

Medizinisch-psychosoziales Screening des alternden Menschen in der zahnärztlichen Praxis

CHRISTIAN E. BESIMO

Abteilung für Orale Medizin
(Vorsteher: Prof. Dr. Ch. E. Besimo),
Aeskulap-Klinik, Brunnen

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Ch. E. Besimo
Abteilung für Orale Medizin
Aeskulap-Klinik
Gersauerstr. 8, 6440 Brunnen
Tel. 041 825 49 22
Fax 041 825 48 63
E-Mail:
christian.besimo@aeskulap.com

Zusammenfassung Die demografische Entwicklung bewirkt, dass immer mehr ältere und betagte Menschen medizinische und zahnärztliche Leistungen in Anspruch nehmen. Sie sind bestrebt, ihre in jüngeren Lebensjahren zur Selbstverständlichkeit gewordene Gewohnheit der regelmässigen zahnärztlichen Kontrolle und Betreuung so lange als möglich weiterzuführen. Infolgedessen sollte das zahnärztliche Team in der Lage sein, für die Mundgesundheit relevante, altersspezifische me-

medizinische und psychosoziale Defizite zu erkennen. Gesundheitszustand und Ressourcen des alternden Menschen könnten auf diese Weise besser eingeschätzt und zahnärztliche Fehldiagnosen sowie Fehlbehandlungen infolge zu eng fokussierter, monodisziplinärer Fallanalyse vermieden werden. Die vorliegende Arbeit stellt eine mögliche Systematik des Patientenscreenings und die hierfür einsetzbaren, teilweise neu entwickelten Instrumente vor.

Einleitung

Die aktuelle demografische Entwicklung wird weiter und verstärkt dazu führen, dass immer mehr ältere und vor allem betagte Menschen nicht nur allgemeinmedizinischer, sondern auch zahnmedizinischer Behandlung und Langzeitbetreuung bedürfen und diese auch in Anspruch nehmen (KRAPPWEIS ET AL. 2000, BUNDESAMT FÜR STATISTIK 2008). Heute konsultieren bereits rund 70% der Schweizer Bevölkerung ihren Zahnarzt mindestens einmal pro Jahr zur Kontrolle der Mundgesundheit (ZITZMANN ET AL. 2001). Es ist aufgrund des wachsenden Anspruchs der Senioren auf ein gesundes und aktives Altern zu erwarten, dass diese in jüngeren Lebensjahren zur Selbstverständlichkeit gewordene Gewohnheit der regelmässigen zahnärztlichen Nachsorge auch in höherem Alter so lange als möglich weiter gepflegt wird (MENNING 2006).

Die im Kindesalter der Babyboomer wirksam initialisierte zahnärztliche Prävention hat zwar dazu geführt, dass eine zunehmende Zahl von Menschen mit immer mehr eigenen Zähnen ein höheres Alter erreicht (HEFTI 1986). Trotzdem bleibt der orale Gesundheitszustand älterer Menschen ungenügend und droht gegenwärtig eher schlechter zu werden (MENGHINI ET AL. 2002, HOLSTEN 2007). In diesem Zusammenhang ist das frühzeitige Erkennen von für die Mundgesundheit relevanten Krankheiten beim alternden Menschen aufgrund der möglichen Zusammenhänge zwischen oralen und systemischen Erkrankungen sowie aufgrund der zunehmenden Wahr-

rscheinlichkeit von Multimorbidität und chronischer Leiden von interdisziplinärer Bedeutung, um einerseits eine weitere Verschlechterung der gesundheitlichen sowie der psychosozialen Situation der betroffenen Menschen zu verhindern, und um andererseits Komplikationen bei der zahnärztlichen oder allgemeinärztlichen Therapie zu vermeiden (IMFELD 2000, CHIAPPELLI ET AL. 2002).

Infolgedessen sollte der Zahnarzt mit seinem Team fähig sein, für die Mundgesundheit relevante medizinische und psychosoziale Defizite zu erkennen. Dies setzt ein mehrdimensionales Screening des alternden Menschen voraus, um einerseits den Gesundheitszustand und die Bedürfnisse des alternden Menschen besser einschätzen und auf diese Weise zahnärztliche Fehldiagnosen sowie Unter-, Über- oder Fehlversorgungen infolge zu eng fokussierter, monodisziplinärer Analyse der Patientensituation vermeiden zu können (Abb. 1). Andererseits würde es den Zahnarzt in die Lage versetzen, die von Defiziten betroffenen Patienten möglicherweise früher als bisher einer interdisziplinären Abklärung und Therapie von Erkrankungen zuzuführen, sodass Einbussen physischer und psychischer Funktionen sowie langfristig Hospitalisierungen oder Heimweisungen eher vermieden bzw. hinausgezögert werden könnten (BESIMO 2005).

In der Geriatrie wurde bereits gezeigt, dass ein mehrdimensionales und multidirektional wirksames medizinisches Assessment Gesundheit und Lebensqualität ohne Kostensteigerung zu verbessern vermag (PHIBBS ET AL. 2006). Deshalb darf durch-



Abb. 1 Veränderungen der Hand (Polyarthrose) als Hinweis auf mögliche chronische Schmerzen und deren medikamentöse Therapie (Bild: Alterszahnmedizin, Universität Basel).

aus erwartet werden, dass ein auf Prävention ausgerichtetes mehrdimensionales Screening des alternden Menschen in der zahnärztlichen Praxis ebenfalls nicht nur medizinisch, sondern auch ökonomisch wirksam sein wird.

Ziel dieser Arbeit war die Erstellung eines Instrumentariums für das systematische mehrdimensionale Screening alternder Menschen in der zahnärztlichen Praxis. Dieses sollte dazu beitragen, medizinische und psychosoziale Auffälligkeiten im Erscheinungsbild und im Verhalten alternder Menschen frühzeitig zu erkennen, die Hinweise auf neu auftretende gesundheitliche Defizite zu geben vermögen. Im Fokus des Screenings standen die im Rahmen der zahnärztlichen Praxis betreuten älteren Personen. Das Instrumentarium ist aber in gleicher Weise auch für institutionalisierte Betagte einsetzbar.

Systematik des Patientenscreenings

Als Grundlage und Voraussetzung für ein mehrdimensionales und interdisziplinär vernetzendes Screening des alternden Menschen in der zahnärztlichen Praxis wird ein Instrumentarium benötigt, das eine systematische und immer gleiche Erfassung der Patienten sicherstellt. Das Instrumentarium muss zudem einfach und ohne oder mit nur sehr geringem zeitlichen bzw. finanziellen Mehraufwand einsetzbar sein und darf den organisatorischen sowie klinischen Arbeitsablauf nicht stören. Das vorgeschlagene Instrumentarium beschränkt sich deshalb auf die folgenden wenigen Arbeitsmittel:

- *Anamneseblatt* und *Medikamentenliste* zur systematischen Gesundheitsbefragung der Patienten, um die allgemeine medizinische Situation erfassen und mögliche Zusammenhänge zwischen oralen und systemischen Erkrankungen besser erkennen zu können,
- *Checklisten* für das gesamte Team (Zahnarzt, Dentalhygienikerin, Prophylaxeassistentin und im Empfangsbereich sowie am Behandlungsstuhl arbeitende Dentalassistentinnen), die die in den verschiedenen Tätigkeitsbereichen möglicherweise auftretenden Auffälligkeiten und Veränderungen im Erscheinungsbild sowie im Verhalten der Patienten aufzählen und so eine systematische Beobachtung der Patienten praktisch ohne zusätzlichen Zeit- und Kostenaufwand ermöglichen.
- *Screeningverfahren* zur Erfassung von Depression, Demenz und Malnutrition, die gute Testgütekriterien (Objektivität, Validität und Reliabilität) aufweisen, eine einfache und öko-

nomische sowie auch zahnärztlich relevante Datenerhebung ermöglichen und die Wiederholbarkeit des jeweiligen Tests sicherstellen. Die Anwendung dieser Methoden soll nicht der Diagnosestellung durch den Zahnarzt dienen, sondern diesem lediglich erlauben, einen etwaigen Verdacht auf gesundheitliche Defizite bei Bedarf überprüfen zu können und die fachspezifische Zuweisung der Patienten früher zu gewährleisten.

Anamneseblatt

Das Anamneseblatt befindet sich seit zehn Jahren in klinischer Anwendung und wurde in dieser Zeit laufend weiterentwickelt bzw. dem sich verändernden Wissensstand angepasst. Es ist für alle Altersgruppen einsetzbar, um ein kontinuierliches Screening zu gewährleisten, ohne willkürliche chronologische Trennung durch Fragebögen für verschiedene Altersgruppen. Die Schrift ist bewusst klein gewählt, um die Sehfähigkeit der Patienten zu testen. Kann die Schrift nicht mehr gelesen werden, so ist davon auszugehen, dass auch eine gezielte Mundhygienedurchführung und -selbstkontrolle nicht mehr möglich ist. Zudem begünstigt die Beschränkung des Fragebogens auf zwei statt drei oder vier Seiten die Kooperationsbereitschaft der Patienten. Das zweiseitige Anamneseblatt soll dem Zahnarzt und seinem Team eine rasche und gezielte Übersicht über die folgenden, den Patienten oder ihren betreuenden Personen bekannten Gesundheitsdaten liefern:

- persönliche Daten,
- zahnmedizinische Vorgeschichte,
- Gesundheitszustand allgemein,
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen,
- Atemwegserkrankungen,
- Bluterkrankungen,
- allergische Reaktionen,
- entzündliche und/oder degenerative Gelenkerkrankungen,
- chronische Schmerzen,
- Stoffwechselerkrankungen,
- neurologische/psychische Erkrankungen,
- andere Erkrankungen,
- Gesundheitsausweis,
- Körperschmuck,
- Schwangerschaft,
- Kontrazeption.

Der Fragebogen wird den Patienten vor dem Erst- sowie in regelmäßigen zeitlichen Abständen vor einem Nachsorgetermin zum Ausfüllen nach Hause zugesandt und anlässlich der Konsultation nochmals besprochen. Dabei werden positive Antworten vertieft und Unklarheiten ausgeräumt. Der Patient bestätigt mit seiner Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit seiner Angaben. Der Zahnarzt visiert den Bogen nach dessen Überprüfung (Abb. 2).

Medikamentenliste

Die Medikamentenliste wird den Patienten mit dem Anamnesebogen zugesandt. Die Präparatenamen aller Medikamente, Nahrungsergänzungstoffe und auch aller sogenannten Naturheilmittel, die durch Fachpersonen oder selbst verordnet eingenommen werden, müssen in diese Liste eingetragen werden. Zu jedem Präparat sind auch die aktuelle Dosierung und Häufigkeit der Anwendung im Tagesverlauf anzugeben. Die Patienten bestätigen auch auf diesem Bogen die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben mit ihrer Unterschrift. Dieser einfache Fragebogen bietet die Grundlage einer ausführlichen Medikamentenanamnese, indem die Patienten bzw. die betreu-

enden Personen zu Hause in Ruhe und systematisch alle Präparate erfassen können. Der Zahnarzt erhält dadurch die Möglichkeit, die Verordnungen zu überprüfen bzw. die Verschreibung zahnärztlich indizierter Medikamente auf bereits eingenommene Präparate abzustimmen. Diese gewissenhafte Medikamentenanamnese hilft unerwünschte Nebenwirkungen und Interaktionen zwischen ärztlich und zahnärztlich verordneten Arzneistoffen besser zu verhindern und rechtzeitig den interdisziplinären Kontakt mit den behandelnden Ärzten zu suchen. Die Medikamentenliste wird nach der Überprüfung ebenfalls durch den Zahnarzt visitiert (Abb. 2).

Checklisten zur systematischen Patientenbeobachtung

Die Checklisten sollen das zahnärztliche Team dabei unterstützen, für die Mundgesundheit relevante Auffälligkeiten oder Veränderungen im Verhalten bzw. Erscheinungsbild alternder Patienten frühzeitig zu erkennen, die in erster Linie Hinweise auf eine mögliche depressive Verstimmung, ein demenzielles Syndrom oder eine Malnutrition, in zweiter Linie aber auch auf andere Erkrankungen und ihre (Poly-)Pharmakotherapie zu geben vermögen. Die checklistengestützte Patientenbeobachtung kann im Rahmen der normalen organisatorischen und therapeutischen Praxisprozesse ohne zusätzlichen Zeitaufwand durchgeführt werden.

Es wurden Checklisten für die folgenden vier Tätigkeitsbereiche einer zahnärztlichen Praxis erstellt:

- Empfang (Dentalsekretärin, Dentalassistentin),
- klinische Assistenz (Dentalassistentin),
- Prävention (Dentalhygienikerin, Prophylaxeassistentin),
- zahnärztliche Diagnostik und Therapie (Zahnarzt).

In den Checklisten sind die während der in den vier Bereichen unterschiedlichen organisatorischen und therapeutischen Arbeitsabläufe möglicherweise auftretenden Auffälligkeiten bzw. Veränderungen im Verhalten der Patienten aufgeführt. Als Hinweis auf eine depressive Verstimmung wurden die fünf Hauptsymptome für Depression der Internationalen Klassifikation der Krankheiten ICD-10 verwendet (DEUTSCHES INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION UND INFORMATION 2008). Zur Erarbeitung der im zahnärztlichen Kontext typischen Symptomliste für kognitive Einschränkungen wurde der Mini Mental Status MMS als Grundlage verwendet (FOLSTEIN ET AL. 1975). Der MMS gilt als gut validiertes Screeningverfahren für Demenz (MITCHELL 2008). Zur Beurteilung der Ernährungslage wurde die Beobachtung des ungefähren Körpergewichtes bzw. einer Gewichtsabnahme über die Zeit hinzugezogen (BESIMO 2005) (Abb. 2).

In der Praxis stehen allen in den verschiedenen Bereichen tätigen Fachpersonen die entsprechenden Checklisten zur Verfügung. Auf diesen können Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten sowie die beobachteten Auffälligkeiten und Veränderungen im Verhalten mit Bemerkungen eingetragen werden. Alle ausgefüllten Checklisten werden dem behandelnden Zahnarzt zur Evaluation vorgelegt. In manchen Fällen ist es sinnvoll, die Auswertung der verschiedenen Beobachtungen durch ein Gespräch im Team zu vertiefen.

Geriatrische Screeningverfahren

Bei Bedarf können die Ergebnisse aus der Patientenbeobachtung mithilfe von einfach durchführbaren und gut validierten Screeningverfahren des geriatrischen Assessments überprüft werden. Der zusätzliche Zeitaufwand für die Durchführung dieser Screeningverfahren nimmt in der Regel nur wenige Minuten in Anspruch und kann als vermehrter Zeitaufwand abgerechnet werden.

Die folgenden vier Screeningverfahren gelangen zur Anwendung:

- Geriatric Depression Scale,
- Uhrtest,
- Determine-Checkliste,
- Body Mass Index.

Die *Geriatric Depression Scale GDS* ist speziell für die Anwendung bei älteren Menschen entwickelt worden (SHEIKH & YESAVAGE 1986). Sie kann sowohl mündlich wie schriftlich vorgegeben werden. Sie ist besonders einfach durchzuführen, da die Fragen lediglich eine Ja- oder Nein-Antwort erfordern. Die Fragen können somit in das ärztliche Gespräch integriert werden, sodass die Patienten nicht einer speziellen Testsituation ausgesetzt werden müssen. Dies waren wichtige Kriterien, die für die Wahl dieses Instrumentes sprachen und andere, ebenfalls in der Zahnmedizin verwendete Verfahren in den Hintergrund treten liessen, wie z. B. die Langversion der Allgemeinen Depressionsskala ADS-L (HAUTZINGER & BAILER 1993), die Center of Epidemiological Studies Depression Scale CES-D (RADLOFF & TERI 1986) oder die Hospital Anxiety and Depression Scale HADS (MYKLETUN ET AL. 2001).

Jede Frage der GDS wird mit einem Punkt bewertet. Der Gesamtwert ergibt sich aus der Anzahl Antworten in depressiver Richtung. Die gekürzte Version des Fragebogens umfasst 15 Fragen und korreliert hoch mit der Langform. Dieses Screeningverfahren wird oft bei der Erstbeurteilung von Patienten verwendet. Es kann aber auch sehr gut zu Verlaufsbeobachtungen oder Vergleichsuntersuchungen eingesetzt werden und erlaubt reproduzierbare Erkenntnisse über den psychischen Zustand alternder Menschen (WETTSTEIN 1997).

Für die Testauswertung wird die Anzahl der durch den Patienten markierten, mit Klammern gekennzeichneten Felder gezählt. Das Maximum beträgt 15 Punkte:

- 0–5 Punkte normal,
- 6–10 Punkte leichte bis mässige Depression,
- 11–15 Punkte schwere Depression.

Ziel der Anwendung dieses Screeningverfahrens in der zahnärztlichen Praxis ist die rechtzeitige Vermutung einer Depression vor Durchführung irreversibler invasiver Therapiemassnahmen, um Einschränkungen der Compliance erkennen und einer möglichen Somatisierung des psychischen Leidens durch vorschnelle Interventionen vorbeugen zu können. Zur eigentlichen Diagnosestellung erfolgt die Überweisung des Patienten zur fachärztlichen Abklärung.

Der *Uhr-Test* wird in der Neurologie und Neuropsychologie seit vielen Jahren verwendet. Er erlaubt es, in sehr kurzer Zeit wichtige kognitive Aspekte der Demenz zu untersuchen (SHULMAN 2000). Ziel ist auch hier die rechtzeitige Vermutung einer Demenz, um Compliance und Adaptationsfähigkeit der Patienten an Veränderungen der oralen Situation besser einschätzen zu können (Abb. 3).

Dem Patienten wird ein Blatt mit der Aufschrift «Bitte zeichnen Sie eine Uhr» und dem vorgegebenen Kreis für die Uhr hingelegt. Für die Durchführung des Tests wird die folgende Instruktion gegeben: «Bitte zeichnen Sie eine Uhr mit allen Zahlen und Zeigern, die nötig sind, und sagen Sie mir, wenn Sie fertig sind.» Nach dem Zeichnen der Uhr erhält der Patient die zweite Instruktion: «Bitte schreiben Sie nun die Uhrzeit der gezeichneten Uhr in den unteren Kasten – so wie sie z. B. im Fernsehheft oder im Zugfahrplan stehen würde.»

Bei der Auswertung des Uhr-Tests können die folgenden Kriterien unterschiedlich gewichtet werden (SAUNDERS 1995):

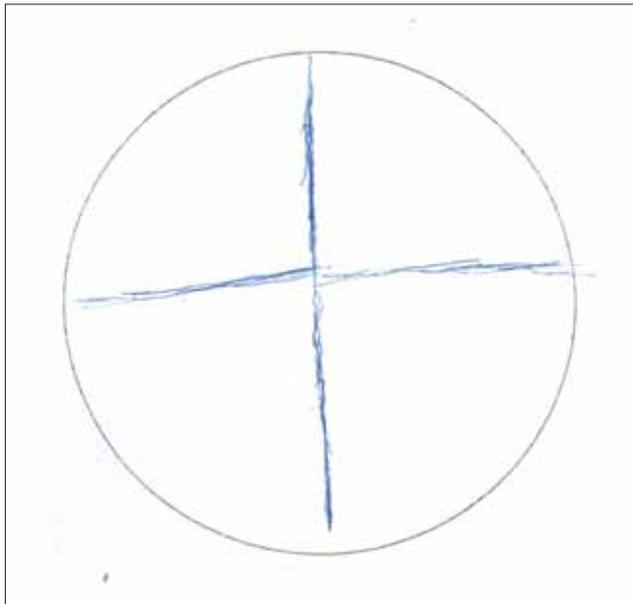


Abb.3 Beeinträchtigte Fähigkeit des Multitaskings (Patientin bleibt stehen beim Sprechen) als Hinweis auf kognitive Defizite, die durch den pathologisch ausfallenden Uhrtest bestätigt werden (Bild: Orale Medizin, Aeskulap-Klinik, Brunnen).

- Sind 12 Zahlen vorhanden?
- Ist die Zahl 12 oben?
- Sind zwei unterscheidbare Zeiger vorhanden?
- Stimmt die gezeichnete Zeit mit der geschriebenen Zeit im Fahrplanformat überein?

Für die Beurteilung in der zahnärztlichen Praxis ist lediglich das Vorhandensein eines oder mehrerer insuffizienter Kriterien von Relevanz, um eine weiterführende medizinische Abklärung in die Wege zu leiten. Zusätzlich zur Bewertung der Lösung des Uhr-Tests sollte auch das praktische Vorgehen des Patienten in die Beurteilung mit einbezogen werden. Wird die Aufgabe umständlich gelöst, so kann dies ebenfalls ein Hinweis auf eine kognitive Beeinträchtigung sein.

Die folgenden für eine Malnutrition relevanten Faktoren sollten im Rahmen der zahnärztlichen Anamnese beurteilt werden (BESIMO ET AL. 2007):

- soziales Umfeld,
- Appetit- und Essverhalten (zeitlicher Verlauf),
- Gewicht, Gewichtsabnahme (zeitlicher Verlauf),
- Diäten (z. B. bei Diabetes mellitus),
- akute/chronische Erkrankungen,
- Demenz,
- Depression,
- Alkohol,
- Medikamente mit Appetit vermindernder Wirkung (z. B. Anticholinergika).

Die in den USA durch die Nutrition Screening Initiative entwickelte und gut validierte *Determine-Checkliste* berücksichtigt die meisten der oben aufgeführten Faktoren. Ihre Anwendung hat sich in der zahnärztlichen Praxis als geeignet erwiesen, da auch hier die in der Checkliste enthaltenen Fragen problemlos im Rahmen des Gesprächs mit dem Patienten gestellt werden können, ohne dass dem Patienten der Fragebogen vorgelegt werden muss (SAUNDERS 1995). Die zehn Fragen der Determine-Checkliste werden mit einer unterschiedlichen Zahl

von Punkten bewertet. Ihre Summe ergibt einen zuverlässigen Hinweis auf das Malnutrisionsrisiko:

- 0-2 Punkte: Risiko für Malnutrition gering, Wiederholung in sechs Monaten,
- 3-5 Punkte: moderates Risiko, gezielte Intervention notwendig, Kontrolle in drei Monaten,
- >6 Punkte: hohes Malnutrisionsrisiko, professionelle Intervention notwendig.

Der *Body Mass Index BMI* kann einfach aus dem Körpergewicht (kg) geteilt durch das Quadrat der Körpergröße (m²) berechnet werden. Er ist ein Spätindikator für Malnutrition. Die folgenden Richtwerte werden in der Literatur angegeben (SUTER 2005):

Normalgewicht	21-25
Normalgewicht bei älteren Menschen	25-28
Übergewicht	>25
Übergewicht bei älteren Menschen	>28
Malnutrisionsrisiko bei älteren Menschen	20-22
Untergewicht	<20
Kachexie	<16

Screeningprozess

Der Screeningprozess mit den vorausgehend beschriebenen Instrumenten erfolgt in ein oder zwei Phasen (Abb. 4). Die erste Phase umfasst die Anamnese mit Fragebogen und Medikamentenliste sowie die Patientenbeobachtung in den vier Tätigkeits-

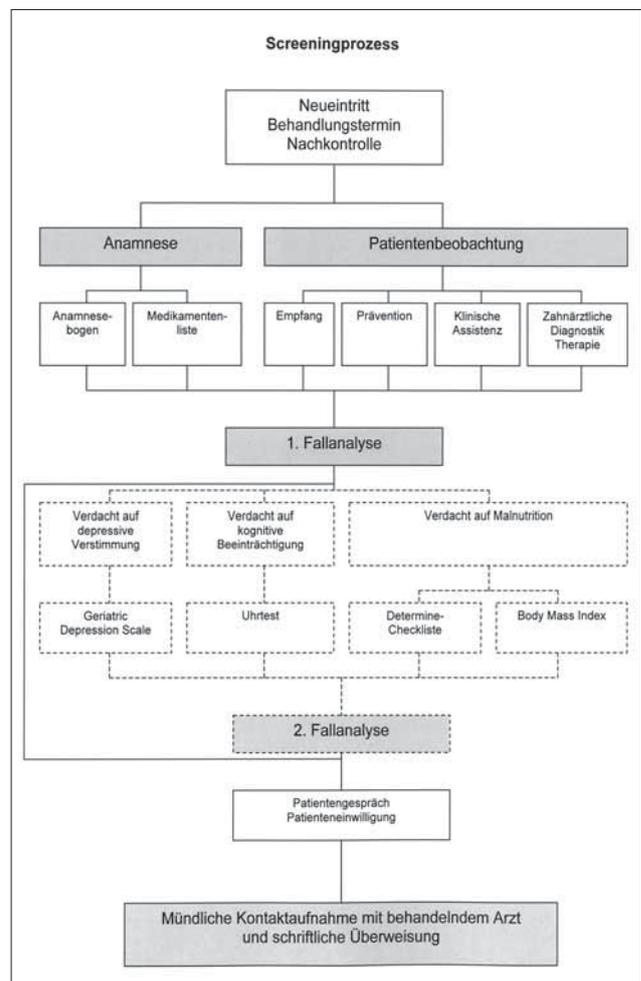


Abb.4 Zweiphasiger Screeningprozess

bereichen der zahnärztlichen Praxis. Aufgrund der ersten Fallanalyse können bei Bedarf in der zweiten Phase zur Erhärtung des Verdachtes auf eine depressive Verstimmung, kognitive Beeinträchtigung oder Malnutrition die entsprechenden geriatrischen Screeningverfahren zur Anwendung gelangen. Je nach Klarheit des Falles wird nach der ersten oder zweiten Fallanalyse das Gespräch mit dem Patienten gesucht. Dabei sollen keine medizinischen Verdachtsdiagnosen geäußert, sondern die Beobachtungen in rein zahnärztlichem Kontext diskutiert werden. Bei positiven Beobachtungsbefunden sollte vom Patienten die Erlaubnis erwirkt werden, mit dem behandelnden Arzt oder Hausarzt Kontakt aufnehmen zu dürfen. Dieses Anliegen wird damit begründet, dass eine vorausgehende medizinische Abklärung für eine fundierte Planung und Durchführung der zahnärztlichen Therapie von grosser Bedeutung ist. Es hat sich in der Praxis bewährt, mit dem Arzt die Befunde vorerst telefonisch zu besprechen und diese anschliessend in Form eines Überweisungsschreibens schriftlich nachzureichen. Auf diese Weise erhält der Arzt eine gute interdisziplinäre Übersicht der Patientensituation, die ihm eine gezielte Weiterführung der Diagnostik ermöglicht.

Diskussion

Die möglichen Wechselwirkungen zwischen oralen und systemischen Erkrankungen sowie die mit zunehmendem Alter steigende Wahrscheinlichkeit des Auftretens chronischer Leiden und Mehrfacherkrankungen machen deutlich, dass monodisziplinäre Diagnose- und Therapiekonzepte die Anforderungen an eine langfristig erfolgreiche zahnärztliche und medizinische Betreuung älterer Menschen nicht zu erfüllen vermögen. Die Behandlung und die Langzeitbetreuung des alternden Menschen erfordern vielmehr eine frühzeitige multidisziplinäre Erfassung der Alternsprozesse. Leider wird die Alterszahnmedizin vielfach und fälschlicherweise immer noch als ein Spezialgebiet verstanden, das hauptsächlich den institutionalisierten Betagten betrifft. Dabei wird übersehen, dass Institutionalisierung die Folge von früher aufgetretenen Defiziten und pathologischen Veränderungen ist, die Entstehung bzw. Verlauf oraler Erkrankungen begünstigen oder umgekehrt durch Letztere gefördert werden können. Die frühzeitige Diagnose und die konsequente, interdisziplinär vernetzte Therapie dieser Krankheiten sind somit für die Langzeitprognose der betroffenen Patienten von entscheidender Bedeutung. Der Zahnarzt ist infolgedessen eine der am laufenden medizinischen Assessment des alternden Menschen integral zu beteiligende Fachpersonen (GORDON 2000, VANDAMME ET AL. 2006).

Der Zahnarzt sieht sich beim alternden Patienten immer wieder vor Aufgaben gestellt, die über die Grenzen seines Fachgebietes hinausgehen und infolgedessen weiter gefasste allgemeinmedizinische, psychosoziale und sozioökonomische Abklärungen erfordern. Die genaue Kenntnis und korrekte Interpretation der gesundheitlichen Situation, der verordneten medizinischen Therapien und Medikamente sowie der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der Patienten sind für die Planung und Realisierung einer den individuellen Bedürfnissen des alternden Menschen entsprechenden zahnärztlichen Behandlung und Langzeitbetreuung von grundlegender Bedeutung (HEYDEN 1990, GREENBERG 2004).

Ärztliches Gespräch und Anamnese haben eine zentrale Bedeutung für die ganzheitliche Erfassung nicht nur der medizinischen Vorgeschichte, sondern auch der übrigen, die individuelle Lebenssituation bestimmenden Faktoren. Zur Sicherstellung einer möglichst vollständigen Information durch den

Patienten bzw. betreuende Personen ist im Rahmen der Diagnostik ein mehrfaches Vertiefen der Anamnese und im Rahmen der Langzeitbetreuung eine regelmässige Überprüfung der Kenntnislage notwendig, um rechtzeitig bestehende oder neu auftretende Defizite erkennen zu können. Neben ärztlichem Gespräch und Anamnese fällt der gleichzeitig ablaufenden Patientenbeobachtung durch das zahnärztliche Team eine nicht zu unterschätzende diagnostische Rolle zu, indem Auffälligkeiten oder Veränderungen im Erscheinungsbild sowie im Verhalten Hinweise auf gesundheitliche Defizite geben können. Eine möglichst umfassende Datenerhebung und -analyse ist eine wichtige Voraussetzung, um vorschnelle Diagnosen zu vermeiden, zugunsten von noch weiter zu prüfenden Verdachts- oder Differenzialdiagnosen sowie zugunsten einer realistischeren Einschätzung der allgemeinen und spezifisch zahnärztlichen Prognose (GORDON 2000, CHIAPPELLI ET AL. 2002, GRASKEPPER 2002). Gerade bei alternden Menschen, mit im Vergleich zum jugendlichen Bevölkerungsanteil nach wie vor unverändert schlechterem oralem Gesundheitszustand und infolgedessen deutlich höherem Therapiebedarf, besteht eine grosse Gefahr von Über-, Unter- oder Fehlversorgungen. Der Nutzen invasiver Therapiemassnahmen wird auf Kosten der Prävention, d.h. der langfristigen Gesunderhaltung der noch vorhandenen oralen Strukturen, gerne überschätzt (SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN 2000/2001).

Die bisherige klinische Anwendung des in dieser Arbeit vorgeschlagenen Patientenscreenings hat zu einem umfassenderen medizinisch-psychosozialen Bild der Patienten geführt und regelmässig Hinweise auf auch zahnärztlich relevante Defizite geliefert (siehe Abb. 3). Die Grundlage hierfür bildete der Anamnesebogen, der eine gute Ausgangslage für die ärztliche Datenerfassung bietet. Ein entscheidender Schritt scheint die Trennung von allgemeiner Anamnese und Medikamentenanamnese gewesen zu sein. Die separate Medikamentenerfassung hat offensichtlich zu einer wesentlichen Verbesserung der pharmakologischen Informationslage in der zahnärztlichen Praxis geführt, was wir gegenwärtig im Rahmen einer klinischen Studie zu dokumentieren versuchen. Die Checklisten steigerten innerhalb des Teams die Aufmerksamkeit gegenüber den Patienten und erwiesen sich als nützliches Screeninginstrument. Mit Hilfe der geriatrischen Instrumente konnten häufiger als früher medizinisch und psychosozial relevante Beobachtungen bestätigt werden, die ohne spezielles Screening mit auch für die zahnärztliche Therapie und Betreuung negativen Folgen übersehen worden wären.

Verdankung

Der Autor dankt herzlich allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern seiner Abteilung für die tatkräftige Unterstützung bei der Entwicklung der in dieser Arbeit vorgestellten neuen Screeninginstrumente.

Abstract

BESIMO C E: **Medical and psycho-social screening of ageing patients in dental office** (in German). Schweiz Monatsschr Zahnmed 119: 1237–1243 (2009)

The demographic changes cause an increasing number of ageing persons laying claim to medical and dental care. They are trying to maintain their habit of regular dental controls. Therefore, the dental care team should be able to recognize early medical and psycho-social deficiencies relevant for oral health.

In this way, health status and resources of elderly persons could be estimated better and failures in oral diagnosis as well as in treatment due to monodisciplinary case analysis could be avoided. This paper presents a systematic medical and psychosocial screening concept for oral care of elderly patients.

Hinweis

Alle erwähnten Screeninginstrumente (Anamnesebogen, Medikamentenliste, Checklisten, Geriatric Depression Scale, Uhr-Test, Determine-Checkliste) können auf der Homepage der SSO unter www... heruntergeladen werden.

Literatur

- BESIMO C E:** Mehrdimensionale Erfassung des alternden Menschen. *Quintessenz* 56: 645–654 (2005)
- BESIMO C E, LUZI C, SEILER W O:** Malnutrition im Alter. Eine interdisziplinäre Problemstellung auch für den Zahnarzt. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 117: 749–755 (2007)
- BUNDESAMT FÜR STATISTIK:** Das Panorama zu «Bevölkerung». Neuchâtel: Bundesamt für Statistik, p 5 (2008)
- CHIAPPELLI F, BAUER J, SPACKMAN S:** Dental needs of the elderly in the 21st century. *Gen Dent* 50: 358–363 (2002)
- DEUTSCHES INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION UND INFORMATION:** Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision (2008)
- FOLSTEIN M F, FOLSTEIN S E, MC HUGH P R:** "Minimal state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 12: 189–198 (1975)
- GORDON M:** Problems of an aging population in an era of technology. *J Can Dent Assoc* 66: 320–322 (2000)
- GRASKEMPER J P:** A new perspective on dental malpractice: Practice enhancement through risk management. *J Am Dent Assoc* 133: 752–757 (2002)
- GRENNBERG M S:** Screening for medical diseases in dental practice. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 97: 417–418 (2004)
- HAUTZINGER M, BAILER M:** Allgemeine Depressions-Skala – ADS. Weinheim: Beltz (1993)
- HEFTI A:** Einfluss der Prophylaxe auf die Entwicklung der Behandlungsbedürfnisse. *Schweiz Mschr Zahnmed* 96: 1314–1321 (1986)
- HEYDEN G:** Critical issues of ageing: the dentist as a supervisor of the general health of the elderly. *Int Dent J* 40: 63–65 (1990)
- HOLSTEN D:** Mundgesundheit bei Senioren: die aktuellen Zahlen. *Dtsch Zahnärztl Z* 62: 15–16 (2007)
- IMFELD TH:** Allgemeinmedizinische Bedeutung der oralen Gesundheit. *Acta Med Dent Helv* 5: 49–50 (2000)
- KRAPPWEIS J, RENTSCH A, KIRCH W:** Inanspruchnahme der ambulanten medizinischen Versorgung – Daten der AOK Dortmund im Vergleich zur AOK Dresden. In: Schubert J, Ihle P (Ed.): Entdeckungspfade des Public Health. Versorgungsepidemiologie und Qualitätszirkel. Bremerhaven: Verlag für neue Wissenschaften, pp 99–111 (2000)
- MENGHINI G, STEINER M, HELFENSTEIN U, IMFELD C, BRODOWSKI D, HOYER C, HOFMANN B, FURRER R, IMFELD TH:** Zahngesundheit von Erwachsenen im Kanton Zürich. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 112: 708–717 (2002)
- MENNING S:** Gesundheitszustand und gesundheitsrelevantes Verhalten Älterer. *GeroStat Report Altersdaten 02/2006*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen (2006)
- MITCHELL A J:** A meta-analysis of the accuracy of the mini-mental state examination in the detection of dementia and mild cognitive impairment. *J Psychiatr Res* 43: 411–431 (2009)
- MYKLETUN A, STORDAL E, DAHL A A:** The hospital anxiety and depression scale (HADS): Factor structure, item analyses, and internal consistency in a large population. *Br J Psychiatry* 179: 540–544 (2001)
- PHIBBS C S, HOLTY J E, GOLDSTEIN M K, GARBER A M, WANG Y, FEUSSNER J R, COHEN H J:** The effect of geriatrics evaluation and management on nursing home use and health care costs: results from a randomized trial. *Med Care* 44: 91–95 (2006)
- RADLOFF L, TERI L:** Use of CES-D scale with older adults. *Clin Gerontol* 5: 119–135 (1986)
- SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN:** Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III.4: Über-, Unter- und Fehlversorgung: Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Gutachten (2000/2001)
- SAUNDERS M J:** Incorporating the nutrition screening initiative into the dental practice. *Spec Care Dentist* 15: 26–37 (1995)
- SHEIKH J I, YESAVAGE J A:** Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical gerontology: A guide to assessment and intervention*. New York: Haworth Press, pp 165–173 (1986)
- SUTER P M:** Checkliste Ernährung, 2. Aufl. Stuttgart: Thieme, pp 27–30 (2005)
- VANDAMME K, OPDEBEECK H, NAERT I:** Pathways in multidisciplinary oral health care as a tool to improve clinical performance. *Int J Prosthodont* 19: 227–235 (2006)
- WETTSTEIN A:** Checkliste Geriatrie. Stuttgart: Thieme, pp 124–125 (1997)
- SHULMAN K I:** Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? *Int J Geriatr Psychiatry* 15: 548–561 (2000)
- ZITZMANN N U, MARINELLO C P, ZEMP E, KESSLER P, ACKERMANN-LIEBRICH U:** Zahnverlust, prothetische Versorgung und zahnärztliche Inanspruchnahme in der Schweiz. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 111: 1288–1294 (2001)