

Nachhaltige Mundgesundheit: Vorbeugen und vorausdenken bei älteren Patienten

Ein Beitrag von Patrick Humnig

[INTERVIEW] Bei immer mehr älteren Menschen mit eigenen Zähnen scheint eine steigende Prävalenz von Wurzelkaries unvermeidlich. Doch welche Versorgung ergibt hier am meisten Sinn? Die beiden Experten Prof. Dr. Barbara Janssens (Belgien) und Prof. Gerry McKenna (Vereinigtes Königreich) geben im Folgenden wichtige Hinweise zur Herangehensweise bei älteren Patienten mit Wurzelkaries.

Gerodent: Flämisches Projekt fokussiert ältere Patienten

Gerodent ist ein Mundgesundheitsprojekt, das 2010 gestartet ist und derzeit in etwa 55 Pflegeheimen durchgeführt wird.¹ Weitere 250 Pflegeheime stehen auf der Warteliste, vor allem in den beiden Provinzen, in denen wir aktiv sind [Ost- und Westflandern, Anm. d. Red.]. Wir unterstützen das Pflegepersonal bei der Einführung von Präventionsmaßnahmen und bei der Organisation der Mundgesundheitspflege der Heimbewohner. Außerdem schulen wir zu Beginn des Programms ein Kernteam von Pflegekräften, das dann die anderen oder auch neu hinzukommende Mitarbeiter ausbildet. Der größte Zeiteinsatz entfällt dabei auf die halbjährlichen Besuche eines mobilen zahnärztlichen Teams bei Bewohnern, die aus diversen Gründen keinen Zugang zur Primärversorgung in der Praxis haben. Da manche Behandlungen mehrere Termine erfordern, finden zwischendurch zusätzliche Besuche statt. Das Gerodent-Projekt umfasst auch eine Ausbildungsplattform für Zahnmedizinstudierende im letzten Jahr ihres Studiums – eine gute Lernumgebung für junge Menschen in der Ausbildung.

Und nicht zu vergessen: Wir sammeln Daten, die als Hebel zur Verbesserung der Gesundheitspolitik im In- und Ausland dienen können.

— Prof. Dr. Barbara Janssens



Prof. Janssens, Prof. McKenna, welche besonderen Probleme erleben Sie bei der Versorgung älterer Menschen?

Janssens: Der Fokus im Pflegeheim ist ein anderer als in der Klinik. In der Regel sind es das Heimpersonal und die Angehörigen, die eine Behandlung verlangen. Im Vordergrund stehen dabei Komfort, Funktion und Schmerzfreiheit. Viele Faktoren müssen berücksichtigt werden, z. B. Polypharmazie oder Behinderungen. Menschen können sich im Laufe der Zeit stark verändern, und in vielen Fällen wird es dann notwendig, den eigenen Ansatz anzupassen – bis hin zu der Frage, ab wann man vielleicht gar nicht mehr erfolgreich behandeln kann. Es gibt Gegebenheiten, auf die man nur sehr wenig Einfluss hat – und das in einer Hochrisikopopulation.

McKenna: Ich werde oft gebeten, bei älteren Patienten fehlende Zähne zu ersetzen. Ich würde sagen: Die größte Herausforderung besteht darin, einen Behandlungsplan zu entwickeln, der effektiv ist, aber auch auf lange Sicht gut einzuhalten. Wir müssen antizipieren, wo die Reise unserer Patienten hingehen könnte, und eine orale Situation schaffen, die Pflege und Reinigung möglich macht – nicht nur unmittelbar nach der Behandlung, sondern auch in der Zukunft, wenn unsere Patienten bei der Mundhygiene möglicherweise auf andere angewiesen sind.

Janssens: Wir sollten bei der Behandlung immer einen nachhaltigen Ansatz über die gesamte Lebenserwartung anstreben. Wir müssen uns fragen: „Kann diese Restauration angepasst werden, wenn der Patient einmal nicht mehr in der Lage ist, sie zu reinigen?“ Häufig werden Be-

treffene nicht regelmäßig wieder einbestellt und kommen erst dann in die Praxis, wenn alles zu spät ist und sich die Bedingungen für die Behandlung deutlich verschlechtert haben.

McKenna: Wir arbeiten auch mit Ernährungsberatern zusammen. Gebrechliche ältere Patienten benötigen oft Nahrungsergänzungsmittel, die zwar den Allgemeinzustand verbessern, aber wegen ihres sehr hohen Zuckergehalts schädlich für das Restgebiss sind.

Janssens: Viele Patienten sind bereits gebrechlich, wenn sie in die Zahnarztpraxis kommen. Gebrechlichkeit begegnet uns auf unterschiedlichen Ebenen: physisch, sozial und psychisch. Und es handelt sich nicht um einen gleichförmigen Zustand – die Ausprägung kann von Tag zu Tag variieren.



Prävention braucht Support vom Gesetzgeber

Ich behandle an die Universitätskliniken überwiesene Patienten und arbeite damit in einer viel kontrollierteren Umgebung als in einem Pflegeheim. Diese Menschen sind in der Regel jünger und weniger gebrechlich als die Bewohner von Pflegeheimen. Doch auch hier leiden die meisten an Systemerkrankungen, die häufig auch Grund für ihre Einweisung sind. Viele meiner Patienten haben eine Krebsbehandlung hinter sich. Bei ihnen sehe ich häufig ein sehr schnelles Fortschreiten von Karies sowie Mundtrockenheit und Probleme bei der Mundöffnung. Derzeit bin ich auch an zwei Studien beteiligt, die sich mit der Ausbildung des Pflegepersonals in Sachen Mundgesundheit und Prävention in Pflegeheimen beschäftigen.

Aus eigener Erfahrung weiß ich, dass nachhaltige und wirksame Prävention eine echte Herausforderung ist. Meiner Meinung nach muss hier auch der Gesetzgeber aktiv werden, sonst wird es sehr schwierig, wirksame und sinnvolle Veränderungen durchzusetzen.

— Prof. Gerry McKenna

Welche Hilfsmittel und Materialien können beim Handling dieser Herausforderungen unterstützen?

McKenna: Das Wichtigste ist meiner Meinung nach die Prävention oraler Erkrankungen von Anfang an. Wurzelkaries kann sehr schwierig restaurativ zu behandeln sein. Ist sie erst einmal entstanden, kann sie sich sehr schnell zirkulär über die gesamte Wurzeloberfläche ausbreiten. Daher sollten begünstigende Faktoren identifiziert und nach Möglichkeit bekämpft werden. Bei Patienten mit Mundtrockenheit verwende ich gerne MI Paste Plus® von GC als Speichelergänzung. Sie hat den zusätzlichen Vorteil, dass sie kariesvorbeugend wirkt und die Austrocknung länger hinauszögert als die meisten Produkte. Außerdem empfinden die Patienten den milden Geschmack als sehr

angenehm, im Gegensatz zum üblichen Minzgeschmack, der für ältere Menschen mit Mundtrockenheit äußerst unangenehm sein kann. Eine weitere Maßnahme sollte die regelmäßige Behandlung freiliegender Wurzeloberflächen mit Fluoridlacken sein.

Janssens: Die Prävention hat heute einen viel höheren Stellenwert, daher „bohren“ wir viel weniger als früher. Wir verwenden mehr Silberdiaminfluorid und Fluoridlacke. Und selbst wenn bereits eine Kavitation vorhanden ist, behandeln wir sie nicht mehr wie früher (Abb. 1). Ich achte darauf, dass das Produkt, das ich bei Mundtrockenheit einsetze, einen günstigen pH-Wert hat, denn in vielen Produkten ist der pH-Wert zu niedrig. Außerdem gebe ich meinen Patienten nicht mehr als ein Produkt an die Hand,

damit sie den Überblick behalten. Ein Produkt, das auf mehreren Ebenen wirkt, ist manchmal besser als zwei oder drei Einzelprodukte.

McKenna: Wenn sich bereits Karies gebildet hat, sind Glasionomere und Glashybride bei Wurzelkaries viel effektiver als Komposite. Ich tendiere dabei zu den konventionellen Glasionomeren. Die moderneren, kunststoffmodifizierten Varianten sind zwar ansprechend und lassen sich durch die Lichthärtungsoption schnell verarbeiten, wenn man alles perfekt unter Kontrolle hat, aber die traditionellen Glasionomere „verzeihen“ mehr. Ich verwende EQUIA Forte™ HT von GC schon seit seiner Markteinführung.

Janssens: Auch ich bevorzuge die konventionellen Glasionomere und die Glashybride. Es ist angenehm, mit ihnen zu arbeiten, und sie sind in der Tat weniger techniksensitiv. Auch im Gerodent-Projekt haben wir EQUIA Forte HT vom ersten Tag an verwendet.

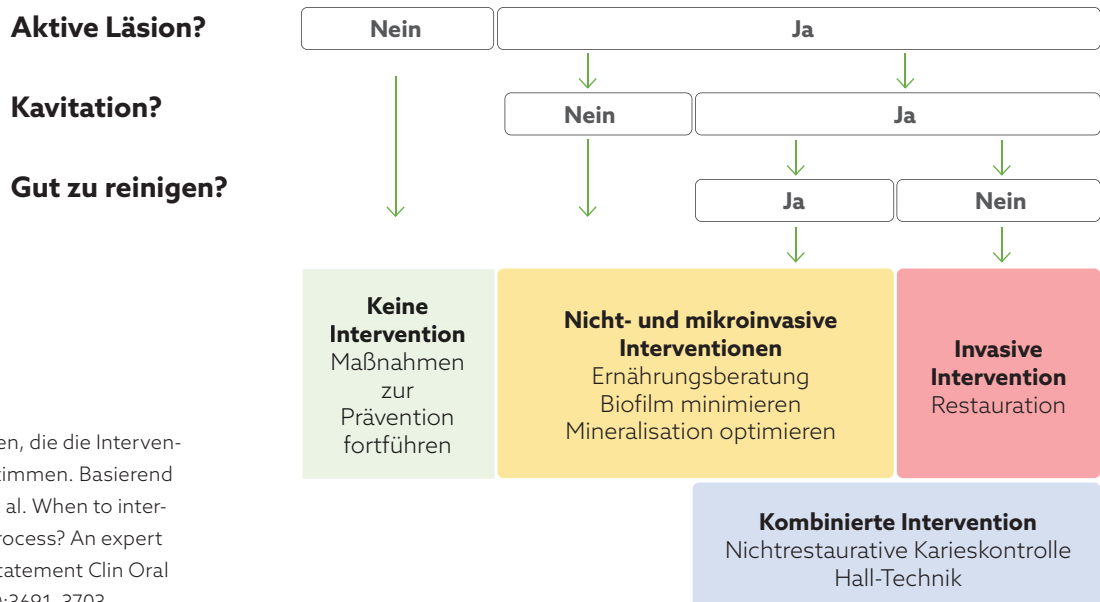


Abbildung 1: Faktoren, die die Interventionsschwellen bestimmen. Basierend auf: Schwendicke et al. When to intervene in the caries process? An expert Delphi consensus statement Clin Oral Investig, 2019;23(10):3691–3703.

Empfehlen Sie die selektive Kariesentfernung bei Wurzelkaries, und wie setzen Sie die Technik in der Praxis um? Haben Sie Empfehlungen, wann und wo man mit dem Exkavieren aufhören sollte?

McKenna: Die selektive Kariesentfernung ist sicher eine empfehlenswerte Maßnahme: Schmelz und Dentin sind wertvoll, daher sollten wir immer minimalinvasiv vorgehen. Ich persönlich verwende dabei keine Färbemittel, aber ich setze die atraumatische Restaurationstechnik (ART) bei älteren Patienten ein. Wir haben damit gute Erfahrungen gemacht.² Mit Handinstrumenten entferne ich infiziertes, weiches Dentin und lasse das pulpanahe, demineralisierte Dentin stehen.

Janssens: Wenn ich Menschen mit kognitiven Einschränkungen behandle, neige ich dazu, Handinstrumente zu verwenden und die Läsionen mit einem Glasionomer oder Glashybrid zu füllen. Die Patienten sind entspannter, und man kann die Gingiva schonender behandeln. Die Kavitätenränder sind hier weniger maßgeblich als bei okklusaler Karies. Manchmal ist es wirklich eine Ermessensfrage: Wir versuchen, intaktes Gewebe zu erhalten, aber an der Wurzeloberfläche sind die Grenzen nicht so klar wie im koronalen Zahnbereich.

Was sind Ihrer Meinung nach die Hauptursachen für die Zunahme der Wurzelkaries bei älteren Patienten?

Janssens: Ältere Patienten nehmen oft mehr einfache Kohlenhydrate zu sich und haben mehr freiliegende Wurzeloberflächen. Zusammen mit Polypharmazie und eingeschränkten manuellen Fähigkeiten ist dies ein gefährlicher Cocktail, der Wurzelkaries begünstigt.

McKenna: Ein weiterer Faktor ist komplexer Zahnersatz. Viele Patienten haben in jungen Jahren sehr attraktive, aber komplexe Versorgungen erhalten, die nicht leicht zu pflegen sind. Wenn die manuelle Geschicklichkeit nachlässt und ältere Patienten bei der Mundhygiene auf Hilfe angewiesen sind, kann dies zu ernsthaften Problemen führen.

* Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Anbietern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.

Was raten Sie Kollegen in Bezug auf die Behandlung von Wurzelkaries?

Janssens: Beginnen Sie früh genug mit der Prävention von Wurzelkaries, und versuchen Sie, an Ihren Patienten „dranzubleiben“, wenn sie nicht zur Nachsorge kommen. Wenn Sie Ihre Patienten aus den Augen verlieren, sehen Sie sie vielleicht erst fünf Jahre später mit ernsthaften Problemen wieder, die durch häufigere Kontrollen vermeidbar oder frühzeitig behandelbar gewesen wären.

McKenna: Ich möchte noch etwas hinzufügen: Seien Sie vorsichtig mit komplexen Restaurationen, die schwer zu reinigen sind und Wurzelkaries begünstigen können. Es gibt viele Fälle, in denen wir überlegen sollten, ob Zähne – insbesondere Molaren – überhaupt ersetzt werden müssen. Ein verkürzter Zahnbogen kann in dieser Bevölkerungsgruppe ein probates Mittel sein, um eine angemessene Funktion zu gewährleisten und gleichzeitig den Pflegeaufwand zu verringern. Wenn Sie Wurzelkaries behandeln müssen, entfernen Sie das Gewebe sehr selektiv, denn Zahngewebe ist wertvoll. Verwenden Sie bei Wurzelkaries Glasionomere oder Glashybride als Restaurationsmaterial, da sie bei dieser Art von Läsion wesentlich effektiver sind als Komposite. Stellen Sie stets sicher, dass ein Präventionsplan vorhanden ist.

„Wir müssen antizipieren, wo die Reise unserer Patienten hingehen könnte, und eine orale Situation schaffen, die Pflege und Reinigung möglich macht.“

— Prof. Gerry McKenna



GC Germany GmbH
Infos zum Unternehmen

1. <https://www.ugent.be/ge/dentistry/nl/diensten/gerodent>
2. da Mata C, McKenna G, Anweigi L, Hayes M, Cronin M, Woods N, O'Mahony D, Allen PF. An RCT of atraumatic restorative treatment for older adults: 5 year results. J Dent. 2019. Apr; 83:95-99.

ANZEIGE



Aus Liebe zur Lücke

Effektive Zahnpflege für ein gesundes Lächeln.

Jeder Mensch ist einzigartig, genau wie seine Interdentalräume. Daher bietet TePe für jede Lücke das passende Produkt.

Empfehlen Sie TePe für eine individuelle und effektive Zahnpflege – für nahezu 100 % saubere Zähne und ein gesundes Lächeln. So unterstützen Sie Ihre Patienten optimal bei ihrer täglichen Mundhygiene.



Kostenlose Webinare
rund um Mundgesundheit.
QR Code scannen &
entdecken.

