

Prophylaxe in der Alterszahnmedizin

Die demografische Entwicklung in Deutschland ist geprägt von der doppelten Altersdynamisierung, die Menschen werden immer älter und gleichzeitig wächst der Anteil alter Menschen an der Gesamtbevölkerung. Es kann also nicht überraschen, wenn auch in Ihrer Praxis schon heute jeder vierte mögliche Patient bereits über 65 Jahre alt ist. Hinzu kommt, dass sich die zahnärztliche Arbeit mit dem alternden Patienten in den vergangenen zehn Jahren grundlegend verändert hat. Wie aber sehen Konzepte zur Zahnpflege im alten Mund aus? Die Zahnmedizin bietet Lösungen an, die Prävention ein Leben lang möglich macht.

Dr. Cornelius Haffner/München

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 1970er-Jahren abgezeichnet hat und die nicht im Sinne eines vorübergehenden Phänomens ein rasches Ende finden wird (Abb. 1). Natürlich muss sich auch die Zahnmedizin mit dieser wachsenden Patientengruppe auseinandersetzen.

Auch der betagte Patient hat zunehmend eigene, echte Zähne, die es zu erhalten gilt. Die Ansprüche und Bedürfnisse dieser Patienten führen in der therapeutischen Konsequenz nur in den seltensten Fällen zu einer Versorgung mit herausnehmbarem Zahnersatz. Hochwertige zahnmedizinische Lösungen aber erfordern eine regelmäßige Pflege, wobei gleichermaßen Patient und auch der Profi eingebunden werden muss.

Die Zahl der eigenen Zähne im Alter steigt

Zunächst ist – neben einer Vielzahl von Vorurteilen gegenüber dem Alter – auch die Mundhöhle oft Gegenstand einer undifferenzierten Betrachtungsweise, häufig wird diese als „Elendsgebiet“ abqualifiziert. Eine objektive Auseinandersetzung hingegen zeigt, dass das Alter nicht unmittelbar zu einer physiologischen Veränderung der Strukturen im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich führen muss.

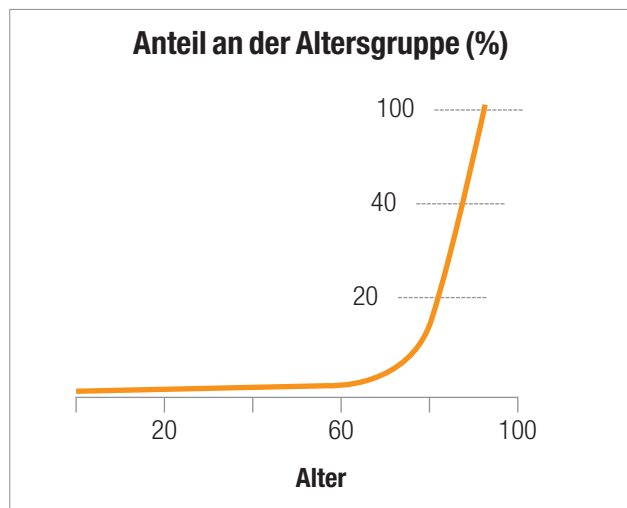


Abb. 1: Der Anteil alter Menschen an der Gesamtbevölkerung nimmt zu.

Die aktuelle Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV) des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) aus dem Jahr 2005 belegt mit ihrer repräsentativen Erhebung eindrucksvoll, dass 75 % der Altersgruppe der 64- bis 75-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. In Kenntnis erster Ergebnisse der Folgestudie DMS V zeigt der Trend überdies weiter nach oben. Diese positive Entwicklung bedeutet eine Herausforderung für zahnärztliche Prävention auch im hohen Alter.

Sind Karies und Parodontitis ein spezielles Problem im Alter?

Die Risikofaktoren an Karies im Alter zu erkranken (gemeint sind hier die Neuerkrankungen) unterscheiden sich nicht von den Faktoren, die für eine Karieserkrankung auch beim jungen Patienten verantwortlich sind. Eine Besonderheit hingegen bringt der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit mit sich: die Anzahl der neuerkrankten kariösen Zähne steigt rasch an. Dies jedoch am Patientenalter festzumachen ist falsch: auch ein junger Mensch in der Betreuung weist oft das gleiche, zunehmende Risiko auf. Immer wieder wird die Wurzelkaries als besonderes Problem des alten Patienten diskutiert. Die DMS-IV-Studie zeigt aber auch hier, dass nur 17 % der Wurzeloberflächen, aber 42 % der Kronenflächen Karieserfahrung in der Altersgruppe der 64- bis 75-Jährigen aufweisen. Eine mögliche Erklärung mögen die altersbedingten gingivalen Rezessionen bieten, die in der Folge zu einer Öffnung des Approximalraums führen. Sie verleihen Bereichen der Zahnwurzel den Charakter von Glattflächen. Die Glattflächen- und Wurzelkaries tritt aber immer nur dann auf, wenn die Pflege vernachlässigt wird. Karies stellt also für den betagten, selbstbestimmten lebenden Patienten kein Problem dar: immerhin trägt auch der Versorgungsgrad in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen fast 95 %, Voraussetzung jedoch für die Kariesfreiheit auch im hohen Alter ist die Pflege. Der Abbau des Zahnhalteapparates (parodontaler Attachmentverlust) ist keine unmittelbare Folge des Alterns, auch ist der Verlust der proliferativen Aktivität der Gingiva-Epithelzellen nicht sicher belegt. Warum aber

haben in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen immerhin neun von zehn Patienten eine Parodontitis (DMS IV, 2005)? Negative Einflüsse, die ein Leben lang den Zahnhalteapparat belasten, machen sich dann im fortgeschrittenen Alter durch Knochenabbau bemerkbar. Es lässt sich also sehr einfach ausdrücken: In erster Linie braucht der alte Mund heute nicht mehr den Bohrer, gefragt sind hingegen Kürette, Ultraschall und vor allem eine ausreichende Zahnpflege. Rechnen Sie hier aber mit einem spezifischen Problem: In einer Studie konnte gezeigt werden, dass zunehmendes Alter offenbar einhergeht mit dem Verlust an Kenntnissen über die zahnärztliche Prophylaxe (Bayerische Altenprophylaxe-Studie [BAPS]; Abb. 2).

Zusammenhang Mund- und Allgemeingesundheit verdeutlichen

Geeignete, altersgerechte zahnärztliche Prävention setzt aber voraus, dass der selbstbestimmt lebende Patient auch im fortgeschrittenen Lebensalter bei möglicher manueller Einschränkung und/oder reduzierten geistigen Fähigkeiten dazu in der Lage ist, seine Zähne und/oder den Zahnersatz zu pflegen. Es ist unsere, manchmal nicht ganz leichte Aufgabe, den Patienten dorthin zu bewegen. Denken wir doch zunächst um: Schöne, gesunde Zähne gehören nicht nur der Jugend,

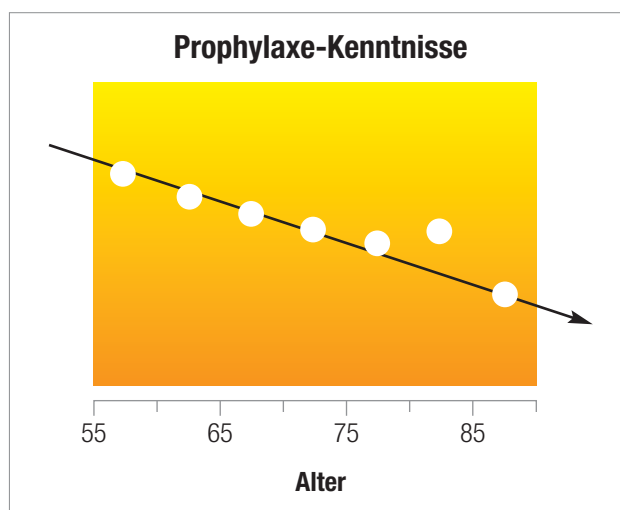


Abb. 2: Die Kenntnisse im Bereich der zahnärztlichen Prophylaxe nehmen mit dem Alter ab. Grund hierfür ist die fehlende Information, nicht die Zunahme an demenziellen Erkrankungen.

sie sind auch im Alter wichtig. Überlegen Sie, ob die junge, forschende Auszubildende dem alten Patienten bei Instruktion, Motivation und Demonstration auf Augenhöhe begegnen wird. Sicher, Sie können Ihren Patienten über das Argument Kaufkraft und Ästhetik erreichen. Zu begeistern ist der alte Patient für die zahnärztliche Prävention aber vor allem dann, wenn er erkennt, dass es einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen dem

ANZEIGE

✓ **Aldehydfreies Konzentrat zur Desinfektion und Reinigung des allgemeinen und chirurgischen Instrumentariums sowie von alkali- und alkoholempfindlichen rotierenden Instrumenten. Auch für die Anwendung im Ultraschall geeignet.**

✓ **2,5 Liter Konzentrat ergeben 125 Liter Gebrauchslösung**



IHDE DENTAL 

✓ **Hotline**
089 - 319 761-0
www.ihde-dental.de



**Wenn ich zu meinem Chef sage:
"Lass uns das BLAUE kaufen",
meine ich nicht:
ein Potenzmittel aus der Apotheke**

(30 Euro für 2.5 Liter oneway® Instrumentendesinfektion)



Preis zzgl. Porto + MwSt.

gesunden Mund und der Allgemeingesundheit gibt. Die gesunde Mundhöhle reduziert das Risiko für interdentische Erkrankungen wie Herz-Kreislauf oder Lungenerkrankungen erheblich, ist sie doch Haupteintrittspforte für eine Vielzahl von gefährlichen Keimen. Zahnärztin, Zahnarzt und vor allem das Praxisteam sind also gefordert, ausreichende Kenntnisse der zahnärztlichen Prävention gerade dem alternden Patienten zu vermitteln.

Im Endodont ist eine Verringerung der Anzahl an aktiven Odontoblasten nachgewiesen, das reparative Potenzial zeigt sich also reduziert. Im Gegenzug führt jedoch die altersbedingte Apposition von Sekundärdentin in den Dentinkanälchen zu einer Art Versiegelung, das Dentin schützt die Pulpa vor pathogenen Keimen. Diese Dentinapposition führt zu einer verringerten Transparenz der Zähne und lässt Zähne mit zunehmendem Alter gelber und dunkler erscheinen. Attrition, Demastikation und Abrasion sind Ausdruck intensiven Gebrauchs und nicht Folge des Alterns. Ein auch objektivierbarer, reduzierter Speichelfluss geht in der Regel auf eine Mangelernährung zurück, hier insbesondere die reduzierte Flüssigkeitsaufnahme der Betagten, und ist nicht Ausdruck einer Altersveränderung der Speicheldrüsen. Ein ganz besonderes Problem ist die häufig übermäßige Einnahme von Medikamenten. Diese kann zusätzlich zu einem verringerten Speichelfluss führen. Ernährungsberatung oder der Hinweis auf die Einnahme von Speichelersatzstoffen gehören also ebenso in das Repertoire der Instruktion und Motivation wie auch der Hinweis auf die Notwendigkeit wiederkehrender Fluoridierungsmaßnahmen. Die langjährige Erfahrung im Umgang mit dem alten Patienten hat gezeigt, dass bei der Verordnung pH-Wert-neutralen Präparaten unbedingt der Vorzug gegeben werden muss.

Altersgerechte Bedürfnisse berücksichtigen

Grundsätzlich unterscheidet sich das zahnmedizinische Angebot für den alternden und alten Patienten nicht von den Möglichkeiten, die einem jungen Patienten angeboten werden sollen. Im Bereich Prävention wird man sicher berücksichtigen, dass die motorischen Fähigkeiten selbst beim „fitten“ Senior vielleicht nur noch eingeschränkt vorhanden sind. Einfache Maßnahmen wie ein verdickter Bürstengriff, altersgerechte Zahnbürsten (z. B. Super Brush), spezielle Zahnpastatuben, die leicht zu öffnen sind, höherdosierte Fluoridpräparate und ein wiederholtes Training erlauben auch dem alten Menschen eine suffiziente Zahnpflege in eigener Verantwortung (Abb. 3 und 4). In diesem Zusammenhang erscheint es sinnvoll noch einmal darauf hinzuweisen, dem betagten Patienten auf einer Ebene zu begegnen, auf der er sich angesprochen und ernstgenommen fühlt. Die Erfahrungen



Abb. 3 und 4: Spezielle Zahnbürsten erleichtern die Zahnpflege auch dem alternden Patienten mit eingeschränkten motorischen Fähigkeiten.

zeigen, dass die junge zahnärztliche Assistenz den an Lebenserfahrungreichen Senior nur schwer erreichen wird, wenn es darum geht, Defizite anzusprechen und die Notwendigkeit einer ausreichenden Mundhygiene darzulegen. Der Umgang mit dem Alter erfordert überdies Kenntnisse allgemeinmedizinischer Erkrankungen und deren Medikation, die in der Folge enorme Auswirkungen auf die Mundhöhle haben können. Eine Altersdiabetes kann zu verringerter Immunabwehr und Veränderungen in der Durchblutung der Schleimhaut führen, vorliegende Herz-Kreislauf-Erkrankungen und deren medikamentöse Therapie gehen oft einher mit Gingivahyperplasie und/oder veränderter Blutungsneigung, die Auseinandersetzung zum Beispiel mit einem Marcumarpass und hier den aktuellen Gerinnungswerten oder dem Herzpass gehören also sicher in die Hand von Behandlerin oder Behandler und fortgebildetem, vielleicht sogar spezialisiertem Personal.

Die aktuelle Zahnmedizin ist bestimmt von modernsten Behandlungskonzepten und -materialien, dies gilt für jedes Alter. Spezielle, seniorengeeignete Kunststoffe oder auch eine Gerofeile im Bereich Endodontie sind sicher nicht notwendig. Erwartet wird aber, dass zahnerhaltende Maßnahmen dazu führen, den herausnehmbaren Zahnersatz zu vermeiden. Dennoch ist bei der Therapieplanung zu berücksichtigen, dass der Patient gegebenenfalls in die Pflegebedürftigkeit abgeleitet und eine ausreichende Pflege dann nur noch selten gewährleistet ist. Ein alter Mensch besitzt häufig nicht mehr die Möglichkeit einer ausreichenden Adaptation an Zahnersatz. Es sind einfache, solide und sichere Lösungen gefragt, die dennoch in Funktion und Ästhetik das Maximum anzubieten in der Lage sind. Auch hier gilt das Gebot der Möglichkeit einer ausreichenden Pflege durch Angehörige und/oder die Pflegekraft, sollte eine Bedürftigkeit eintreten.

Die Praxis auf den alternden Patienten ausrichten

Neben dem Angebot der speziellen zahnärztlichen Therapie ist der Umgang mit dem alten Mensch in der eigenen Praxis von entscheidender Bedeutung. Gehen Sie

davon aus, dass Ihr Patient körperliche und geistige Einschränkungen aufweist, die zunächst nicht unbedingt zu erkennen sind und die der Patient zu verbergen versucht. Der Patient freut sich über Bau- und Einrichtungsvoraussetzungen, in denen er sich wohlfühlt. Barrierefreiheit, Platzangebot, altersgerechte Sitzmöglichkeiten, eine ausreichend große Beschriftung der notwendigen Wege wie auch der Verwaltungsformulare und auch die gute Beleuchtung scheinen selbstverständlich. Eigene Vorbehalte gegenüber dem Alter, vor allem aber Vorbehalte des meist jungen Praxisteams müssen angesprochen und ausgeräumt werden. Es ist nicht auszuschließen, dass man sich mit der bestehenden Praxisstruktur gegen die Hinwendung zum Betagten entscheidet. Ich aber habe die Erfahrung gemacht, dass Vorbehalte häufig nur Vorurteile sind und keine unüberwindlichen Hindernisse darstellen.

Geht das Altern einher mit dem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit, ist der Patient nicht mehr in der Lage selbstbestimmt den Zahnarzt aufzusuchen und Routinetermine sind nur noch erschwert möglich. Die zahnärztliche Versorgung ist gefordert vermehrt dezentral, also am Wohnort (häusliche Pflege oder Pflegeeinrichtung), gleichermaßen Prävention und Therapie anzubieten. Mittlerweile gibt es einige lokale Projekte in Deutschland, die durch Kooperation von Einrichtungen mit besonders engagierten Zahnärztinnen und Zahnärzten ein mobiles Versorgungskonzept anbieten. Besteht der Wunsch sich in einer Einrichtung zu engagieren, ist ein erster Kontakt zu den Entscheidungsträgern (Verwaltungsdirektion, Pflegedienstleitung) hilfreich. Stellen Sie ihr Konzept vor, verhandeln Sie klare Spielregeln für eine Betreuung. Nur wenn die Einrichtung und das Personal hinter „ihrem“ Zahnarzt und seinem Team stehen, wird die Arbeit vor Ort erfolgreich sein. Bevor die Patienten der Einrichtung in die zahnärztliche Versorgung mit einbezogen werden, soll eine Informationsveranstaltung für Mitarbeiter, Angehörige und gegebenenfalls auch die Patienten selbst die Praxis, das Team und das einrichtungsspezifische Konzept vorstellen. Neben Organisatorischem ist ein Referat über Zahnpflege auch im Alter sinnvoll. Eine CD, die in kurzer und einprägsamer Form das Thema „Zahnpflege in der Pflege“ darstellt, ist mit nur geringem technischem Aufwand (Beamer – haben oft die Einrichtungen selbst – und Laptop) als Grundlage für eine Informationsveranstaltung sinnvoll (www.dgaz.org). 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. Es macht Sinn grundsätzlich einen Heim(nachmit)tag anzubieten. Dieser Termin ist im Vorfeld mit den Stationsleitungen abzusprechen und bekannt zu geben. Vor dem zahnärztlichen Befund steht die Auseinandersetzung mit der oftmals umfangreichen allgemeinen Anamnese und der aktuellen Medikation des Patienten. Der zahnärztliche Befund und auch die Therapieplanung ist in den Pflegeunterlagen sinnvoll zu dokumentieren und mit

dem Patienten oder dessen gesetzlich bestellten Betreuer abzusprechen. Schätzen Sie im Rahmen ihrer Therapieplanung auch die Möglichkeiten einer suffizienten Mundhygiene ein. Inwieweit kann Verantwortung an das Pflegepersonal weitergegeben werden? Denken Sie daran, dass die Bestandsaufnahme immer durch die Zahnärztin/den Zahnarzt durchzuführen ist und keine delegierbare Leistung darstellt. Eine Vielzahl von Behandlungsschritten kann unmittelbar auch am Wohnort des Patienten durchgeführt werden, dies erfordert nicht unbedingt einen gesonderten zahnärztlichen Behandlungsraum. Die Prävention beispielsweise ist nicht unbedingt angewiesen auf den Zahnarztstuhl, sie kann sinnvoll auch am Patientenbett gestaltet werden. Der mobile Einsatz erfordert jedoch in jedem Fall eine kostenintensive zusätzliche Ausstattung und ein eingespieltes, flexibles Praxisteam. Der gemeinsame Besuch am Bett eines multimorbiden Alten, die Arbeit unter häufig widrigen Bedingungen, bedeutet auch für das eingespielte Praxisteam eine physische und vor allem psychische Herausforderung. Begegnen sie den häufigen Vorurteilen, aber auch den Ängsten mit Verständnis und Respekt.

Grundsätzlich sind die zahnärztlichen Bemühungen um den alternden Patienten verbunden mit einem vermehrten Zeit- und auch Kostenaufwand. Dies gilt im Besonderen für den mobilen Einsatz. In den vergangenen Jahren sind dennoch eine Vielzahl von kleinen und großen Projekten in Deutschland entstanden, die sich häufig auf Initiative besonders engagierter Kolleginnen und Kollegen mit der Problematik einer Versorgung auch unserer alternden Bevölkerung befassen. Unterschiedliche Fortbildungsangebote auf Bundes- und Länderebene sollen eine Spezialisierung fördern und einen regen Austausch im Kollegenkreis ermöglichen. Seit 2009 besteht die Möglichkeit einer Zertifizierung zum Spezialisten durch die Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGZ), der Qualifikationsnachweis einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft soll die Notwendigkeit der Alterszahnmedizin verdeutlichen.

Zusammenfassung

Der Bereich Zahnmedizin im Alter hat in den vergangenen Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Ein Schwerpunkt der Auseinandersetzungen ist die Sicherung der zahnärztlichen Prävention ein Leben lang. Dieser wichtigen und spannenden Aufgabe dürfen wir uns nicht entziehen! [n](#)

KONTAKT

OA Dr. Cornelius Haffner

Sektion Zahnmedizin für Menschen mit Behinderungen
Klinikum der Universität München (KUM)
Goethestraße 72, 80336 München
Tel.: 089 5160-9452, Fax: 089 5160-9451
E-Mail: haffner@teamwerk-deutschland.de

