

Alicia M. Blasi, Michael J. Wicht

Welche Erwartungen haben ältere Patient/-innen in Bezug auf den Erhalt oraler Gesundheit und wie sollten wir ihnen professionell begegnen?

Die Überalterung der Bevölkerung in Deutschland führt zu Herausforderungen in Bezug auf die Mundgesundheit älterer Menschen. Die Zunahme chronischer Erkrankungen und die damit einhergehende Abnahme manueller und kognitiver Fähigkeiten beeinflussen die Mundgesundheit negativ. Dieser Artikel befasst sich mit Voraussetzungen für eine altersentsprechende (präventive) zahnmedizinische Versorgung für ältere Personen. Dabei spielen für eine patientenzentrierte Versorgung vor allem Autonomie, Selbstwahrnehmung und Kommunikation eine entscheidende Rolle.

Mundgesundheit im Alter

Die Bevölkerung der über 65-Jährigen nimmt in Deutschland – wie in den meisten industrialisierten Ländern – stetig zu. Es wird erwartet, dass 2060 diese Altersgruppe 33 % der Gesamtbevölkerung ausmacht¹⁰. Gleichzeitig ist bekannt, dass im Alter mit der Zunahme chronischer Erkrankungen und mit der Abnahme der kognitiven Leistung sowie manuellen Fertigkeiten die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der eigenen Mundhygiene schwindet. Die Inanspruchnahme präventiver zahnärztlicher Leistungen wird geringer

und der Zahnarztbesuch erfolgt oftmals nur noch beschwerdeorientiert⁵. Dabei hat eine gute Mundgesundheit einen positiven Einfluss auf die allgemeine Gesundheit und trägt zur Aufrechterhaltung von Lebensqualität bei¹⁴. Die altersbedingte Verschlechterung der Mundgesundheit (orale Transition des Alterns) beginnt bei den meisten Patient/-innen aber bereits dann, wenn sie noch im häuslichen Umfeld leben und ihren Alltag weitestgehend eigenständig bewältigen können. In dieser Phase des Alterns nimmt die Zahl allgemeinmedizinischer Erkrankungen zu, manuelle Fähigkeiten nehmen ab und die Patient/-innen lösen sich sukzessive von der Bindung an ihren Zahnarzt oder ihre Zahnärztin¹. Um die Mundgesundheit von älteren Personen aufrechtzuerhalten, muss sich – auch in der eigenen Praxis – mit den Wahrnehmungen, Fähigkeiten und Bedürfnissen dieser Patientengruppe befasst werden.

Patientenzentrierte zahnmedizinische Versorgung

Patient/-innen nach ihren individuellen zahnmedizinischen Bedürfnissen im Kontext ihrer kognitiven und motorischen Kompetenzen personalisiert und präventiv orientiert zu betreuen, sollte keine Frage des Alters sein. Was

für erwachsene Patient/-innen ohne körperliche und mentale Einschränkung gilt, sollte aus ethischer und juristischer Sicht auch bei älteren Patient/-innen mit derartigen Einschränkungen Anwendung finden. Im engeren Sinn bedeutet patientenzentriert, sich den individuellen Bedürfnissen, subjektiven Empfindungen und priorisierten Anliegen in einem flexiblen zahnmedizinischen Betreuungs- bzw. Behandlungskonzept zu widmen⁷.

Das Konzept der medizinischen Prinzipienethik² sieht neben dem Nichtschadensgebot, dem Wohltun und der Gerechtigkeit den Respekt vor der Patientenautonomie als ein konkurrierendes Prinzip mittlerer Reichweite. Analog der Interaktion mit Kindern besteht die Gefahr, mit Patient/-innen höheren Alters in paternalistische Verhaltensmuster zu verfallen, in der Patient/-innen eher als Rezipierende denn als aktiv Partizipierende behandelt werden. In einer traditionellen Rollenverteilung wird der Ärztin bzw. dem Arzt mit der Expertenrolle auch die Entscheidungsgewalt zugeschrieben, die in einen Therapieplan münden, dem Patient/-innen idealerweise Folge leisten.

In einem partnerschaftlichen Interaktionsmodell werden Patient/-innen darin bestärkt, autonome Entscheidungen zu treffen („Empowerment“),



Abb. 1a und b Befund bei erstmaliger zahnmedizinischer Untersuchung seit 5 Jahren: 75-jährige Patientin mit multiplen harten und weichen Belägen und hoher Blutung auf Sondierung (50 %). Die Patientin erlitt 2017 einen Schlaganfall und leidet seitdem an einer rechtsseitigen Hemiparese. Zudem zeigt sie allgemeinamnestisch eine Hypertonie, einen Diabetes mellitus Typ II und eine Hypothyreose (a). Behandlungswunsch dieser Patientin bei Erstvorstellung, bevor sie mit einem Zahnarzt bzw. einer Zahnärztin gesprochen hat (b).

andere ist nur Hilfe. Das ist für mich nicht gut. Es fühlt sich nicht gut an – überhaupt nicht“ (w, 77)⁴.

Vor allem, wenn im Alter allgemeinmedizinischen Probleme zunehmen und Diagnostik sowie Therapie hohe Priorität haben, tritt das Zähneputzen oftmals in den Hintergrund:

„Zähneputzen, würde ich sagen, in der Hierarchie der medizinischen [Angelegenheiten] geht dann auf Platz X. Vorher ist der Kardiologe, der Neurologe ...“ (m, 86)⁴. Patient/-innen sind dann auch bereit, gewohnte Mundhygieneroutinen komplett aufzugeben, anstatt sich an veränderte Situationen zu adaptieren (z. B. Hemiparese nach Schlaganfall oder Tremor bei Parkinsonerkrankung)⁹. Dieses Verhalten kann dazu führen, dass Patient/-innen die Versorgung mit herausnehmbaren Totalprothesen, die sie einfach und eigenständig sauber halten können, bevorzugen (Abb. 1).

die dann in einem Diskurs gemeinsam mit dem zahnärztlichen Personal und nach Abwägung der Vor- und Nachteile unterschiedlicher Optionen in ein individuelles und personalisiertes Therapiekonzept überführt werden können (partizipative Entscheidungsfindung)¹⁵.

Patientenpräferenzen in Praxis und Forschung

Für die Gewährleistung einer patientenzentrierten Versorgung sollten demzufolge die Präferenzen der Patient/-innen hinsichtlich (zusätzlicher) präventiver Mundpflegeangebote erforscht werden. Das lässt sich in der eigenen zahnärztlichen Praxis umsetzen, indem man im Gespräch mit dem Patient/-innen gezielt nach aktuellen Bedürfnissen, aber auch nach zukünftigen Wünschen bezüglich der Mundgesundheit und potenzieller zusätzlicher Unterstützung fragt. Zu den rhetorischen Techniken eines patientenzentrierten Kommunikationsstils, welcher hier zur Anwendung kommt, gehören unter anderem die offene Frage („Können Sie Ihre aktuellen Wünsche in Bezug auf Unterstützung bei der Mundhygiene beschreiben?“), die Exploration von Lebenszielen („Was wünschen Sie sich Ihre Mundgesundheit betreffend für die nächsten Jahre?“) oder auch die Rückschau („Wie beurteilen Sie aus heutiger Sicht Ihre Mund-

gesundheit in der Vergangenheit?“). Eventuell kann auch ein sogenanntes Zuversichts-Rating hilfreich sein: „Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie den aktuellen Standard Ihrer Mundhygiene in Zukunft eigenständig aufrechterhalten können?“

Die Versorgungsforschung geht unter anderem der Frage der Praxistauglichkeit und des klinischen Erfolgs von Interventionen im medizinischen Versorgungsalltag nach. Neben der Wirksamkeit stehen insbesondere auch Finanzierungsfragen der Kranken- und Gesundheitsversorgung im Blickpunkt dieser wissenschaftlichen Disziplin, die sie gesundheitspolitisch höchst bedeutsam macht.

Eigenständigkeit im Alter

Der Erhalt der Autonomie der Patient/-innen bestimmt maßgeblich ihre Präferenzen in der zahnmedizinischen Versorgung. Darunter fällt auch der Wunsch, die Mundpflege bis ins hohe Alter eigenständig durchzuführen. Insbesondere der Gedanke an mögliche zukünftige Szenarien, in denen man selbst nicht mehr fähig ist, die eigene Mundhygiene aufrechtzuerhalten, kann Patient/-innen Angst machen:

„Also ideal wäre, dass ich das bis zum Lebensende selbst machen kann. Alles

Problembewusstsein für eigene Mundhygienefähigkeit

Betrachtet man die Mundgesundheits-situation im Alter, so zeigt sich, dass durch die Steigerung präventiver Angebote in den letzten Jahrzehnten immer mehr Menschen die eigenen Zähne auch bis ins hohe Lebensalter erhalten. Mund-erkrankungen wie Karieserfahrung, Parodontalerkrankungen und völlige Zahnlosigkeit verschieben sich ins hohe Lebensalter (Morbiditätskompression)⁵. Wenn aber nicht ein Akutereignis wie z. B. ein Schlaganfall die manuellen Fähigkeiten beeinträchtigend verändert, stellt sich die Abnahme der Mundhygienefähigkeit als schleichender Prozess dar. Dies ist den meisten Patient/-innen jedoch nicht vollumfänglich bewusst:

„Ich weiß nicht: Wann ist die Lage so schlecht, dass ich mir meine eigenen Zähne nicht mehr richtig putzen kann? Das wäre ja eigentlich nur dann, wenn

ich dement wäre, und dann kann ich das sowieso alles nicht mehr entscheiden“ (w, 77)⁴.

Dabei gilt Problembewusstsein als Grundvoraussetzung für ein verbessertes Gesundheitsverhalten¹². Das bedeutet in Bezug auf die Verbesserung der Mundhygiene und damit auch der Mundgesundheit, dass es den Patient/-innen selbst bewusst werden sollte, dass sie in der effektiven Durchführung der eignen Mundhygiene Schwierigkeiten haben, welche in dieser Form vor ein bis zwei Jahren noch nicht existierten. Darüber hinaus möchten wir den Patient/-innen vermitteln, dass sie bei etwas, das sie zeitlebens eigenständig und hinreichend effizient durchgeführt haben, jetzt vermehrt auf Unterstützung angewiesen sind:

„Es ist ja auch immer so ein Punkt des Stolzes und den anderen um Hilfe bitten. Es ist ja ein sehr persönlicher Bereich auch“ (w, 69)⁴.

Diese Vermittlung benötigt kommunikatives Fingerspitzengefühl. Dabei kann in der Praxis vor allem helfen, dass den Patient/-innen die Zusammenhänge zwischen oraler und allgemeiner Gesundheit bewusst sind⁶ und die Selbstwirksamkeitsüberzeugung sehr hoch ist. Mehr als 70 % der jüngeren und älteren Senioren sind davon überzeugt, dass man selbst viel oder sehr viel für die eigene Mundgesundheit tun kann⁵.

Zahnarzt-Patienten-Beziehung und generationsübergreifende Kommunikation

Viele Patient/-innen etablieren eine vertraute Beziehung zu einem Zahnarzt bzw. einer Zahnärztin bzw. zum gesamten Praxisteam und wünschen sich eine Kontinuität der Versorgung. Gleichzeitig bringen sie in ihren Erwartungen an die zahnmedizinische Versorgung Erfahrungen aus der Vergangenheit und Wün-

Abb. 2 Durch Sensibilisierung und Schulung für die besonderen Bedürfnisse älterer Patient/-innen werden Problematiken der generationsübergreifenden Kommunikation deutlich minimiert.



sche für die Zukunft mit⁸. Zu Letzteren zählt beispielsweise die altersgerechte, barrierefreie Gestaltung der Praxisräumlichkeiten, aber auch eine „generationsübergreifende“ Kommunikation.

Im Rahmen von patientenzentrierten Versorgungskonzepten nimmt die professionelle Kommunikation einen zentralen Stellenwert ein. Respekt vor der Patientenautonomie bedeutet, Ansichten, Wünsche und Lebensformen primär nicht zu verurteilen, sondern die aktuellen Gegebenheiten eines Patient/-innen wertfrei wahrzunehmen. Generell sind die Grundprinzipien der patientenzentrierten Kommunikation für alle Altersgruppen gleich, jedoch gilt es, im Detail altersspezifische Besonderheiten zu beachten¹³. Ein Kernpunkt ist beispielsweise die detaillierte Exploration der Patientenbedürfnisse, in der eine kommunikative ärztliche Kernkompetenz – das aktive Zuhören¹¹ – zum Tragen kommt. Kann im Umgang mit 6-Jährigen die Komplexität einer Frage z. B. in Bezug auf die zeitliche Einordnung nicht allzu hoch sein, so ist im Umgang mit Patient/-innen eher mit visuellen und auditiven Einschränkungen zu rechnen. Bei Vorliegen einer altersbedingten kognitiven Einschränkung hingegen bedarf es einer inhaltlichen Anpassung des Kommunikationsstils sowie möglicherweise der Einbeziehung von gesetzlich befugten Dritten. Dieser Stil

sollte idealerweise von allen Praxismitarbeitern einheitlich praktiziert werden, was ein gewisses Maß an Wissen und regelmäßigem Training voraussetzt.

Zusammenfassend sollte die altersgerechte Kommunikation mit Patient/-innen im höheren Lebensalter unter maximaler Einbeziehung und Achtung der Patientenautonomie erfolgen. Gleichzeitig jedoch sollte die Wachsamkeit für mögliche physische und kognitive Einschränkungen älterer Patient/-innen im gesamten Praxisteam ausgeprägt sein. Da jede Generation ihren eigenen Kommunikationsstil untereinander pflegt, ist es umso wichtiger, dass beispielsweise sehr junge Mitarbeiter rechtzeitig in einer altersgerechten Kommunikation und Stärkung der Empathie im Umgang mit älteren Menschen geschult werden (Abb. 2).

Schlussfolgerung

Auch wenn unseren Patient/-innen die Zusammenhänge zwischen oraler und allgemeiner Gesundheit teilweise bewusst sind, wird es für sie schwieriger, gewohnte Mundhygienerroutinen mit zunehmender Gebrechlichkeit beizubehalten³. Berücksichtigt man jedoch die reduzierten Mundgesundheits- und Mundhygieneparameter in dieser Altersgruppe, ist es notwendig, die Mundhygienefähigkeit in regel-



mäßigen Abständen zu kontrollieren, um beginnende Defizite frühzeitig erkennen und ihnen entgegenwirken zu können. Hierfür gilt es, unsere Patient/-innen durch zielgerichtete, respektvolle Kommunikation zu unterstützen, zu sensibilisieren und die Zahnarzt-Patienten-Bindung professionell zu stabilisieren. Gleichzeitig ist es wichtig, die Bedürfnisse dieser Gruppe regelmäßig zu evaluieren, um ein präventives und personalisiertes Mundpflegeangebot langfristig aufrechtzuerhalten.

Literatur

1. Barbe AG, Noack MJ. „Life begins and ends with porridge“ – The need for an oral transition phase of aging. *Spec Care Dentist* 2021;41(5):650–651.
2. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
3. Benyamini Y, Leventhal H, Leventhal EA. Self-rated oral health as an independent predictor of self-rated general health, self-esteem and life satisfaction. *Soc Sci Med* 2004;59(5):1109–1116.
4. Blasi AM, Vonhoegen L, Herrler A, Wicht MJ, Barbe AG. Older people’s preferences and expectations of preventive oral care in the home. *Gerodontology* 2023 Jun 13 [Epub ahead of print].
5. Jordan RA, Bodechtel C, Hertrampf K et al. The fifth German oral health study (Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie, DMS V) – Rationale, design, and methods. *BMC Oral Health* 2014;14:161.
6. Khabra K, Compton S, Keenan L. Independent older adults perspectives on oral health. *Int J Dent Hyg* 2017;15 (4):295–305.
7. Maizes V, Rakel D, Niemiec C. Integrative medicine and patient-centered care. *Explore (NY)* 2009;5(5): 277–289.
8. McKenzie-Green B, Giddings LS, Buttle L, Tahana K. Older peoples’ perceptions of oral health: ‚It’s just not that simple!‘ *Int J Dent Hyg* 2009;7 (1):31–38.
9. Niesten D, van Mourik K, van der Sanden W. The impact of frailty on oral care behavior of older people: A qualitative study. *BMC Oral Health* 2013;13:61.
10. Pötzsch O, Rößger F. *Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2015;66.
11. Robertson K. Active listening: more than just paying attention. *Aust Fam Physician* 2005;34(12): 1053–1055.
12. Schwarzer R. Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *App Psych* 2008; 57(1):1–29.
13. Stein PS, Aalboe JA, Savage MW, Scott AM. Strategies for communicating with older dental patients. *J Am Dent Assoc* 2014;145(2):159–164.
14. van de Rijt LJM, Stoop CC, Weijnenberg RAF et al. The influence of oral health factors on the quality of life in older people: A systematic review. *Gerontologist* 2020;60(5): e378–e394.
15. Wicht M, Noack MJ. Partizipative Entscheidungsfindung und Mundgesundheitskompetenz. Können Patienten mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz therapeutische Entscheidungen mitbestimmen? *IGZ Zahn-med Gesell* 2017;21(2):32–33.



Alicia M. Blasi

Alicia M. Blasi

Zahnärztin

E-Mail: alicia.blasi@uk-koeln.de

Michael J. Wicht

Priv.-Doz. Dr. med. dent.

beide:

Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie

Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Universitätsklinikum Köln (AÖR)

Kerpener Straße 32

50931 Köln