                      |                   |  |                |                       |                 |                    |                    |                     |                      |                      |  |
| Wohnsituation                                   |  |                                    |                              |                     |                      |                     |                   |                            |                        |                   |                   |                    |                         |                    |  |                    |                        |                    |                   |                      |                   |  |                |                       |                 |                    |                    |                     |                      |                      |  |
| ethnische Zugehörigkeit/Nationalität            |  |                                    |                              |                     |                      |                     |                   |                            |                        |                   |                   |                    |                         |                    |  |                    |                        |                    |                   |                      |                   |  |                |                       |                 |                    |                    |                     |                      |                      |  |
| regionale Unterschiede                          |  |                                    |                              |                     |                      |                     |                   |                            |                        |                   |                   |                    |                         |                    |  |                    |                        |                    |                   |                      |                   |  |                |                       |                 |                    |                    |                     |                      |                      |  |
| Familienstand                                   |  |                                    |                              |                     |                      |                     |                   |                            |                        |                   |                   |                    |                         |                    |  |                    |                        |                    |                   |                      |                   |  |                |                       |                 |                    |                    |                     |                      |                      |  |
| Familiengröße                                   |  |                                    |                              |                     |                      |                     |                   |                            |                        |                   |                   |                    |                         |                    |  |                    |                        |                    |                   |                      |                   |  |                |                       |                 |                    |                    |                     |                      |                      |  |
| sozio-historischer Faktor                       |  |                                    |                              |                     |                      |                     |                   |                            |                        |                   |                   |                    |                         |                    |  |                    |                        |                    |                   |                      |                   |  |                |                       |                 |                    |                    |                     |                      |                      |  |
| Krankenversicherung vorhanden                   |  |                                    |                              |                     |                      |                     |                   |                            |                        |                   |                   |                    |                         |                    |  |                    |                        |                    |                   |                      |                   |  |                |                       |                 |                    |                    |                     |                      |                      |  |
| Kosten der Behandlung                           |  |                                    |                              |                     |                      |                     |                   |                            |                        |                   |                   |                    |                         |                    |  |                    |                        |                    |                   |                      |                   |  |                |                       |                 |                    |                    |                     |                      |                      |  |
| sozioökonomischer Status (Einkommen/Wohlstand)  |  |                                    |                              |                     |                      |                     |                   |                            |                        |                   |                   |                    |                         |                    |  |                    |                        |                    |                   |                      |                   |  |                |                       |                 |                    |                    |                     |                      |                      |  |
| Eintritt in Ruhestand/Pensionierung             |  |                                    |                              |                     |                      |                     |                   |                            |                        |                   |                   |                    |                         |                    |  |                    |                        |                    |                   |                      |                   |  |                |                       |                 |                    |                    |                     |                      |                      |  |
| Vorhandensein eines Bonusheftes                 |  |                                    |                              |                     |                      |                     |                   |                            |                        |                   |                   |                    |                         |                    |  |                    |                        |                    |                   |                      |                   |  |                |                       |                 |                    |                    |                     |                      |                      |  |
| Rauchen   |  |                                    |                              |                     |                      |                     |                   |                            |                        |                   |                   |                    |                         |                    |  |                    |                        |                    |                   |                      |                   |  |                |                       |                 |                    |                    |                     |                      |                      |  |
| sportliche Aktivität                            |  |                                    |                              |                     |                      |                     |                   |                            |                        |                   |                   |                    |                         |                    |  |                    |                        |                    |                   |                      |                   |  |                |                       |                 |                    |                    |                     |                      |                      |  |
| Funktionelle Kapazität/ADL                      |  |                                    |                              |                     |                      |                     |                   |                            |                        |                   |                   |                    |                         |                    |  |                    |                        |                    |                   |                      |                   |  |                |                       |                 |                    |                    |                     |                      |                      |  |
| Intellektuelle (In)aktivität/ kognitiver Status |  |                                    |                              |                     |                      |                     |                   |                            |                        |                   |                   |                    |                         |                    |  |                    |                        |                    |                   |                      |                   |  |                |                       |                 |                    |                    |                     |                      |                      |  |



nahme über deren Wirkung auf den Zahnstatus der Probanden. Die einflussreichste Variable zur Inanspruchnahme zahnmedizinischer Dienstleistungen war der dentale Status, gefolgt von der Schulbildung der Senioren. Die Schulbildung zeigte dabei sowohl einen direkten als auch einen indirekten Effekt auf die Inanspruchnahme über die Beeinflussung des dentalen Status.

MACÉNTÉE ET AL. (1993) interviewten 521 unabhängig lebende Senioren in Vancouver, Kanada, im Alter ab 70 Jahren und stellten fest, dass das Alter und das Geschlecht per se keinen Einfluss auf die orale Gesundheit oder auf Beschwerden hatten. Die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen hingegen wurde sowohl vom Alter (jüngere Senioren) als auch vom Geschlecht (weibliche Probanden) positiv beeinflusst. Das männliche Geschlecht sowie ein höheres Alter verschlechterten das Inanspruchnahmeverhalten. Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass das Inanspruchnahmeverhalten auch vom Zahnstatus abhängt.

Das Vorhandensein einer Eigenbezahnung sowie die Zufriedenheit mit der eigenen finanziellen Situation konnten IKEBE ET AL. (2002) als signifikant begünstigende Faktoren auf das Inanspruchnahmeverhalten herausstellen (Studienpopulation: 2990 Probanden, Teilnehmer der Seniorenuniversität, 60 Jahre und älter [Mean: 66,5 Jahre], 52% Männer). Im Gegensatz zu MACÉNTÉE ET AL. (1993) begünstigte bei IKEBE ET AL. (2002) das männliche Geschlecht die Inanspruchnahme zahnmedizinischer Dienstleistungen signifikant.

60-Jährige und ältere US-amerikanische Probanden des National Health and Nutrition Examination Survey zeigten, wenn sie kognitiv fit waren, ein höheres sozio-ökonomisches Niveau sowie eine gesündere Lebensweise. Diese Probanden wiesen zudem eine höhere Frequenz in der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Dienstleistungen auf (WU ET AL. 2007).

Ältere US-Amerikaner suchten den Zahnarzt vorwiegend aufgrund von notwendigen Behandlungen (prothetische Versorgung, Anpassung bzw. Reparatur von Prothesen, Zahnreinigung, Recall/Kontrolle) auf (SAUNDERS & FRIEDMAN 2007).

Bezahnte Senioren, ohne familiäre Alltagsunterstützung und mit einem urbanen Wohnort, wiesen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens weniger Einschränkungen auf und zeigten eine höhere Inanspruchnahme zahnmedizinischer Dienstleistungen. Weitere begünstigende Einflussfaktoren für das Inanspruchnahmeverhalten waren u. a. der Zahnstatus (bezahnte Senioren), die finanzielle Situation (hohes Einkommen) sowie orale Faktoren (ein gegenwärtiges dentales Problem oder eine längere Tragedauer von Prothesen) (BROTHWELL ET AL. 2008).

OHI ET AL. (2009) untersuchten insgesamt 1170 japanische Probanden ab 70 Jahren und fanden heraus, dass eine höhere Zahl verbliebener Zähne sowie das Vorhandensein von abnehmbaren Zahnersatz signifikante Prädiktoren für das Inanspruchnahmeverhalten (Zahnarztkontakt innerhalb eines Jahres) waren. Des Weiteren konnten sie zeigen, dass ein kontrollorientierter, regelmässiger Zahnarztbesuch mit einer grösseren Zahnzahl, jüngerem Alter, dem Vorhandensein systemischer Erkrankungen, dem Fehlen von depressiven Symptomen und einer höheren Schulbildung einhergingen. Probanden mit weniger Zähnen und Raucher zeigten hingegen ein schlechteres Inanspruchnahmeverhalten.

Ältere Australier legten Wert auf die Interaktion mit dem Zahnarzt sowie ihr Empowerment durch Wissens- und Informationsvermittlung zu erhöhen, um ihre Entscheidungen hinsichtlich der zahnärztlichen Therapie eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt treffen zu können (Empowerment

[engl. n = Befähigung, Ermächtigung, Mitwirkungsfähigkeit] ist die Förderung der Fähigkeit für selbstständiges/selbstbestimmtes Handeln). Des Weiteren spielten auch Themen wie die Zugänglichkeit zur Versorgung, Kosten und Angst eine grosse Rolle (SLACK-SMITH ET AL. 2010).

Eine niedrigere funktionelle Kapazität der Probanden (65 Jahre und älter) beeinflusste ebenfalls das Inanspruchnahmeverhalten sowohl zahnärztlicher Dienstleistungen als auch Dienstleistungen der Oralhygiene negativ (MORIYA ET AL. 2013) (Tab. II).

### Studien bei in Institutionen lebenden Senioren

Gebrechliche und in Alters- und Pflegeheimen lebende Senioren sehen sich grösseren Hindernissen bei der Zugänglichkeit zu zahnmedizinischer Dienstleistungen gegenüber, leiden häufiger unter einer reduzierten Dentition, parodontalen Erkrankungen oder Zahnlosigkeit (DOLAN & ATCHINSON 1993).

Senioren in Alters- und Pflegeheimen weisen eine schlechtere orale Gesundheit sowie einen signifikant höheren Behandlungsbedarf auf (BERG ET AL. 2000). Senioren in Alters- und Pflegeheimen, welche älter als 80 Jahre waren und eine unzureichende bzw. schlechte physische und/oder psychische Gesundheit aufwiesen sowie unter systemischen Erkrankungen litten, nahmen den Zahnarzt deutlich weniger in Anspruch. Zahnmedizinische Faktoren wie Zahnlosigkeit, unzureichende prothetische Versorgungen sowie ein fehlendes Bedürfnis nach einer zahnärztlichen Behandlung beeinflussten den Kontakt zum Zahnarzt ebenfalls negativ (SHIMAZAKI ET AL. 2004) (vgl. Tab. II).

### Subjektive Gründe der Senioren für die Nichtinanspruchnahme

Die Gründe für die letzte Inanspruchnahme eines Zahnarztes durch Senioren sind vielfältig (Tab. III).

Hauptgründe für die Nichtinanspruchnahme zahnmedizinischer Dienstleistungen (NIzD) sind gesondert zu betrachten (Tab. IV).

### Studien bei zu Hause lebenden Senioren

SMITH & SHEIHAM stellten bereits 1980 in Grossbritannien fest, dass eine Diskrepanz zwischen dem tatsächlichen (objektiven) und durch den älteren Menschen (subjektiven) empfundenen Behandlungsbedarf besteht. So empfanden weniger als die Hälfte (42%) der an der Studie teilnehmenden älteren Probanden, welche alle einen tatsächlichen Behandlungsbedarf aufwiesen, dass sie eine zahnärztliche Therapie benötigen würden. Gerade 19% davon hatten überhaupt versucht, diese zu erhalten (SMITH & SHEIHAM 1980).

Bei 437 selbstständig lebenden Senioren ab dem 75. Lebensjahr in England konnten MACÉNTÉE ET AL. (1988) zeigen, dass der Hauptgrund für die NIzD das subjektive, durch den Probanden empfundene Gefühl war, dass derzeit alles in Ordnung sei. Auch entstehende Kosten oder Transportschwierigkeiten wurden als Barrieren im Zugang zu einer zahnärztlichen Versorgung genannt. Der Faktor Angst (3%) machte einen geringen Anteil bei der Nichtinanspruchnahme aus (MACÉNTÉE ET AL. 1988).

SCHOU & EADIE stellten bereits 1991 fest, dass Senioren ab 65 Jahren Zahnverlust als einen erwarteten und akzeptierten Teil des Älterwerdens ansahen. Die Senioren aus Schottland präferierten des Weiteren beschwerdeorientierte Zahnarztbesuche. Zu den Gründen für die NIzD gehörten auch hier das Fehlen eines subjektiven Behandlungsbedarfes sowie zusätzlich ein geringes Interesse an der eigenen Mundgesundheit. Die allge-



meine Gesundheit wurde durch die Probanden nicht mit der oralen Gesundheit in Verbindung gebracht. Aber auch Gründe wie Angst vor dem Zahnarzt und hohe Kosten beeinflussten das Inanspruchnahmeverhalten negativ (SCHOU & EADIE 1991).

GALAN ET AL. (1995) nannten den Mangel an einem subjektiven Behandlungsbedarf als Ursache für die Nichtinanspruchnahme (88% aller 170 Befragten, > 65 Jahre, Mean Alter 82 Jahre).

Im Rahmen der GiA-aiM-Studie (Gesund im Alter – auch im Mund) konnte gezeigt werden, dass der Hauptgrund, den Zahnarzt nicht aufzusuchen, für 72% der zu Hause lebenden und durch ambulante Pflegedienste versorgten Senioren ein fehlender subjektiver Behandlungsbedarf war. Des Weiteren nannten sie als Gründe ihre Zahnlosigkeit bzw. das Tragen von Prothesen. Aber auch Faktoren wie Angst (6,0%); Kosten für

Tab. III Subjektive Gründe für die letzte Inanspruchnahme eines Zahnarztes

| Studien bei zu Hause lebenden Senioren                     |             |                         |  |
|--|-------------|-------------------------|--|
|  |             | [%]                     | Grund der Inanspruchnahme  |
| SAUNDERS & FRIEDMAN 2007                                   |             | 28,2                    | prothetische Versorgung  |
|  |             | 25,4                    | Zahnreinigung  |
|  |             | 22,8                    | Recall/Kontrolle   |
|  |             | 20,8                    | Anpassung/Reparatur Prothese   |
|  |             | 13,4                    | Extraktionen   |
|  |             | 9,4                     | Füllungen  |
| STADELMANN ET AL. 2012                                     |             |                         | notwendige Extraktionen (bei Patienten mit niedriger Schuldbildung, niedrigem Einkommen, Rauchern oder ehemaligen Rauchern, Patienten mit abnehmbaren Prothesen) ( <i>unabhängig vom Alter</i> ) |
|  | 55–65 Jahre | 35,3                    | freiwilliger Recall  |
|  |             | 33,0                    | Aufgebot zum Recall  |
|  |             | 14,3                    | prothetische Versorgung  |
|  | 65–74 Jahre | 32,2                    | freiwilliger Recall  |
|  |             | 31,9                    | Aufgebot zum Recall  |
|  |             | 18,4                    | prothetische Versorgung  |
|  | 75–99 Jahre | 31,2                    | freiwilliger Recall  |
|  |             | 25,9                    | Aufgebot zum Recall  |
| 23,7   |             | prothetische Versorgung |  |
| bevölkerungsrepräsentative Studien                         |             |                         |  |
|  |             | [%]                     | Grund der Inanspruchnahme  |
| NYSSÖNEN 1992  |             |                         | Notfall/Schmerzen (keine Angaben)  |
| MCGRATH ET AL. 1999  |             | 10,0                    | Notfall  |
|  |             | 36,0                    | Recall   |
|  |             | 52,0                    | Behandlung   |
|  |             | 1,0                     | keine Angabe   |
| MICHEELIS & REICH<br>Erhebung 1997,<br>publiziert 1999     | 65–74 Jahre | 54,3                    | kontrollorientierter Zahnarztbesuch  |
|  |             | 40,9                    | beschwerdeorientierter Zahnarztbesuch  |
|  |             | 4,8                     | keine Angabe   |
| MICHEELIS & SCHIFFNER<br>Erhebung 2005,<br>publiziert 2006 | 65–74 Jahre | 72,2                    | kontrollorientierter Zahnarztbesuch  |
|  |             | 27,4                    | beschwerdeorientierter Zahnarztbesuch  |
|  |             | 0,4                     | keine Angabe   |

die Behandlung (8,0%) und die Gebrechlichkeit (6,0%) spielten eine Rolle (NITSCHKE ET AL. 2010).

### Studien bei in Institutionen lebenden Senioren

Studien bei in Institutionen lebenden Senioren legten dar, dass nur rund ein Viertel der Senioren in Alters- und Pflegeheimen in Schottland, denen sowohl die zahnärztliche Betreuung vor

Ort in ihrer Einrichtung als auch ein organisierter Transport zum Zahnarzt angeboten wurden, den Zahnarzt in Anspruch nahmen (HALLY ET AL. 2003). Senioren, welche schon vor dem Eintritt in eine Pflegeeinrichtung ihrer Mundgesundheit keine grosse Wertschätzung entgegenbrachten, beachteten diese auch später nur wenig (SHAY 1990). Zwei Drittel aller zahnärztlichen Behandlungen in stationären Pflegeeinrichtungen erfolgen beschwerdeorientiert oder nach Aufforderung (ETTINGER 1993, DE BAAT ET AL. 1993), was nicht verwundert, denn die Zahl der Senioren in Alters- und Pflegeheimen, welche den Zahnarzt nur beschwerdeorientiert aufsuchen, ist gross (93% der über 60-jährigen) (LESTER ET AL. 1998). Gründe waren neben einem fehlenden subjektiven Behandlungsbedarf (86%) auch hohe Kosten und Transportschwierigkeiten (LESTER ET AL. 1998). Der Wunsch, dass die zahnärztliche Behandlung zu Hause ausgeführt werden sollte (52%-75%, steigend mit der Zunahme des Alters [60- bis über 90-jährige]), wurde ebenso als Grund für die Nichtinanspruchnahme zahnmedizinischer Dienstleistungen genannt. Die ebenfalls befragten Pflegekräfte fanden es zudem schwierig, Termine beim Zahnarzt für die Senioren zu vereinbaren (93%) (LESTER ET AL. 1998).

Studien nannten auch die erste Präferenz der Behandlung allgemeiner körperlicher Gebrechen und allgemeinmedizinischer Erkrankungen als Ursache für den oftmals schlechten oralen Zustand (WEFERS 1989, STARK 1992). Zudem lassen Faktoren wie Immobilität, demenzielle (BENZ & HAFFNER 2008) oder psychische Erkrankungen den Zahnarztbesuch zu einem grossen Aufwand werden, was wiederum die Inanspruchnahme negativ beeinflusst (CLAUS 1982).

Das Fehlen eines subjektiven Behandlungsbedarfs (86,5%), das Tragen von Prothesen (9,8%) sowie die eigene Gebrechlichkeit waren nach NITSCHKE ET AL. (2010) subjektive Hauptgründe für eine Nichtinanspruchnahme des Zahnarztes durch Senioren, die in einer Pflegeeinrichtung lebten (NITSCHKE ET AL. 2010).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass gebrechliche Senioren zunehmend weniger und oft auch nur noch beschwerdeorientiert den Zahnarzt aufsuchen. Es kann sicherlich nicht abschliessend geklärt werden, welche Gründe betagte und hochbetagte Menschen dazu veranlassen, den Zahnarzt nicht regelmässig aufzusuchen. Dennoch zeigt sich, dass patientenspezifische Faktoren (Gebrechlichkeit, Immobilität, psychisch und/oder kognitive Einschränkungen) bei in Alters- und Pflegeheimen lebenden Senioren einen grösseren Einfluss zu haben scheinen, als dies bei zu Hause lebenden Senioren der Fall ist (Tab. IV).

## Seniengerechtes Management zur besseren Patientenbindung von Senioren

Zur Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Dienstleistungen durch Senioren können die folgenden dargestellten Faktoren, welche der praktisch tätige Zahnarzt beeinflussen kann, dienen (siehe dazu auch «Checkliste»).

### 1. Infrastruktur

#### Erreichbarkeit der Praxis

Die zahnärztliche Praxis sollte auch für gebrechliche oder pflegebedürftige, aber transportfähige Senioren gut erreichbar sein. Dazu zählen einerseits Faktoren wie die Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel oder das Vorhandensein von Parkplätzen in der Nähe der Praxis. Andererseits sollte aber auch, für in ihrer Mobilität eingeschränkte und sturzgefährdete Senioren, ein

**Tab. IV** Subjektive Gründe, die das Inanspruchnahmeverhalten zahnmedizinischer Dienstleistungen beeinflussen

|   |  |
|---|--|
| beschwerdeorientierte Inanspruchnahme   | SCHOU & EADIE 1991<br>MATTIN & SMITH 1991  |
| keinen Behandlungsgrund   | SCHOU & EADIE 1991<br>DOLAN & ATCHINSON 1993<br>LESTER ET AL. 1998<br>MACÉNTÉE ET AL. 1988   |
| kein Interesse für Mundgesundheit   | SCHOU & EADIE 1991   |
| Angst   | SCHOU & EADIE 1991<br>BORREANI ET AL. 2010<br>DOLAN & ATCHINSON 1993<br>SMITH & SHEIHAM 1980<br>MACÉNTÉE ET AL. 1988                                       |
| Kosten  | SCHOU & EADIE 1991<br>BORREANI ET AL. 2010<br>DOLAN & ATCHINSON 1993<br>LESTER ET AL. 1998<br>STRAYER 1995<br>SMITH & SHEIHAM 1980<br>MACÉNTÉE ET AL. 1988 |
| fehlende Assoziation von oraler und allgemeiner Gesundheit                                | SCHOU & EADIE 1991   |
| Selbstbehandlung wird professioneller Behandlung vorgezogen                               | SCHOU & EADIE 1991   |
| Mangel an Wissen und Information  | SLACK-SMITH ET AL. 2010  |
| Zugänglichkeit zur Versorgung   | SLACK-SMITH ET AL. 2010<br>BORREANI ET AL. 2010  |
| Transportschwierigkeiten  | DOLAN & ATCHINSON 1993<br>LESTER ET AL. 1998<br>STRAYER 1995*<br>MACÉNTÉE ET AL. 1988  |
| Immobilität   | SMITH & SHEIHAM 1980   |
| kein eigener Zahnarzt vorhanden   | ARCURY ET AL. 2012   |
| möchten den Zahnarzt nicht «belästigen»   | SMITH & SHEIHAM 1980   |
| keine barrierefreie Praxis  | SMITH & SHEIHAM 1980   |
| Zahnlosigkeit/Besitz einer Totalprothese  | MCGRATH ET AL. 1999  |
| Zahnzahl  | MCGRATH ET AL. 1999  |
| Behandlung nur zu Hause gewünscht   | LESTER ET AL. 1998   |
| Schwierigkeiten Dritter, Termin zu organisieren   | LESTER ET AL. 1998   |
| reduzierte allgemeine Gesundheit  | STRAYER 1995   |
| * Studienpopulation sowohl in Pflegeheimen als auch mit häuslicher Pflege zu Hause lebend |  |

# Checkliste



## Massnahmen zur Sicherstellung der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen

### 1 Infrastruktur

*Erreichbarkeit der Praxis ständig überprüfen*

- öffentliche Verkehrsmittel
- ausgeschilderte Parkplätze in Praxisnähe
- gut auffindbare Ausschilderung der Praxis
- barrierearmer Zugang zur Praxis
  - Aussenbereich (z. B. korrekt verlegte Wegplatten)
  - im Gebäude (z. B. ausreichend Licht im Treppenaufgang)

### 2 Praxisausstattung

*Seniorengerechte Ausstattung*

- des Empfangs- und Wartebereichs
- der Wege zum Behandlungszimmer
- der Einrichtung/Ausstattung Behandlungszimmer
- der Hilfsmittel (z. B. konfektionierte Lesebrillen, Hörgeräte, Zahnbänkchen, Kissen etc.)
- mit mobiler zahnmedizinischer Ausstattung

### 3 Praxismanagement & Team

*Das Wohlfühlen in der Praxis erhöhen*

- strukturierte Vorlagen zur Information, Auf- und Abklärung
- zielgerichtete Terminvergabe (Patienten- und Begleitpersonenwunsch)
- Klärung der Nachsorgekompetenz
- Klärung der Betreuungsverantwortung
- zuverlässiges Recall-Management
- regelmässiges Abfragen der Praxis-Statistiken über die Senioren
- Organisation der Kontrolle des Recalls der Senioren
- Nachsorge für abgesagte/nicht wahrgenommene Termine
- lückenloses Überweisungsnetzwerk
- freundliches und im Umgang mit Senioren geschultes Team
- Organisation des Transports in die zahnärztliche Praxis
- mobile Behandlungspfade
- Angebot einer mobilen zahnmedizinischen Versorgung

### 4 Behandlungsmanagement

- Postgraduale Fort- und Weiterbildung des Zahnarztes
- Berücksichtigung der zahnmedizinischen funktionellen Kapazität
- funktionell adaptierte Therapie- und Präventionskonzepte
- Betreuungsverantwortung
- Versorgungsdiagnose
- Kontakt zu Medizinern (Hausarztkonzept), Netzwerkbildung

barrierefreier Zugang zur Praxis ermöglicht werden. Dies beinhaltet sowohl die Gestaltung des Aussen- als auch des Innenbereichs vor und hinter der Praxiseingangstür. Im Innenbereich ist auf eine klare Ausschilderung als auch für eine ausreichende Beleuchtung zu achten. Ausreichende Geländer, links und rechts, sind anzustreben.

## 2. Praxisausstattung

### Seniengerechte Ausstattung

Die Erhöhung der Behaglichkeit beim Besuch einer zahnärztlichen Praxis (BÄR ET AL. 2009) kann einen entscheidenden Einfluss auf die Inanspruchnahme sowie Adhärenz (alt: Compliance) des Patienten haben. Der Zahnarzt und sein Team sollten die älteren Patienten mit ihren heterogenen Ansprüchen in der Praxis willkommen heissen. Empathie und der Umgang, das Vorhandensein von Hilfsmitteln (Abb. 4 und 5) und die Erreichbarkeit der Praxis beeinflussen das Wohlbefinden des Patienten. In einer seniengerechten Praxis haben alle Senioren, egal ob fit, gebrechlich oder pflegebedürftig, die Chance an einer qualitätsorientierten zahnmedizinischen Versorgung teilzuhaben. Sowohl die Praxisgestaltung als auch deren Ausstattung sollte den Ansprüchen und Bedürfnissen der heterogenen Patientengruppe der Senioren Rechnung tragen. Dies beginnt bereits bei den Praxis- und Hinweisschildern, welche so konzipiert sein sollten, dass diese auch von Patienten mit einer Visusminderung erfasst werden können. Die Gestaltung des Empfangs- und Wartebereiches (Abb. 2), aber auch der sanitären Einrichtungen, Wege zum Behandlungszimmer (Abb. 3) sowie das Behandlungszimmer selbst sollte an die besonderen Bedürfnisse der älteren und immobilen Patienten angepasst werden. Die Verwendung von Hilfsmitteln wie konfektionierte Lesebrillen und Hörgeräte, Zahnbankchen (Mundsperrung zum Offenhalten des Mundes bei funktionellen Einschränkungen und zum Abhalten der Wange oder Lippe [Abb. 4]), Kissen zur verbesserten Lagerung u. a. (Abb. 5) können sowohl für den Patienten als auch für den Zahnarzt von Vorteil sein.

## 3. Praxismanagement und Team

### Strukturierte Kontaktebene

Die zahnmedizinische Behandlung und Betreuung von älteren Patienten geht immer auch mit einem erhöhten administrativen Aufwand einher (z. B. schriftliche Terminvergabe, da telefonisch oft nicht möglich bzw. unzuverlässig; Einholung administrativer und medizinischer Informationen von Dritten [Arztbriefe/Kontakt zu Patientenvertretern/Angehörigen etc.]; Ab- und Aufklärung bzw. Einverständnis Dritter zur geplanten Behandlung etc.). Strukturierte Korrespondenzen (z. B. durch Standardbriefe; Informations- und Einverständnissvorlagen) können als Vereinfachung und zur Effizienzsteigerung dienen. Eine ständige Aktualisierung der Anamnesebögen ist notwendig. Gleichzeitig kann sich der Zahnarzt auf diesem Wege – gerade bei Patienten mit Beistand bzw. gesetzlich betreute Patienten – rechtlich absichern.

### Verfügbarkeit für Behandlungstermine/-zeiten

Sowohl bei zu Hause als auch in Institutionen lebenden älteren Patienten sollten allgemeinmedizinische und organisatorische Besonderheiten bei der Terminplanung in Betracht gezogen werden (Diabetes mellitus, Medikamenteneinnahme, erhöhter morgendlicher Zeitbedarf, Essen auf Rädern, Spitex). Die Terminvergabe sollte dabei sensibel erfolgen, wobei der Betagte nicht als Lückenbüsser des Terminbuches eingesetzt werden



**Abb. 2** Stühle mit einer geraden Armlehne sind solchen ohne Armlehne vorzuziehen, da sie dem in seiner funktionellen Kapazität eingeschränkten Senior ein erleichtertes Absitzen und Aufstehen ermöglichen. Die seniengerechte Gestaltung des Wartezimmers erhöht das Wohlfühlen in der zahnärztlichen Praxis.



**Abb. 3** Genügend Platz für Rollatoren oder Rollstühle sowohl auf den Wegen zum Behandlungszimmer als auch im Behandlungszimmer und Wartebereich.

darf. Auf Pflegeprozesse, auf Bringdienste der Familienmitglieder sowie organisatorische und administrative Abläufe der Pflegeeinrichtungen sollte Rücksicht genommen werden.

### Lückenloses Überweisungsnetzwerk

Die Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung kann nur gelingen, wenn zum einen auch im Einzelfall, z. B. bei einem Wohnortwechsel, dafür gesorgt wird, dass ein Zahnarztwechsel stattfindet. Das Angebot, die Unterlagen an den Nachbehandler zu senden, sollte gemacht werden. Zum anderen sollte auch bei



**Abb. 4** Der Einsatz von Hilfsmitteln, hier ein Zahnbankchen.



**Abb. 5** Der Einsatz von Hilfsmitteln, hier eine Kopfstütze, welche an Rollstühle angebracht werden kann, können die Behandlung sowohl für den immobilen Patienten als auch für den Zahnarzt erleichtern.

einem älteren Patienten, welcher sonst regelmässig den Zahnarzt aufgesucht hat, bei einem verpassten Termin wiederholt nachgefragt und neue Termine angeboten werden. Ziel ist, den Patienten nicht aus dem Recall zu verlieren.

#### *Qualifizierter Umgang des Teams mit Senioren*

Das Praxisteam sollte neben einem seniorengerechten Patientenmanagement (z.B. bei der Kommunikation = häufige gesprächsintensive Kontakte) auch auf den erhöhten administrativen Aufwand vorbereitet sein (mehrere Ansprechpartner = Patient, gesetzlicher Betreuer, Angehörige).

Dem Praxisteam wird viel Geduld und Wissen abgefordert, sodass es sich für jedes Teammitglied lohnen würde, Fortbildungsveranstaltungen zum Thema «Senioren in der Praxis» zu besuchen. Absprachen zu den Problemen aus dem Alltag sollten in Teamsitzungen erfolgen.

Auch im Prophylaxebereich kann durch den Einsatz von spezialisiert fortgebildeten Mitarbeitern besser auf die Bedürfnisse gebrechlicher Menschen eingegangen werden. Diesem Bereich kommt eine besondere Bedeutung zu, da die Mundhygienefähigkeit der Patienten aufgrund eingeschränkter manueller Geschicklichkeit, reduzierter Handkraft und eines verminderten Visus nachlassen kann. Neben dem Auffangen einer reduzierten häuslichen Mundhygiene sollte auch eine professionelle Zahn- und Prothesenhygiene in kurzen Abständen gewährleistet werden. Des Weiteren kann auf diesem Weg eine regelmässige Kon-

trolle der oralen Gesundheit des älteren Patienten sichergestellt werden und Veränderungen in der zahnmedizinischen funktionellen Kapazität frühzeitig erkannt werden. Der Patient ist mit der Praxis und dem zahnärztlichen Team dadurch vertraut, was wiederum die Adherence – auch zu einer eventuell notwendigen zahnärztlichen Therapie – erhöhen kann.

#### *Mobile Ausstattung*

Um Chancengleichheit im Zugang zu zahnärztlichen Leistungen zu bieten, sollte berücksichtigt werden, dass in Institutionen lebende Patienten aufgrund eines schlechten allgemeinmedizinischen Zustandes bzw. aufgrund erhöhter Immobilität oft nicht in der Lage sind, die zahnärztliche Praxis aufzusuchen. Eine mobile Ausstattung zur zahnmedizinischen Behandlung und Betreuung dieser Patienten (Prävention von Notfällen, Angebot von Reihenuntersuchungen) kann die Patientenbindung und dringend notwendige Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen erhöhen.

Dadurch bestünde die Möglichkeit für Zahnärzte, die Initiative zu ergreifen und Patienten direkt in einer Pflegeeinrichtung zu betreuen. Versorgungsmodelle einer aufsuchenden zahnmedizinischen Versorgung sind bekannt, wie z.B. das *mobiDent™*: ein Schweizer Konzept zur Versorgung Betagter und Hochbetagter in Alters- und Pflegeheimen im Kanton Zürich oder das Teamwerk: ein Konzept in München zur einrichtungsnahen Versorgung. Mobile zahnmedizinische Versorgung kann jeder Zahnarzt im Rahmen seiner Praxistätigkeit anbieten. Diese Bemühungen entstehen oft unter grossem persönlichem Einsatz, da sich der Mehraufwand heute in den Pflegeeinrichtungen nicht immer kostendeckend abbilden lässt.

## 4. Behandlungsmanagement

### *Ausbildung – Fortbildung – Spezialisierung von Zahnarzt und zahnärztlichem Team*

Die Grundlage für ein erfolgreiches Management zur Patientenbindung stellt die Aus- und Fortbildung des Zahnarztes und seines Praxisteam im Umgang mit Senioren dar (NITSCHKE ET AL. 2012). Heutige Studierende der Zahnmedizin sollten bereits während ihres Studiums sowohl theoretisch als auch praktisch auf die heterogene Patientengruppe der Senioren gut vorbereitet werden (KOSSIONI ET AL. 2009). In der Schweiz werden die Aspekte des Alterns und die Behandlung von Senioren schon verpflichtend im Studium gelehrt. Auch Zahnärzte sollten sich auf dem Gebiet der Seniorenzahnmedizin fortbilden, um spezifische Kompetenzen zum Umgang mit älteren, zumeist multimorbiden Patienten sowie deren zahnmedizinischen Behandlung bzw. Betreuung zu erhalten. Eine Spezialisierung des Zahnarztes, wie sie z.B. von der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin e. V. ([www.dgaz.org](http://www.dgaz.org)) angeboten wird, sowie eine Fortbildung des zahnärztlichen Teams helfen auf die Bedürfnisse älterer Menschen im täglichen Praxisalltag vorbereitet zu sein.

### *Versorgungsdiagnose*

Zahnärzte sollten im Rahmen einer Versorgungsdiagnose die Zuständigkeiten für die Sicherstellung der Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienstleistungen durch ältere Patienten klären. Unter Versorgungsdiagnose wird das Zusammentragen und Bewerten von Informationen und Erkenntnissen zur patientenspezifischen bzw. individuellen (zahn-)medizinischen Versorgung eines Patienten verstanden. Ist die mundgesundheitsbezogene Eigenverantwortlichkeit eines Patienten eingeschränkt,

so sollte diese durch sein Umfeld kompensiert werden. Die Ausbildungslehrgänge von medizinisch-pflegerischen Fachpersonen berücksichtigen die komplexen Sachverhalte zur Mundgesundheit von Pflegebedürftigen nur begrenzt. In der Folge fehlen bei der praktischen Umsetzung ausreichende Pflegeleitlinien und Umsetzungsstrategien. Eine reduzierte Mundhygienefähigkeit kann oft nicht kompensiert werden und eine umfassende zahnmedizinische Betreuung ist nicht ausreichend strukturiert. Daher sollte auf der Grundlage der Versorgungsdiagnose eine individuelle Anleitung des Pflegeteams zur Sicherstellung der täglichen häuslichen Oral- und Prothesenhygiene erfolgen. Es sollte eine Aufgabe des Zahnarztes und seines fortgebildeten Teams sein, die Einschränkungen des betreuenden Umfeldes rechtzeitig zu erkennen und unmittelbar die Anleitung, Instruktion und das Training des medizinisch-pflegerischen Patientenumfeldes in Bezug auf mundgesundheitsbezogene Probleme und deren Management einzuleiten. Diesbezüglich haben sich in Deutschland Versorgungsmodelle profiliert (z.B. Teamwerk, München), welche mit einem dualen Konzept vor allem präventive Erfolge erbringen. In der Schweiz bestehen universitäre Kooperationen zur interdisziplinären Ausbildung von angehenden Zahnmedizinern und Humanmedizinern, welche auf Stufe der Grundausbildung und Fortbildung angeboten werden und das gegenseitige Problemverständnis fördern soll (Universität Zürich: Studentisches Mantelstudium «Der hochbetagte Mensch» für Human- und Zahnmediziner im Grundstudium; interdisziplinäres Fallkolloquium für Zahnmediziner, Geriater, Gerontopsychiater und Niedergelassene). Es sollte von den Vertretern der Standesorganisationen sichergestellt werden, dass der Zahnarzt seinen Mehraufwand auch honoriert bekommt. Hierzu sind zusätzliche Leistungspositionen in den Vergütungsverzeichnissen zu schaffen, auf die dann pflegebedürftige Personen einen gesetzlich festgelegten Anspruch haben sollten.

#### Screening-Methode

Zusätzlich zur allgemeinmedizinischen und zahnärztlichen Anamnese des Patienten, regen einige Experten an, in der zahnärztlichen Praxis routinemässig ein geriatrisches Assessment durchzuführen (z.B. Activities of Daily Living [ADL]; Body Mass Index [BMI]; Mini Nutritional Screening [MNA]; Mini Mental State [MMS]). Dies ermöglicht einerseits, den Patienten hinsichtlich seiner zahnmedizinischen funktionellen Kapazität besser einschätzen zu können. Andererseits kann frühzeitig interdisziplinär agiert werden (z.B. bei Verdacht auf Malnutrition o. ä.) und die Empfehlung zur Konsultation eines Spezialisten ausgesprochen werden. Besseres Wissen zur Alltagskompetenz des Patienten hilft, die Probleme bei der Inanspruchnahme besser zu verstehen.

#### Nachsorgekompetenz

Eine an die zahnmedizinische funktionelle Kapazität des Seniors angepasste zahnärztliche Versorgung, welche auch eine vorausschauende Planung beinhaltet, sollte zur Anwendung kommen, wobei auch die Nachsorgekompetenz herausgefunden werden sollte. Der Begriff Nachsorgekompetenz umfasst dabei die für eine langfristig erfolgreiche zahnmedizinische Behandlung und Betreuung notwendigen Faktoren (z.B. Ist der Patient in der Lage, selbstständig seine Mundhygiene zu betreiben? Liegen Erkrankungen vor, welche die Mund- und Prothesenhygiene, aber auch die Inanspruchnahme des Zahnarztes negativ beeinflussen könnten? Gibt es hierbei eine zu erwarten-

de Progredienz/Verschlechterung? Gibt es im Zweifel Dritte, welche schon im Vorfeld der Therapie kontaktiert werden könnten, um die Mund- und Prothesenhygiene sowie das Inanspruchnahmeverhalten positiv zu beeinflussen oder aufrechtzuerhalten? etc.).

Zu einer erfolgreichen Inanspruchnahme des Recalls gehört, dass bereits im Vorfeld der Therapieplanung überlegt wird, wie die Nachsorge, z.B. einer aufwendigen prothetischen Versorgung, auch bei Verschlechterung des allgemeinmedizinischen Zustandes des Patienten aufrechterhalten werden kann. Dies beinhaltet neben der zahnärztlichen Planung, dass Versorgungen auch ohne viel Aufwand an neue Voraussetzungen adaptiert werden können. Ebenso sollte in der Planungsphase berücksichtigt werden, wer zukünftig für die Aufrechterhaltung der häuslichen Mund- und Prothesenhygiene sowie Inanspruchnahme des Recalls zuständig sein könnte.

#### Interaktion mit Beistand, Angehörigen, Pflege, Kostenträger, Hausarzt, Anästhesist und Patientenvertreter

Auf dieser Prozessebene sollte der Zahnarzt darauf achten, ein Netzwerk zu anderen Spezialisten aufzubauen. Einerseits können vom Patienten gemachte Diagnoseangaben verifiziert werden, andererseits ist die Einbindung eines interdisziplinären Teams zur gegenseitigen Abstimmung für eine erfolgreiche Therapie sinnvoll. Bei Patienten, welche nicht mehr selbstständig für sich entscheiden können, kann der Entscheidungsträger mittels Empowerment zur Therapienentscheidung besser beitragen.

Patienten haben im Alter zunehmend Kontakt zu Allgemeinmedizinern. Diese Schnittstelle sollte genutzt werden, um Patienten zu motivieren, regelmässige zahnärztliche Kontrolluntersuchen wahrzunehmen. Im zahnmedizinischen Hausarztkonzept nach Nitschke und Reiber (NITSCHKE & REIBER 2009) besteht ein Screeningtool, das es Hausärzten vereinfacht hilft, zu erfassen, ob ein zahnmedizinischer Behandlungsbedarf besteht. Werden Triggerpunkte beim Ausfüllen des kurzen Fragebogens aktiviert, so sollte der Hausarzt den Patienten darum bitten, sich an seinen Zahnarzt zu wenden. Der kontaktierte Zahnarzt gibt dem Arzt im Gegenzug durch das Ausfüllen eines kurzen Befundbogens eine Rückmeldung zur Mundgesundheit des gemeinsamen Patienten. Der Patient wird motiviert, den Zahnarzttermin wahrzunehmen, da es sich um eine ärztliche Empfehlung handelt.

### Zusammenfassende Betrachtung

Um dem Problem der verminderten zahnmedizinischen Inanspruchnahme älterer Menschen zukünftig begegnen zu können, sollte sich der Patient in der Praxis willkommen und wohl fühlen. Hinderungsgründe sollten herabgesetzt, Inanspruchnahme gestärkt und dem Betagten und Hochbetagten bewältigbare Situationen angeboten werden. Die zahnmedizinische funktionelle Kapazität ist während einer zahnmedizinischen Betreuung vom Zahnarzt zu beachten und immer wieder neu zu evaluieren.

Eine fortlaufende Anpassung des Betreuungs- und Behandlungskonzeptes an die Veränderungen der zahnmedizinischen funktionellen Kapazität des Patienten sowie die Intensivierung und Gestaltung interdisziplinärer Zusammenarbeit, die Fortbildung des pflegenden Patientenumfeldes, die Praxisgestaltung und das Angebot eines lückenlosen Recallkonzeptes können dem individuell stark unterschiedlichen Inanspruchnahmeverhalten im Alter Rechnung tragen. Eine seniorengerechte Praxis

benötigt ein strukturiertes Praxiskonzept, in dem die Inanspruchnahme vom Zahnarzt und seinem Team zum Thema gemacht wird. Zudem kann die Berücksichtigung von kleinschrittigen Behandlungskonzepten dem Zahnarzt im Hinblick auf voraussehbare Probleme, die durch eine reduzierte Inanspruchnahme zu erwarten sind, Vorteile geben. Bewältigungs- und Adaptationsprozesse des Patienten, seines Umfeldes und des zahnärztlichen Teams stehen im Vordergrund, wobei positive Erfahrungen (Erreichen kleiner Behandlungsziele, das Angebot an praktischen Hilfen, Anpassung der zahnmedizinischen Hilfsmittel, Angebot an verschiedenen Lagerungsmöglichkeiten) und eine unterstützende Einstellung von Praxis und Patientenumfeld wesentlich sind. So kann auch im Alter noch sehr lange die orale Gesundheit gefördert und die Belastungen, die bei zahnmedizinischen Notfällen auf den Patient (Schmerzen, Stress), sein Umfeld (Transportorganisation, Personalumdisponierung) sowie die zahnärztliche Praxis (administrativer und zeitlicher Mehraufwand) zukommen, reduziert werden. Diese Förderung der Inanspruchnahme kann das Umfeld, ins-

besondere die Pflege, darin bekräftigen, der oralen Gesundheit hilfe- und pflegebedürftiger Patienten Beachtung zu schenken und eine Förderung des Inanspruchnahmeverhaltens zu unterstützen. Das Nutzen des Angebotes einer zahnmedizinischen Leistung verbessert in der Regel die allgemeinmedizinische Gesundheit und die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität. Besonders in Institutionen lebende ältere Menschen zeigen einen hohen zahnärztlichen Betreuungs-, Behandlungs- und Nachsorgebedarf, aber ein geringes Inanspruchnahmeverhalten. Dennoch ist die Zahl der Studien verschwindend gering, die sich mit den Gründen und Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme bzw. Nichtinanspruchnahme zahnmedizinischer Dienstleistungen durch stationär und ambulant pflegebedürftige Senioren beschäftigen. Die Vertreter der Landesorganisationen in den verschiedenen Ländern sind aufgefordert, die Fortbildung der Zahnärzteschaft für eine gute zahnmedizinische Betreuung der Betagten und Hochbetagten zu fördern und Voraussetzungen zu schaffen, dass der Mehraufwand, der bei der Behandlung entsteht, leistungsgerecht vergütet wird.

## Literatur

- ALLIN S, MASSERIA C, MOSSIALOS E: Measuring socioeconomic differences in use of health care services by wealth versus by income. *Am. J. Public Health* 99: 1849–1855 (2009)
- ARCURY T A, SAVOCA M R, ANDERSON A M, CHEN H, GILBERT G H, BELL R A, LENG X, REYNOLDS T, QUANDT S A: Dental care utilization among North Carolina rural older adults. *J. Public Health Dent.* 72: 190–197 (2012)
- ASTROM A N, EKBACK G, NASIR E, ORDELL S, UNELL L: Use of dental services throughout middle and early old ages: a prospective cohort study. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 41 (1): 30–39 (2013)
- BÄR C H, REIBER T H, NITSCHKE I: Zahnmedizinische Probleme bei alten Patienten [Dental problems in older patients], *zm* 99, no. 24: 44–49 (2009)
- BENZ C, HAFFNER C: Zahnerhaltung im Alter [Tooth preservation in old age], *Zahnmedizin update* 2: 263–279 (2008)
- BERG R, BERKEY C B, TANG J M, BAINE C, ALTMAN D S: Oral health status of older adults in Arizona: results from the Arizona Elder Study. *Spec. Care Dentist.* 20: 226–233 (2000)
- BERGMANN E, KAMTSIURIS P: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. [Utilization of medical services.] *Gesundheitswesen* 61: 138–144 (1999)
- SWISS FEDERAL STATISTICAL OFFICE (BFS): Swiss Health Survey, Health and health behavior in Switzerland 1992–2002, Neuchâtel (2005)
- SWISS FEDERAL STATISTICAL OFFICE (BFS): Statistics for Switzerland. Health and health behavior in Switzerland 2007. Swiss Health Survey, Neuchâtel (2010)
- BORN G, BAUMEISTER S E, SAUER S, HENSEL E, KOCHER T, JOHN U: [Characteristics of risk groups with an insufficient demand for dental services – results of the study of health in Pomerania (SHIP)], *Gesundheitswesen*, 68(4): 257–264 (2006)
- BORREANI E, JONES K, WRIGHT D, SCAMBLER S, GALLAGHER J E: Improving access to dental care for older people. *Dent. Update* 37: 297–298 (2010)
- BROTHWELL D J, JAY M, SCHÖNWETTER D J: Dental service utilization by independently dwelling older adults in Manitoba, Canada. *J. Can. Dent. Assoc.* 74: 161–161f (2008)
- CLAUS L M: Dental student attitudes towards the elderly and training in geriatric dentistry. *Int. Dent. J.* 32: 371–378 (1982)
- DE BAAT C, BRUINS H, VAN ROSSUM G, KALK W: Oral health care for nursing home residents in the Netherlands – a national survey. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 21: 240–242 (1993)
- DENKINGER M D, LUKAS A, HERBOLSHEIMER F, PETER R, NIKOLAUS T: Physical activity and other health-related factors predict health care utilization in older adults: the ActiFE Ulm study. *Z. Gerontol. Geriatr.* 45: 290–297 (2012)
- DOLAN T A, ATCHINSON K A: Implications of access, utilization and need for oral health care by the non-institutionalized and institutionalized elderly on the dental delivery system. *J. Dent. Educ.* 57: 876–887 (1993)
- DOLAN T A, PEEK C W, STUCK A E, BECK J C: Functional health and dental service use among older adults. *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.* 53: 413–418 (1998)
- ETTINGER R L: Oral health and oral health care of the elderly. *Dent. World* 2: 5 (1993)
- GALAN D, BREXCH M, HEATH M R: Oral health status of a population of community-dwelling older Canadians. *Gerodontology* 12:41–48 (1995)
- GMÜNDER ERSATZKASSE: GEK – Report on outpatient medical care 2006: Evaluations of GEK health reporting. Sankt Augustin: Asgard-Verlag (2006)
- HALLY J, CLARKSON J E, NEWTON J P: Continuing dental care for Highlands elderly: current practice and attitudes of dental practitioners and home supervisors. *Gerodontology* 20: 88–94 (2003)
- HESSLER A, GUNZELMANN T, GEYER M, BRÄHLER E: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Medikamenteneinnahme bei über 60-jährigen in Deutschland – gesundheitliche, sozialstrukturelle, sozio-demographische und subjektive Faktoren. [Utilization of medical services and medication use in over-60-year-olds in Germany – health, sociostructural, sociodemographic, and subjective factors.] *Z. Gerontol. Geriatr.* 33: 289–299 (2000)
- IKEDA K, NOKUBI T, ETTINGER R L: Utilization of dental health services by community-dwelling older adults in Japan who attended a weekly educational programme. *Gerodontology* 19: 115–122 (2002)
- IMFELD T, LUTZ F: [The subjective evaluation of oral health in 40- to 69-year-old subjects. A representative survey of 600 persons in German- and French-speaking Switzerland]. *Schweiz. Monatsschr. Zahnmed.* 105: 1272–1283 (1995)
- KATSOUKIS J, HUBER S, ZUMSTEG P, PAZERA P, MERICSKE-STERN R: Gerodontic consultation service for hospitalized geriatric patients: diagnosis and therapy (II). *Schweiz. Monatsschr. Zahnmed.* 119: 688–694 (2009)
- KIYAK H A, REICHMUTH M: Barriers to and enablers of older adults' use of dental services. *J. Dent. Educ.* 69: 975–986 (2005)
- KOSSIONI A, VANOBBERGEN J, NEWTON J, MÜLLER F, HEATH R: European College of Gerodontology: undergraduate curriculum guidelines in gerodontology. *Gerodontology* 26: 165–171 (2009)
- KUSTER M, MÜLLER R, TACKENBERG M, JÄGER P: SSO public survey. Attitudes of the Swiss to dentists in 2000. *Schweiz. Monatsschr. Zahnmed.* 110 (12): 1305–1312 (2000)
- LESTER V, ASHLEY F P, GIBBONS D E: Reported dental attendance and perceived barriers to care in frail and functionally dependent older adults. *Br. Dent. J.* 184: 285–289 (1998)
- LINDEN M, GILBERG R, HORGAS A L, STEINHAGEN-THIENSEN E: Die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfe im hohen Alter. [Utilization of medical and nursing assistance in old age.] In: Mayer KU und Baltes P B: Die Berliner Altersstudie. [The Berlin Aging Study.] Berlin: Akademie Verlag: 475–495 (1996)
- LISL S, MORAN V, MAURER J, FAGGION C M JR: Dental service utilization by Europeans aged 50 plus. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 40: 164–174 (2012)
- MACÉNTÉE M I, DOWELL T B, SCULLY C: Oral health concerns of an elderly population in England. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 16: 72–74 (1988)
- MACÉNTÉE M I, STOLAR E, GLICK N: Influence of age and gender on oral health and related behaviour in an independent elderly population. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 21: 234–239 (1993)
- MCGRATH C R, BEDI R, DHAWAN N: Factors influencing older people's self reported use of dental services in the UK. *Gerodontology* 16: 97–102 (1999)

- MCGRATH C, BEDI R: Can dental attendance improve quality of life? *Br. Dent. J.* 190: 262–265 (2001)
- MANSKI R J: Public programs, insurance, and dental access. *Dent. Clin. North Am.* 53: 485–503 (2009)
- MANSKI R J, MOELLER J, CHEN H, ST CLAIR P A, SCHIMMEL J, MAGDER L, PEPPER J V: Dental care utilization and retirement. *J. Public Health Dent.* 70: 67–75 (2010)
- MANSKI R J, MOELLER J F, ST CLAIR P A, SCHIMMEL J, CHEN H, PEPPER J V: The influence of changes in dental care coverage on dental care utilization among retirees and near-retirees in the United States, 2004–2006. *Am. J. Public Health* 101: 1882–1891 (2011)
- MANSKI R J, MOELLER J F, CHEN H, ST CLAIR P A, SCHIMMEL J, PEPPER J V: Wealth effect and dental care utilization in the United States. *J. Public Health Dent.* 72: 179–189 (2012)
- MATTIN D, SMITH J M: The oral health status, dental needs and factors affecting utilisation of dental services in Asians aged 55 years and over, resident in Southampton. *Br. Dent. J.* 170: 369–372 (1991)
- MICHEELIS W, REICH E: Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben in Deutschland 1997, Köln [Third German Oral Health Study (DMS III). Results, trends and problem analysis based on population-representative samples in Germany 1997, Cologne] Deutscher Ärzte-Verlag 1999. ISBN 3-7691-7848-3 (1999)
- MICHEELIS W, SCHIFFNER U: Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). [Fourth German Oral Health Study (DMS IV).] Neue Ergebnisse zu oralen Erkrankungsprävalenzen, Risikogruppen und zum zahnärztlichen Versorgungsgrad in Deutschland 2005, Köln [New results on the prevalence of oral diseases, risk groups, and level of dental care in Germany 2005, Cologne] Deutscher Ärzte-Verlag 2006. ISBN 10: 3-934280-94-3 (2006)
- MORIYA S, TEI K, YAMAZAKI Y, HATA H, KITAGAWA Y, INOUE N, MIURA H: Relationships between higher-level functional capacity and dental health behaviours in community-dwelling older adults. *Gerodontology* 30: 133–140 (2013)
- MURRAY J J: Attendance patterns and oral health. *Br. Dent. J.* 181: 339–342 (1996)
- NITSCHKE I, HOPFENMÜLLER W: Die Zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen. [Dental care for older people.] In: Mayer, K. U. and Baltes, P. B.: Die Berliner Altersstudie. [The Berlin Aging Study.] Berlin: Akademie Verlag: 429–448; ISBN-13: 978-3050045085 (1996)
- NITSCHKE I, MÜLLER F, HOPFENMÜLLER W: The uptake of dental services by elderly Germans. *Gerodontology* 18: 114–120 (2001)
- NITSCHKE I: Zur Mundgesundheit von Senioren – ein epidemiologischer Überblick über ausgewählte orofaziale Erkrankungen und ihre longitudinale Betrachtung. Habilitationsschriften der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde [On the oral health of seniors – an epidemiological summary of selected orofacial diseases and their longitudinal observation, postdoctoral lecturing qualification theses in dental and oral medicine]. Quintessenz-Verlag, Berlin, ISBN 3-87652-898-4 (2006)
- NITSCHKE I, REIBER T: Orale Gesundheit. [Oral Health] In: Stoppe G, Mann E (Eds.): Geriatrie für Hausärzte. [Geriatrics for primary-care physicians.] Hans-Huber Verlag, Hogrefe AG, Bern (2009)
- NITSCHKE I, MAJDANI M, SOBOTTA B A, REIBER T, HOPFENMÜLLER W: Dental care of frail older people and those caring for them. *J. Clin. Nurs.* 19: 1882–1890 (2010)
- NITSCHKE I, BÄR C, HOPFENMÜLLER W, ROGGENDORF H, STARK H, SOBOTTA B, REIBER T: [Do long-term care residents benefit from the dental bonus system?]. *Z. Gerontol. Geriatr.* 44: 181–186 (2011)
- NITSCHKE I, BLEIEL D, KUNZE J: Achtung, Senioren in der Praxis! Zur Notwendigkeit und Möglichkeit einer Spezialisierung im Fachgebiet Senioren-zahnmedizin. [Watch out! Seniors in the clinic! On the necessity and opportunity of specializing in the area of gerodontology.] *Quintessenz* 63: 1037–1046 (2012)
- NYSSÖNEN V: Use of oral health services and adult oral health in Finland. *Proc. Finn. Dent. Soc.* 88: 33–38 (1992)
- OHI T, SAI M, KIKUCHI M, HATTORI Y, TSUBOI A, HOZAWA A, OHMORI-MATSUDA K, TSUJI I, WATANABE M: Determinants of the utilization of dental services in a community-dwelling elderly Japanese population. *Tohoku J. Exp. Med.* 218: 241–249 (2009)
- RICHARDS W, AMEEN J: The impact of attendance patterns on oral health in a general dental practice. *Br. Dent. J.* 193: 697–701 (2002)
- RISE J, HOLST D: Causal analysis on the use of dental services among old-age pensioners in Norway. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 10: 167–172 (1982)
- SAUNDERS R, FRIEDMAN B: Oral health conditions of community-dwelling cognitively intact elderly persons with disabilities. *Gerodontology* 24: 67–76 (2007)
- SCHIMMEL M, SCHOENI P, ZULIAN G B, MÜLLER F: Utilization of dental services in a university hospital palliative and long-term care unit in Geneva. *Gerodontology* 25: 107–112 (2008)
- SCHOU L, EADIE D: Qualitative study of oral health norms and behaviour among elderly people in Scotland. *Community Dent. Health* 8: 53–58 (1991)
- SHAY K: Oral neglect in the institutionalized elderly. Part 1: The role of the institution. *Spec. Care Dentist.* 10: 166–168 (1990)
- SHEIHAM A, MAIZELS J, CUSHING A, HOLMES J: Dental attendance and dental status. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 13: 304–309 (1985)
- SHIMAZAKI Y, SOH I, KOGA T, MIYAZAKI H, TAKEHARA T: Relationship between dental care and oral health in institutionalized elderly people in Japan. *J. Oral Rehabil.* 31: 837–842 (2004)
- SKAAR D D, O'CONNOR H: Dental service trends for older US adults, 1998–2006. *Spec. Care Dentist.* 32: 42–48 (2012)
- SLACK-SMITH L, HYNDMAN J: The relationship between demographic and health-related factors on dental service attendance by older Australians. *Br. Dent. J.* 197: 193–199, Discussion 190 (2004)
- SLACK-SMITH L, LANGE A, PALEY G, O'GRADY M, FRENCH D, SHORT L: Oral health and access to dental care: a qualitative investigation among older people in the community. *Gerodontology* 27: 104–113 (2010)
- SMITH J M, SHEIHAM A: Dental treatment needs and demands of an elderly population in England. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 8: 360–364 (1980)
- STADELMANN P, ZEMP E, WEISS C, WEIGER R, MENGHINI G, ZITZMANN N U: Dental visits, oral hygiene behaviour, and orthodontic treatment in Switzerland. *Schweiz. Monatsschr. Zahnmed.* 122: 104–126 (2012)
- STARK H: Untersuchungen zur zahnmedizinischen Versorgung in den Heimen der Altenhilfe in Bayern. [Studies of dental care in old people's facilities in Bavaria.] *Dtsch. Zahnärztl. Z.* 47: 124–126 (1992)
- STRAYER M S: Perceived barriers to oral health care among the homebound. *Spec. Care Dentist.* 15: 113–118 (1995)
- THODE N, BERGMANN E, KAMTSIURIS P, KURTH B M: Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. [Factors influencing outpatient utilization in Germany.] *Bundesgesundheitsbl. – Gesundheitsforsch. – Gesundheitsschutz* 3: 296–306 (2005)
- TODD J E, LADER D: Adults dental health in the United Kingdom 1988, Her Majesty's Stationery Office, London (1991)
- WALL T P, BROWN L J: Recent trends in dental visits and private dental insurance, 1989 and 1999. *J. Am. Dent. Assoc.* 134: 621–627 (2003)
- WALTER M H: Das Thema «Mundgesundheit» im Forschungsverbund Public Health Sachsen, 2–5. [The subject of “oral health” in the Public Health Research Center Saxony, 2–5.] In: Bevölkerungsrepräsentative Studie zum zahnärztlich-prothetischen Versorgungsgrad und Behandlungsbedarf. [Population-representative study on the level of dental prosthesis provision and need for treatment.] Regensburg: S.-Roderer-Verlag (1997)
- WEFERS K P, HEIMANN M, KLEIN J, WETZEL W E: Untersuchungen zum Gesundheits- und Mundhygienebewusstsein bei Bewohnern von Alten- und Altenpflegeheimen. [Studies on the health and oral health awareness of residents of old people's and care facilities.] *Dtsch. Zahnärztl. Z.* 44: 628–630 (1989)
- WU B, PLASSMAN B L, LIANG J, WEI L: Cognitive function and dental care utilization among community-dwelling older adults. *Am. J. Public Health* 97: 2216–2221 (2007)
- YONEYAMA T, YOSHIDA M, OHROI T, MUKAIYAMA H, OKAMOTO H, HOSHIBA K, IHARA S, YANAGISAWA S, ARIUMI S, MORITA T, MIZUNO Y, OHSAWA T, AKAGAWA Y, HASHIMOTO K, SASAKI H: Oral Care Working Group: Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *J. Am. Geriatr. Soc.* 50: 430–433 (2002)
- ZITZMANN N U, MARINELLO C P, ZEMP E, KESSLER P, ACKERMANN-LIEBRICH U: Zahnverlust, prothetische Versorgung und zahnärztliche Inanspruchnahme in der Schweiz. [Tooth loss, prosthetic treatment, and dental utilization in Switzerland.] *Schweiz. Monatsschr. Zahnmed.* 111: 1288–1294 (2001)
- ZITZMANN N U: Die Folgen der Zahnlosigkeit für das Individuum. [The consequences of edentulism for the individual.] *Dtsch. Zahnärztl. Z.* 59: 617–625 (2004)