



- reduzierte Adaptationskapazität
- Schwerhörigkeit besteht bei zirka einem Drittel der über 65-Jährigen
- Depressionen sind im Alter häufig (> 20 Prozent bei über 65-Jährigen)
- Demenz und Alzheimer werden mit zunehmendem Alter immer häufiger (< 65 Jahre: 10 Prozent, > 85 Jahre: 45 Prozent)
- diverse internistische Erkrankungen sind sehr häufig (Polymorbidität)
- Polypharmakotherapie mit unerwünschten Interaktionen der Medikamente und unerwünschten Nebenwirkungen (zum Beispiel: Xerostomie)

Besonders die Schwerhörigkeit wird in ihren möglichen Auswirkungen unterschätzt. Welcher Behandler nimmt schon darauf Rücksicht, mit dem älteren Menschen ohne Mundschutz langsam, laut und deutlich zu sprechen? Viele ältere Menschen trauen sich nicht nachzufragen, wenn sie etwas nicht verstanden haben und dies wird dann oft als mangelhafte Compliance des Patienten fehlinterpretiert.

Wandel der Gerostomatologie

Die Herausforderungen der Gerostomatologie gehen heute in eine andere Richtung als früher, als der herausnehmbare Zahnersatz vorherrschte, nämlich, dass wir durch die demografische Entwicklung zwar immer mehr mit älteren Menschen zu tun haben, diese aber im Gegensatz zu früher, infolge besserer Mundhygiene und Prophylaxe immer länger eigene Zähne – wenn auch nicht vollständig – aufweisen werden.



Abb. 1: Beim älteren Patienten werden vermehrt Zahnhalsdefekte beobachtet.

Dafür treten vermehrt andere dentale Probleme auf wie Wurzelkaries, Zahnhalsdefekte (Abb. 1), Erosionen oder Zahnfrakturen. Besonders hohes Risiko für das Entstehen der Wurzelka-

ries besteht dann, wenn neben einer schlechten Mundhygiene im Alter noch andere Faktoren hinzukommen, wie eine kariogene Ernährung, die bei Älteren sehr häufig beobachtet wird, und außerdem die Speichelpro-

duktion vermindert ist (zum Beispiel als Nebenwirkung vieler im Alter eingenommener Medikamente). Dies kann dann auf einmal zu einer erstaunlich schnellen Zerstörung der verbliebenen Zähne, wie nach einer Radiatio, führen.

Die prothetischen Maßnahmen beim älteren Patienten umfassen sämtliche Möglichkeiten des festsitzenden (Abb. 2a und 2b), wie auch abnehmbaren Zahnersatzes (Grunert 2006), wobei neben den ästhetischen auch immer funktionelle Aspekte – wie ausreichende Stützzone – bedacht werden müssen.

Auf die unterschiedlichen prothetischen Konzepte in der Geroprothetik entsprechend den verschiedenen Wünschen und Bedürfnissen des Älteren ist die Autorin vor kurzem im BZB 3/2007 detaillierter eingegangen (Grunert 2007) und auch auf die steigende Bedeutung der Implantologie in der Gerostomatologie ist bereits verwiesen worden. Neben finanziellen Überlegungen sollten aber bereits bei der Planung immer auch die Möglichkeiten der adäquaten Reinigung des implantatgestützten Zahnersatzes bedacht werden durch den Patienten oder ein nicht speziell geschultes Personal in den Heimen (Abb. 3). Daher ist im Allgemeinen beim älteren Patienten bei der Versorgung mittels Implantaten jener mit Hybridprothesen



Abb. 2a und b: Umfassende festsitzende Versorgung bei einem älteren Patienten – Zustand zu Beginn und am Behandlungsende



Abb. 3: Auf eine gute Mundhygiene muss bei implantatgestützten Versorgungen geachtet werden.