

# Präventionskonzept im fortgeschrittenen Alter

| Prof. Dr. Christoph Benz

Immer mehr ältere Patienten legen auch im fortgeschrittenen Alter Wert auf den Erhalt der eigenen Zähne. Wissenschaftliche Studien belegen, dass die Wertschätzung für Mundgesundheit in keiner anderen Altersgruppe so groß ist wie bei den älteren Menschen. Trotzdem scheitert die Umsetzung von altersgerechten Präventionskonzepten in der Praxis bislang noch sehr häufig. Im folgenden Artikel wird erläutert, weshalb sich Engagement im Bereich der Altersprophylaxe für die Zahnmedizin schon heute lohnt, und welche Veränderungen speziell in diesem Arbeitsfeld berücksichtigt werden sollten.

Häufig hört man von Zahnärzten, der fitte Alte sei ein ganz normaler Praxispatient. Wer so denkt, sollte mal ein kleines Benchmarking durchführen: Ist jeder vierte bis fünfte Patient in der eigenen Praxis – regionale Werte liefern die statistischen Landesämter (Abb. 1) – 65 Jahre und älter? Wenn schon bei dieser Frage viele passen, wird es fast niemanden geben, der noch mithalten kann, wenn wir die Frage auf Prophylaxepatienten einschränken. Schnell werden Entschuldigungen auftauchen, die unsgebetsmühenartig schon über viele Jahre begleiten: Das Alter bietet gar keine Basis für Prävention, die Alten interessiert das überhaupt nicht, und Geld haben sie sowieso nicht. Das letzte Argument lässt sich am leichtesten entkräften. In vie-

len Industriegesellschaften, so auch in Deutschland, gehört die Generation 60+ zur reichsten Bevölkerungsgruppe. Dies zeigt sich nicht nur am Durchschnitt, sondern auch im Einzelfall. Das Risiko arm zu sein, ist für Kinder und Jugendliche wesentlich größer als im Alter. Altersarmut in Deutschland ist rückläufig: von 13,3 Prozent 1998 auf 11,4 Prozent im Jahr 2003. Wie steht es nun aber mit der Basis und dem Interesse für Prävention?

**Die Basis ist gar nicht so schlecht**  
Zahnverlust ist keine Alterserscheinung. Je mehr man über die physiologischen Altersveränderungen weiß, umso mehr wird deutlich, dass die Natur für den Mund ähnlich wenig Veränderungen vorgesehen hat wie für die Magen-

Darm-Passage (Abb. 2). Die deutsche Zahnmedizin hat in diesem Bereich bereits sehr gute Unterstützung geleistet. Nach der aktuellen Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV) haben 77,4% der 65- bis 74-Jährigen durchschnittlich noch 17,8 natürliche Zähne. In England zum Beispiel sind in der gleichen Altersgruppe rund 60% zahnlos. Setzt man die Zahl natürlicher Zähne in Relation zur Lebenserwartung (Männer 79,9 Jahre, Frauen 84,7 Jahre) steht außer Frage, dass sich ein besonderes Engagement der Zahnmedizin lohnt. Ein ganz wichtiger Behandlungsbedarf liegt im Bereich der Parodontologie. Die DMS IV zeigt, dass 88% in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen behandlungsbedürftige Parodontalerkrankungen aufweisen (Abb. 3). Dabei handelt es

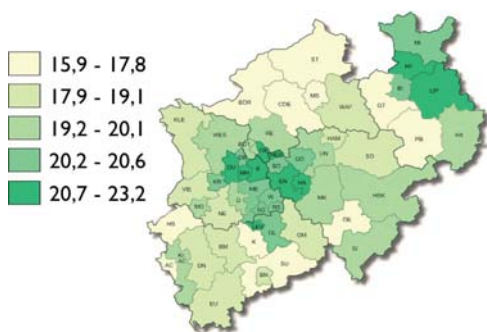


Abb. 1: Prozentualer Anteil der über 64-Jährigen in Nordrhein-Westfalen (Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW).

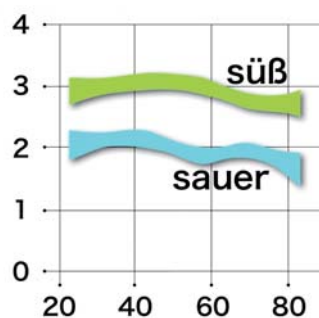


Abb. 2: Ein beliebtes Vorurteil meint, dass sich die Geschmackswahrnehmung im Alter deutlich verringert. Das EU-Healthsense-Projekt konnte dies nicht bestätigen.

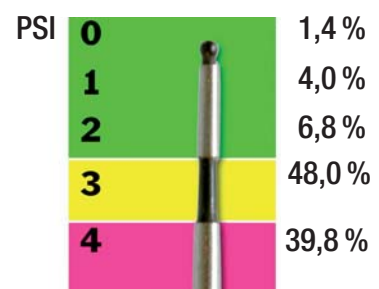
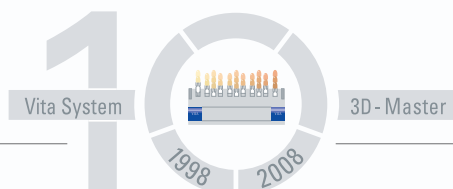


Abb. 3: Häufigkeit der PSI-Grade bei den 65- bis 74-Jährigen (DMS IV).

# VITA Easyshade<sup>®</sup> Compact – Nur ein kurzer Augenblick zur exakten Zahnfarbe.



3384 D



## VITA

Digital, kabellos, leicht und mobil – es gibt viele Gründe, sich für den VITA Easyshade Compact zu entscheiden. Jeder einzelne hiervon ist ein Gewinn. Mit der neuen Generation digitaler Farbmessung bestimmen und überprüfen Sie Zahnfarbe in Sekundenschnelle. Der VITA Easyshade Compact

ist ausgelegt für alle Farben des VITA SYSTEM 3D-MASTER und die VITAPAN classical A1–D4 Farben. Das Hightech-Gerät besticht mittels spektrophotometrischer Messtechnik durch hohe Messgenauigkeit. Überzeugen Sie sich selbst. Mehr Informationen unter [www.vita-zahnfabrik.com](http://www.vita-zahnfabrik.com).

sich überwiegend nicht um hoffnungslose Fälle, denn der Kohortenvergleich mit den 35- bis 44-Jährigen zeigt, dass die alte Gruppe im Durchschnitt gerade mal 0,8 mm Attachment verloren hat. Die wissenschaftliche Parodontologie orientiert ihre Konzepte und Botschaften momentan gerne an jüngeren Hochrisiko-Patienten, die DMS IV zeigt uns jedoch, was in der Alters-Parodontologie wirklich wichtig ist: Mundpflege und Recallbereitschaft.

### Das fitte Alter

Das fitte Alter ist durch einen weiten Bogen verschiedener Einschränkungen charakterisiert. Sehr häufig sind verminderte Sinnesfunktionen (Sehen, Hören) und Bewegungseinschränkungen. Hier wird es für die Zahnarztpraxis zunehmend wichtiger, sich baulich aber auch konzeptionell anzupassen. Barrierefreiheit, ausreichender Platz, Sitzgelegenheiten und gute Beleuchtung sollten die Planung bei Renovierung und Neueinrichtung bestimmen. Wichtige Tipps können bereits ältere Patienten geben, wenn man sie um eine Praxisbegehung bittet. Zudem bieten viele Architektorkammern professionelle und oftmals kostenlose Beratung. Obwohl England als Einwanderungsland in der Altersentwicklung besser dasteht, gibt es hier schon seit 2004 gesetzliche Bestimmungen über die Barrierefreiheit von Praxen.

### Ist die Prothese unser Ziel?

Noch ein Benchmarking: Wie viele Zahnärzte tragen im Alter eine Prothese? Natürlich sind Prothesen unter Zahnärzten wesentlich seltener als sonst in der Bevölkerung. Wenn man ein Freund kurzer Beweisketten ist, darf daraus wohl ge-

folgt werden, dass es die richtigen Wege gibt und nahezu jeder Kollege sie kennt. Wer häufiger Gelegenheit hat, mit und vor Senioren zu sprechen – in Seniorenakademien, -clubs und -begegnungstätten – wird feststellen, dass unsere älteren Patienten diesen Weg überwiegend auch beschreiten wollen. Der Wunsch nach eigenen Zähnen und festen Versorgungsmitteln ist hier dominant. Auch wissenschaftliche Studien zeigen, dass die Wertschätzung für Mundgesundheit in keiner anderen Altersgruppe so groß ist wie bei den älteren Menschen. Dies sollte schon allein deshalb nicht verwundern, weil für keine andere Altersgruppe das Risiko so real ist, herausnehmbaren Zahnersatz tragen zu müssen. Ein gutes Beispiel für das Interesse der Alten an Vorbeugung ist die Zusammenarbeit der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ) mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO), die mehr als zwölf Millionen ältere Menschen zusammenschließt. Ein Modul in der aktuellen Kampagne „Fit im Alter – Gesund essen, besser leben“ wurde durch die DGAZ gestaltet (Abb. 4). Ziel ist dabei den fitten Alten klar zu machen, wie wichtig und sinnvoll ein größeres Engagement in der zahnmedizinischen Prävention ist. Der bisherige Erfolg übertrifft alle Erwartungen und dokumentiert eindrucksvoll das Interesse, aber auch den Nachholbedarf auf diesem Gebiet. Es hilft der Oma eben doch nicht,



Abb. 4: Der DGAZ-Flyer für die Kampagne richtet sich an die fitten Alten.

wenn man den Enkel durch ein IP-Programm schleust.

### Präventionskonzepte

Die verbreitete Assoziation von Jugend mit Aufbau und Alter mit Abbau hindert uns oft daran, den Sinn vorbeugender Konzepte für das Alter zu akzeptieren. Die Umsetzung von

Präventionskonzepten scheitert in der Praxis deshalb auch nicht an inhaltlichen Aspekten, auch altersgerechte Hilfsmittel für die häusliche Reinigung gibt es genug. Was vielen jedoch nicht gelingt, ist, sich in die Situation des älteren Menschen hineinzusetzen. Die Jugend hat den Vorteil, dass wir sie erlebt haben und uns zumindest teilweise daran erinnern können. Die Sichtweisen und Einschränkungen des Alters dagegen kennen nur die genau, die sie nicht mehr in das aktive Berufsleben einbringen können. Hier muss die Aus- und Weiterbildung Defizite aber auch Vorurteile viel intensiver als bisher angehen. Dabei ist es sehr sinnvoll, in der Altenprophylaxe auch ältere Mitarbeiter einzusetzen. Eine Münchner Studie zeigt, dass eine Präventionsberatung auf „Alters-Augenhöhe“ glaubwürdiger erscheint und nachhaltiger wirkt. Hier steckt die Zahnmedizin zwar immer noch im Jugendlichkeitswahn, es erscheint jedoch absehbar, dass wir bald um ältere Arbeitnehmer kämpfen werden, so wie es jetzt bereits die Banken tun. In der Prävention müssen ältere Menschen aktiver und direkter angesprochen werden. Allein auf einen Spin-Off aus der Jugendprävention zu vertrauen, ist nicht der richtige Weg (Abb. 5). Dabei ist es oft sinnvoll, eingefahrene Pfade zu verlassen: Warum hängen wir so an den archaischen Zweimal-im-Jahr-Terminen? Alte Menschen sind heterogen: Der eine braucht uns einmal im Jahr, der andere vielleicht viermal. Aber dafür hätte der lebenserfahrene Ältere dann vielleicht auch gerne eine bessere und individuellere Begründung als wir sie gemeinhin der Jugend geben. Es gibt heute so viel schöne Möglichkeiten, Risiken zu analysieren und verständlich zu dokumentieren. Warum tun wir es

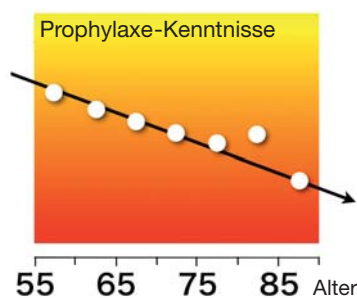


Abb. 5: Bereits die bayerische Altenprophylaxe-Studie zeigte, dass die Prophylaxekenntnisse mit dem Alter abnehmen. Der Grund ist aber nicht zunehmende Demenz, sondern fehlende Information.

Anteil an der Bevölkerung (%)



Abb. 6: Die Altersschere in Deutschland geht immer weiter auf (Statistisches Bundesamt).



Abb. 7: Prävention lässt sich in der Pflege mit gutem Erfolg mobil durchführen.

nicht! Handeln muss auch die Industrie. Man kann natürlich versuchen, so wie aktuell die deutschen Kieferorthopädie-Zulieferer, den stetigen Schwund an Kindern und Jugendlichen im China-Geschäft auszugleichen. Für die Hersteller von Prophylaxeprodukten wäre es jedoch viel sinnvoller, die Alten als neue Zielgruppe anzusprechen. Hier gibt es tatsächlich noch viel zu tun: Prophylaxe trägt in der Werbung immer noch junge Gesichter, Haftcreme und Prothesenreiniger alte, Zahnpastatuben haben Frische-Siegel, die alte Hände nicht öffnen und Aufdrucke, die alte Augen nicht lesen können. Die Zahnmedizin und die Industrie müssen der Generation 60+ viel klarer sagen, dass strukturerhaltende Prävention weder primär noch tertiär, noch jung oder alt, sondern immer sinnvoll und wirksam ist. Man kann die Situation drastischer beschreiben: Wenn die Zahnmedizin und die Industrie Umsatz und Angebot erhalten wollen, dann muss die Generation 60+ angesprochen werden. Schon seit einigen Jahren leben in Deutschland mehr Menschen, die 60 und älter sind, als solche die jünger als 20 sind. Von Jahr zu Jahr geht die Schere weiter auf (Abb. 6). Ein Ende dieser Entwicklung werden wir nicht erleben, vielmehr sind wir ein Teil davon.

### Lösungen für die Pflege sind wichtig

Das Modell einer komprimierten Morbidität – gesunde Lebensführung und moderne Medizin verlängern die Spanne bis zur Pflegebedürftigkeit bei gleichzeitig verkürzter Spanne bis zum Tod – beginnt sich zu verändern. Zwar sind Menschen heute noch im höheren Alter fit, doch steigt die Lebenserwartung, wobei dann demenzielle Erkrankungen eine immer größere Rolle spielen. Der Anteil demenzieller Erkrankungen steigt von weniger als 2% mit 65 Jahren auf mehr

als 35 %, bei Einbeziehung auch leichter Demenzen auf bis zu 60 % der über 90-Jährigen. Wenn Lösungen für die Pflege nicht gefunden werden, dann steigert jedes Implantat und jeder erhaltene Zahn das Risiko, in der Pflege von Schmerzen begleitet zu sein und letztendlich jede Kaufunktion zu verlieren. Folglich hat die Zahnmedizin in der Pflege keine anderen Aufgaben als bei selbstbestimmt lebenden Menschen, sie wird nur lernen müssen, diese Leistungen anders zu erbringen (Abb. 7). Es gibt heute schon einige Kollegen in Deutschland, die sehr erfolgreich mobil arbeiten. Diese Kollegen verdienen nicht unseren Neid oder unsere Missgunst, denn sie nehmen uns Patienten nicht weg, sie sorgen vielmehr dafür, dass die anderen mit gutem Gewissen bei 60+ Zähne erhalten und Implantate setzen dürfen. Nicht alle Kollegen werden gebraucht, aber schon heute kommen auf jeden deutschen Zahnarzt 32 ältere Patienten mit Pflegestufe.

### Die neue Alterspraxis

Die Alterszahnmedizin bietet viele Herausforderungen, von Prophylaxe bis Prothetik, vom fitten Pensionär bis zur Pflege, und das alles vor einem weiten allgemeinmedizinischen Horizont. Gerade diese Herausforderungen machen den besonderen Reiz der Alterszahnmedizin aus. Viele Kollegen bedauern, dass sich ihr Horizont im Studium später zwangsläufig auf Bohren, Bonding und Bürokratie einengt. So mag es nicht verwundern, dass es heute junge Kollegen gibt, die Alterspraxen übernehmen, ohne dass sie das Publikum krampfhaft modernisieren wollen. Wer gelernt hat, Lebenserfahrung nicht mit Starrsinn, Bewegungseinschränkungen nicht mit geistiger Trägheit und Alterspatina nicht mit Sanierungsbedarf zu verwechseln, wird in der neuen Alterspraxis ein zukunftsreiches Arbeitsfeld finden.

## kontakt.

### Prof. Dr. Christoph Benz

Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der Universität München  
Goethestr. 70, 80336 München  
Tel.: 0 89/51 60 93 20  
Fax: 0 89/51 60 93 22  
E-Mail:  
cbenz@dent.med.uni-muenchen.de

# NSK

## Ti-Max VOLLTITAN

### S950 Air Scaler

mit 3-Stufen Power-Ring zur einfachen Leistungseinstellung



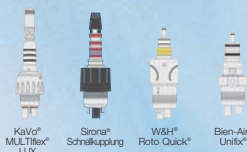
#### Mit Licht

MODELL **S950KL**

BESTELLCODE **T771**

- kreisrunde Beleuchtung
- Gewicht : 80 g
- einschl. 3 Aufsätzen (S1, S2 & S3), Drehmomentschlüssel und Aufsatzschutz

Direkter Anschluss an Kupplungen von KaVo®, Sirona®, W&H® und Bien-Air®



KaVo® und MULTiflex® sind eingetragene Markenzeichen der Firma KaVo Dental GmbH, Deutschland. Sirona® ist ein eingetragenes Markenzeichen der Firma Sirona Dental Systems GmbH, Deutschland. W&H® und Roto Quick® sind eingetragene Markenzeichen der Firma W&H Dentalwerk Bürmoos GmbH, Österreich. Bien-Air® und Unifix® sind eingetragene Markenzeichen der Firma Bien-Air Dental S.A., Schweiz.



S950KL, S950SL, S950WL  
und S950BL thermodesinfizierbar



Autoklavierbar

## NSK Europe GmbH

Elly-Beinhorn-Str. 8, 65760 Eschborn, Germany  
TEL: +49 (0) 61 96 77 606-0, FAX: +49 (0) 61 96 77 606-29