



Kommunikation und Umgang mit älteren Menschen in der Zahnarztpraxis

Empfehlungen für die individuelle zahnärztliche Behandlung

Die jetzige und prognostizierte demografische Entwicklung in Deutschland wird sich auch im allgemeinen Patientenbild mit einem höheren Anteil älterer Patienten in den Zahnarztpraxen widerspiegeln. Neben alters- und krankheitsbedingten Einschränkungen der Allgemeingesundheit können Senioren auch vermehrt orale Probleme wie Parodontalerkrankungen, Zahnverlust, Zahnersatz, Zahnlosigkeit, Karies, unzureichende Mundhygiene, Halitosis, Mundtrockenheit und Soorbefall aufweisen. Basierend auf den Daten der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V, 2016) konnte eine deutliche Verlagerung der Parodontitisprävalenz zu älteren Senioren (75 bis 100 Jahre) festgestellt werden. Dabei liegt die Prävalenz für eine moderate bzw. schwere Parodontitis in dieser Altersstufe bei 90 %. Aufgrund des demografischen Wandels ist daher mit einer starken Zunahme des parodontalen Behandlungsbedarfs insbesondere bei der älteren Bevölkerung zu rechnen¹. Gleichzeitig konnte gezeigt werden, dass aufgrund von präventiven und therapeutischen Maßnahmen der Anteil an Senioren mit eigenen Zähnen im Vergleich zu früheren Studien (DMS III und DMS IV) anstieg und der Anteil an Patienten mit völliger Zahnlosigkeit rückläufig war. Um ältere Patienten umfassend betreuen zu können, muss der behandelnde Zahnarzt einschätzen, inwieweit es einen spezifischen Fokus bedarf, um letztendlich dem Patienten und seinen Ansprüchen gerecht zu werden. Therapiefähigkeit

sollte nicht allein am chronologischen Alter, sondern an individuellen Gesichtspunkten festgemacht werden. Dabei spielen der gezielte Umgang und die Kommunikation eine wichtige Rolle, die damit das Behandlungsteam nicht nur auf zahnärztlich-therapeutischer Ebene vor einige Herausforderungen stellt. Es gilt, reduziertem Hör- und Sehvermögen, kognitiven Einschränkungen und seelischen Veränderungen zu begegnen, damit der Patient sich in der Praxis gut verstanden, betreut und aufgehoben fühlt. Diese kommunikativen Aspekte werden in diesem Beitrag näher beleuchtet.

Inkongruenz zwischen Befund und Befinden älterer Patienten

Eine erste häufig auftretende Besonderheit betrifft die Diskrepanz zwischen den oralen Untersuchungsergebnissen und dem subjektiven Empfinden. Senioren äußern – trotz eines aus zahnärztlicher Sicht bestehenden Behandlungsbedarfes – weniger subjektive Beschwerden^{2,3}. Das Gespräch mit dem Patienten sollte vor umfangreichen Therapien zur individuellen Bedarfsermittlung stattfinden und es sollte dabei abgewogen werden, ob der Nutzen für den Patienten den Aufwand und die Belastung durch die zahnärztliche Therapie rechtfertigt, insbesondere im Hinblick auf die persönlichen Möglichkeiten zur Aufrechterhaltung der Therapieergebnisse. Es ist empfehlens-

wert, das subjektive Empfinden ernst zu nehmen und in der Therapieplanung zu berücksichtigen. Weiterhin sollten gerade Senioren mit beginnenden kognitiven Einschränkungen nicht mit der Aussicht auf eine Verschlimmerung der oralen Probleme zu Therapieschritten „motiviert“ werden, da dies diffuse Ängste und Sorgen auslösen kann und damit die Lebensqualität beeinflusst.

Einfluss eines reduziertes Sehvermögens des Patienten auf zahnmedizinische Befundung und Therapie

„Könnten Sie mir das bitte vorlesen? Ich habe meine Brille nicht dabei ...“ ist ein deutliches Zeichen, dass das Sehvermögen des Patienten unzureichend ist und der Behandler kann dies somit in seine Einschätzung miteinbeziehen. Weitere Beobachtungen, die ein unzureichendes Sehvermögen vermuten lassen, sind beispielweise wiederholte Distanzänderungen zwischen Augen und Text – der Patient versucht beim Lesen mehrfach zu fokussieren – oder wenn ehemals gepflegte Patienten mit Unreinheiten, wie z. B. Flecken auf der Kleidung erscheinen. Hier empfiehlt es sich, für alle schriftlichen Informationen (inklusive Bestellkärtchen) eine einfache klare Schriftart und ausreichende Schriftgröße zu verwenden. Um dem Patienten Anschauungsmaterial oder eigene orale Befunde zu zeigen, kann eine Lupe bzw. ein Kosmetikspiegel mit Vergrößerung



Abb. 1 Diskrepanz zwischen den oralen Untersuchungsergebnissen und dem subjektiven Empfinden. Patientin stellte sich aufgrund einer herausgefallenen Füllung vor.



Abb. 2a und b Trotz insuffizientem Prothesenhalt und Druckstellen gab die Patientin bei der Vorstellung an, dass die Versorgung schon viele Jahre so bestehe.

eingesetzt werden. Ebenfalls sollte auf eine gut lesbare Beschilderung und kontrastreiche Symbole in der Praxis geachtet werden, damit der Patient sich sicher orientieren kann. Für die häusliche Mundhygiene sollte dem Patienten nahegelegt werden, immer die Brille zu tragen und eine gute Beleuchtung zu gewährleisten, damit Beläge an den Zähnen und Prothesen vom Patienten gut zu erkennen sind.

Reduziertes Hörvermögen und Einfluss auf Möglichkeiten der Kommunikation

Mit zunehmendem Alter reduziert sich das Hörvermögen und es entwickelt sich häufig eine Hochtonschwerhörigkeit. Besteht das Behandlungsteam aus weiblichen Personen, die typischerweise höhere Stimmlagen haben, kann eine bewusste Stimmmodulation zu einer verbesserten Informationsübertragung füh-

ren. Die Lautstärke sollte allerdings angemessen sein. Mit Schwerhörigen wird häufig übertrieben laut gesprochen. Da beim Schreien die Stimme höher wird, gelangt sie in die Hochtonfrequenzen und das Gesprochene wird dadurch wieder schlechter gehört. Es ist daher wichtig, langsam und deutlich zu sprechen sowie kurze Sätze zu formulieren. Gleichzeitig sollten nicht mehrere Personen sprechen, da Senioren mit eingeschränktem Hörvermögen Probleme haben, mehrere Stimmen voneinander zu unterscheiden und ihnen zu folgen. Auch Hintergrundgeräusche und Radio werden von Betroffenen eher als störend wahrgenommen. Patienten mit reduziertem Hörvermögen nehmen den gesprochenen Text oft lückenhaft wahr und versuchen, die fehlenden Worte selbst zu ergänzen. Es ist daher hilfreich, bei Wiederholungen den gleichen Wortlaut zu verwenden und die Information nicht neu zu formulieren. Das erleichtert eine möglichst komplette Erfassung der gegebenen Information

durch den Patienten. Besonders wichtige Informationen sollten ergänzend in schriftlicher Form mitgegeben werden.

Wenn die Antworten von Patienten nichts mit der gestellten Frage zu tun haben, muss das nicht zwingend ein Zeichen von eingeschränkter Kognition sein. Es kann auch einfach bedeuten, dass der Patient schlecht hört und die oben aufgelisteten Vorschläge sollten somit zu einem besseren Verständnis zwischen Praxisteam und Patient führen.

Empfohlene Vorgehensweise bei eingeschränkter Kognition

Kognitive Einschränkungen erkennt man daran, dass der Patient vergesslich wird, die Konzentrationsfähigkeit nachlässt, die Orientierung in Zeit und Raum unzuverlässig wird und der Patient vermehrt Wortfindungsstörungen aufweist. Die Aufmerksamkeitsspanne verkürzt sich, der Patient kann längeren Gesprächen nicht mehr folgen und winkt mit einem „Ja, ja ...“ ab. Sowohl die Planungsfähigkeit (z. B. für Terminvereinbarungen) als auch die Fähigkeit, komplexere Handlungen zu organisieren und durchzuführen (z. B. Zahn- und Prothesenpflege) verschlechtern sich. Außerdem fällt es den Patienten schwer, Schlussfolgerungen aus komplexen Informationen zu ziehen, was die Urteilsfähigkeit beeinträchtigen kann.

Es sollte jedoch unterschieden werden, ob der Patient wirklich kognitive Defizite aufweist oder ob lediglich eine altersbedingte verlängerte kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit vorliegt. Letzterem kann leicht damit begegnet werden, in dem der Behandler dem Patienten mehr Zeit zur Informationsverarbeitung gibt, beispielsweise nach einer Frage geduldig auf die Antwort wartet, ohne gleich nachzuhaken, oder Informationen fraktioniert und Pausen zwischen den Fragmenten bewusst einhält.

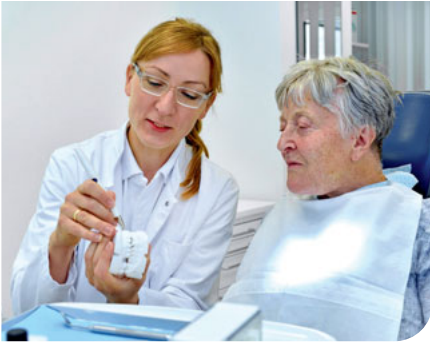


Abb. 3 Eingehen der Behandlerin auf spezielle kommunikative Bedürfnisse der Senioren.

Hilfreich für die Kommunikation mit kognitiv eingeschränkten Patienten ist die direkte und empathische persönliche Ansprache mit kurzen und klaren Ansagen oder Anweisungen. Ein Anknüpfen an bestehendes Vorwissen erleichtert den Merkprozess und dient dem Patienten zur Orientierung. Es sollten idealerweise keine fundamentalen Änderungen vorgenommen werden, da die Adaptationsfähigkeit durch die kognitiven Defizite stark reduziert ist. Trotzdem können kleinschrittige Änderungen erfolgreich sein. Positive nonverbale Signale wie zugewandte Körpersprache, ein offenes freundliches Lächeln, sanfte Sprachmodulation und Körperkontakt nehmen die Patienten intensiv wahr, auch wenn sie schon nicht mehr genau wissen, wo sie sind und warum.

Insbesondere bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen sollte klar und deutlich über die bevorstehenden Termine, die darin geplanten Behandlungsschritte und die entstehenden Kosten gesprochen werden. Ergänzend sollten diese Informationen schriftlich dem Patienten mitgegeben werden.

Mit fortschreitenden Defiziten kann die verminderte Kognition zu fehlender Einwilligungsfähigkeit führen. Ein offener Austausch zwischen Behandler, Patient und Angehörigen/Betreuungspersonen ist dann angebracht, um dies zu kompensieren und Therapiefähigkeit und

Eigenverantwortung festzustellen. Allerdings sollten Entscheidungen „hinter dem Rücken“ des Patienten vermieden werden, da sie zu einem Vertrauensverlust führen könnten.

Seelische Veränderungen und deren Einfluss auf zahnärztliche Prävention und Behandlung

Ein häufiges Phänomen ist die sogenannte Altersdepression. Betroffene Patienten haben Stimmungsschwankungen, eine verminderte Affektkontrolle, Antriebschwäche („Ich kann nicht mehr“), ein vermindertes Selbstwertgefühl („Das lohnt sich doch nicht mehr“), praktizieren sozialen Rückzug, haben verstärkt diffuse Ängste (auch vor dem bekannten Zahnarzt) und Unzufriedenheit (auch mit der zahnärztlichen Behandlung bzw. den Therapieergebnissen). Hier sollte Verständnis für Unpässlichkeiten bei der Terminvergabe aufgebracht und bei Nichterscheinen zum Termin nachgefragt werden. Wichtig ist es, sich Zeit zu nehmen und in ruhiger, vertrauensvoller Atmosphäre zu behandeln und ggf. die medizinischen Fachkollegen unterstützend in die Therapie miteinzubeziehen. Den diffusen und mitunter schwer nachvollziehbaren Ängsten kann durch das Vermeiden angstbesetzter Begriffe, eine ruhige Stimmlage, offene Körperhaltung, Blick- und Körperkontakt, freundliches Lächeln und viel Geduld begegnet werden. Erstrebenswert ist dabei, einen kontrollorientierten Recall, der ggf. gemeinsam mit den Angehörigen/Betreuungspersonen organisiert wird, umzusetzen, damit auf lange Sicht der Mundgesundheitszustand mit einem adäquaten Prophylaxeregime ohne weitere Zahnsanierungen sichergestellt wird.

Das gesamte Praxisteam vom Empfang bis zum Behandler sollte auf die speziellen kommunikativen Bedürfnisse

der Senioren eingehen können, damit der betagte Patient sich in der Praxis verstanden und wohl fühlt und das Vertrauensverhältnis gewahrt bleibt.

Literatur

1. Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) – Kurzfassung. Internet://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/dms/Zusammenfassung_DMS_V.pdf. Abruf: 17.01.2020
2. Walter M, Roediger J, Rieger C. Bevölkerungsrepräsentative zahnärztlich-prothetische Studie. Versorgungsgrad im Bundesland Sachsen; DZZ 54:1999:25–30.
3. Nitschke I, Stillhart A, Kunze J. Zur Inanspruchnahme zahnmedizinischer Dienstleistungen im Alter. Swiss Dent J 2015;125(4):475–490.



PD Dr. Ina M. Schüler

Sektion Präventive Zahnheilkunde und Kinderzahnheilkunde, Poliklinik für Kieferorthopädie Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Universitätsklinikum Jena E-Mail: Ina.Schueler@med.uni-jena.de



PD Dr. Ulrike Schulze-Späte DDS, CAGS

Sektion Alterszahnheilkunde, Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde und Parodontologie, Universitätsklinikum Jena