

Wie viel Pflege braucht das Zahnfleisch?

Fortsetzung von Seite 5

können exogener oder endogener Natur sein. Als exogene Risikofaktoren werden persönliche Lebensgewohnheiten, vor allem das Rauchen angesehen. Auch die Einnahme bestimmter Medikamente oder psychischer Stress können das parodontale Erkrankungsrisiko erhöhen. Endogene Faktoren können Erkrankungen, zum Beispiel Diabetes mellitus oder die Infektion mit dem HI-Virus

sein. Parodontale Entzündungen werden heute als komplexe Interaktion zwischen einer Infektion mit potenziell parodontopathogenen Bakterien und der Immunabwehr des Wirtes gesehen. Oben genannte Risikofaktoren scheinen die Immunabwehr zu schwächen und somit Einfluss auf das Gleichgewicht zwischen bakterieller Herausforderung und Wirtsabwehr auszuüben. Patienten mit einem erhöhten Risiko für eine

Erkrankung an Parodontitis müssen ihrer Zahnpflege mehr Aufmerksamkeit schenken als Patienten ohne erhöhtes Risiko. Möglicherweise spielt die Plaquemenge hier eine bedeutende Rolle: Bei Patienten mit einem erhöhten Risiko für das Auftreten einer parodontalen Erkrankung könnte die gleiche Menge Plaque, die bei einem Patienten ohne erhöhtes Risiko noch nicht zur Erkrankung des Parodonts führt, unter Umständen

den bereits eine parodontale Erkrankung auslösen.

Zusammenfassung

Während eindeutig konstatiert werden kann, dass eine einmalige tägliche Zahnreinigung bei gründlicher, aber schonender Durchführung für die Gesunderhaltung des Zahnfleisches ausreichend ist, muss der dafür erforderliche Zeitaufwand an die individuellen Gegebenheiten und Fähigkeiten des Patienten angepasst werden. Eine effektive Plaqueentfernung kann

nur bei konzentrierter Durchführung einer systematischen häuslichen Zahnpflege durchgeführt werden, die individuell auf die Besonderheiten des Patienten und seiner Zähne abgestimmt ist. Der Patient muss seine „Problemzonen“ kennen, um sie richtig reinigen zu können. Bei ordnungsgemäßer Durchführung und entsprechend großer Verlässlichkeit ist durchaus vorstellbar, den Patienten eine einmalige persönliche Zahnreinigung pro Tag von fünf Minuten Dauer zu empfehlen. Von diesem 1 x 5 ist (insbesondere unter Berücksichtigung von Karies- und Erosionsrisiko) abzuweichen, wenn der Patient – aus welchen Gründen auch immer – zu einer perfekten Mundhygiene nicht in der Lage ist.

sichtigung von Karies- und Erosionsrisiko) abzuweichen, wenn der Patient – aus welchen Gründen auch immer – zu einer perfekten Mundhygiene nicht in der Lage ist.

PN Adresse

Dr. Daniela Stephan
Abt. für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie
Charité-Centrum 3 für ZMK-Heilkunde
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Aßmannshäuser Straße 4-6
14197 Berlin
E-Mail: daniela.stephan@charite.de

Präventionskonzept im fortgeschrittenen Alter: Was ist anders?

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. Prof. Dr. Christoph Benz erläutert im folgenden Artikel, weshalb sich Engagement im Bereich der Altersprophylaxe für die Zahnmedizin schon heute lohnt und welche Veränderungen speziell in diesem Arbeitsfeld berücksichtigt werden sollten.



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 am jüngeren Hochrisiko-Patienten, die DMS IV zeigt uns jedoch, was in der Alters-Parodontologie wirklich wichtig ist: Mundpflege und Recall-Bereitschaft.

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 Architektenkammern 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



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

ist die Zusammenarbeit der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGZ) 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 DGZ gestaltet (Abb. 4). Ziel ist dabei den fiten 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, wenn man den Enkel durch ein IP-Programm schleust.

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 uns gebetsmühlenartig 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 vielen 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 Zahnme-

dizin 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 z. B. 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 sich überwiegend nicht um hoffnungslose Fälle, denn der Kohortenvergleich mit den

Freund kurzer Beweisketten ist, darf daraus wohl gefolgert 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 -begegnungsstätten – wird feststellen, dass unsere älteren Patienten diesen Weg überwiegend auch beschreiten wollen. Der Wunsch nach eigenen Zähnen und festen Versorgungen 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

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 hineinzuversetzen. Die Jugend hat den Vorteil, dass wir sie erleben 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 Vor-

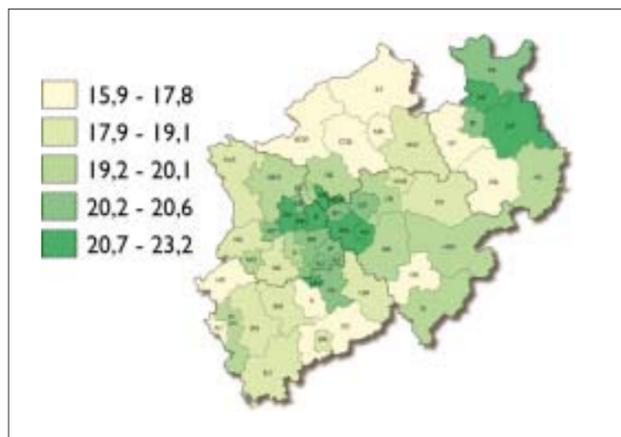


Abb. 1: Prozentualer Anteil der über 64-Jährigen in Nordrhein-Westfalen (Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW)

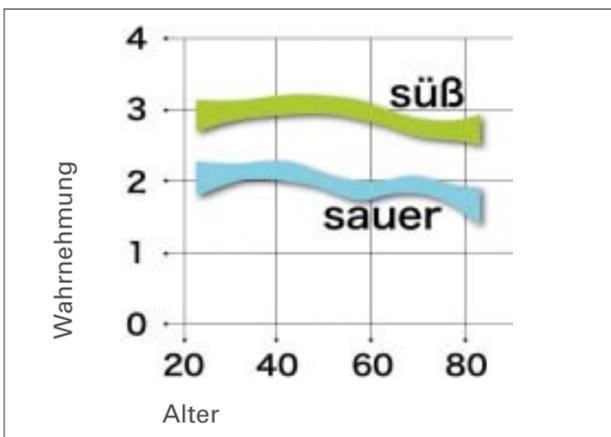


Abb. 2: Ein beliebtes Vorurteil meint, dass sich die Geschmackswahrnehmung im Alter deutlich verringert. Das EU-Healthsense-Projekt konnte dies nicht bestätigen.

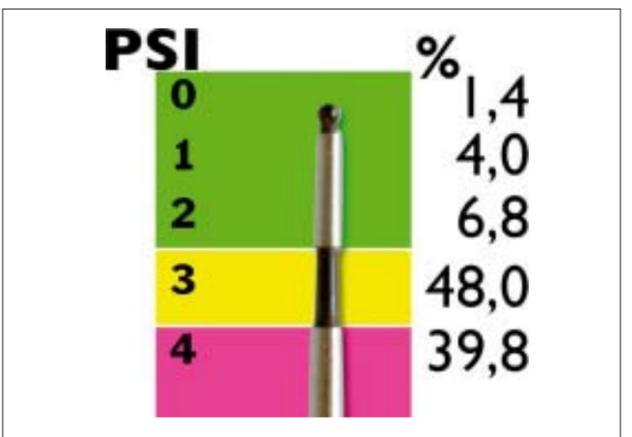


Abb. 3: Häufigkeit der PSI-Grade bei den 65- bis 74-Jährigen (DMS IV).