

LEITFADEN DER BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER

Präventionsorientierte ZahnMedizin unter den besonderen Aspekten des Alterns

**Baustein zum Gesamtkonzept
„Prophylaxe ein Leben lang“**



BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER

LEITFADEN DER BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER

Präventionsorientierte ZahnMedizin unter den besonderen Aspekten des Alterns

**Baustein zum Gesamtkonzept
„Prophylaxe ein Leben lang“**



BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER





Unter einem Leitfaden soll ein wissenschaftlich begründeter und gleichzeitig praxisnaher Problem- aufriß verstanden werden, der dem berufstätigen Zahnarzt eine systematische Orientierungshilfe zu ausgewählten Dienstleistungen der Zahnarztpraxis geben möchte.

Ein Leitfaden kann dieser Orientierungsfunktion nur dann gerecht werden, wenn bei dem Gebrauch die jeweils spezifischen Voraussetzungen der Praxis und die klinischen Gegebenheiten des Patienten in angemessener Weise berücksichtigt werden.

Ein Leitfaden sollte regelmäßig auf seine Aktualität hin überprüft und fortgeschrieben werden.

Inhalt

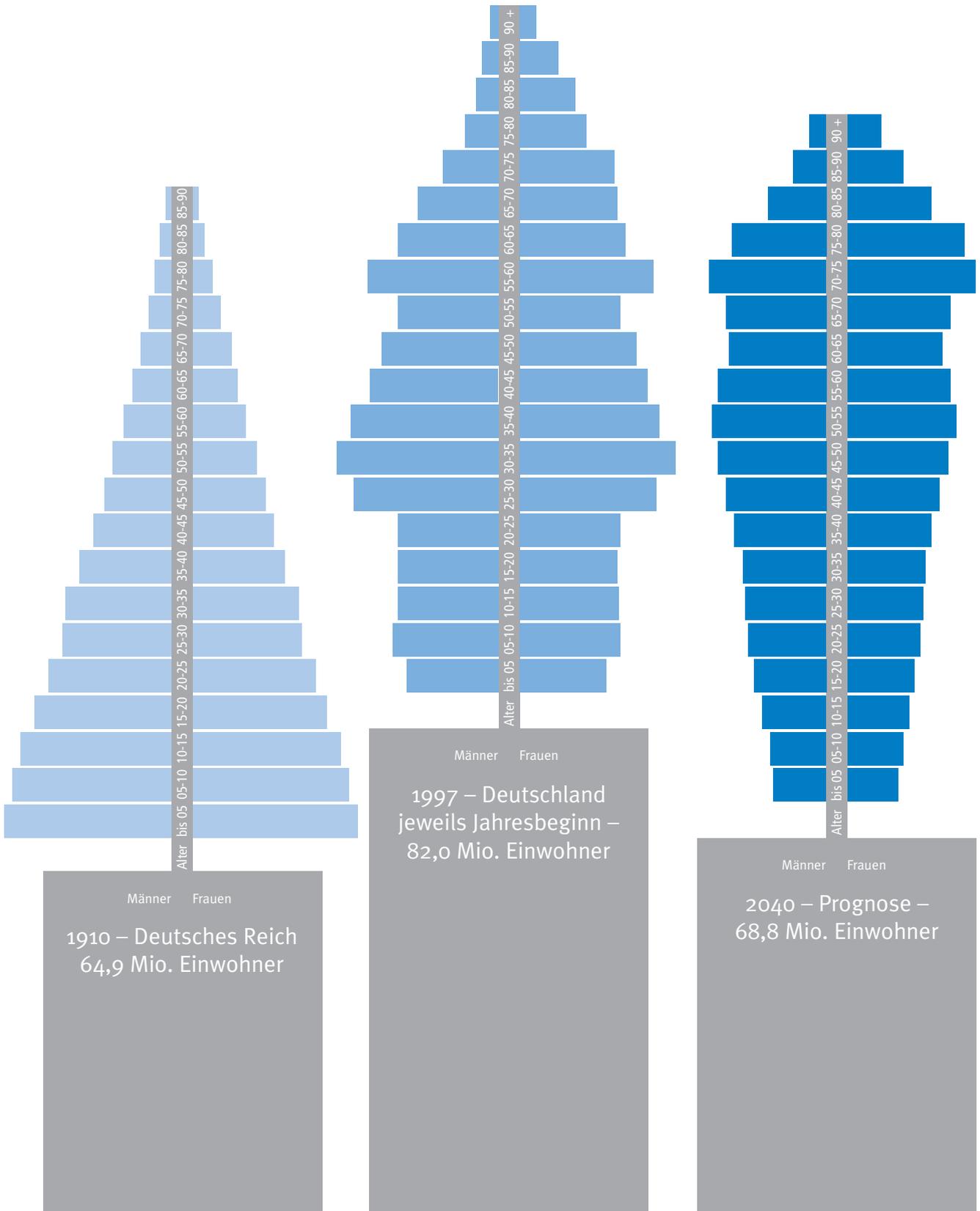
Vorwort	05
1. Die aktuelle Situation	07
1.1 Die Entwicklung der Bevölkerungsstruktur	07
1.2 Die Entwicklung der Lebenssituation der Senioren	07
1.3 Typisierung des älteren Menschen – Altersbedingte Funktionseinschränkungen	07
1.4 Die Mundgesundheit der älteren und alten Menschen	09
2. Die zahnmedizinische Versorgung	10
2.1 Alterserscheinungen des orofazialen Systems	10
2.2 Behandlungsplanung	11
Motivation	11
Individuelle Belastbarkeit	11
2.3 Therapie	13
Chirurgische Therapie	13
Konservierende und parodontale Therapie	13
Festsitzender und abnehmbarer Zahnersatz	14
Mund- und Prothesenhygiene	14
Recall und Individualprophylaxe	16
Ernährungslenkung	16
2.4 Tipps zur Organisation der zahnärztlichen Versorgung älterer und alter Patienten in der Praxis	18
Praxiseinrichtung	18
Transparenz der Behandlungsschritte und -termine	18
Patientengerechte Gesprächsführung	18
Sensible Terminvergabe	19
Kostenvereinbarungen	19
2.5 Zahnärztliche Versorgung in den Alten- und Pflegeheimen	21
3. Die rechtliche Situation	22
3.1 Betreuung	22
3.2 Verfügungen in Gesundheitsangelegenheiten und mutmaßlicher Wille des Patienten	23
Impressum	24

Deutsche Lebensbäume

Altersschichtung in Stufen von je 5 Jahrgängen

Quelle: Statistisches Bundesamt

— eine Million Einwohner



Vorwort

Mit dem Leitfaden zur Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde im Alter soll Zahnärzten, deren Mitarbeitern und Kooperationspartnern in der Alterszahnmedizin eine Orientierungshilfe, Unterstützung, Hinweise und Tipps bei der zahnärztlichen Betreuung älterer und alter Menschen gegeben werden. Auch diese nunmehr dritte Publikation aus der Leitfadenreihe der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) basiert auf dem Konzept „Prophylaxe ein Leben lang“ (vgl. IDZ, 1995 und 1998). Der demographische Wandel in der Gesellschaft (verlängerte durchschnittliche Lebenserwartung, Verringerung des Anteils jüngerer Menschen und damit der Bevölkerungszahl insgesamt infolge geringer Geburtenzahlen) wirkt sich komplex auf die praktischen und theoretischen Anforderungen an den Zahnarzt aus und hat natürlich auch Einfluss auf die zukünftige zahnmedizinische Versorgung in Deutschland.

Die vorliegende Publikation beschreibt unter wissenschaftlich-zahnmedizinischen sowie unter pflegerischen Gesichtspunkten einige der wichtigsten Aspekte der präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bei älteren und alten Menschen:

- die medizinische und psychosoziale Situation älterer und alter Menschen,
- die Organisation der zahnärztlichen Versorgung in der Praxis,
- die praktische Umsetzung der Behandlung,
- die Organisation der Behandlung in Pflegeheimen,
- die rechtliche Situation bei der Behandlung älterer und alter Menschen.

Eine präventive Versorgung sollte den gesamten Lebensbogen eines Menschen umfassen, deshalb ist von Bedeutung, dass auch alte Menschen zahnmedizinisch präventionsorientiert behandelt werden. Das wesentliche Ziel einer lebenslang begleitenden Prävention ist prioritär die Absenkung des Zahnverlustrisikos. Dabei wird dieses Risiko auf einen möglichst kurzen Zeitraum am Ende des Lebens zusammengedrängt. Diese „Kompression der Morbidität“ führt zu einem erhöhten oralen und allgemeinen Gesundheitszustand, zu Gesundheitsgewinnen und damit zu einer verbesserten subjektiven Lebensqualität der älteren Mitmenschen. In diesem Sinne soll der Leitfaden als systematische Orientierungshilfe wertvolle praktische Unterstützung und Anregung bieten.

Der hier vorgelegte Leitfaden basiert auf Ausarbeitungen von PD Dr. Frauke Müller, Dr. Ina Nitschke, Frau Elisabeth Schulze-Entrup, Frau Ellen Wappenschmidt-Krommus, Dr. Jürgen Junge, Prof. Dr. Thomas Klie sowie Prof. Dr. Helmut Stark. Der Ausschuss Präventive Zahnheilkunde der BZÄK hat die Entwürfe des Leitfadens diskutiert und überarbeitet. Die redaktionelle Bearbeitung lag bei Dr. Wolfgang Micheelis und Dr. Sebastian Ziller. Allen, die an diesem Leitfaden mitgearbeitet haben, gilt unser herzliches Dankeschön.

Dr. Jürgen Junge
Vorsitzender des Arbeitskreises
Alterszahnmedizin (bis 2001)

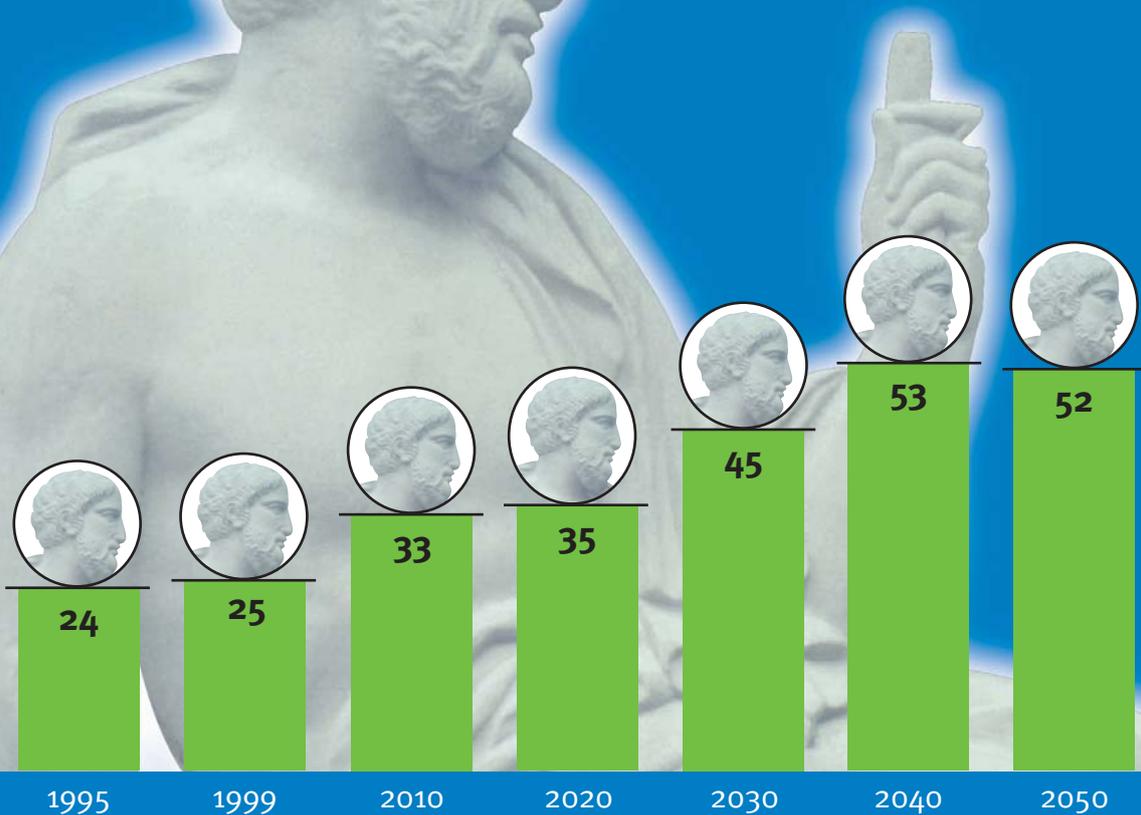
Dr. Dietmar Oesterreich
Vorsitzender des Ausschusses
Präventive Zahnheilkunde,
Vizepräsident der BZÄK

Dr. Lothar Bergholz
Vorsitzender des Arbeitskreises
Alterszahnmedizin

Altenquotient 65

Anzahl über 65-Jähriger
auf 100 Personen
im Alter zwischen 20-64 Jahren

Altenquotient aus der
9. Bevölkerungsvorausberechnung
des Statistischen Bundesamtes
(vgl. Stat. Bundesamt 2000)



1. Die aktuelle Situation

„DAS JAHRHUNDERT DER JUGEND ENTWICKELT SICH ZUM JAHRHUNDERT DER SENIOREN.“ (LEHR, 1984)

1.1 Die Entwicklung der Bevölkerungsstruktur

Nach dem Dritten Altenbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend aus 2001, wird sich der Altersaufbau der Bevölkerung zwischen 1950 und 2050 bei einer nahezu identischen Bevölkerungszahl umgekehrt haben: Im Jahre 2050 wird es mehr als doppelt so viele ältere (über 59-Jährige) wie jüngere (unter 20-Jährige) Menschen geben – die Bevölkerungspyramide steht auf dem Kopf! Die Zahl älterer Menschen wird von heute 18,4 Millionen bis zum Jahre 2050 auf ca. 25,2 Millionen und damit ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung von etwa 22% auf ca. 36% ansteigen. Im Jahr 2050 werden demnach 100 Menschen zwischen 20 und 64 Jahren 52 über 65-Jährigen gegenüberstehen (s. Abb. 1). In den Vorausberechnungen der Vereinten Nationen stehen in Europa die Deutschen zusammen mit den Italienern (34,2%) mit dem Anteil der Älteren an der Gesamtbevölkerung an höchster Stelle.

1.2 Die Entwicklung der Lebenssituation der Senioren

Über 80% der Senioren befinden sich in einer „stabilen Lebensphase“ und leben selbststän-

dig in der eigenen Wohnung. Die Zahl alleinstehender älterer Deutscher wird sich bis zum Jahr 2030 von rund 7,8 Millionen auf voraussichtlich 13,2 Millionen erhöhen. Auch wird der Anteil hilfs- und pflegebedürftiger älterer Menschen in den kommenden Jahren weiter zunehmen. Bis zum Jahr 2030 wird die Zahl der Pflegebedürftigen, die zu Hause versorgt werden, voraussichtlich von heute 1,2 Millionen auf ca. 1,6 Millionen ansteigen.

Die Berliner Altersstudie zeigte, dass bei den über 69-jährigen Senioren nur 8,4% in Senioreneinrichtungen lebten. Dieser Anteil sinkt bei den 70- bis 84-Jährigen sogar auf 5,8% und steigt erst bei den über 84-Jährigen auf 19% an.

1.3 Typisierung des älteren Menschen – altersbedingte Funktionseinschränkungen

Altersbedingte Veränderungen sind grundsätzlich fortschreitend, irreversibel und bei allen Menschen vorkommend. Trotz zahlreicher unterschiedlicher Definitionen des Alterungsprozesses ist davon auszugehen, dass ab dem 35. Lebensjahr die Körperfunktionen um durchschnittlich 1% pro Jahr nachlassen. Lebensstil, körperliche und soziale Aktivitäten, Gesundheitsbewusstsein und eine positive Lebenseinstellung können wesentlichen Einfluss auf den Alterungsprozess nehmen. So kann das „biologische“ Alter deutlich vom rein „kalendarischen“ Alter abweichen. Die Gruppe der „alten Menschen“ ist also sehr heterogen zusammengesetzt. Es gibt nicht den typischen alten Menschen. Allgemein wird als „Eintrittsalter“ in die Gruppe der Senioren der Beginn des Rentenalters, also zwischen dem 60. und 65. Lebens-

jahr angenommen. Die offizielle Einteilung der WHO umfasst folgende Klassifizierungen:

20-49	Jahre	Periode des biologischen Gleichgewichtes
50-59	Jahre	alternder Mensch
60-64	Jahre	älterer Mensch
65-74	Jahre	wesentlicher Einschnitt in der Regressionsphase
75-89	Jahre	alter Mensch
90-99	Jahre	sehr alter Mensch
100-115	Jahre	Langlebiger

Diese kalendarische Klassifizierung kann nur eine grobe Orientierung sein. Schablonenhaftes Vorgehen in der Betreuung alter Menschen ist daher nicht möglich und nicht wünschenswert.

„Alt sein“ ist nicht gleichbedeutend mit Krankheit. Die geriatrische Beurteilung von Krankheit zeichnet sich vor allem durch eine multidimensionale und funktionelle Sichtweise aus. Dabei stehen sensorische und sensomotorische Funktionseinbußen (Sehschärfe, Gehör, Beweglichkeit), Hilfsbedürftigkeit bei Alltagsaktivitäten und die Komplexität multipler Krankheiten und medikamentöser Behandlungen im Vordergrund. Die „instabile Lebensphase“ ist gekennzeichnet durch Multimorbidität, die Chronifizierung von Krankheiten und dem Verlust von Alltagskompetenz.

Die sehr unterschiedliche Art und Weise, wie ältere und alte Menschen Anteil an ihrer Umwelt nehmen, wie sie Hilfsangebote wahrnehmen und in welchem Umfang diese von ihnen akzeptiert werden, wirkt sich auf die Inanspruchnahme zahnärztlicher Betreuung bzw. auf die orale Situation aus. Auch für den älteren Menschen trägt die Mundgesundheit zur Lebensqualität bei. Eine gute Mundgesundheit ist auch als wesentlicher Bestandteil der Prävention chronischer Allgemeinerkrankungen anzusehen.

1.4 Die Mundgesundheit der älteren und alten Menschen

Es gibt nur wenige repräsentative Daten, in denen die orale Gesundheit der älteren und alten Menschen Berücksichtigung findet. In der Dritten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS III, 1999) wurden für die Bundesrepublik Deutschland erstmals Daten für die Altersgruppe von 65 bis 74 Jahren erhoben. Statistisch

Altersbedingte Funktionseinschränkungen, die Mundgesundheitsprobleme hervorrufen können:

- Einschränkungen des Bewegungsvermögens
 - Mobilität vermindert (Aufwand den Zahnarzt aufzusuchen erhöht, evtl. Hausbesuch),
 - Feinmotorik eingeschränkt (Mundhygiene schwerer durchführbar, „komplizierter“ Zahnersatz nicht indiziert)
- Einschränkungen der Hör- und Sehfähigkeit
- Nachlassen des Geschmacks- und Geruchsinns
- Verringerte Tastempfindlichkeit
- Verlangsamung kognitiver Fähigkeiten

Häufige Krankheiten, die zu Mundgesundheitsproblemen führen können:

- Diabetes mellitus (Abbau von Abwehrmechanismen, parodontale Destruktion)
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (verminderter Speichelfluss sowie z. T. Gingivahyperplasie bei entsprechender Medikation)
- Schlaganfall (mangelnde Bewegungs-, Schluck- und Sprachfähigkeit, orale muskuläre Koordinationsfähigkeit möglicherweise betroffen, unzureichende Mundhygienefähigkeit)
- Demenz/Morbus Alzheimer



fehlen diesen Senioren 21,5 Zähne. Die Zahnlosigkeit in dieser Altersgruppe beträgt 24,8%, sie steigt bei den 90-jährigen der Berliner Altersstudie bis auf 80% an. Fehlende Zähne sind zu 93% ersetzt, der quantitative prothetische Versorgungsgrad ist also hoch. Der DMFT-Wert bei den 65- bis 74-jährigen beträgt 23,6 und steigt bei den Berliner Hochbetagten auf bis zu 28 an. Naturgesunde Gebisse sind bei lediglich 0,3% der untersuchten Senioren zwischen 65 und 74 Jahren vorhanden. Abnehmbarer Zahnersatz wurde bei 65% der teilbezahnten Senioren eingegliedert, über 10% tragen ihre Prothesen länger als 15 Jahre. Ein Großteil der Senioren hat Beläge auf den Zähnen und den Prothesen. Die Entzündungen des Zahnhalteapparates sind etwas häufiger als bei den Jüngeren, fast jeder Vierte weist Taschentiefen über 6 mm auf. Die Daten belegen, dass die klinisch objektivierbaren Befunde im Alter zunehmen. Dieser objektivierbaren Behandlungsbedürftigkeit steht jedoch häufig eine subjektive Zufriedenheit der Patienten mit ihrer Mundgesundheit sowie ihrem Gebisszustand gegenüber.

Zu einer besonderen Risikogruppe gehören die älteren und alten Menschen, die in Alten- und Pflegeheimen wohnen. In zahlreichen Studien wurde festgestellt, dass der Gebisszustand von Heimbewohnern ausgesprochen schlecht und ein hoher Behandlungsbedarf objektivierbar war. Derzeit existiert noch kein überregionales zahnärztliches Betreuungskonzept für die Pflegebedürftigen.

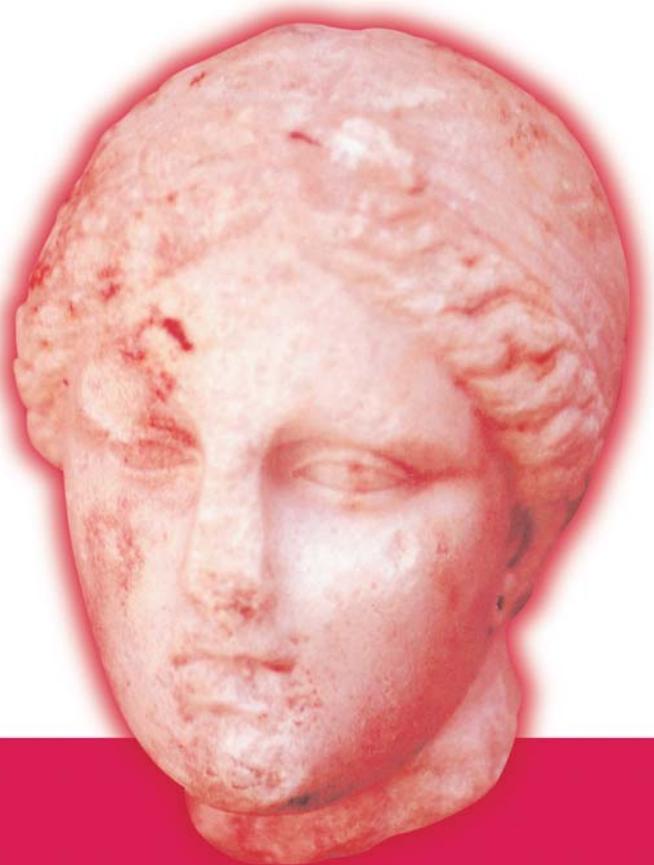
2. Die zahnmedizinische Versorgung

Die zahnärztliche Behandlung sowohl junger, als auch älterer Patienten setzt sich zum Ziel, eine fortschreitende Destruktion des orofazialen Systems möglichst zu verlangsamen oder zu vermeiden und damit dem Patienten Lebensqualität zu erhalten oder neu zu vermitteln. Unabhängig vom Alter sollten die Senioren in das Prophylaxe- und Präventionsprogramm der Praxis integriert werden.

Optimale Behandlungsbedingungen, d.h. günstige Lagerung des Patienten, optimale Ausleuchtung der Mundhöhle sowie die gesamte Bandbreite an zahnärztlichem Instrumentarium und Ausstattung, sind nur in der zahnärztlichen Praxis vorhanden. Die Behandlung des älteren und alten Patienten sollte daher möglichst in der Zahnarztpraxis stattfinden. Zur Behandlung pflegebedürftiger Patienten wäre es wünschenswert, wenn auch Seniorenheime über ein eigenes zahnärztliches Behandlungszimmer verfügen würden. Hausbesuche werden bei nicht transportfähigen, pflegebedürftigen Patienten durchgeführt. Unabhängig davon, ob der ältere Mensch, der eine zahnmedizinische Versorgung benötigt, Bewohner eines Senioren- oder Pflegeheimes ist, im „Betreuten Wohnen“ oder zu Hause lebt, besteht das Recht auf freie Arztwahl.

2.1 Alterserscheinungen des orofazialen Systems

Wie der gesamte menschliche Organismus unterliegt auch das orofaziale System irreversiblen und fortschreitenden Alterungserscheinungen. So kommt es zu einer generalisierten Atrophie der Muskulatur, die im Bereich des M. masseter eine Reduktion des Muskelquerschnittes von bis zu 40% ausmachen kann. Entsprechend



verringert sich die Muskelkraft beim Kauen. Auch verliert die Muskulatur an „Feinkoordination“, das heißt, die Bewegungen werden gröber, wie es z. B. auch an der Handschrift zu erkennen ist. Auch die Schleimhaut der zahnlosen Kieferkammabschnitte erfährt Altersveränderungen: Sie verliert an Feuchtigkeit und Elastizität, was sie mechanisch geringer belastbar macht. Die Zahnschubstanz ist im Alter durch Abrieb und Attrition gekennzeichnet, das Pulpenkavum ist durch gebildetes Sekundärdentin verkleinert. Weiterhin sind die Kiefergelenke im Alter anfälliger für degenerative Erkrankungen, durch die Lockerung des Bandapparates und die Abflachung der Gelenkgrube gewinnen sie an Bewegungsspielraum. Oft wird eine Mundtrockenheit beobachtet, die jedoch meist auf die Medikation von Antihypertonika oder Antidepressiva zurückzuführen ist.

2.2 Behandlungsplanung

Um eine langanhaltende präventionsorientierte zahnmedizinische Versorgung sicherzustellen, sollte eine strukturierte Behandlungsplanung erfolgen. Hierbei sollten die Motivierbarkeit und die individuelle Belastbarkeit des Patienten Berücksichtigung finden.

Motivation

Die Inanspruchnahme einer zahnärztlichen Behandlung nimmt mit dem Alter und der Verringerung der Zahnzahl deutlich ab. Deutlicher als bei allen anderen Patientengruppen zeigt sich bei den Senioren eine Diskrepanz zwischen dem zahnmedizinisch objektivierbaren Behandlungsbedarf und dessen subjektiver Einschätzung. Der Eintritt ins Rentenalter bedeutet für viele Menschen den Rückzug aus dem öffentlichen Leben. Somit kann die Motivation zu einem „gepflegten Erscheinungsbild“ nachlassen. In diesen Fällen ist es besonders wichtig, die zahnmedizinische Notwendigkeit einer Behandlung zu betonen und auf mögliche Auswirkungen chronischer Entzündungszustände auf den allgemeinen Gesundheitszustand zu verweisen.

Individuelle Belastbarkeit

Die Senioren stellen die heterogenste Patientengruppe in der zahnärztlichen Praxis dar. Neben den sehr unterschiedlichen zahnärztlichen Befunden gibt es eine große Bandbreite von Patientenwünschen, finanziellen Möglichkeiten, Belastbarkeit in der Therapie und der Fähigkeit, die Mundhygiene selbstständig durchzuführen. Der individuellen Belastbarkeit des älteren Patienten ist bereits im Planungsstadium Rechnung zu tragen. Größtenteils kann die individuelle Belastbarkeit bereits mit dem ersten Eindruck eingeschätzt werden, beispielsweise auf dem Weg ins Sprechzimmer. Kann der Patient die Praxis selbstständig aufsuchen oder ist er auf eine Begleitung angewiesen? Welchen Eindruck hinterläßt sein Gang? Eine aufmerksame Beobachtung und eine kompetente Gesprächsführung helfen, die individuelle Belastbarkeit, die unersetzlicher Bestandteil einer adäquaten Behandlungsplanung und Prognose ist, abzuschätzen.

Mögliche Befindlichkeitsstörungen im Alter, die im Umgang mit dem älteren und alten Patienten und der Behandlungsplanung berücksichtigt werden sollten:

- Differenz zwischen subjektiver Wahrnehmung und objektivem Befund (hohe Zufriedenheit mit klinisch schlechtem Zahnersatz)
- Sichtweise der eigenen Situation (Einsamkeit, abnehmende soziale Kontakte)
- Akzentuierung von Persönlichkeitsmerkmalen (Sparsamkeit, Ängstlichkeit)
- Motivation zur Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen lässt nach (Aufwand-Nutzen-Relation verschiebt sich)
- Stellenwert des „gepflegten“ Äußeren ist mit Rückzug aus dem öffentlichen Leben vermindert



2.3 Therapie

Zahnmedizinische Therapien werden beim jüngeren und älteren Erwachsenen mit der grundsätzlich gleichen Zielrichtung eingesetzt. Abweichungen oder andere Schwerpunkte ergeben sich aus den kognitiven und funktionellen Einschränkungen im Alter. Erkrankungen der Mundschleimhäute kommen bei zwei Drittel der 65- bis 74-Jährigen vor und bedürfen daher einer besonderen Aufmerksamkeit. Patienten sollten intensiv darauf hingewiesen werden, dass eine regelmäßige Kontrolle notwendig ist, um rechtzeitig Therapiemaßnahmen einzuleiten. Degenerative Erkrankungen im Rahmen von Myoarthropathien können oft nur symptomatisch behandelt werden.

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass der Zahnarzt durch regelmäßige Inspektion der Mundhöhle beim älteren und alten Patienten sehr gut in der Lage ist, beginnende Allgemeinerkrankungen (z. B. Präkanzerosen) im Mundraum frühzeitig zu erkennen. Die zahnärztliche Betreuung umfasst nachfolgende, stichwortartig genannten Behandlungsschwerpunkte:

- Chirurgische Therapie,
- Konservierende und parodontale Therapie,
- Prothetische Versorgung, insbesondere Erweiterungen/Wiederherstellungen vorhandenen Zahnersatzes bzw. Ersatz insuffizient gewordener prothetischer Versorgungen,
- Mund- und Prothesenhygiene,
- Recall und Individualprophylaxe (Fluoridierung, pharmakologisch wirksame Substanzen wie z. B. Chlorhexidin),
- Ernährungslenkung.

Chirurgische Therapie

Die Indikationsstellung zur chirurgischen Therapie ist beim älteren und alten Menschen nicht grundsätzlich unterschiedlich zu beurteilen. Durch fortgeschrittenen Knochenabbau sowie Attachmentverlust stellt sich jedoch häufig die

Indikation zur umfangreichen Extraktionstherapie. Es gilt zu bedenken, dass auch mittelfristig extraktionswürdige Zähne vorübergehend zum Halt einer Prothese beitragen können; der funktionelle Reiz selbst einer verbleibenden Zahnwurzel beugt der Alveolarkammatrophie vor. Abhängig vom allgemeinen Gesundheitszustand ist jedoch zu berücksichtigen, dass eine umfangreiche chirurgische Sanierung für den Patienten eine erhebliche Belastung bedeuten kann. Demgegenüber sind „klare“ Verhältnisse im Hinblick auf eine noch weitere Verschlechterung des Allgemeinzustandes als prognostisch günstige und präventive Maßnahme anzusehen.

Grundsätzlich bestehen keine Bedenken, auch beim alten Menschen Implantate zu setzen. Auch hier sind neben der Erhöhung der Lebensqualität präventive, funktionelle sowie strukturerhaltende Aspekte anzuführen.

Konservierende und parodontale Therapie

Obwohl die konservierende und parodontale Therapie beim älteren und alten Menschen grundsätzlich keine anderen Richtlinien erfordert, zeigt der „alte Zahn“ doch Altersveränderungen, die bei der Therapie Berücksichtigung finden sollten. Die Resistenz der Pulpa gegenüber traumatischen Reizen ist gemindert, auch sind mögliche Reparaturmechanismen des pulpalen Gewebes eingeschränkt. Jahrzehntelange Abrasion erschwert häufig die Verankerung plastischer Füllungsmaterialien. Im Zahnhalsbereich zeigen sich häufig keilförmige Defekte und Wurzelkaries, deren konservative Therapie sich je nach Ausdehnung des Defektes besonders aufwendig gestaltet.

Die Prävalenzen von schweren, destruktiven Parodontalerkrankungen bei Erwachsenen und Senioren imponieren mit hohen Werten: Schwere Parodontitiden liegen nach epidemiologischen Studien (DMS III, 1999) bei 14% der Erwachsenen und 24% der Senioren vor. Dementsprechend haben supra- und subgingivale PAR-Therapien bei älteren und alten Menschen eine hohe Bedeutung und ein wichtiges präventives Potenzial.

Festsitzender und abnehmbarer Zahnersatz

Die Eingliederung von festsitzendem Zahnersatz ist beim alten und hochbetagten Patienten trotz grundsätzlich gleichbleibender Indikationsstellung nur eingeschränkt indiziert. Durch die Degenerationserscheinungen des Pulpengewebes ist die Resistenz gegenüber Schleiftraumata verringert, so dass vermehrt mit dem Vitalitätsverlust nach Überkronung zu rechnen ist. Zudem erscheinen Pfeilerzähne im Alter häufig elongiert, so dass bei ausgedehnten Kronen der massive Substanzabtrag ein zusätzliches Risiko darstellt. Sollte der ältere oder alte Patient für präventive Mundhygienemaßnahmen wenig Verständnis zeigen, so ist aus kariesprophylaktischen Gründen die subgingivale Lage des Kronenrandes zu akzeptieren.

Besonders schwierig stellt sich die Entscheidung dar, ab welchem Zeitpunkt einer abnehmbaren im Gegensatz zu einer festsitzenden Versorgung der Vorrang zu geben ist. Neben der parodontalen Langzeitprognose, der Qualität der Zahnhartsubstanz sowie der individuellen Adaptationsfähigkeit spielen hier die allgemeine Gesundheit und die Erwartungshaltung des Patienten eine entscheidende Rolle. Prävention im Alter bedeutet daher, eine möglichst funktionelle Rehabilitation anzustreben, bei welcher durch Optimierung der Belastungsverhältnisse der langfristige Erhalt der knöchernen und parodontalen Strukturen, der Zahnhartsubstanz sowie der vertikalen Dimension oberste Priorität genießen sollte.

Mund- und Prothesenhygiene

Die Mund- und Prothesenhygiene ist bei vielen älteren Menschen unzureichend. Aufgrund abnehmender Sehkraft, reduzierten Geruchssinns sowie verminderter oraler Perzeptionsfähigkeit sind ältere Menschen häufig nicht mehr in der Lage, Beläge zu erkennen. Die mit zunehmendem Alter abnehmende manuelle Geschicklichkeit macht es dem älteren Patienten oftmals unmöglich, Zähne und Zahnersatz ausreichend zu reinigen; manche zahnärztliche Restaurationen erschweren konstruktionsbedingt eine wirkungsvolle Mundhygiene. Mundhygienemaßnahmen treten bei „vordringlicheren“ Erkranken-





kungen und Gebrechen häufig in den Hintergrund.

Prinzipiell sollte dem älteren und alten Patienten auch bei stark reduziertem Zahnbestand die Teilnahme an einem Individualprophylaxeprogramm der Praxis angeboten werden, dabei sollten die empfohlenen Hygienemaßnahmen auf die kognitiven und manuellen Fähigkeiten des Patienten abgestimmt werden. Anleitungen zur Mund- und Prothesenhygiene können dem Patienten als Merkblatt mitgegeben werden. Hinweise auf besondere Hilfsmittel wie z. B. elektrische Zahnbürsten, Zahnseide, Zahnzwischenraumbürsten und Prothesenbürsten dürfen dabei nicht fehlen. Die Griffe der Zahn- bzw. Prothesenbürsten sollten insbesondere bei manuell behinderten Patienten individuell gestaltet sein. Die Bundeszahnärztekammer gibt zu dieser Thematik ein „Handbuch der Mundhygiene bei älteren Menschen“ mit Hinweisen für das Pflegepersonal zur Mundgesundheit und zum Umgang mit Zahnersatz sowie dessen Pflege heraus.

Recall und Individualprophylaxe

Die Eingliederung von Prothesen wird manchmal dahingehend interpretiert, dass Patienten meinen, nicht mehr zum Zahnarzt gehen zu müssen. Daher ist es notwendig allen Patienten zu vermitteln, dass Kontrollbesuche nicht ausschließlich der Überprüfung der Passform der Prothese gelten, sondern dass es auch darum geht, den Gesundheitszustand der gesamten Mundhöhle einschließlich der Zähne zu untersuchen. Die präventiven Gedanken der modernen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sind vielen älteren Menschen fremd und im Gespräch schwerer nahezubringen als jungen Patienten. Einen älteren Menschen für die individuelle Prävention mit einer professionellen Zahnreinigung zur Vermeidung von Karies und Parodontalerkrankungen zu gewinnen, verlangt neben fachlichem Wissen ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen und Höflichkeit, die Akzeptanz der „Weisheit“ des Alters, aber auch ein bestimmtes Maß an innerer Überzeugtheit.

Ernährungslenkung

Die Lebensqualität älterer und alter Menschen wird wesentlich von einer ausgewogenen, leicht verträglichen und schmackhaften Ernährung bestimmt. Eine gesunde und abwechslungsreiche Ernährung wird um so schwieriger, je älter man wird und je mehr der Gesundheitszustand nachlässt. Gerade im höheren Alter treten häufiger Situationen auf, die das eigene Wohlbefinden beeinträchtigen und sich über den Appetit auf die Ernährung auswirken. Es müssen also auch bei der Ernährung altersspezifische Veränderungen berücksichtigt werden. In direktem Zusammenhang mit der Ernährung stehen altersbedingte Veränderungen im Verdauungstrakt. Als Folge davon können Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Obstipation und Übelkeit häufiger auftreten. Ist das Kauen erschwert, verändert sich die Nahrungsauswahl und gastrointestinale Störungen (Blähungen, Sodbrennen, Aufstoßen) treten häufiger auf. Hinzu kommen altersbedingte Veränderungen wie herabgesetztes Geschmacks- und Durstempfinden und ein medikamentös bedingt verminderter Speichelfluss.

Das Problem der Ernährung älterer Menschen ist in der zahnärztlichen Praxis nicht so einfach zu lösen. Die Motivation, die eigene Ernährung nicht zu vernachlässigen und sich die Freude am Essen bis ins hohe Alter zu erhalten, dafür ist ein Faktor im Besonderen zu nennen: der Zustand der Zähne.

Empfehlungen für eine zahngesunde Ernährung im Alter wären:

Viel trinken

Mindestens 2 Liter Flüssigkeit, eher mehr als weniger, sollte der ältere und alte Mensch täglich konsumieren. Hierzu eignen sich Früchte- oder Kräutertee oder auch Mineralwasser. Milch ist eigentlich kein Getränk, sondern ein Lebensmittel und führt zur Schleimbildung im Rachenraum. Milch, Buttermilch, Sauermilch, Kefir und Molke sind jedoch gute Calciumquellen. Fruchtsäfte sollten mäßig und wenn, dann in verdünnter Form konsumiert werden. Fruchtnektare, Fruchtsaftgetränke und gesüßte Limonaden sind hochverarbeitete Produkte, deren (versteckter) Zuckergehalt höher ist als der Fruchtanteil. Ein einfühlsames und aufklärendes Gespräch über die Bedeutung einer ausreichenden Flüssigkeitszufuhr kann helfen, die Trinkgewohnheiten zu ändern.

Maßhalten mit allen

gärfreudigen Kohlenhydraten

Es ist darauf hinzuweisen, möglichst keine zuckerhaltigen Süßungsmittel zu verwenden, wie z. B. Zucker, Fruchtzucker, Traubenzucker, Honig oder Sirup. Auf versteckte Zucker ist ebenfalls aufmerksam zu machen, in z. B. Marmeladen, Obstkonserven, verpackten Süßigkeiten, Medikamenten. „Süßes“ sollte den Hauptmahlzeiten vorbehalten sein. Mit Zuckeraustauschstoffen hergestellten Süßwaren ist der Vorzug zu geben. (z.B. Diabetikersüßwaren) und zuckerfreie Bonbons mit Anis, Fenchel und Salbei regen den Speichelfluss an.



Kaufreundliche Speisen

Empfehlenswert sind Speisen, die einen leichten Kauanreiz bieten, z. B. zartes Gemüse, Salzkartoffeln, weiches Obst, Hackfleisch sowie Speisen, die in mundgerechte Stücke geschnitten sind. Sie benötigen weniger Kauarbeit und können besser im Mund kontrolliert werden. Generell gilt: Saure Speisen verursachen starken Speichelfluss. Süße Speisen machen den Speichel zäh. Alles, was nicht gekaut werden muss, entschwindet dem Bewusstsein schnell und vermittelt das Gefühl nicht gegessen zu haben.

2.4 Tipps zur Organisation der zahnärztlichen Versorgung älterer und alter Patienten in der Praxis

Praxiseinrichtung

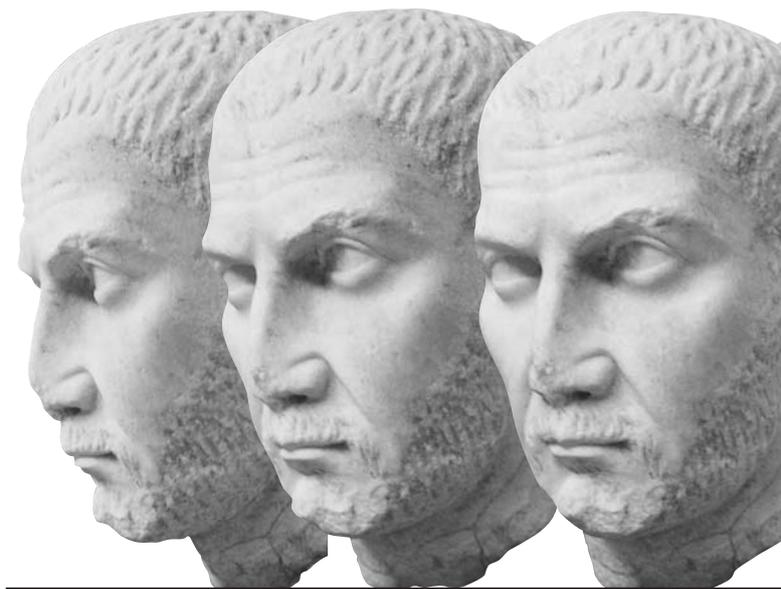
Jeder Zahnarzt sollte einmal seine Praxisräume mit kritischem Blick begehen, um sich mögliche Hindernisse wie z. B. Bodenschwellen, Teppichränder oder Kabel vor Augen zu führen und die ausreichende Beleuchtung der Praxisräume sicherzustellen. Die Bestuhlung des Wartezimmers sollte es den älteren und alten Patienten ermöglichen, leicht aufzustehen. Eine „rollstuhlgerechte“ Praxis benötigt zusätzlich einen ebenerdigen Zugang bzw. einen Aufzug sowie ausreichend Platz neben dem Behandlungstuhl und im sanitären Bereich.

Transparenz der Behandlungsschritte und -termine

Die Informationen aus der zahnärztlichen Praxis sollten für den älteren und alten Menschen übersichtlich strukturiert sein, wobei berücksichtigt werden muss, dass einige Behandlungsabläufe und die modernen Möglichkeiten der Zahntechnik oft nicht bekannt sind. Hier sollte eine chronologische Darstellung der entsprechenden Behandlungsschritte vorbereitet sein. Die Praxis sollte von sich aus anbieten, dass eine dem Patienten vertraute Person beim Gespräch anwesend sein kann. Das Gefühl, dass Behandlungsentscheidungen ehrlich, nachvollziehbar und offen für Praxisfremde dargestellt werden, verschafft dem älteren und alten Menschen ein hohes Sicherheitsgefühl. Ein Patient, der sich sicher und wohl fühlt, ist während einer langen Behandlung mit mehreren Arbeitsschritten besser zu führen und wird langfristig zu den zufriedenen Patienten gehören.

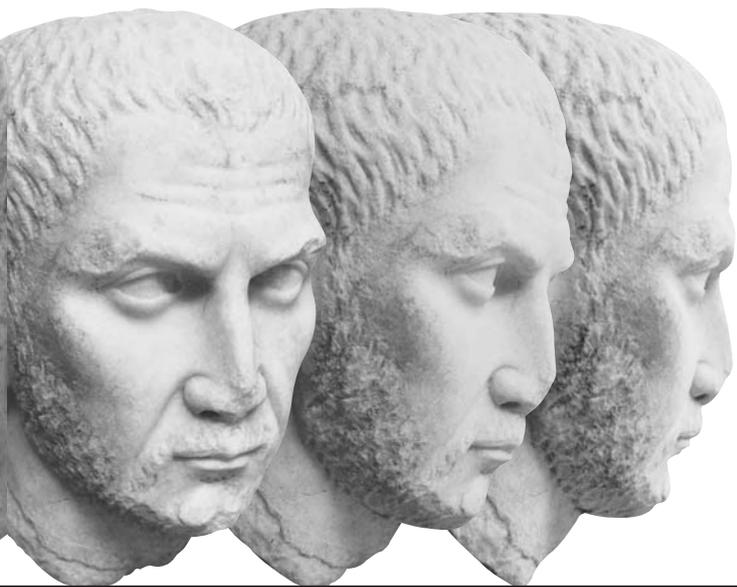
Patientengerechte Gesprächsführung

Zahnmedizinische Befunde und Behandlungspläne sollten in einer ruhigen, entspannten, ja fast privaten Atmosphäre ohne Hintergrundgeräusche besprochen werden. Hintergrundmusik kann den älteren Menschen ablenken und seine Konzentration reduzieren.



In der Praxis sollte überprüft werden, ob räumlich die Möglichkeit besteht, Besprechungen in einem gesonderten Beratungsraum stattfinden zu lassen. Der ältere Mensch sollte nicht gleich im ersten Gespräch mit zu vielen Informationen überschüttet werden, es ist günstiger, diese entsprechend seiner kognitiven Fähigkeiten aufzubereiten. Ein Zuviel an Information verwirrt und kann Ängste verstärken mit der möglichen Folge, dass der Zahnarzt nicht mehr aufgesucht wird. Besonders für ältere und alte Patienten, die allein, d.h. ohne familiäre Unterstützung, entscheiden, sollte ausreichend Zeit zum Formulieren der Beschwerden und Wünsche vorgesehen werden. Abschnittsweise kann dazu aufgefordert werden, Fragen zu stellen. Schriftliche Informationen, die vom Zahnarzt mündlich wiederholt werden, sind leichter verständlich und besser zu merken. Bei der Auswahl von Schriftgröße und Papier sollte auf einen guten Kontrast geachtet werden. Terminzettel mit aufgedruckter Werbung eignen sich für den älteren Patienten nicht. Der Inhalt der kommenden Behandlungssitzung sollte beim Verlassen der Praxis transparent sein.

Es ist sinnvoll, dem älteren und alten Menschen beim Gespräch möglichst nahe zu sein, so dass Hör- und Sehfähigkeit optimal ausgenutzt werden können. Vom Behandler und seinem Team sollte jedoch herausgefunden werden, ob der Patient Nähe und Berührung als



angenehm empfindet. Manche schwerhörigen Menschen haben gelernt, von den Lippen abzulesen, daher sollte beim Gespräch der Mundschutz abgenommen und sich zum Gesprächspartner hingewendet werden. Weniger laute, dafür klare und deutliche Aussprache, jedoch ohne die einzelnen Silben besonders zu betonen, erleichtern dem älteren Patienten das Zuhören.

Das Praxisteam sollte immer die gleichen Namen für die zahnmedizinischen Vorgänge, Instrumente, Geräte und Materialien verwenden, damit ältere und alte Menschen nicht durch verschiedene Namen verwirrt werden. Medizinische Fachbegriffe sollten möglichst nicht verwendet oder wenn nötig genau erklärt werden. Beobachtungen, welche dem Praxisteam die Kommunikation und auch den allgemeinen Umgang mit dem älteren Patienten erleichtern, können auch in der Karteikarte dokumentiert werden.

Sensible Terminvergabe

Auch wenn der ältere und alte Mensch in den Augen der Zahnarthelferin immer Zeit hat, sollte nach einem günstigen Termin gefragt werden. Kann der Patient die Praxis nur in Begleitung erreichen, ist der Termin entsprechend abzustimmen. Der Begleitperson sollte angeboten werden, während der Wartezeit Erledigungen durchzuführen. Dadurch geht die Verantwortung

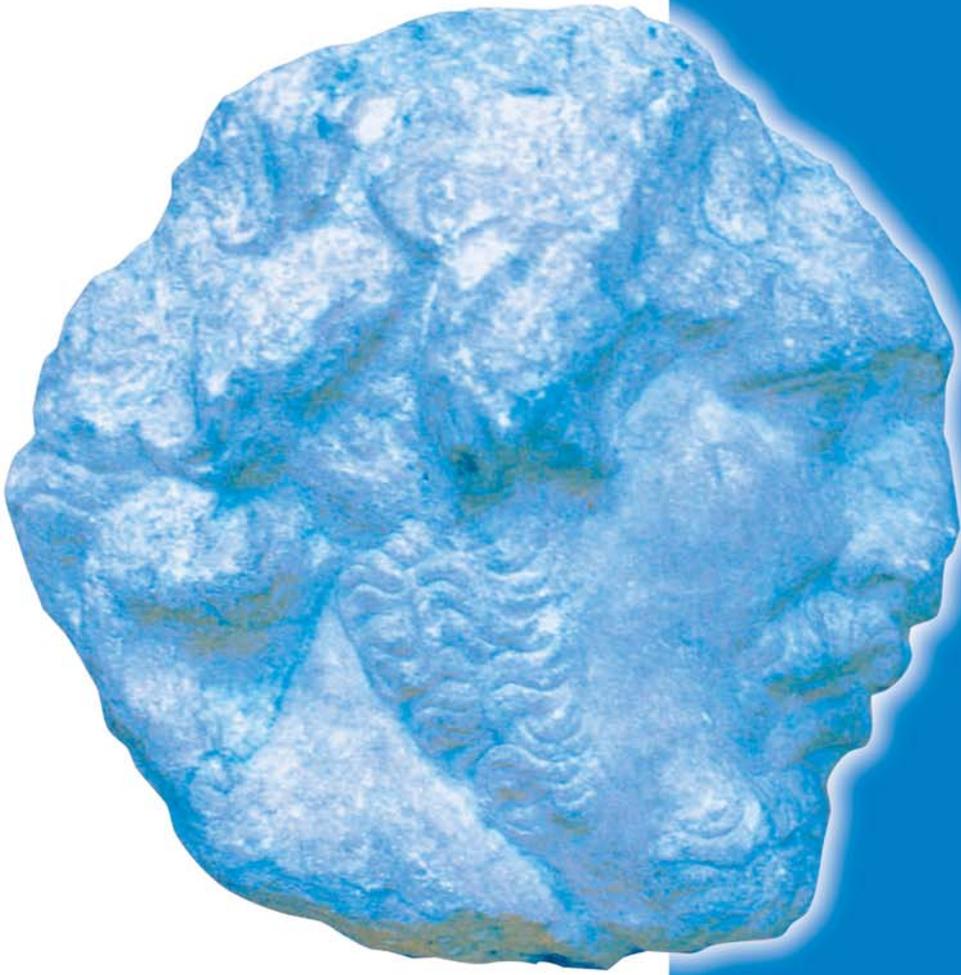
für den älteren Menschen vorübergehend an das Praxisteam über. Beim Abholen sollten Angehörige oder Betreuer erfahren, welche Behandlung stattgefunden hat und welche Probleme im Rahmen der Behandlung zu Hause auftreten könnten (z. B. Druckstellen durch die Prothese, leichte Schmerzen nach Wurzelkanalbehandlung, Nachblutungen). Das Engagement der Begleitperson für den älteren Menschen ist im Beisein beider positiv hervorzuheben.

Bedingt durch die eingeschränkte Mobilität der älteren und alten Patienten empfiehlt es sich, umfangreiche Therapiemaßnahmen nicht in den Wintermonaten durchzuführen, um die „glatte“ Jahreszeit und damit die Sturzgefahr zu vermeiden.

Kostenvereinbarungen

Neben den offiziellen Kostenplänen, die für die Krankenkasse erstellt werden, sollte der ältere und alte Patient ein kurzes Anschreiben erhalten, welches die Kosten, die der Patient selber zu tragen hat, zusammenfasst. Oft möchte der Patient, wie in alten Tagen, bei der Eingliederung den Betrag bar begleichen. Hierüber sollte bereits im Vorfeld gesprochen werden, denn das Mitbringen einer höheren Bargeldsumme birgt für den Patienten ein unnötiges Risiko.

Bei Patienten, die nicht mehr in der Lage sind, für sich allein zu entscheiden, gilt es herauszufinden, ob Angehörige als Ansprechpartner zur Verfügung stehen oder eine gerichtlich festgelegte Betreuung besteht. Besonders bei Patienten aus Senioreneinrichtungen, ist eine vorhergehende Klärung zur Vermeidung von Rechtsstreitigkeiten erforderlich (siehe Kapitel „Die rechtliche Situation“).



2.5 Zahnärztliche Versorgung in den Alten- und Pflegeheimen

In Deutschland leben von den über 69-jährigen Bürgern lediglich 8,4% in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Hierbei überwiegt mit ca. 85% der Anteil der Frauen. Der Hilfebedarf der Senioren hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen, insbesondere der Anteil der psychisch veränderten älteren und alten Menschen liegt heute bei 40 bis 50% der Bewohner. Entsprechend dem jeweiligen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe) erhält der Bewohner eines Senioren- oder Pflegeheimes die für ihn angemessene und adäquate Pflege. Auf der Basis einer Anamnese und der sich hieraus ableitenden Alltagskompetenz wird für jeden Bewohner eine individuelle Pflegeplanung erstellt und die hier vereinbarten Ziele und Maßnahmen in der Pflege umgesetzt. Die Pflege in der stationären Altenhilfe orientiert sich in der Regel an Pflege-theorien und wissenschaftlich fundierten Pflegemodellen, in die auch die Mund- und Prothesenpflege integriert ist. Sofern beim Pflegebedürftigen ein Hilfe- und Unterstützungsbedarf besteht, wird dieser durch Pflegekräfte unterstützt. Unter den Prämissen der fördernden Pflege erfolgt grundsätzlich vorrangig eine Anleitung zur Übernahme der selbstständigen Verrichtung oder je nach Bedarf und gesundheitlicher Beeinträchtigung eine teilweise bis völlige Übernahme.

Behandlungspflegerische Tätigkeiten dürfen vom Pflegepersonal nur auf ärztliche Verordnung ausgeführt werden. Die Verordnungen sind vom jeweiligen Arzt/Zahnarzt in der Pflegedokumentation zu dokumentieren und abzuzeichnen. Die zahnmedizinische Versorgung kann nur durch den Zahnarzt erfolgen, der vom Bewohner gewünscht ist. Zwischen Arzt und Pflegepersonal besteht weder Weisungsrecht noch Weisungsbefugnis. Der Arzt geht mit dem Bewohner ein Arzt-Patienten-Verhältnis im Sinne des üblichen Behandlungsvertrages ein. Zwischen dem Bewohner und dem Altenheimträger besteht ein Heimvertrag, welcher die Verpflichtungen für die Übernahme bestimmter Aufgaben regelt. Die Pflegequalität ist über die Pflegefachkräfte der Einrichtung sicherzustellen. Die medizinische Versorgung ist über den vom Bewohner gewählten Haus-, Fach- oder Zahnarzt zu gewährleisten. Lediglich im Rahmen von behandlungspflegerischen Tätigkeiten erfolgt auf der Grundlage der ärztlichen Verordnung eine Delegation ärztlicher Leistungen auf das Fachpflegepersonal.

3. Die rechtliche Situation



Das „dritte“ Lebensalter, das heißt die Jahre nach dem typischerweise vollzogenen Austritt aus der Erwerbstätigkeit, ist für viele „junge Alte“ zu einer offenstehenden Lebensphase mit vielfältigen Gestaltungsmöglichkeiten geworden. Gesundheit wird in dieser Lebensphase zu einem besonders wichtigen Gut.

Mit dem Alter sind selbstverständlich keinerlei Rechtseinschränkungen verbunden, auch dann nicht, wenn Menschen im „vierten“, im „hohen“ Alter, oftmals multimorbid erkrankt und möglicherweise auch von Pflegebedürftigkeit betroffen sind. Ihnen bleiben grundsätzlich alle rechtlichen Kompetenzen, die Bürgern zustehen. Dazu gehören die Rechts-, Einwilligungs-, Delikts- und Geschäftsfähigkeit.

3.1 Betreuung

Für den Fall, dass ein älterer Mensch seine Angelegenheiten krankheits- oder behinderungsbedingt nicht mehr selbst regeln kann und auch kein Bevollmächtigter bestellt ist, der in der Lage ist, seine Vollmacht pflichtgemäß auszuüben, sieht unsere Rechtsordnung vor, dass eine gesetzliche Betreuung bestellt wird. Der gesetzliche Betreuer wird nicht automatisch für alle Angelegenheiten bestellt, sondern nur für die Angelegenheiten, für die ein Betreuungsbedürfnis besteht. Reichen die Aufgabenkreise, für die ein gesetzlicher Betreuer bestellt wurde, nicht (mehr) aus, so kann bei Gericht eine Erweiterung der Aufgabenkreise angeregt werden, wie überhaupt jeder Bürger auch die Ein-

richtung einer gesetzlichen Betreuung für einen anderen Bürger bei Gericht anregen kann. Das gilt auch für Ärzte und Zahnärzte. Der gesetzliche Betreuer wird zum rechtlichen Vertreter des Betreuten. Er ist berechtigt, Rechtsgeschäfte für den Betroffenen abzuschließen und Entscheidungen für ihn zu treffen. Allerdings führt diese Einrichtung nicht – was viele denken – automatisch zur Geschäftsunfähigkeit des Betreuten: Er bleibt grundsätzlich weiterhin in der Lage, Rechtsgeschäfte abzuschließen, gegebenenfalls auch neben seinem gesetzlichen Betreuer. Gesetzliche Betreuer erhalten für die Ausübung ihres Amtes eine „Bestallungsurkunde“, aus der sich ihr Betreuerstatus und die Aufgabenkreise ergeben.

tenverfügungen und Verfügungen in Gesundheitsangelegenheiten sind von den Bevollmächtigten und gesetzlichen Betreuern zu beachten. Sie binden auch die behandelnden Ärzte, es sei denn, es bestehen konkrete Anhaltspunkte dafür, dass der Patient an seinem niedergelegten Willen nicht mehr festhalten möchte. Patientenverfügungen und Verfügungen in Gesundheitsangelegenheiten sollten schriftlich niedergelegt werden. Sie sind inzwischen relativ verbreitet, beziehen sich jedoch selten auf allgemeine Heilbehandlungsmaßnahmen und nur sehr selten auf Situationen, die für die zahnmedizinische Behandlung von Belang sind.

3.2 Verfügungen in Gesundheitsangelegenheiten und mutmaßlicher Wille des Patienten

Gerade bei Menschen mit Demenz und anderen kognitiven Störungen können die Fähigkeiten, Entscheidungen für sich selbst zu treffen, eingeschränkt oder sogar entfallen sein. Die Einwilligungsfähigkeit entfällt. Mit Wegfall der Einwilligungsfähigkeit entfällt. Mit Wegfall der Einwilligungsfähigkeit wird aber nicht der Wille des Betroffenen unmaßgeblich. Alle Beteiligten, auch Ärzte und Zahnärzte, sind dazu angehalten, in dieser Situation den sogenannten mutmaßlichen Willen zu ermitteln, das heißt herauszufinden, wie der Patient in dieser Situation wohl entscheiden würde, wenn er entscheiden könnte. Dafür ist es wichtig, sich mit den Angehörigen und anderen Personen des Vertrauens in Verbindung zu setzen. Es ist auch möglich, für diese Situation Vorsorge zu treffen und für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit in Form einer Verfügung zu beachtender Wünsche und Willensäußerungen niederzulegen. In Verfügungen zu Gesundheitsangelegenheiten können auch allgemeine Wünsche niedergelegt werden, die sich darauf beziehen, dass bestimmte Heilbehandlungsmethoden nicht angewandt und andere bevorzugt werden. Auch ökonomische Aspekte können niedergelegt werden. Patien-

Herausgeber

Bundeszahnärztekammer (BZÄK)
Ausschuss Präventive Zahnheilkunde in Zusammenarbeit
mit dem Arbeitskreis Alterszahnmedizin

Redaktionelle Bearbeitung

Dr. Wolfgang Micheelis/IDZ
Dr. Sebastian Ziller/BZÄK

Gesamtgestaltung

Reiner Wolfgardt, Kommunikationsdesign
Akademisches Kunstmuseum,
Antikensammlung der Universität Bonn

LEITFADEN DER BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER