

Dirk Ziebolz, Sylvia Fresmann

Parodontologie und Prävention bei älteren Patienten unter Berücksichtigung individueller Behandlungskonzepte

Der „Demografische Wandel“, mit der stetig ansteigenden Zahl älterer Menschen, stellt eine Herausforderung an die Prävention und Therapie von Parodontalerkrankungen in der zahnärztlichen Praxis dar. Durch die steigende Anzahl eigener Zähne ist insbesondere bei den Senioren eine Zunahme des parodontalen Behandlungsbedarfs zu beobachten.

Unabhängig vom Alter können Patienten aller Altersgruppen erfolgreich parodontal behandelt werden. Dabei sollte die Parodontitisbehandlung stets im Sinne einer systematischen Parodontitistherapie erfolgen. Die Nachhaltigkeit eines stabilen Therapieerfolgs sowie die Prävention von Neuerkrankungen hängen dabei in hohem Maße von regelmäßiger, bedarfsorientierter Nachsorge und einer guten Mundhygiene ab.

Was heißt das für Zahnärzte in der Parodontitistherapie und Prävention „älterer“ Patienten? Dieser Beitrag soll diese Frage aufgreifen und einen Überblick über individuelle Behandlungskonzepte in der systematischen Parodontitistherapie bis ins hohe Alter aufzeigen.

Hintergrund

Mit den Fortschritten der modernen Medizin und der dadurch bedingten höheren Lebenserwartung kommt es auch zu einer Veränderung des Patientenkontexts in der zahnärztlichen Praxis. Schon heute ist fast die Hälfte der Bevölkerung über 50 Jahre und damit beinahe auch jeder zweite Patient in der zahnärztlichen Praxis.¹⁶ Für das Jahr 2050 lässt die demografische Entwicklung der Bundesrepublik Deutschland erwarten, dass nahezu jeder dritte Deutsche über 60 Jahre alt sein wird.

Die Zunahme des Anteils älterer Menschen erfordert auf Seiten des Zahnarztes allgemeinmedizinische Grundkenntnisse und das Verständnis für mögliche Auswirkungen allgemeiner gesundheitlicher Probleme auf die Mundgesundheit. Zudem sind Kenntnisse über altersbedingte biologische und pathologische Veränderungen oraler Strukturen notwendig. Entsprechend bedarf es insbesondere in der Gruppe der Senioren, aufgrund ihrer allgemeinmedizinischen Erkrankungen und begleitender Medikamenteneinnahme, einer besonderen Fürsorge und Anpassung der Behandlung. Dafür muss der Zahnarzt über die Krankheiten seiner Patienten informiert sein. Die Erfassung des allgemeinmedizinischen Zustands, wie dem Vorliegen einer oder auch mehrerer Allgemeinerkrankungen und der Medikamenten-

einnahme, nimmt dabei eine zentrale Rolle ein.¹⁸

Darüber hinaus ist in der Altersgruppe der 65–74-Jährigen und der zukünftigen Generation 50+ (jetzt 35–44 Jahre alt) ein erhöhtes Vorkommen parodontaler Erkrankungen festzustellen. So zeigen die Daten der Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS-IV) aus 2005, dass in der Altersgruppe der 65–74-Jährigen mit der Zunahme noch vorhandener eigener Zähne (1997: 14,2; 2005: 17,6) die Prävalenz von mittelschweren bis schweren Parodontitiden (87,8 %) steigt.¹⁴

Dabei sind mit steigendem Alter, neben einem zunehmenden Karies- und Parodontitisrisiko, eine Vielzahl von individuellen Faktoren in der Behandlungsplanung zu berücksichtigen; dazu gehören u. a. eine veränderte Psyche und Feinmotorik sowie der allgemeine Gesundheitszustand bis hin zur Multimorbidität. Nitschke et al. (2012) empfehlen daher eine Einordnung der Patienten nach Belastbarkeitsstufen entsprechend ihrer zahnmedizinischen funktionellen Kapazität (Tab. 1).¹⁵ Daneben können eine Vielzahl von Medikamenten, wie z. B. durch Diuretika, Zytostatika, Blutdruckmedikamente, Psychopharmaka sowie Anti-Parkinson-Mittel, eine ausgeprägte Xerostomie bedingen.⁸ Dadurch bedingt kann es zu einer steigenden Anfälligkeit für Karies, insbesondere Wurzelkaries,

Tab. 1 Einteilung der Patienten nach ihrer zahnmedizinischen funktionellen Kapazität (nach Nitschke et al. 2012).¹⁵

Belastbarkeitsstufe	Therapie	Mundhygiene	Eigenverantwortlichkeit
1	normal	normal	normal
2	leicht reduziert	leicht reduziert	normal
3	stark reduziert	stark reduziert	reduziert
4	keine	keine	keine

Parodontitis und Candida-Infektionen kommen. Darüber hinaus ist die Regenerationsfähigkeit der Strukturen häufig verlangsamt.

Damit auch im fortgeschrittenen Alter die Vorteile eines funktionsfähigen und gesunden Gebisses erhalten werden können, muss diesen Problemen mit individuell-abgestimmten, risikoorientierten sowie altersgerechten Behandlungskonzepten begegnet werden.¹⁹

Individualisierte Behandlungskonzepte

In Abhängigkeit vom Alter, der Selbstständig- und/oder Pflegebedürftigkeit und unter Berücksichtigung eines individuellen Optimums für den Patienten ist stets abzuwägen, in wieweit ein präventives oder ein „kuratives“ Behandlungskonzept umgesetzt werden kann und ob ein langfristiger Erfolg zu erwarten ist. Entsprechend muss eine individuell abgestimmte Behandlungsstrategie festgelegt werden. Dabei gewinnt die präventiv orientierte zahnmedizinische Betreuung von Patienten in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung.^{18,19} Dies gilt für alle Altersgruppen gleichermaßen. Eine frühstmögliche Sensibilisierung und Aufklärung zur geeigneten häuslichen Mundhygiene als auch Wahrnehmung professioneller Präventionsmaßnahmen (PZR) können den langfristigen Erfolg positiv beeinflussen (Compliance-Steigerung).

Neben einer frühzeitigen Diagnostik von Karies, Gingivitis und Parodontitis und Einleitung entsprechender therapeutischer Maßnahmen, sind vor allem gezielte Präventionsmaßnahmen, und hierbei besonders die regelmäßig durchgeführte professionelle Zahnreinigung (PZR) notwendig, um Neuerkrankungen bzw. das Fortschreiten bestehender Erkrankungen zu vermeiden.¹⁻³ Die Nachhaltigkeit eines stabilen Therapieerfolgs sowie die Prävention von Neuerkrankungen hängen dabei in hohem Maße von regelmäßiger, bedarfsorientierter Nachsorge und einer guten Mundhygiene (Compliance) ab, ggf. unter Anwendung oraler Antisepatika.

Bei diagnostizierten Parodontopathien ist eine systematische Parodontitisbehandlung erforderlich; der unterstützenden Parodontistherapie (UPT: Mundhygienekontrolle, Remotivation, professionelle Zahnreinigung) wird dabei eine besondere Bedeutung beigemessen.³ Der positive Effekt der Erhaltungstherapie gilt heute als nachhaltig und wissenschaftlich belegt.^{3,7,9,10,20} Eine verminderte Kariesinzidenz, weniger Zahnverlust und stabile parodontale Verhältnisse sind langfristige Erfolge.

Die Erhaltungstherapie ist ein Leben lang auch bis ins hohe Alter durchzuführen. Sie sollte stets unter Beurteilung möglicher Risikofaktoren individuell und risikoorientiert erfolgen. Hierfür sollten patientenbezogene Faktoren und zahnbezogene Parame-

ter herangezogen werden.¹² Die Compliance der Patienten, Bereitschaft und Erkennen der Notwendigkeit einer eigenen „guten“ häuslichen Mundhygiene sowie der professionellen Unterstützung durch das zahnärztliche Team, ist eine elementare Grundvoraussetzung. Dabei ist mit steigendem Lebensalter zu berücksichtigen, dass die manuellen Fertigkeiten und die visuellen Fähigkeiten nachlassen und dadurch die häusliche Mundhygiene erschwert ist. Aufgrund der Diversität altersbedingter Problemstellungen bedarf es daher individueller und geeigneter Behandlungs- und Erhaltungsstrategien in dieser Patientengruppe (Senioren) (Tab. 2).¹⁹

Die systematische Parodontistherapie

Das oberste Ziel einer Parodontistherapie ist, die ökologische Nische (Zahnfleischtasche) der potenziell parodontopathogenen Bakterien zu beseitigen. Neben der Infektionskontrolle soll eine Reparatur und Regeneration der durch die chronische Entzündung verlorenen Gewebe erzielt werden.⁶ Zentrale Eckpunkte zur Beurteilung des Therapieerfolgs sind dabei: die Reduktion der Entzündung, die Reduktion der Taschentiefen und -aktivität, eine Stabilisierung parodontaler Verhältnisse sowie die Stagnation des Attachmentverlusts, ggf. in Einzelfällen auch ein Attachmentgewinn. Wird die parodontale Therapie unterlassen, ist der Zahnverlust deutlich erhöht und der Langzeiterfolg von konservierenden und prothetischen Restaurationen (Füllungen, Kronen, Brücken) ungünstiger.¹

Die einfachste Form der Biofilmentfernung ist eine intensive und effiziente häusliche Mundhygiene; ihr Nutzen ist in der Parodontologie hinlänglich belegt. Daraus ergibt sich, dass eine optimale häusliche Mundhygiene für die

Tab. 2 Altersbedingte Problemstellungen bei Senioren im Alter von 60–70, 70–80 und ab 80 Jahren: Einteilung nach Altersgruppe, der Allgemeinsituation und Konsequenz der zahnärztlichen Prävention.*

Altersgruppe	Situation	Konsequenzen
Patienten im Alter von 60–70 Jahren	<p>Allgemein:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● i.d.R. noch sehr aktive, qualitätsorientierte, gut informierte und gesundheitsbewusste Patientengruppe ● erste kognitive und feinmotorische Beeinträchtigung möglich <p>Zahnmedizinisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● für Prophylaxe und ästhetische Maßnahmen gut erreichbar ● zunehmend festsitzender Zahnersatz ● Implantate ● parodontale Vorerkrankung (Attachmentverlust) ● Wurzelkaries <p>Bezeichnung auch als:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● „Best Ager“ ● „Silver Ager“ ● „Generation Gold“ ● „Generation 50 plus“ 	<ul style="list-style-type: none"> ● konsequente, risikoorientierte Nachsorge (1–4-mal pro Jahr) ● Dokumentation der Mundhygieneindizes ● individuelles Risikoprofil ● professionelle Zahnreinigung ● Zungenreinigung ● lokale Fluoridierung ● ggf. Kontrolle der Speichelparameter ● individuelle Information/Motivation/Remotivation ● Ernährungshinweise ● ggf. Raucherentwöhnung ● Instruktionen zum effektiven Gebrauch von Mundpflegeprodukten ● ggf. Rücksprache mit Hausarzt!
Patienten im Alter von 70–80 Jahren	<p>Allgemein:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● in der Übergangsphase zwischen gesund und gebrechlich ● Auftreten erster Beschwerden, teilweise Pflegebedürftigkeit ● teilweise Beeinträchtigungen der Lebensqualität ● mögliche kognitive und feinmotorische Beeinträchtigungen ● Motivationsstörungen möglich <p>Zahnmedizinisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● (Teil-)Prothesenträger ● häufige Teilbezahnung ● Informationsdefizite ● parodontale Vorerkrankung (Attachmentverlust) ● Mundtrockenheit ● Wurzelkaries 	<ul style="list-style-type: none"> ● konsequente, risikoorientierte Nachsorge (1–4-mal pro Jahr) ● Dokumentation der Mundhygieneindizes ● individuelles Risikoprofil ● professionelle Zahnreinigung ● Zungenreinigung ● lokale Fluoridierung ● Kontrolle der Speichelparameter ● individuelle Information/Motivation/Remotivation ● Ernährungshinweise ● ggf. Raucherentwöhnung ● Instruktionen zum effektiven Gebrauch von altersgerechten Mundpflegeprodukten ● Einbeziehung von Angehörigen ● ggf. Rücksprache mit dem Hausarzt
Patienten im Alter ab 80 Jahren	<p>Allgemein:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● i. d.R. bereits stark im Tagesablauf eingeschränkt ● weitere Einschränkungen durch schwerwiegende Erkrankungen möglich (Herzkrankungen, Schlaganfall, Demenz etc.) ● häufig bereits pflegebedürftig <p>Zahnmedizinisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● parodontale Vorerkrankung (Attachmentverlust) ● Mundtrockenheit ● Wurzelkaries ● selbstständige Mundhygiene gar nicht oder nur eingeschränkt möglich 	<ul style="list-style-type: none"> ● mobile Hilfe im Altenheim ● professionelle Zahnreinigung, Prothesenreinigung ● Zungenreinigung ● lokale Fluoridierung ● Kontrolle der Speichelparameter ● altersgerechte Kommunikation/Information/Motivation/Remotivation ● Ernährungshinweise ● Hinweise und Instruktionen zum effektiven Gebrauch von altersgerechten Mundpflegeprodukten ● Einsatz von Sprays und Mundspüllösungen ● Einbeziehung von Angehörigen und Pflegepersonal, ggf. Unterweisung in Mundpflegetechniken ● ggf. Rücksprache mit dem Hausarzt

*Ausnahmen sind in allen Altersgruppen zu erwarten, ebenso altersgruppenübergreifende Probleme.



Tab. 3 Risikoprofile der Patienten unter Wechselbeziehungen von Allgemeinerkrankungen und Mundgesundheit.

Risiko-Profil I Infektionspatient	Risiko-Profil II Infektionsgefährdete Patienten	Risiko-Profil III Risikofaktoren für orale Erkrankungen	Risiko-Profil IV allgemeingesundheitliches Risiko
HIV/AIDS	Endokarditis	Rauchen	Diabetes mellitus
Hepatitis (A-D)	Organtransplantierte	Diabetes mellitus	koronare Herzerkrankungen
Tuberkulose	instabiler Diabetes mellitus	Autoimmunerkrankungen	rheumatische Erkrankungen
	Immunsupprimierte (z. B. rheumatoide Arthritis)	Medikamente	Depression
	Endoprothesenträger	Stress	Demenz/Alzheimer
	u. a.	Lebensgewohnheiten	u. a.

Nachhaltigkeit des Therapieerfolgs in allen Altersgruppen unumgänglich ist. Bei manifesten Parodontopathien ist jedoch die alleinige Optimierung der individuellen Mundhygiene nicht ausreichend. Im Rahmen einer systematischen Behandlungsabfolge werden zunächst die Mundhygiene des Patienten optimiert, Reizfaktoren beseitigt und pathogene Biofilme professionell entfernt (Hygienephase); es schließen sich das subgingivale Debridement (Scaling and Root Planing) sowie ggf. korrektive Maßnahmen an, die abschließend in die (bedarfsorientiert) regelmäßig durchzuführende unterstützende Parodontitistherapie (UPT) mündet; mit dem Ziel, das erreichte Behandlungsergebnis langfristig aufrecht zu erhalten.

Hierbei werden in individuell festgelegten Intervallen die Compliance des Patienten gefördert und die professionelle Zahnreinigung durch gut geschultes Assistenzpersonal auf hohem Niveau durchgeführt.^{3,12}

Nachfolgend werden die einzelnen Phasen der systematischen Parodontitistherapie kurz dargestellt.

Parodontale Eingangsuntersuchung und Anamnese

Eine Anamneseerhebung zur Erfassung des allgemeinen Gesundheitszustands

sollte jedem zahnärztlichem Handeln vorausgehen und rekurrend aktualisiert werden. Sie ist zur Absicherung der Diagnose und zur Einschätzung der Prognose unverzichtbar. Hierbei gilt es Risikopatienten auf verschiedenen Ebenen zu identifizieren und die weitere Behandlungsplanung darauf abzustimmen (Tab. 3).

Vor dem Hintergrund dieser Kenntnisse ist es unerlässlich, durch eine intensive Befragung des Patienten möglichst genaue Informationen über Vorerkrankungen, derzeitiges Gesundheitsbefinden, Umfeldeinflüsse sowie persönliches Gesundheitsverhalten zu erlangen. Insbesondere ältere Patienten müssen häufig aufgrund bestehender (Allgemein-) Erkrankungen als Risikopatienten eingestuft werden. Herzerkrankungen, Blutgerinnungsstörungen (Gerinnungsstatus: Quick oder INR-Wert), Diabetes mellitus (HbA1c), Nierenerkrankungen, Immunerkrankungen aber auch Altersdepressionen sind beispielsweise zwingend zu Beginn der Behandlung bei Neupatienten zu erfassen. Nachfolgend ist regelmäßig eine Aktualisierung und Überprüfung in Kontrolluntersuchungen sowie bei den Präventionssitzungen vorzunehmen.

Die konsequente Nachfrage nach veränderter Medikation und zwi-

schenzeitlich eingetretenen Allgemeinerkrankungen ermöglicht eine zielgerichtete Behandlungsplanung; ggf. sollten hierbei eine Medikamentenliste vom Hausarzt und/oder Patientenpässe erbeten werden. Dadurch können Risiken für Nachblutungen und mögliche Bakteriämie minimiert werden. In Einzelfällen ist eine weitere Abklärung mit dem behandelnden Hausarzt herbeizuführen, z. B. der Notwendigkeit einer antibiotischen Abschirmung.

Zudem sollten Lebensgewohnheiten, wie Rauchverhalten, Alkoholkonsum und ggf. Ernährungsverhalten, erfragt werden. Darüber hinaus kann eine spezielle zahnmedizinische Anamnese tangierend vorliegende orale Beschwerden sowie Krankheitsverläufe eruieren.

Im Weiteren wird im Rahmen der Eingangs- bzw. Kontrolluntersuchung neben einer Mundschleimhautinspektion und dem zahnärztlichem Befund, die parodontale Ausgangssituation erfasst. Hierfür steht der Parodontale-Screening-Index (PSI) zur Verfügung (Abb. 1); er liefert umfangreiche Informationen über den Zustand des Zahnhalteapparates und erlaubt eine schnelle und umfassende Beurteilung der parodontalen Situation sowie eine Ableitung des parodontalen Behandlungsbedarfs.^{13,17}

Initialtherapie – Reevaluation und ggf. Korrektivtherapie

In der Hygienephase werden alle lokalen Reizfaktoren (Zahnstein, überstehende Füllungsänder) beseitigt und optimale Mundhygieneverhältnisse geschaffen. Darüber hinaus erfolgt eine unterstützende professionelle supra-, ggf. bereits auch teilweise subgingivale Reinigung der Zahnoberflächen.

Als erste therapeutische Maßnahme sollte stets eine subgingivale Instrumentierung, das so genannte Scaling and Root Planing (SRP), durchgeführt werden, d.h. Reinigung der Wurzeloberflächen mit z. B. Handinstrumenten, schallunterstützten (oszillierenden) Scalern, Luft-Pulver-Wasserstrahl-Instrumenten (Airflow) oder Laser. Nach heutigem wissenschaftlichen Konsens ist eine nicht-chirurgische Parodontitistherapie (subgingivale Instrumentierung) ab 4 mm Taschentiefe indiziert.^{4,5,11} Im Erfolgsfall werden eine Entzündungs- und Taschenreduktion erreicht.

Die Entzündungsreduktion ist die entscheidende Basis für einen ggf. späteren bzw. nachfolgenden chirurgischen Eingriff (korrektive Phase). Dabei sind Maßnahmen wie die offene Kürettage mit Lappenoperation, chirurgische Taschenelimination (resektive Maßnahmen) oder regenerative Techniken oftmals erst bei fortgeschrittenen Fällen bzw. bei ausbleibender Taschenreduktion nach einer geschlossenen Therapie notwendig. Hiedurch können langfristig entzündungsfreie Verhältnisse geschaffen werden. Unter Berücksichtigung des Alters und der allgemeinen sowie allgemeingesundheitlichen Verfassung der Patienten sollte die Indikation für einen parodontal-chirurgischen Eingriff stets kritisch hinterfragt und auf Grundlage einer Aufwand-Nutzen-Analyse abgewogen werden.



Abb. 1
Aufnahme des Parodontal-Screening-Index (PSI) mit Hilfe einer WHO-Sonde.

Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)

Man ist sich heute darüber einig, dass der Langzeiterfolg jeglicher Parodontitisbehandlung, ob geschlossenes Vorgehen mit oder ohne anschließender, chirurgischer Intervention, nur durch die fortgesetzte Betreuung des Patienten im Rahmen einer individuell festgelegten „unterstützenden Parodontitistherapie“ (UPT) möglich ist.^{1,3,10} Dieses Konzept einer bedarfsorientierten Prävention wird besonders hinsichtlich des zunehmend höheren Patientenalters für die Zahnmedizin der Zukunft von Bedeutung sein. Hierfür sollte versucht werden, die Patienten so lange wie möglich an die Präventions-sitzungen in der Praxis zu binden. Die größte Herausforderung stellt die Behandlung von Hochbetagten und/oder pflegebedürftigen Patienten dar. Auch hier sind, jedoch unter erheblichem Mehraufwand, grundsätzlich zielgerichtete Präventionsmaßnahmen möglich.

Altersgerechte (parodontale) Prävention

Mit zunehmendem Alter stellt die persönliche Mundhygiene die Pa-

tienten vor immer größere Probleme. Während die Altersgruppe der bis ca. 60-Jährigen noch häufig ein ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein aufweist und mit Präventionsmaßnahmen sowie Mundhygieneinstruktionen in der Regel gut erreicht werden kann, sind Patienten im fortgeschrittenen Alter (ca. 70–80 Jahre) zum Teil aufgrund vorliegender Beeinträchtigungen deutlich schwieriger für diese zu gewinnen. In der Gruppe der Pflegebedürftigen und „Hochbetagten“ (ab 80 Jahren) wird die Verantwortung für Gesundheits- und Mundhygienemaßnahmen schrittweise von Angehörigen und Pflegekräften übernommen (Tab. 2). Diese sind aufgrund der speziellen Problemstellungen der Patienten jedoch häufig mit dieser Aufgabe überfordert, unzureichend ausgebildet und/oder haben im alltäglichen Pflegeablauf nicht ausreichend Zeit.

Daher ist heute, mit der steigenden Herausforderung des älteren Patienten, eine konzeptionierte altersgerechte Prävention in der zahnärztlichen Praxis notwendig. Für ein zielgerichtetes Präventionskonzept sind verschiedene Bausteine notwendig. Dabei nimmt die Aufnahme eines umfangreichen dentalen und parodontalen sowie Mundhygienebefundes eine zentrale Position ein:



Abb. 2
Verdickter Zahn-
bürstengriff mit ei-
nem Tennisball zum
besseren Handling
der weichen Hand-
zahnbürste.



Abb. 3 Zungenreinigung mit Hilfe einer Zungenbürste durch Prophylaxeassistenten.

a. Befundaufnahme mit detaillierter Erfassung des Mundgesundheitsstatus:

- Mundschleimhautinspektion
- „Food Impaktion“
- hart- und weichgewebliche Biofilmlagerungen
- Beurteilung der dentalen und parodontalen Situation
- ergänzende Röntgenbilder (Panoramascichtaufnahmen oder Zahnfilme)

b. Beurteilung des Mundgesundheitsverhaltens im Rahmen von Präventionssitzungen:

- Plaque- und Entzündungsindizes sowie
- parodontale Parameter (Sondierungstiefen und BOP)
- ggf. Speicheldiagnostik (Sekretionsrate und Pufferkapazität)

Erst die anschließende Zusammenfassung und Bewertung der Befunde ermöglicht eine individuell abgestimmte sowie risikoorientierte Behandlungsplanung und Empfehlung optimaler Mundhygienemaßnahmen. Gezielte individuell-risikoorientierte Präventionsmaßnahmen können nachfolgenden oralen Erkrankungen vorbeugen.

c. Professionelle Präventionsmaßnahmen in der Praxis:

- regelmäßige Kontrolluntersuchungen (1-mal pro Jahr zur Ermittlung des aktuellen Karies- und Parodontitisrisikos mit Erfassung des dentalen Befundes und parodontaler Parameter)
- Prophylaxe (risikoabhängig bis zu 4-mal pro Jahr mit Mundhygienestatus, Motivation/Instruktion, professioneller Zahnreinigung, lokaler Fluoridierung)
- antimikrobielle Maßnahmen
- ggf. Ernährungsanalyse und -beratung

Im Sinne einer nachhaltigen Prävention spielt die häusliche Mundhygiene eine bedeutende Rolle. Während die professionelle Zahnreinigung in der Praxis risikoorientiert in Abständen von 3–6 Monaten durchgeführt wird, kann der Patient mit häuslichen Mundhygienemaßnahmen täglich einen eigenen und wichtigen Beitrag zu seiner Gesundheit leisten.

d. Häusliche Mundhygieneempfehlungen:

- weiche Zahnbürste und/oder Schallzahnbürste
- altersgerechte Zahnputztechnik/-Hilfsmittel (Abb. 2)
- altersgerechte Hilfsmittel zur Approximalraumreinigung

- Zungenreinigung (Abb. 3)
- fluoridhaltige Zahnpasta
- Zuckerimpulse < 3-mal pro Tag
- Verwendung von Zuckeraustauschstoffen
- Reduzierung saurer Speisen und Getränke
- ggf. Anwendung hochpotenter fluoridhaltiger Pasten, Gele oder Lacke (Medikamententräger)
- ggf. CHX-Intensivtherapie
- bei Mundtrockenheit: Einsatz von Speichelersatzmitteln
- Prothesenpflege

Schlussfolgerung

Die demografischen Veränderungen werden die Praxen künftig in zunehmendem Maße mit altersspezifischen Problemstellungen konfrontieren. Dabei bedingt die steigende Anzahl eigener Zähne eine Zunahme des parodontalen Behandlungsbedarfs und stellt eine Herausforderung an die Prävention und die Therapie von Parodontalerkrankungen dar.

Unabhängig vom Alter können Patienten aller Altersgruppen erfolgreich parodontal behandelt werden. Es bleibt festzuhalten, dass für eine zeitgemäße Parodontistherapie die Einhaltung eines systematischen Vor-

gehens unerlässlich ist. Dabei sollte die Parodontitisbehandlung stets im Sinne einer systematischen Parodontitistherapie erfolgen. Die Nachhaltigkeit eines stabilen Therapieerfolgs sowie die Prävention von Neuerkrankungen hängen dabei in hohem Maße von regelmäßiger, bedarfsorientierter Nachsorge und einer guten Mundhygiene ab. Der Patient muss über die Notwendigkeit einer lebenslangen Betreuung aufgeklärt werden, die nur mit seinem persönlichen Einsatz bei der täglichen Mundhygiene und in Zusammenarbeit mit dem zahnärztlichen Team erfolgreich sein kann. **SZM**

Literatur

1. Axelsson P, Lindhe J. Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. Results after 6 years. *J Clin Periodontol* 1981;8:239-248.
2. Axelsson P, Lindhe J, Nystroem B. On the prevention of caries and periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1991;18:182-189.
3. Axelsson P, Nyström B, Lindhe J. The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance. *J Clin Periodontol* 2004;31:749-757.
4. Badersten A, Nilvéus R, Egelberg J. Effect of nonsurgical periodontal therapy. I. Moderately advanced periodontitis. *J Clin Periodontol* 1981;8:57-72.
5. Badersten A, Nilveus R, Egelberg J. Effect of nonsurgical periodontal therapy. II. Severely advanced periodontitis. *J Clin Periodontol* 1984;11:63-76.
6. Cobb CM. Non-surgical pocket therapy: mechanical. *Ann Periodontol* 1996;1:443-490.
7. Goebel G, Gaengler P. Caries progression and gingivitis in adolescents and young adults after 12 years of longitudinal treatment. *Dtsch Zahnärztl Z* 1992;47:767-770 (in German).
8. Hahnel S. Mundtrockenheit bei Senioren. *Zeitschrift für Senioren-Zahnmedizin* 2013;1: 159-165.
9. Hirschfeld L, Wasserman B. A long-term survey of tooth loss in 600 treated periodontal patients. *J Periodontol* 1978;49: 225-237.
10. Klimm W, Natusch I, Koch R. How efficient is individual prophylaxis? *Dtsch Zahnärztl Z* 1994;49:809-811 (in German).
11. Kaldahl WB, Kalkwarf KL, Patil KD, Dyer JK, Bates RE Jr. Evaluation of four modalities of periodontal therapy. Mean probing depth, probing attachment level and recession changes. *J Periodontol* 1988;59:783-793.
12. Lang NP, Tonetti MS. Periodontal risk assessment (PRA) for patients in supportive periodontal therapy (SPT). *Oral Health Prev Dent* 2003;1:7-16.
13. Meyle J, Jepsen S. Der parodontale Screening-Index (PSI). *Parodontologie* 2000;11:17-24.
14. Micheelis W, Schiffner U. 4. Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.); (IDZ Materialienreihe Band 31). Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, Köln 2006.
15. Nitschke I, Kunze J, Hopfenmüller W, Reiber T. Die zahnmedizinische funktionelle Kapazität - ein Instrument in der Gerostomatologie. *Quintessenz* 2012;63:207-210.
16. UN Population Database: World Population Prospects, the 2008 Revision. 2009.
17. Ziebolz D, Hornecker E: Parodontale Frühdiagnostik: Parodontaler Screening Index oder Panoramaschichtaufnahme. *PN Parodontologie Nachrichten* 2/2010.
18. Ziebolz D. Parodontologie ein Leben lang. *ZWP* 2011;17:62-65.
19. Ziebolz D, Fresmann S. Zahnärztliche Prävention und Parodontologie im Alter. *Parodontologie Nachrichten* 2/2013.
20. Zimmer S, Barthel CR, Roulet JF, Schmitt R. Individual prophylaxis in the dental practice. *Dtsch Zahnärztl Z* 1993;48:115-118 (in German).

Autoren

PD Dr. med. dent. Dirk Ziebolz, MSc
 Oberarzt (Interdisziplinäre Zahnerhaltung und Versorgungsforschung)
 Universitätsklinikum Leipzig AÖR
 Department für Kopf- und Zahnmedizin
 Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie
 Liebigstr. 10-14 • 04103 Leipzig
 Tel.: +49 341 97 21211 • Fax: +49 341 97 21219
 E-Mail: dirk.ziebolz@medizin.uni-leipzig.de



DH Sylvia Fresmann
 Deutsche Gesellschaft für
 DentalhygienikerInnen e.V.
 Fasanenweg 14 • 48249 Dülmen
 E-Mail: fresmann@t-online.de

