

# Prophylaxe im Seniorenalter

**Was als Titel so selbstverständlich daherkommt, entpuppt sich beim näheren Hinschauen als durchaus vielfältig. Keine Patientengruppe weist so uneinheitliche Merkmale auf wie die der älteren Mitbürger. Ab wann zählt man zu den Senioren?**

## Was sagen die Zahlen?

Es lohnt ein Blick in die letzte uns zur Verfügung stehende Mundgesundheitsstudie, der DMS V aus dem Jahr 2016. Neben der langjährig beobachteten Gruppe der 65- bis 74-Jährigen wurden erstmalig auch die 75- bis 100-Jährigen in die Studie einbezogen.

Wir beschreiben demnach eine Lebensspanne von 35 Jahren, Personen, die körperlich, geistig und mental unterschiedlich fit sind. Wir kennen die absolut fitten älteren Menschen, die oft unabhängig von ihrem Alter ihre Dinge vollständig selbst regeln, aktiv am Leben teilnehmen und kaum in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt sind.

Darüber hinaus gibt es die Gebrechlichen, Bürger, die bereits Unterstützung brauchen und durch oft chronische Erkrankung auch die alltäglichen Verrichtungen nicht regelmäßig und selbstständig allein bewältigen können. Und es findet sich eine dritte Gruppe schwer pflegebedürftiger Menschen, die dauerhaft auf Unterstützung in vielfältiger Form angewiesen sind.

Um Empfehlungen für die unterschiedlichen Gruppen aussprechen zu können, bedient man sich der Erarbeitung bestimmter Belastbarkeitsstufen (BS), indem man die zahnmedizinische funktionelle Kapazität des Einzelnen er-

**Tab. 1** Situation der 75- bis 100-Jährigen laut DMS V.

%	ohne Pflegebedarf	mit Pflegebedarf	gesamt
	n = 877	n = 256	n = 1133
Mundhygienefähigkeit			
normal	63,1	22,5	53,9
leicht reduziert	31,7	34,9	32,4
stark reduziert	5,3	33,2	11,6
keine	0,0	9,4	2,1

mittelt. In diese BS gehen die Kriterien Therapiefähigkeit, Mundhygienefähigkeit sowie die mögliche Eigenverantwortlichkeit ein.

Zur Einschätzung der Therapiefähigkeit werden Punkte herangezogen wie z. B. medikamentöse Therapien mit Antikoagulation oder zur Endokarditisprophylaxe. Eine vorhandene Dyspnoe, eventuelle Orthostasestörungen, allgemeine Schmerzzustände oder auch Urininkontinenz schränken die Therapiefähigkeit möglicherweise weiter ein.

Die Mundhygienefähigkeit wird beeinflusst von zunehmend auftretenden Funktionseinschränkungen der Motorik und der Sinneswahrnehmung. Eigenverantwortlichkeit ist bei bestimmten Krankheitsbildern wie der Demenz, gerontopsychiatrischer oder depressiver Syndrome sowie bei allen Formen der Substanzabhängigkeit eingeschränkt. Beispielhaft können Sie die Situation der 75- bis 100-Jährigen laut DMS V aus Tabelle 1 entnehmen.

## Was tun?

Die Herausforderung sind in der Altersgruppe der 75- bis 100-Jährigen die fol-

genden Befunde: Der Personenkreis ist nur zu 32,8 % zahnlos, hat im Schnitt noch 16,9 eigene Zähne und 8 % von ihnen tragen Implantate. Eigene Zähne zu haben bedeutet die Möglichkeit der Kariesentstehung, insbesondere von Wurzelkaries. Eigene Zähne und Implantate bergen das Risiko an Parodontitis zu erkranken.

Ohne Frage spielt angesichts der Studienergebnisse die Prophylaxe auch der älteren, zunehmend gebrechlichen Mitbürger eine zentrale Rolle. Man könnte meinen, die Zahnärzteschaft ist in dieser Situation „Opfer“ des eigenen Prophylaxeerfolgs, weil es absehbar schwerer wird, die hervorragenden Resultate der Bemühungen im Kindes- und Erwachsenenalter zu konservieren. Geht es doch um nicht weniger als darum, die mundgesundheitsbedingte Lebensqualität zu erhalten. Dabei zählt eben nicht nur die Vermeidung von Schmerz, sondern auch der Erhalt von Funktionalität und damit um eine würdevolle Teilhabemöglichkeit bis zum Lebensende.



Abb. 1 Patientengespräch zur Mundhygienepraxis.

## Wie tun?

### Die fitten Senioren

Diese Gruppe findet in aller Regel noch den Weg in die Praxis. Entscheidend bleibt wie in allen Altersgruppen die Regelmäßigkeit der Zahnpflege. Für die Häuslichkeit sollte das zweimal tägliche Zähneputzen einschließlich des möglicherweise vorhandenen Zahnersatzes

eine geübte Gewohnheit sein. Auch sind die meisten älteren Patienten an die Inanspruchnahme der professionellen Zahnreinigung gewöhnt. Sie ist genauso wie die Kontrolluntersuchungen bei der Zahnarztpraxis dazu geeignet, auf Veränderungen in der Mundhöhle zu achten und damit verbundene spezielle Reinigungstechniken zu erläutern bzw. auf Stellen hinzuweisen, die besonderer Aufmerksamkeit bedürfen.

Allgemeinerkrankungen bzw. Medikamenteneinnahme begünstigen Folgeerkrankungen, die zu Begleitscheinungen führen können, welche die Mundhygiene zwar nicht primär erschweren, sekundär jedoch anfälliger für Mundschleimhauterkrankungen machen. So kann z. B. eine Xerostomie die Selbstreinigung deutlich negativ beeinflussen. Selbst ein gut eingestellter Bluthochdruck- bzw. Diabetespatient hat ein größeres Risiko an einer Parodontitis zu erkranken (Abb. 1).

### Die gebrechlichen Senioren

Die Kunst bei dieser Patientengruppe besteht darin, die Übergangsphase von fit zu gebrechlich zu erkennen und zu managen. Leider funktioniert das Ampelschema hier nur bedingt. Die „grün-gelbe“ Phase verläuft in Schüben und häufig auch in Pendelbewegungen. In der Praxis empfiehlt sich die feinfühligste Frage nach einem gewährten Pflegegrad bzw. die aufmerksame Beobachtung, ob Termine gestreckt oder Recalls nicht eingehalten werden können. In Familienpraxen ist auch das Gespräch mit den Angehörigen hilfreich. Patienten mit einem Pflegegrad, die noch in die Praxis kommen, haben Anspruch auf die intensivere Befundaufnahme in Verbindung mit der dokumentierten Pflegeanweisung (Abb. 2). Dafür gibt es im Übrigen auch spezielle Gebührensätze. Aus fachlicher Sicht kommt zu den oben beschriebenen Maßnahmen der Hinweis hinzu, dass man begleitende Angehörige möglicherweise in die Pflegeaufklärung mit einbezieht. Vor allem sollte jedoch die vorhandene Prothetik auf langfristige Handhabbarkeit hin überprüft und ggf. angepasst werden. Wir beobachten häufiger, dass Patienten, obwohl sie z. B. nach einem Apoplexgeschehen recht gut rehabilitiert sind, möglicherweise feinmotorisch Probleme haben, eine Riegelkonstruk-



Abb. 2 Befundaufnahme und Pflegeanweisung.

tion herauszunehmen und adäquat zu pflegen. Ähnliches gilt für Patienten, die sich in der Frühphase einer Demenz befinden.

### Die pflegebedürftigen Senioren

In dieser Gruppe findet sich der größte Anteil derjenigen Personen mit direktem Unterstützungsbedarf, entweder teilweise oder vollständig. Zu bedenken ist hierbei auch der Umstand, wo sich die Pflege abspielt. Sicher ist ein größerer Teil der schwer Pflegebedürftigen in einer stationären Einrichtung zu finden. Dennoch wird ein nicht unerheblicher Teil dieser Personengruppe in der Häuslichkeit gepflegt. Die prinzipiellen Ziele unterscheiden sich nicht von den oben genannten Grundsätzen. Die Vermeidung einer Parodontitis wird in dieser Situation seltener gelingen und Zahnhalskaries tritt vermehrt auf. Es kommt also ein prinzipiell palliativer Ansatz zum Tragen, immer mit der Frage im Hinterkopf: Was braucht die Person, um sich maximal wohl zu fühlen. Ein ebenso sensibles Thema ist die Frage: Wer darf helfen?

Ich möchte nicht missverstanden werden: Die Frage des Delegationsrahmens ist für mich unberührt. Ich meine dennoch, dass Unterstützung bei reinen Pflegeleistungen nicht den „Profis“ vorbehalten sein muss. In einer wünschenswerten Bezugspflege bzw. einer validierenden Begleitung einer demenziell erkrankten Person könnten interessierte und geschulte Laien einen wertvollen Beitrag beim Zugang zu dieser Patientengruppe leisten. Ansätze zur Anleitung und zur Schulung von „Non-professionals“ gibt es bereits.

Die in der vorherigen Gruppe bereits erwähnte Befundaufnahme und Pflegeanweisung gibt es natürlich auch hier. Bereits seit 2014 besteht die Möglichkeit, Kooperationsverträge mit Pflegeeinrichtungen abzuschließen. Wer sich genauer in die Systematik einarbeiten möchte und

ansprechende Hilfsmittel für diese Arbeit benötigt, wird auf den Seiten der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin und auf den Seiten der Zahnärztekammern fündig. Besonders reich ist das frei verfügbare Material der Zahnärztekammer Baden-Württemberg.

### Arzt sein bis zum Schluss

Prophylaxe für unsere älteren Mitbürger ist und bleibt kein Selbstzweck. Sie ist nicht nur Bestandteil unserer ärztlichen Verpflichtung, die wir mit unserer Berufsordnung eingegangen sind. Sie ist auch eine Komponente des Arbeitsauftrags, den wir mit dem Erhalt einer Kassenzulassung übernommen haben. Ich bin mir der Schwierigkeiten und Herausforderungen gerade auch in Hinblick auf eine adäquate Entlohnung bewusst.

Und dennoch wiegen diese nicht die innere Befriedigung auf, welche im Team aus Profis, Patient und Angehörigen erlebt werden kann, wenn selbst kleine Schritte gelingen.



**Dr. med. Kerstin Finger M.A.**

Dargersdorfer Straße 11

17268 Templin

E-Mail: zahnrath@gmx.de