

Zukunft Zahnmedizin – Zähne im Alter

Anforderungen der alternden Bevölkerung an ein zahnmedizinisches Versorgungskonzept – eine Chance für die Zukunft?

Ein Beitrag von Dr. Cornelius Haffner, München

Können Sie sich vorstellen, dass auch in Ihrer Praxis jeder fünfte Patient bereits über 65 Jahre alt ist? Ist Ihnen aufgefallen, dass immer mehr „alte“ Patienten mit eigenen Zähnen und entsprechendem Behandlungsbedarf Ihren Rat suchen? Sind Sie vielleicht schon jetzt in einer Ihrer Praxis nahegelegenen Einrichtung tätig und versorgen dort die Pflegebedürftigen direkt am Bett – und das auch noch in Ihrer Freizeit? Es geht vielen Kolleginnen und Kollegen in Bayern ähnlich und wir sollten uns gemeinsam Gedanken machen und Lösungen finden. Grundsätzlich sind die zahnärztlichen Bemühungen um den alternden Patienten mit einem vermehrten Zeit- und Kostenaufwand verbunden. Dies gilt im Besonderen für den mobilen Einsatz. Dennoch ist in den vergangenen Jahren gerade in Bayern eine Vielzahl von kleinen und großen Projekten entstanden, die sich häufig auf Initiative besonders engagierter Kolleginnen und Kollegen mit der Problematik einer Versorgung unserer alternden Bevölkerung befassen.

Der demografische Faktor

In Deutschland leben heute mehr Menschen, die 60 Jahre und älter sind als solche, die jünger als 20 Jahre sind; eine Entwicklung, die sich bereits seit den frühen 70er Jahren abgezeichnet hat (Abb. 1).



Abb. 1: Die Altersschere in Deutschland geht immer weiter auseinander.

Schon seit dieser Zeit wird die Reproduktionsrate unterschritten. So fehlen alleine bis 2030 die Mütter im gebärfähigen Alter, welche eine Änderung dieses Wandels herbeiführen könnten. Hinzu kommt, dass das hohe Alter heute nicht selten mit organischer Gesundheit, aber mit demenzieller Erkrankung und in deren Folge mit Pflegebedürftigkeit einhergeht. Im Jahr 2006 lebten in Deutschland etwas mehr als zwei Millionen Pflegebedürftige. Davon waren 30 Prozent „institutionalisiert“, also in einer Einrichtung versorgt, 70 Prozent wurden in häuslichem Umfeld betreut. Dieser dauerhafte Wandel fordert auch von der Zahnmedizin die sinnvolle Auseinandersetzung mit den Anforderungen und Bedürfnissen dieser Patientengruppe.

Alterungsbedingte Veränderungen in der Mundhöhle

Neben einer Vielzahl von Vorurteilen ist auch die Mundhöhle des alten Menschen oft Gegenstand einer undifferenzierten Betrachtungsweise und wird nicht selten als „Elendsgebiet“ abqualifiziert. Eine objektive Auseinandersetzung hingegen zeigt, dass das Alter alleine nicht unmittelbar zu einer physiologischen Veränderung der Strukturen im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich führen muss:

- Der Abbau des Zahnhalteapparates (parodontaler Attachmentverlust) ist keine unmittelbare Folge des Alterns. Auch der Verlust der proliferativen Aktivität der Epithelzellen der Gingiva ist nicht sicher belegt.
- Im Endodont hingegen ist eine Verringerung der Anzahl an „aktiven“ Odontoblasten bewiesen, das reparative Potential ist reduziert.
- Im Gegenzug führt jedoch die altersbedingte Apposition von Sekundärdentin in den Dentinkanälchen zu einer Art Versiegelung. Pathogene Keime können nicht so einfach zur Pulpa vordringen, das altersbedingt veränderte Dentin übt eine Schutzfunktion aus.
- Die beschriebene Dentinapposition führt darüber hinaus zu einer verringerten Transparenz des

Zahnbeins und lässt die Zähne mit zunehmendem Alter gelber und dunkler erscheinen.

- Attrition und Abrasion der Zähne sind Ausdruck intensiven Gebrauchs und nicht Folge des Alterns.
- Ein reduzierter Speichelfluss ist in der Regel die Folge einer Mangelernährung. Ursächlich ist hier insbesondere die reduzierte Flüssigkeitsaufnahme der Betagten und nicht eine Altersveränderung der Speicheldrüsen. Die übermäßige Einnahme von Medikamenten – in der von uns betreuten Patientengruppe in Einrichtungen der Landeshauptstadt München werden pro Patient im Schnitt rund zehn Medikamente am Tag verabreicht – kann zusätzlich zu einem verringerten Speichelfluss führen.
- Das manchmal zu hörende Vorurteil „der alte Mensch hat doch gar keine Zähne mehr“ zeigt, wie beschränkt wir uns bislang mit der Problematik „Zähne im Alter“ auseinandergesetzt haben. Die aktuelle repräsentative Erhebung des Instituts der Deutschen Zahnärzte in Köln (IDZ), die DMS IV Studie aus dem Jahre 2005, belegt das Gegenteil. Sie zeigt eindrucksvoll, dass 75 Prozent der 65- bis 74-Jährigen noch über die Hälfte ihrer eigenen Zähne besitzen. Im Schnitt finden sich noch 17,8 Zähne, eine erstaunliche Anzahl, die sich seit der DMS III Studie aus dem Jahr 1998 deutlich nach oben bewegt hat.
- Auch die Risikofaktoren dieser Altersgruppe für eine Neuerkrankung an Karies sind die gleichen wie bei jüngeren Patienten. Tritt jedoch Pflegebedürftigkeit ein, steigt die Anzahl der kariösen Zähne rasch an. Dies hat jedoch nichts mit dem Alter zu tun, ein junger Mensch in der Betreuung weist oft das gleiche Risiko auf.
- Wurzelkaries wird als besonderes Problem des alten Patienten diskutiert. Die DMS IV Studie zeigt aber, dass nur 17 Prozent der Wurzeloberflächen, aber 42 Prozent der Kronenflächen Karieserfahrung aufweisen. Eine mögliche Erklärung bieten die im Alter gehäuft auftretenden gingivalen Rezessionen, die zu geöffneten Approximalräumen führen. Sie verleihen den freiliegenden Anteilen der Zahnwurzel den Charakter von Glattflächen. Die Glattflächen- und auch die Wurzelkaries treten aber immer nur dann auf, wenn die Mundhygiene vernachlässigt wird.
- Fassen wir die beschriebenen Ergebnisse zusammen, wird klar, dass die Zähne von Menschen hohen Alters meist nicht unter einem akuten Risiko stehen.

Die Prävention steht auch beim alten Patienten an erster Stelle

In einer eigenen Studie (Bayerische Altenprophylaxe-Studie, BAPS) konnte gezeigt werden, dass zunehmendes Alter mit geringeren Kenntnissen über die zahnärztliche Prophylaxe einhergeht (Abb. 2). Geeignete zahnärztliche Prävention bietet jedoch auch für den Alternden die Basis für den langfristigen Erhalt der Mundgesundheit. Darüber hinaus reduziert der gesunde Mund auch das Risiko für internistische Erkrankungen wie Herz-Kreislauf- oder Lungenerkrankungen, da die Mundhöhle Haupteintrittspforte für eine Vielzahl von gefährlichen Keimen ist. Der Zahnarzt und sein Team sind also gefordert, auch dem alternden Patienten ausreichende Kenntnisse der zahnärztlichen Prävention zu vermitteln.

Das zahnmedizinische Angebot für den alternden und alten Patienten unterscheidet sich hierbei nicht grundlegend von den Möglichkeiten, die einem jungen Patienten angeboten werden sollen. Im Bereich Prävention wird man sicher berücksichtigen, dass die motorischen Fähigkeiten selbst beim „fitten Alten“ vielleicht nur noch eingeschränkt vorhanden sind. Einfache Maßnahmen, wie etwa ein verdickter Zahnbürstengriff und altersgerechte Zahnbürsten (Super Brush), spezielle Zahnpastatuben, die leicht zu öffnen sind, höher dosierte Fluoridpräparate sowie ein wiederholtes Training erlauben auch dem alten Menschen eine suffiziente Zahnpflege in eigener Verantwortung. In diesem Zusammenhang erscheint es sinnvoll, dem betagten Patienten auf einer Ebene zu begegnen, auf der er sich angesprochen und ernst ge-

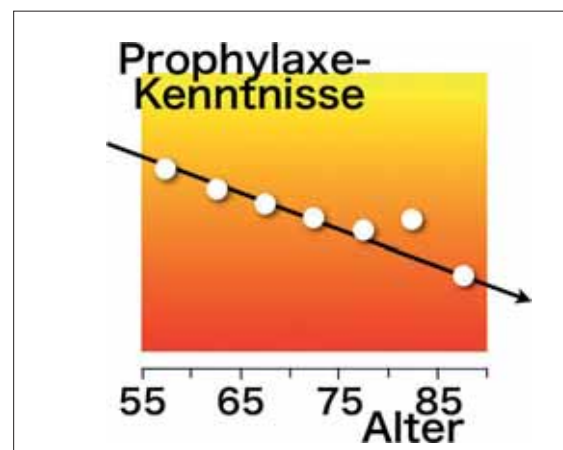


Abb. 2: Die Kenntnisse im Bereich der zahnärztlichen Prophylaxe sind bei den älteren Patienten geringer. Grund hierfür ist die fehlende Information und nicht die Zunahme an demenziellen Erkrankungen.

nommen fühlt. Die Erfahrungen zeigen, dass die junge zahnärztliche Assistenz den an Lebenserfahrung reichen Senior nur schwer erreichen kann wenn es darum geht, Defizite anzusprechen und die Notwendigkeit einer ausreichenden Mundhygiene darzulegen.

Behandlungskonzepte und Ausrichtung der Zahnarztpraxis

Die aktuelle Zahnmedizin ist bestimmt von modernsten Behandlungskonzepten und -materialien, dies gilt für jedes Alter. Erwartet wird, dass zahnerhaltende Maßnahmen dazu führen, herausnehmbaren Zahnersatz zu vermeiden. Dennoch ist bei der Therapieplanung zu berücksichtigen, dass der Patient gegebenenfalls in die Pflegebedürftigkeit abgleitet und dann eine ausreichende Zahnpflege eher selten gewährleistet ist. Bei der Versorgung mit herausnehmbaren Prothesen ist zu bedenken, dass ein alter Mensch häufig nicht mehr die Möglichkeit einer ausreichenden Adaptation an Zahnersatz besitzt. Hier sind einfache, solide und sichere Lösungen gefragt, die dennoch in Funktion und Ästhetik das Maximum anzubieten in der Lage sind. Für den Fall einer Bedürftigkeit sollte aber auch hier die Möglichkeit einer ausreichenden Mund- und Prothesenhygiene durch Angehörige oder die Pflegekraft gegeben sein.

Neben dem Angebot der zahnärztlichen Therapie ist der Umgang mit dem alten Mensch in der zahnärztlichen Praxis von entscheidender Bedeutung. So wird es zunehmend wichtig, Bau- und Einrichtungsvoraussetzungen zu schaffen, in denen sich ältere Patienten wohlfühlen. Barrierefreiheit, Platzangebot, Sitzgelegenheiten, eine ausreichend große Beschriftung der notwendigen Wege, wie auch der Verwaltungsformulare und auch eine gute Beleuchtung der Räume scheinen selbstverständlich. Eigene Vorbehalte gegenüber dem Alter, vor allem aber eventuelle Vorbehalte eines meist jungen Praxisteam, sollten angesprochen werden. Es ist nicht auszuschließen, dass man sich mit der bestehenden Praxisstruktur gegen die Hinwendung zum Betagten entscheidet. Wir aber haben die Erfahrung gemacht, dass Vorbehalte häufig nur Vorurteile sind und keine unüberwindlichen Hindernisse darstellen.

Zahnmedizinische Betreuung von Patienten in Pflegeeinrichtungen

Geht das Altern mit dem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit einher, ist die zahnärztliche Versorgung

gefordert vermehrt dezentral – also am Wohnort (häusliche Umgebung oder Pflegeeinrichtung) – gleichermaßen Prävention und Therapie anzubieten. Immerhin zeigen einige Projekte in Deutschland, dass diese Versorgung nichts mit vereinfachten oder gar veralteten Behandlungsmethoden zu tun hat.

Besteht der Wunsch, in einer Pflegeeinrichtung als Patenzahnarzt tätig zu werden, wird man sich in einem ersten Schritt mit den Entscheidungsträgern (Verwaltungsdirektion, Pflegedienstleitung) auseinandersetzen. Das Konzept sollte vorgestellt und die Spielregeln für die Betreuung der Heimbewohner sollten abgestimmt werden. Sinnvoll ist das Angebot einer Informationsveranstaltung für Mitarbeiter, Angehörige und gegebenenfalls auch für die Patienten selbst. Ziel dieser Veranstaltung ist es, die Praxis und das Team vorzustellen und alle Beteiligten für das Projekt zu gewinnen. Nur wenn Angehörige und Mitarbeiter eng in die Versorgung mit einbezogen werden können, ist auch der Erfolg gewährleistet. Neben Organisatorischem ist ein Vortrag über Zahnpflege im Alter sinnvoll. Eine CD, die in kurzer und einprägsamer Form das Thema „Zahnpflege in der Pflege“ darstellt, ist als Grundlage für einen Informationsabend sinnvoll. Sie kann kostenlos über die Bayerische Landeszahnärztekammer bezogen werden.

Der zahnärztliche Befund, wie auch die zahnmedizinische Betreuung selbst können immer erst nach Einwilligungserklärung durch den Patienten oder – im Falle der fehlenden Geschäftsfähigkeit – durch den gesetzlich bestellten Betreuer erfolgen. Eine Ausnahme stellt natürlich die Notfallsituation dar. Vereinbaren Sie mit der zuständigen Stationsleitung einen Termin. Organisieren Sie für diesen Termin zunächst die zahnärztliche Bestandsaufnahme (medizinische und zahnmedizinische Befunderhebung). Erst dann kann nach Rücksprache mit dem Patienten oder dessen gesetzlich bestelltem Betreuer die zahnärztliche Therapie abgesprochen werden. Die Bestandsaufnahme ist immer durch eine Zahnärztin/einen Zahnarzt durchzuführen und stellt keine delegierbare Leistung dar. Berücksichtigen Sie im Rahmen Ihrer Therapieplanung auch die Möglichkeiten des Patienten zu einer suffizienten Mundhygiene. Bedenken Sie den Aufwand für den Patienten und sein Umfeld, wenn die Termine ausschließlich in der Praxis stattfinden sollen. Eine Vielzahl von Behandlungsschritten kann unmittelbar auch in der Wohnung oder im Pflegeheim durchgeführt wer-

den. Allerdings bieten nur wenige Einrichtungen hierfür einen speziellen Raum mit zahnärztlicher Ausstattung. Die Industrie ermöglicht jedoch heute mit einer großen Auswahl an Geräten den professionellen, mobilen Einsatz. Eine zahnärztliche Einheit mit allen technischen Möglichkeiten (Druckluft, Absauganlage, Bestückung mit Turbine und Winkelstück) kann in einem Koffer direkt am Bett eingesetzt werden.

Der mobile Einsatz erfordert vom Praxisteam große Flexibilität. Dennoch lässt sich der Aufwand für den dezentralen Einsatz durch eine routinierte und sinnvolle Vorbereitung im Bereich Verwaltung, wie auch bei der Organisation des benötigten Instrumentariums und der Materialien, erheblich reduzieren. Der gemeinsame Besuch am Bett eines multimorbiden Alten und die Arbeit unter häufig widrigen Bedingungen bedeuten auch für das eingespielte Praxisteam eine physische und vor allem psychische Herausforderung. Begegnen Sie den häufigen Vorurteilen, aber auch den Ängsten im Kollegenkreis mit Verständnis und Respekt.

Behandlung in Narkose

Das Konzept zur Versorgung von pflegebedürftigen Patienten muss aber auch Lösungen anbieten, wenn der Patient bei fehlender Kooperation und der Unmöglichkeit einer regelgerechten Therapie akuten Behandlungsbedarf aufweist. Zahlreiche Praxen bieten eine Zahnsanierung in Intubationsnarkose (ITN) in Kooperationen mit einem Ambulatorium oder auch einem Klinikum in der näheren Umgebung an. Problematisch erweist sich häufig die Vertragsverhandlung und -gestaltung mit diesen Einrichtungen. So ist bei einer prä- und postoperativen stationären Aufnahme auch die zahnärztliche Therapie im Rahmen von DRGs (Diagnosis Related Groups) durch das Krankenhaus gegenüber den Kostenträgern abzurechnen. Der Zahnarzt wird seine Leistungen auf Basis der GOZ dem Krankenhaus in Rechnung stellen (siehe auch Rundschreiben der KZVB Nr. 4, 20. Juni 2008). Das Krankenhaus wird also vermehrt Interesse an einer ambulanten Durchführung haben, wird aber für die Vorhaltung von OPs (Ausstattung und Personal) Gebühren verlangen, die in der Regel durch den Kostenträger des Patienten nicht getragen werden. Gegebenenfalls wird die internistische, kardiologische, labormedizinische und radiologische Beurteilung der Narkosefähigkeit gemeinsam erhoben, ohne dass mehrere Transporte des Patienten notwendig werden. Während einer allgemeinen Nar-



Abb. 3: Das „Duale Konzept“ ermöglicht eine kostenlose, wiederkehrende Prävention für die Betreuten.

kose können neben der zahnmedizinischen Therapie auch weitere notwendige Untersuchungen und Behandlungen, beispielsweise durch den Gynäkologen, den Dermatologen oder den Internisten, durchgeführt werden.

Das „Duale Konzept“

Das „Duale Konzept“ in der Landeshauptstadt München zeigt, dass bei institutionalisierten Patienten die zahnärztliche Versorgung mit dem Schwerpunkt Prävention zu einer Verbesserung der Zahngesundheit führen kann und dass gleichzeitig Kosten eingespart werden können. Das Angebot besteht aus zwei Modulen. Das erste Modul, das Prophylaxemodul, ist die präventive Betreuung und bildet die Basis. Das zweite Modul, die restaurativ-therapeutische Versorgung, kommt nur zum Tragen, wenn dazu eine individuelle Notwendigkeit besteht, um zum Beispiel im Rahmen einer Grundsanierung die Hygienefähigkeit der Mundhöhle zu ermöglichen oder wieder herzustellen. Nur wenn das Prophylaxemodul, abhängig vom individuellen Erkrankungsrisiko, regelmäßig durchgeführt wird, ist das wichtige Ziel erreichbar, die Häufigkeit restaurativer Eingriffe zu verringern (Abb. 3). Die Versorgungskette des Projekts zur integrierten zahnmedizinischen Versorgung Pflegebedürftiger hat drei Glieder:

1. Regelmäßige zahnärztliche Untersuchung zur Beurteilung des Mundgesundheitszustandes und Festlegung der therapeutischen Notwendigkeiten am Wohnort des Betreuten.
2. Mobile präventive Betreuung durch spezialisierte zahnmedizinische Teams. Zu der präventiven Betreuung gehören:

- Die Bewertung des Erkrankungsrisikos,
 - eine professionelle Zahnreinigung,
 - das Aufbringen lokaler Therapeutika (zum Beispiel Fluoridierung der Zähne)
 - sowie eine Pflege- und Ernährungsberatung.
3. Restaurativ-therapeutische Behandlung, die entweder mobil durch einen Patenzahnarzt oder bei Bedarf in einem zentralen Therapiezentrum erbracht wird.

Das Therapiezentrum integriert diejenigen medizinischen Disziplinen, die für eine patientenzentrierte und hochwertige Versorgung notwendig sind. Gleichzeitig organisiert das Zentrum einen mobilen Notdienst. Punkt 1 und 2 gehören zu dem Prophylaxemodul des Projekts. Sie werden risikoabhängig regelmäßig durchgeführt, solange die Pflegebedürftigkeit besteht. Punkt 3 bildet das zuvor beschriebene restaurativ-therapeutische Modul, das nur zum Tragen kommt, wenn dazu eine individuelle Notwendigkeit besteht (Grund- oder Wiederauffrischungssanierung).

Ein Patient, der sich entscheidet – oder für den der gesetzliche Vormund entscheidet – an der Versorgung für Pflegebedürftige teilzunehmen, wird zunächst von einem regionalen Zahnarzt (Patenzahnarzt) und dem mobilen Prophylaxe-Team aufgesucht, untersucht und beraten. Ergibt die Erstuntersuchung keine behandlungsbedürftigen Erkrankungen, wird das persönliche Erkrankungsrisiko (Karies, Parodontopathien) bestimmt und daraus ein Prophylaxeplan entwickelt (Index, Abb. 4). Stellen sich behandlungsbedürftige Erkrankungen heraus, wird, soweit möglich, die Behandlung vor Ort durchgeführt, oder es wird Kontakt mit dem Behandlungszentrum aufgenommen. Mit den definiert erhobenen Befundunterlagen wird hier, je nach Dringlichkeit und Umfang, ein Therapieplan aufgestellt. Nach Abschluss der zahnmedizinischen Therapie gelangt der Patient in die weitere präventive Betreuung des Patenzahnarztes oder der mobilen Prophylaxe-Teams. Die Behandlungsabläufe sowie die Qualitätssicherung werden übergeordnet von dem wissenschaftlichen Leitungsgremium des Klinikums der Universität München (KUM) organisiert und koordiniert.

Wirtschaftliche Faktoren

Das „Duale Konzept“ konnte bereits im ersten Jahr 2006 zu einer deutlichen Verbesserung der Mundgesundheit bei Senioren führen (Verringerung der Punktzahl im Index). Die sozial-ökonomi-

sche Bewertung erfasste zunächst die zahnärztlichen Kosten im Jahr 2004 und 2005 (IV. Quartal 2004 bis III. Quartal 2005), also dem Zeitraum unmittelbar vor Aufnahme des „Dualen Konzepts“. Die Gesamtkosten ergaben sich aus den zahnmedizinischen Kosten im Umfeld der in dem Projekt betreuten Patienten (beispielsweise zahnärztliche Behandlung, Transportkosten, Narkosekosten). Gegenübergestellt wurden die Kosten, die sich im Rahmen des ersten Projektjahres bei eben diesen Patienten ermitteln ließen (II. Quartal 2006 bis I. Quartal 2007). Es ergaben sich Einsparungen in Höhe von 22 Prozent. Der verstärkte dezentrale Einsatz durch die Patenzahnärzte und die Prophylaxe-Teams führte zu einem Rückgang von akuten Beschwerden und dementsprechendem Therapiebedarf und damit zum Wegfall von Transporten, was die Kosten deutlich reduzierte.

Die Alterszahnmedizin begegnet oft dem Vorurteil, dass ein Kollege, der sich hier engagiert, zwar soziale und ethische Kompetenz beweist, jedoch wenig für seinen wirtschaftlichen Erfolg tut. In Kenntnis der vielen Projekte, die sich mittlerweile in ganz Deutschland erfolgreich etabliert haben, lässt sich klar sagen, dass der Alterszahnmedizin in wirtschaftlicher Hinsicht kein Sonderstatus zu-

Risikoparameter

- DMF-T
- Karies
- Schmerzen
- Zuckerpulse
- Fluoridkontakt
- Mundhygiene
- Sondierungstiefe
- Bleeding on Probing
- Furkationsbefall

Positionen, die nicht zu erheben sind, werden mit der maximalen Punktzahl bewertet

Mundhygiene

Wer putzt die Zähne? Patient / Patient + Pfleger / Pfleger Wie oft? /Tag

Wie lange hat die prof. Reinigung gedauert? Minuten

Welche Qualitätsstufe (%) hat die professionelle Reinigung erreicht? nichts 0 bis 100 optimal

© Prof. Dr. Christoph Benz, München

Abb. 4: Beispiel eines Erhebungsbogens. Er dient zur Bewertung der Mundgesundheit sowie zur Bestimmung des individuellen Risikos.

kommen muss. Abhängig von der persönlichen Kompetenz und Einsatzbereitschaft lässt sich jede Stufe des Praxiserfolgs erreichen. Gerade Kolleginnen warten hier nicht selten mit beeindruckenden Konzepten einer Alterspraxis auf. Dennoch darf die Betreuung dieser Patientengruppe kein Hobby bleiben. Der feste Wunsch, gerade den besonders engagierten Kolleginnen und Kollegen auch wirtschaftlich Anreize zu bieten, ist gegenüber den Kostenträgern in Bayern lautstark formuliert worden.

Qualifizierung und Fortbildung

Unterschiedliche Fortbildungsangebote auf Bundes- und Länderebene sollen eine Spezialisierung fördern und einen regen Austausch im Kollegenkreis ermöglichen. Das Curriculum Alterszahnmedizin der APW/DGAZ bietet beispielsweise eine gute Mischung aus Theorie und Praxis für einen „barrierefreien“ Einstieg in die Alterszahnmedizin. Die Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ) hat auf der Jahrestagung im Jahr 2008 eine Satzung beschlossen, die nach erfolgreichem Abschluss eines Curriculums die Zertifizierung zum/zur Spezialisten/ Spezialistin für Alterszahnmedizin der DGAZ ermöglicht. Der Hintergrund für diese Entscheidung war die große und stetig steigende Nachfrage nach zahnärztlichen Leistungen im Bereich der Alterszahnmedizin. Um „Wildwuchs“ entgegenzuwirken, sollte der Qualifikationsnachweis einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft Klarheit schaffen. Gleichzeitig mit dieser Zertifizierung besteht für eine Praxis oder Klinik die Möglichkeit, das ebenfalls neue Prüfsiegel „Seniorengerechte Praxis/Klinik nach den Richtlinien der DGAZ“ zu erhalten. Eine Kommission prüft, ob bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. In einer Übergangszeit werden auch

Praxen oder Kliniken berücksichtigt, die noch nicht vollständig barrierefrei sind, sofern Konzepte bestehen, wie eventuell vorhandene Probleme gelöst werden. Nicht zuletzt durch die Realisierung einer Vielzahl von sinnvollen Projekten durch engagierte Zahnärztinnen und Zahnärzte in Bayern hat der Bereich Zahnmedizin im Alter eine besondere Bedeutung erfahren. Die zahnmedizinische Versorgung unserer alternden Bevölkerung ist eine wichtige und spannende Aufgabe, der wir uns nicht entziehen dürfen.

Korrespondenzadresse:

Dr. Cornelius Haffner

Klinik und Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie

Goethestraße 70

80336 München