

Prävention in verschiedenen Phasen des Alterns

Eine bedarfsgerechte zahnmedizinische Versorgung sollte nicht enden, wenn unsere Patienten einem kontrollorientierten Besuchsmuster zu den Zahnarztpraxen nicht mehr nachkommen können. Aufgrund des demografischen Wandels sind Kenntnisse über Alterungsprozesse des Mundes und über den Mund hinaus unerlässlich, um neben den therapeutischen Maßnahmen lebenslang zahnmedizinische Prävention unter Berücksichtigung der jeweiligen Phasen des Alterns umsetzen zu können.

Priv.-Doz. Dr. med. dent. Sonja H. M. Derman, Marie Eckhardt, Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Greta Barbe

Dabei ist die Gruppe der alternden Menschen sehr heterogen: Der hier beschriebene Patient ist 94 Jahre alt, weist keine kognitiven Einschränkungen auf und ist unter Zuhilfenahme des Rollators noch recht mobil (Abb. 1 und 2). Auch wenn die Eigeneinschätzung eine andere ist, braucht auch er für eine adäquate häusliche Biofilmkontrolle Unterstützung (Abb. 3a–c). Im Unterschied dazu gibt es zum Teil mehrere Jahrzehnte jüngere Patienten, die eine Multimorbidität und/oder geriatrische Syndrome aufweisen. Somit ist die Heterogenität des Alterns weniger durch das chronologische Altern, sondern vielmehr durch die verschiedenartige Ausprägung von funktionellen und kognitiven Fähigkeiten charakterisiert.

In diesem Zusammenhang spielen chronische Erkrankungen, medizinische Akutereignisse (wie z.B. Schlaganfall), eine genetische Disposition und der Lebensstil (Ernährung, Sport, Rauchen) eine entscheidende Rolle.²

Warum ist zahnmedizinische Prävention auch im hohen Alter wichtig?

Die bisher erzielten Erfolge der präventiven Zahnmedizin in jüngeren Lebensaltern sind die reduzierten Prävalenzen von Karies, Parodontitis und Zahnlosigkeit in der Gesamtbevölkerung.³ Dennoch sind weiterhin rund 90% der älteren Senioren (75 Jahre und älter) und 75% der jüngeren Senioren (65–75 Jahre) an moderater oder schwerer Parodontitis erkrankt.³ Bei dieser hohen Krankheitslast entzündlicher Parodontopathien kommt erschwerend hinzu, dass die Mundhygienefähigkeit mit zunehmendem Alter stark abnimmt. Lediglich ein Drittel der über 85-Jährigen wird als mundhygienekompetent eingeschätzt.³ Zusätzlich weisen Senioren mit Pflegebedarf häufig ein beschwerdeorientiertes Besuchsmuster in der zahnärztlichen Praxis auf, wodurch keine regelmäßigen, geplanten Zahnarztkontakte mehr stattfinden.³

Im Kontext dieser altersassoziierten Veränderungen steigt das Risiko für Wurzelkaries, wo häufig noch die Mund-



© Autorinnen/Uni Köln

Abb. 1: 94-jähriger Patient, der halbjährlich zur Kontrolle erscheint, kognitiv leistungsfähig und mit Gehhilfe mobil ist. Dennoch weist er multiple für die zahnmedizinische Prävention relevante Diagnosen auf: Xerostomie, Polypharmazie und Einschränkungen in der Selbstpflege.



LUNOS®
VOR FREUDE STRAHLEN

MULTITALENT

Jetzt Einführungs-
angebote sichern!
duerrdental.com/mylunosduo

Flexibilität
während der
Behandlung

Zuverlässiger
Service

Düsen kompatibel
mit MyLunos®



Das neue MyLunos Duo® Kombigerät

- Supra- und subgingivale Prophylaxebehandlung mit Ultraschall und Pulverstrahl
- Permanenter Luftstrom zum Schutz vor Verblockung
- Schneller Pulverwechsel durch zwei Kammern
- Düsen kompatibel mit dem MyLunos® Pulver-Wasserstrahl-Handstück

Mehr unter www.lunos-dental.com



Video
MyLunos Duo®

**DÜRR
DENTAL**
DAS BESTE HAT SYSTEM

trockenheit als Nebenwirkung der Polypharmazie eine verstärkende Rolle spielt. So sind 19,6% der freiliegenden Wurzeloberflächen bei jüngeren Senioren kariös oder gefüllt.³ Ergänzt werden müssen diese altersassoziierten Veränderungen noch um Symptome systemischer Erkrankungen, die sich oral manifestieren: Die Cheilitis angularis – hervorgerufen u. a. durch Eisen- und Vitamin-B-Mangel – verursacht regelmäßig Schmerzen bei der Nahrungsaufnahme, speziell bei sauren Speisen wie Obst. Neben den bekannten bidirektionalen Einflüssen zwischen Parodontitis und Diabetes neigen Patienten mit Diabetes mellitus vermehrt zu schlechter Wundheilung mit Schmerzen, Ulzerationen und Reizfibromen.^{4,5} Diese exemplarischen Beispiele können zu einer verminderten Nahrungsaufnahme und schlimmstenfalls zu einer kompletten Nahrungsverweigerung führen.⁶ Und damit ist noch nicht der Zenit des Einflusses einer erkrankten Mundhöhle ohne adäquate Mundhygiene auf pflegebedürftige Patienten erreicht: Die häufigste infektiöse Todesursache ab dem 65. Lebensjahr und die häufigste Infektion in stationären Pflegeeinrichtungen ist die Pneumonie.⁷ Eine Form ist die Aspirationspneumonie, für die unzureichende Mund- und Prothesenhygiene, insbesondere in Verbindung mit einer häufig bestehenden Dysphagie, als Risikofaktoren bekannt sind.^{7,8} Die Parodontitis scheint hierbei auf den ersten Blick eine nachrangige Rolle zu spielen.⁸ In der Konsequenz zeigt sich hier die Notwendigkeit, die Mundgesundheit bis ans Lebensende und in jeder Lebensphase nach Möglichkeit stabil und blande zu erhalten. „Prävention bis ans Lebensende“ bedeutet weniger die Erhaltung einer wiederhergestellten kompletten Mundgesundheit, sondern das Erreichen und der Erhalt einer oralen Situation, die pflegebedürftige Patienten nicht weiter in ihrer Lebensqualität einschränkt und kein Risiko für die Allgemeingesundheit birgt.

Was zeichnet gute lebenslange Prävention aus?

Neben der Verhinderung von Krankheiten, wie epidemiologisch messbar geringere Prävalenzen von Parodontitis und

Karies, zeichnet sich gute Prävention im höheren Alter besonders durch eine gesteigerte Mundgesundheitskompetenz und Selbstwirksamkeit (bei Patienten) und Fremdwirksamkeit (durch das Unterstützungsumfeld) aus. Vorrangige Ziele sind hier die Wiederetablierung eines kontrollorientierten Versorgungsmusters, das Bewusstsein für die tägliche Mundhygiene, die fachgerechte Auswahl von Hilfsmitteln sowie deren regelmäßige Anwendung – mit und ohne Unterstützung.⁹ Grundlage für ein bedarfsorientiertes Präventionskonzept sind die regelmäßige ausführliche Anamnese, die ein umfassendes Gesamtbild der Patienten ermöglicht. Dazu gehören obligat die Feststellung von chronischen Erkrankungen, Medikamenteneinnahme und Polypharmazie (Einnahme von fünf Medikamenten oder mehr), Mundtrockenheit, die Abfrage von Pflegegrad oder Eingliederungshilfe (n. § 22a SGB V) sowie gesundheitliche (z. B. Schlaganfall) oder funktionelle und soziale Veränderungen (z. B. Todesfall im Umfeld).¹⁰ Da die Inanspruchnahme zahnärztlicher Versorgungsleistungen im Alter sinkt, ist die aktive Organisation und Einbindung in einen regelmäßigen Recall und Kontrollen (z. B. durch direkte Vergabe von Folgeterminen oder Erinnerung vor dem Termin) notwendig.³ Hier sollten Wege für neue Routinen etabliert werden.

Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedarf

Seit 2018 haben Pflegebedürftige und Menschen, die Eingliederungshilfe beziehen, Anspruch auf die zahnärztlichen Leistungen 174a, 174b und 107a zur Verhütung von Zahnerkrankungen (§ 22a SGB V). Sie umfassen die halbjährliche Erstellung eines Mundgesundheitsstatus und -plans (174a) sowie eine Mundgesundheitsaufklärung (174b) und Zahnsteinentfernung (107a) – also reine präventive Leistungen. Der Mundgesundheitsplan sowie die Aufklärung ist an die versicherte, Pflege- oder Unterstützungsperson gerichtet. Durch konkrete, individualisierte Maßnahmen sollen die Mundpflege und die Mundhygienesituation verbessert werden (Abb. 4).¹¹



Abb. 2: Orale Versorgungssituation dieses Patienten: Im Oberkiefer seit mehr als zehn Jahren eine Totalprothese, mehrfach unterfüttert. Im Unterkiefer beidseitig verkürzte Zahnreihe, im 4. Quadranten bis vor Kurzem Brücke 44-45-046-47. Aufgrund einer großflächigen und unterminierenden Wurzelkaries wurde 47 vor zwei Monaten extrahiert, die Brücke distal 45 getrennt. Der Patient berichtet, dass ihn die verkürzte Zahnreihe beim Essen kaum einschränkt.



Abb. 3a–c: Relativ guter Pflegezustand der Totalprothese: keine weichen Beläge, lediglich Zahnstein an den Prothesenzähnen im Bereich der Speichelausführungsgänge. Trotz anderer Eigeneinschätzung ist der Patient nicht in der Lage, die Prothesenhygiene optimal auszuführen.

Kooperationsverträge

Um eine zahnmedizinische Behandlung und Prävention der vollstationär in Pflegeheimen lebenden Senioren zu ermöglichen, stehen Kooperationsverträge nach § 119b Abs. 1 SGB V zur Verfügung. Sie haben das Ziel, Pflegeeinrichtungen und Vertragszahnärzte optimal zu vernetzen und die zahnmedizinische Versorgung sicherzustellen. So sollen

zahnmedizinische Erkrankungen behandelt, aber vor allem durch regelmäßige Kontrollen vermieden werden.^{12, 13}

Für pflegebedürftige Senioren, die zu Hause leben und die zahnärztliche Praxis nicht mehr aufsuchen können, ist der Zugang zu zahnmedizinischer Versorgung erschwert. Regelmäßige Hausbesuche sind aktuell weder ein üblicher Bestandteil des zahnmedizinischen Berufsbilds noch mit einem aufwandsentsprechenden Honorar vergütet.¹⁴

Anzeige

Die optimierte Aminomed – durch klinische Studien bestätigt



**OHNE
TITANDIOXID**

Die weiterentwickelte Formulierung der medizinischen Kamillenblüten-Zahncreme ist jetzt noch empfehlenswerter für **Sensitiv-Patienten und bei erhöhtem Parodontitis-Risiko:**

- ✓ einzigartiges Doppel-Fluorid-System mit erhöhtem Fluoridanteil (1.450 ppmF)
- ✓ ohne Titandioxid – so werden die natürlichen Inhaltsstoffe wie z. B. Kamillenextrakte sichtbar
- ✓ noch sanftere Zahnpflege (RDA 31)² bei sehr guter Plaqueentfernung
- ✓ für die bestmögliche Mundpflege bei gereiztem Zahnfleisch und empfindlichen Zähnen / empfindlicher Mundschleimhaut

Wirksamkeit bestätigt durch zahnmedizinische Untersuchungen und klinische Studien

68,5 %

Senkung des Gingiva-Index nach 4 Wochen¹

54,1 %

weniger Schmerzempfindlichkeit bereits nach 7 Tagen¹

56,9 %

Senkung des Plaque-Index nach 4 Wochen¹



Dr. Liebe Nachf. GmbH & Co. KG
D-70746 Leinfelden-Echterdingen
www.aminomed.de/zahnaerzte

¹ Klinische Anwendungsstudie unter dermatologischer und zahnmedizinischer Kontrolle, durchgeführt von dermatest 01/2021
² Messmethode „Zürcher Modell“; Aminomed bisher: RDA 50

Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen
(auch als Beitrag zum Pflegeplan sowie für die vertragszahnärztliche Dokumentation)

Vorname, Nachname		Ausgehändigt an	Datum der Untersuchung
Status			
Befund/Versorgung			
Oberkiefer		rechts	links
Totalprothese ☐			
Teilprothese ☐			
Beläge rechts ☐			
Beläge links ☐			
Unterkiefer			
Totalprothese ☐			
Teilprothese ☐			
Beläge rechts ☐		rechts	links
Beläge links ☐		Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein	
Zustand Pflege			
Zähne		☐	☐
Schleimhaut/ Zunge/Zahnfleisch		☐	☐
Zahnersatz		☐	☐
Mundgesundheitsplan			
Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege			
Keine ☐ Teilweise ☐ Vollständig ☐			
Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen*			
Zähne reinigen (2-mal am Tag) ☐			
Bürste Hand ☐			
Bürste elektrisch ☐			
Dreikopfbürste ☐			
Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag) ☐			
Fluoridgel (1-mal je Woche) ☐			
Zahnzwischenräume reinigen (1-mal am Tag) ☐			
Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag) ☐			
Zunge reinigen (1-mal am Tag) ☐			
Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag) ☐			
Speichelfluss fördern ☐			
Spüllösung _____ -mal am Tag			
Ernährung _____			
Sonstiges _____			
Behandlungsbedarf			
Füllung ☐			
Zahnfleisch/Mundschleimhaut ☐			
Zahntentfernung ☐			
Zahnersatz ☐			
Sonstiges ☐			
Koordination			
Rücksprache Zahnarzt erforderlich mit			
Patient ☐ Rechtl. Betreuer ☐			
Angehörige ☐ Hausarzt ☐			
Pflege-/Unterstützungspers. ☐ Anderer Zahnarzt ☐			
Apotheker ☐			
Sonstige _____			
Wo soll Behandlung erfolgen			
Zahnarztpraxis ☐			
Pflegeeinrichtung ☐			
Anderorts ☐			
Behandlung in Narkose ☐			
Krankentfahrt/-transport erforderlich ☐			
Behandlungseinswilligung ist erfolgt			
Ja ☐ Nein ☐			
Besonderheiten/Anmerkungen			

Unterschrift Zahnarzt _____			

* Empfehlung zur effektiven und effizienten Umsetzung. Bestehende Regelungen zur Kostentragung der Maßnahmen bleiben unberührt

4 © KZBV



Abb. 4: Mundgesundheitsstatus und Mundgesundheitsplan 174a nach § 22a SGB V in laienverständlicher Sprache. Der Plan gliedert sich in die drei Säulen „Status“ mit Angaben zum Erhaltungszustand der Zähne und/oder der Prothesen, „Mundgesundheitsplan“ mit empfohlenen Mundhygienemaßnahmen und Behandlungsbedarf sowie „Koordination“ für organisatorische Zuständigkeiten. – **Abb. 5:** Fremdputzen am Waschbecken und im Krankentbett.¹

Altersgerechte Prävention praktisch umgesetzt

Bei der Optimierung der täglichen Mundhygiene ist es wichtig, lebenslang erlernte Muster nicht vollständig ändern zu wollen, sondern wenn notwendig, eher schrittweise zu verbessern und den Fokus auf ein systematisches Vorgehen zu legen, das alle Zahnflächen miteinbezieht. Idealerweise erfolgt in bedarfsadaptierten Intervallen eine wiederholende theoretische und praktische Instruktion der Patienten und der Unterstützungspersonen. Eine Aufklärung und bedarfsgerechte Implementierung über die effektive Anwendung von Hilfsmitteln, die bei motorischen Einschränkungen unterstützend wirken können (z. B. Griffhilfen, Drei-Kopf-Bürsten), kann helfen.¹⁵ Von entscheidender Bedeutung ist die regelmäßige und systematische Reinigung der Zähne, der Mundhöhle und der Prothese.

Das Zähneputzen bei anderen ist nicht trivial, hierbei sind viele Dinge zu beachten (z. B. Ergonomie des Putzers, Stabilisierung des Kopfes, Dysphagiegefahr; Abb. 5). Wenn es die Gegebenheiten zulassen, können zusätzlich täglich Zahnzwischenraumpflege (durch Größenangepasste Interdentalbürsten) und eine Zungenreinigung durchgeführt werden.^{15, 16}

Gerade im Hinblick auf die hohe Prävalenz von Mundtrockenheit können bei Patienten mit defizitärer Mundhygiene und freiliegenden Wurzeloberflächen hochkonzentrierte Fluorid-Präparate in Form von hochdosierter Zahnpasta (Duraphat 5.000 ppm auf Rezept), Gele oder Lacke sinnvoll sein. Hierbei sollte auf eine milde Aromatisierung und möglichst neutrale pH-Werte geachtet werden.^{17, 18}

Schulungsmaterialien

Auf der Internetseite der Bundeszahnärztekammer stehen das *Handbuch für Mundhygiene* für Pflegefachpersonen oder Unterstützungspersonen sowie Broschüren, Infokärtchen und Patienteninformation in einfacher Sprache zur Verfügung.¹⁹ Speziell für Pflegefachpersonen wurde 2023 der *Expertenstandard Förderung der Mundgesundheit in der Pflege* durch das Deutsche Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) herausgegeben. Dort ist sowohl für die Lang- und Kurzzeitpflege z. B. im Rahmen von stationären Behandlungen die optimale Mundhygieneversorgung detailliert beschrieben. Ebenso sind wertvolle Hinweise für zahnärztliche Praxisteams zu finden.²⁰ Zuletzt bietet die digitale Lernplattform www.mund-pflege.net zahlreiche Informationen und Lernvideos mit konkreten Anleitungen (z. B. unterstützte Mundhygiene und Fremdputzen).¹

Patientensicht

Der Wunsch der Patienten bezüglich der Mundpflege im Alter scheint vor allem der Erhalt von Unabhängigkeit und Selbstbestimmung zu sein.^{21, 22} Fremdputzen wird häufig erst bei vollständig notwendiger Körperpflege und damit einhergehender Abhängigkeit akzeptiert.²¹ Ohne professionelle Benennung von sich entwickelnden Problemen im Hinblick auf die Mundhygienefähigkeit fehlt oftmals die Wahrnehmung für ebendiese Problematik. Das wiederum führt zu Zweifeln an der Notwendigkeit einer Mundpflege durch Angehörige. Jedoch sollten gerade diese sich anbahnenden,

zuerst schleichenden Defizite frühzeitig erkannt und adressiert werden. Sowohl Patienten als auch die Unterstützungspersonen sollten frühzeitig sensibilisiert werden, dass zunehmender Unterstützungsbedarf eintreten kann und wird, und was die Konsequenzen im Hinblick auf Mundhygiene und Mundgesundheit sowie damit verbundene Lebensqualitätsreduktion sein können.²²

Ausblick

Die lebenslange zahnmedizinische Prävention mögen manche als unerreichbare Utopie abtun. Realistischerweise gilt es, noch viele Hürden zu überwinden: politische, strukturelle und finanzielle. Durch die mit der demografischen Entwicklung eingetretene Morbiditätsverschiebung von Erkrankungen ins höhere Lebensalter sollte auch die zahnmedizinische präventionsorientierte Betreuung diesem Bedarf folgen. Auch wenn dieses Bewusstsein und die flächendeckende Umsetzung sicher noch etwas Zeit benötigen werden: Dieser Nutzen wird sowohl für unsere Patienten wie für uns selbst nicht abstrakt bleiben. Wir werden gemeinsam mit unseren Patienten persönlich als Hochbetagte davon profitieren, welche Wege wir jetzt ebnen und etablieren.

kontakt.

Priv.-Doz. Dr. med. dent. Sonja H. M. Derman
Oberärztin, Leitung Parodontologie
Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie,
Universitätsklinik Köln
Kerpener Straße 32 · 50931 Köln

Sonja
Derman
[Infos zur
Autorin]



Greta Barbe
[Infos zur
Autorin]



Marie
Eckhardt
[Infos zur
Autorin]



Literatur



mundpflege.net



Anzeige

Medizinische Exklusiv-Zahncreme mit Natur-Perl-System

Hocheffektiv und ultrasanft – die neue Pearls & Dents

Jetzt weiter optimiert:

- **ohne Titandioxid: Natürlichkeit, die man sehen kann**
- **hocheffektive Reinigung: 86,6 % weniger Plaque¹**
- **ultrasanfte Zahnpflege: RDA 28²**
- **optimaler Kariesschutz mit**
■ Doppel-Fluorid-System 1.450 ppmF
- **100 % biologisch abbaubares**
■ Natur-Perl-System



Besonders geeignet

- **bei erhöhter Belagsbildung (Kaffee, Tee, Nikotin, Rotwein) und für Spangenträger**



Dr. Liebe Nachf. GmbH & Co. KG
D-70746 Leinfelden-Echterdingen
www.pearls-dents.de/zahnaerzte