

Zahnheilkunde mit großen Zukunftschancen

Alterszahnheilkunde im Fokus

Ein Kursbericht von Dr. Thomas Rauscher, Hilpoltstein

Die Alterszahnheilkunde ist ein wenig beachtetes Teilgebiet der Zahnmedizin. Sie birgt aber große Zukunftschancen und verdient mehr Beachtung. Prof. Dr. Dr. Ingrid Grunert aus Innsbruck referierte an der Europäischen Akademie für zahnärztliche Fort- und Weiterbildung der BLZK GmbH (eazf) in München sehr überzeugend über das Thema und vermittelte die Möglichkeiten einer lebenslangen Sicherung des oralen Komforts mit angemessenen Behandlungsmaßnahmen.

Der Gebisszustand älterer Patienten

Bei älteren Menschen fehlen vermehrt Zähne, daher wird infolge des demografischen Wandels Zahnersatz mehr Bedeutung erlangen. Es treten häufiger Zahnfrakturen, Zahnhalsdefekte, Erosionen und Wurzelkaries auf und der Bedarf an Parodontaltherapie ist groß. In der Alterszahnheilkunde besteht die Kunst darin, die kognitiven Fähigkeiten des alternden Menschen zu erkennen und in das Behandlungskonzept einfließen zu lassen, immerhin leiden 45 Prozent der über 85-Jährigen unter Demenz oder Alzheimer. Bei alten oder demenzkranken Menschen ist die manuelle Geschicklichkeit reduziert, eine adäquate Mundhygiene ist nicht mehr möglich und die Patienten akzeptieren häufig keinen neuen Zahnersatz mehr. Eine Unterfütterung oder die Reparatur eines noch so alten Zahnersatzes wird aber dankbar angenommen. Zudem werden prothetische Maßnahmen durch Xerostomie sowie durch Serotoninmangel ausgelöste Depressionen erschwert. All dies erfordert das Einfühlungsvermögen des Zahnarztes. Es ist zu beachten, dass gerade bei älteren Patienten die gezielte Untersuchung der Mundhöhle auf maligne Veränderungen wichtig ist. Die Lebensqualität eines großen Teils der älteren Menschen wird von einer CMD, meist hervorgerufen durch insuffizienten Zahnersatz, vermindert. Ein Teufelskreis (Verspannungen – Schmerzen – reduziertes psychisches Befinden) entsteht, wenn eine kompensierte Funktionsstörung de-kompensiert. Typische Zeichen einer CMD sind

– je nach individueller Schwachstelle – an den Zähnen Attritionen und keilförmige Defekte, am Parodont Zahnlockerungen, an der Muskulatur Myogelosen und Spasmen und am Kiefergelenk Kapsulitis, Osteoarthritis und Knacken. Bei Prothesenträgern findet man oft einen erheblichen Abbau des Alveolarkammes. Etwa 70 Prozent der Bevölkerung haben eine symptomlose, kompensierte CMD, während sie bei etwa zehn Prozent un kompensiert und damit behandlungsbedürftig ist. Nach Graber und Jäger (1991) ist die Okklusion zu 89 Prozent Hauptursache oder zumindest Cofaktor (Bruxismus) für eine CMD, während etwa psychische oder artikuläre Erkrankungen nur zu elf Prozent ursächlich sind. Die wichtigste zahnärztliche Therapie einer CMD ist die Äquilibration der statischen und dynamischen Okklusion, mit suffizienter Abstützung im Molarenbereich. Bei psychisch gestörten Patienten riet die Referentin: Finger weg!

Der teilbezahnte Kiefer: Zahnersatz mit und ohne Implantate(n)

Primär ist in der Geroprothetik zwischen dem gesunden anspruchsvollen Patienten mit dem Wunsch nach hoher Ästhetik und dem Patienten, bei dem die Verbesserung der Funktion vorrangig ist, zu unterscheiden. Dabei ist immer auf die finanziellen Möglichkeiten des älteren Patienten Rücksicht zu nehmen und die Therapiekonzepte sind auf die individuellen Bedürfnisse abzustimmen. So besteht durchaus in der Alterszahnheilkunde die Indikation für Vollkeramik, aber auch Langzeitprovisorien (zur Regeneration der Gingiva und des Parodonts) können oft dauerhafte Lösungen über Jahre werden. Generell sollte vorausschauend geplant werden. So können im Altersheim aufwändige, implantatgetragene Versorgung zum Problem werden, weil diese keiner mehr reinigen kann. Eine funktionstüchtige, aber einfache Konstruktion des Zahnersatzes überfordert später weder den Zahnarzt noch das Pflegepersonal. So liegt die Überlebensrate einer klammer-

verankerten Modellgussprothese nach zehn Jahren immerhin noch bei über 50 Prozent. Wünscht der Patient hochwertigen Zahnersatz und ist dieser feststehend nicht mehr realisierbar, bieten sich wegen der besseren Ausbaufähigkeit der Prothese Doppelkronen an. Hierbei favorisiert die Referentin das System der Galvanoteleskope. Allerdings ist statistisch gesehen die Überlebensdauer von doppelkronenverankerten Teilprothesen nicht höher als die von klammerverankerten Modellgussprothesen. Bei nur noch wenigen Pfeilerzähnen sind Hybridprothesen das Mittel der Wahl. Mögliche Verankerungselemente sind hier der Locator, der Doldersteg, gefräste Stege, Magnete, Konuskronen oder Kugelanker. Implantate zur moderaten Pfeilervermehrung sind gerade in der Alterszahnheilkunde sehr sinnvoll, denn dadurch wird oft erst eine stabile prothetische Versorgung möglich.

Der zahnlose Kiefer: Totalprothese oder implantatgestützte, herausnehmbare Prothese?

In Deutschland werden jährlich eine Million Totalprothesen hergestellt. 60 Tonnen jährlich verkauften Haftpulvers deuten an, dass es zu wenige Zahnärzte gibt, die in der Herstellung von Totalprothesen gut ausgebildet oder darin erfahren sind. Oft sind aber auch die immer älter werdenden Patienten mit sehr stark abgebauten zahnlosen Kieferkammern, reduzierter Adaptationskapazität und unrealistischen Erwartungen ein Risiko für Misserfolge. Zur Herstellung von Totalprothesen existieren verschiedene Konzepte. Die Referentin stellte das Innsbrucker Konzept der eckzahnkontrollierten Totalprothese vor. Wichtig ist dabei die Aufstellung der Zähne im Muskelgleichgewicht mit ausreichend Platz für die Zunge. Außerdem müssen im Unterkiefer die Schneidezähne schließachsenorientiert aufgestellt werden. Wichtig: Eine Woche nach Eingliederung muss jede Totalprothese remontriert werden.

Wir müssen es uns aber zur Pflicht machen, die zahnlosen Patienten über implantatgestützten Zahnersatz aufzuklären. Im zahnlosen Unterkiefer besteht eine ideale Indikation für Implantate. Die „soziale Lösung“ stellen dort zwei interforaminäre, implantatgetragene Verankerungselemente dar, wobei heute der ehemals bewährte Kugelkopfanter von dem neuen System des Locators abgelöst wird. Auch der klassische Doldersteg auf zwei oder vier Implantaten hat sich bewährt. Die Referentin favorisiert bei der Versorgung zahnloser Unterkiefer die auf vier Implantaten (mit ge-



Prof. Dr. Dr. Ingrid Grunert im Gespräch mit einem Kursteilnehmer

frästem Steg und zwei distalen Geschieben) gelagerte Hybridprothese. Man darf aber nicht glauben, dass man die schlechte Qualität einer Totalprothese mit Implantaten kompensieren kann. Grundsätzlich gelten bei Hybridprothesen die gleichen Gestaltungsregeln wie bei Totalprothesen.

Vermeiden von Misserfolgen

Häufig entstehen Misserfolge aus Gründen der Persönlichkeit des Patienten. Die mit zunehmendem Alter abnehmende Adaptationskapazität, eine unrealistische Erwartungshaltung oder psychische Erkrankungen gehören zu den Ursachen. Auch Misserfolge aus ästhetischen Gründen sind möglich. So passen manchmal die Frontzähne nicht zum Gesicht des Patienten oder die Bipupillarlinie beziehungsweise die Mittellinie wurden nicht beachtet. Auch eine negative Lachlinie und die Nichtbeachtung des Bukkalridor können einen Misserfolg verursachen. Misserfolge aus funktionellen Gründen sind an rezidivierenden Druckstellen, Wangen- oder Zungeneinbissen und dem Kieferkamm nicht stabil aufliegenden Prothesen zu erkennen. Am häufigsten sind aber nach Prof. Grunert Fehler bei der Kieferrelationsbestimmung.

Schlussbemerkung

Es sollte zu denken geben, dass die meisten alten Menschen einen langlebigen Zahnersatz wünschen, mit dem man gut kauen und beißen kann. Das Aussehen der neuen Zähne, vor allem aber die Hygienefähigkeit und die Reparierbarkeit stehen für die Senioren in der Regel nicht im Vordergrund.

Den nächsten Kurs „Alterszahnmedizin – Zahnheilkunde mit großen Zukunftschancen“ bietet die eazf am 4. Dezember 2009 in München an. Weitere Informationen unter www.eazf.de