

S2k-Leitlinie (Langfassung)

Zahnmedizinische Betreuung geriatrischer Patienten

AWMF-Registernummer: 083-047

Stand: Januar 2026

Gültig bis: Januar 2031

Federführende Fachgesellschaften:

Deutsche Gesellschaft für AlterszahnMedizin (DGAZ)

Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)

Beteiligung weiterer AWMF-Fachgesellschaften:

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG)

Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)

Beteiligung weiterer Fachgesellschaften/ Organisationen:

Arbeitskreis Ethik der DGZMK (AK Ethik)

Bundeskonzferenz der Betreuungsvereine (BUKO)

Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Bundesverband der Zahnärztinnen und Zahnärzte im Öffentlichen
Gesundheitsdienst (BZÖG)

Deutsche Alzheimer Gesellschaft / Selbsthilfe Demenz (DAIzG)

Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für Dysphagie (DGD)

Deutsche Gesellschaft für Präventivzahnmedizin (DGPZM)

Deutsche Gesellschaft Zahnmedizin für Menschen mit Behinderung oder
besonderem medizinischen Unterstützungsbedarf (DGZMB)

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)

Verband medizinischer Fachberufe (VMF)

publiziert
bei:



Koordinatoren (in alphabetischer Reihenfolge):

Prof. Dr. Cornelia Frese
Prof. Dr. Julia Jockusch
Dr. Elmar Ludwig
Prof. Dr. Ina Nitschke

Federführende Autoren (in alphabetischer Reihenfolge):

Prof. Dr. Cornelia Frese
Prof. Dr. Julia Jockusch
Dr. Elmar Ludwig
Prof. Dr. Ina Nitschke

Autoren (in alphabetischer Reihenfolge):

Prof. Dr. Erika Baum
Prof. Dr. Grietje Beck
Prof. Dr. Christoph Benz
Dr. Abdul Bissar
Dr. Rahel Eckardt-Felmberg
Dr. Guido Elsässer
Sylvia Gabel
Prof. Dr. Dr. Dr. Dominik Groß
Dr. Rugzan Jameel Hussein
Dr. Sonja Krupp
Melanie Maus
Manuela Motzko
Dr. Uwe Niekusch
Kathrin Ries
Prof. Dr. Gabriele Röhrig-Herzog
Stephan Sigusch
Prof. Dr. Erika Sirsch
Sven Staack
Dr. Klaus-Peter Wefers
Dr. Melanie Weinert
Dr. Thomas Zimmermann

Methodik:

Dr. Markus Kolling (DGZMK, zertifizierter Leitlinienberater)
Dr. Cathleen Muche-Borowski (AWMF, zertifizierte Leitlinienberaterin)

Jahr der Ersterstellung: Januar 2026

vorliegende Aktualisierung/ Stand: 29.01.2026, **Version:** 1.1

gültig bis: 28.01.2031

publiziert
bei:



Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte/ Zahnärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte/ Zahnärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Leitlinien unterliegen einer ständigen Qualitätskontrolle, spätestens alle 5 Jahre ist ein Abgleich der neuen Erkenntnisse mit den formulierten Handlungsempfehlungen erforderlich. Die aktuelle Version einer Leitlinie finden Sie immer auf den Seiten der DGZMK (www.dgzmk.de) oder der AWMF (www.awmf.org). Sofern Sie die vorliegende Leitlinie nicht auf einer der beiden genannten Webseiten heruntergeladen haben, sollten Sie dort nochmals prüfen, ob es ggf. eine aktuellere Version gibt.

1 Die wichtigsten Empfehlungen auf einen Blick

Konsensbasierte Empfehlung 2: (neu/2026)	
Hohes Lebensalter und/oder Pflegebedürftigkeit sollen als Risikofaktor für eine Verschlechterung der Mundgesundheit berücksichtigt werden. Abstimmung: 17/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 17 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	
Literatur: IDZ 2016	

Konsensbasiertes Statement 1: (neu/2026)	
Bei der zahnmedizinischen Betreuung geriatrischer Patienten mit Unterstützungsbedarf sind nach deren Einwilligung Angehörige, Pflegende oder Betreuungspersonen in Unterweisungen (insb. Mundpflege) miteinzubeziehen. Abstimmung: 17/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 17 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	

Konsensbasierte Empfehlung 7: (neu/2026)	
Als Hilfsmittel zur häuslichen Mundhygiene sollen bedarfsgerecht manuelle oder elektrische Zahnbürsten, fluoridierte Zahnpasta, Zahnzwischenraumbürsten und Hilfsmittel zur Reinigung von Zahnersatz empfohlen werden. Abstimmung: 17/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 17. Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	
Literatur: Pitchika et al. 2021; S3-Leitlinie Kariesprophylaxe an bleibenden Zähnen (083-021)	

Konsensbasiertes Statement 11: (neu/2026)	
Kann ein Patient nicht mit zumutbarem Aufwand in die Praxis kommen, ist er aufzusuchen, um sich ein Bild vor Ort zu machen, da die aufsuchende Versorgung zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört. Zahnärztliche Behandlungen können nach der Musterberufsordnung auch außerhalb der Praxis erfolgen, jedoch muss unabhängig vom Ort der Behandlung diese sachgerecht und gewissenhaft bzw. ordnungsgemäß durchgeführt werden. Abstimmung: 17/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 17 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	
Literatur: §3, Abs. 2 BMV-Z, §9, Abs. MBO	

Konsensbasierte Empfehlung 12: (neu/2026)	
Jeder Zahnarzt soll Konzepte und Techniken zum Umgang mit möglichem Verhalten (z. B. Abwehr) geriatrischer Patienten erwerben, die sich bedroht und verängstigt fühlen könnten. Insbesondere im Umgang mit demenziell erkrankten oder kognitiv beeinträchtigten Patienten sollen Zahnärzte geschult sein, die diese Patientengruppe versorgen. Abstimmung: 17/0/1 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	
Literatur: Weintraub JA et al. 2014; Jablonski-Jaudon, R.A. et al. 2016; Jablonski, R.A. et al. 2011; Nitschke et al. 2023, Berther und Loosli 2019, Feil und Klerk-Rubin 2020, Richard, und Richard 2016, Powell und Powell 2011	

Konsensbasierte Empfehlung 14: (neu/2026)	
Jeder Zahnarzt sollte unter Kenntnis und Berücksichtigung der rechtlichen Rahmenbedingungen sein Konzept zur strukturierten aufsuchenden Betreuung mit seinem Team implementieren, regelmäßig evaluieren und ggf. anpassen, da die aufsuchende Versorgung zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört. Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	
Literatur: §3, Abs. 2 BMV-Z, §9, Abs. MBO	

Konsensbasierte Empfehlung 21: (neu/2026)	
Der subjektiv vom Patienten empfundene und der durch den Zahnarzt objektiv festgestellte Behandlungsbedarf liegen oft voneinander entfernt (oral-geriatrisches Paradoxon). Diese Differenzen sollen dem Patienten sowie seinem Unterstützungsumfeld durch den Zahnarzt erläutert werden. Der Zahnarzt soll unter Einbeziehung des relativiert-objektiv festgestellten Behandlungsbedarfs einen Therapieversuch erarbeiten. Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	
Literatur: Nitschke et al., 2023	

Konsensbasierte Empfehlung 23: (neu/2026)	
Bei geriatrischen Patienten mit hohem Risiko für (Wurzel)-Karies sollen zur Prävention spezielle hochkonzentrierte Fluoridpräparate (Zahnpasta, Gele, Lacke) Anwendung finden. Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	
Literatur: Urquhart O et al. 2019; Wierichs RJ et al. 2015; Slot DE et al. 2015	

Konsensbasierte Empfehlung 26: (neu/2026)	
Die allgemeine und orale Adaptationsfähigkeit unter besonderer Berücksichtigung von abnehmbarem Zahnersatz ist von hoher Relevanz. Daher soll sie besonders in der zahnärztlichen Behandlungsplanung Berücksichtigung finden. Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	
Literatur: Nitschke, I. et al. 2021	

Konsensbasierte Empfehlung 30: (neu/2026)	
Bei jedem geriatrischen Patienten sollen die Einwilligungs- und Geschäftsfähigkeit im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung abgeklärt und fortlaufend aktualisiert werden. Es soll regelmäßig überprüft werden, ob für den Patienten im Rahmen der Gesundheits- und Vermögenssorge eine gesetzliche Betreuung eingerichtet ist oder eine (Vorsorge-)Vollmacht besteht. Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	
Literatur: AWMF S2k-Leitlinie Einwilligung von Menschen mit Demenz in Medizinische Maßnahmen. 2019	

Inhalt

1	Die wichtigsten Empfehlungen auf einen Blick.....	i
2	Herausgeber	1
2.1	Federführende Fachgesellschaften	1
2.2	Kontakt	1
2.3	Zitierweise	1
2.4	Redaktioneller Hinweis	1
3	Geltungsbereich und Zweck.....	2
3.1	Priorisierungsgründe	2
3.2	Zielsetzung und Fragestellung.....	2
3.3	Adressaten der Leitlinie	2
3.4	Ausnahmen von der Leitlinie	3
3.5	Patientenzielgruppe	3
3.6	Versorgungsbereich	3
3.7	Weitere Dokumente zu dieser Leitlinie	3
3.8	Verbindungen zu anderen Leitlinien.....	3
4	Einleitung.....	5
4.1	Definition des Krankheitsbildes	5
4.2	ICD-10 Codes (www.icd-code.de)	5
4.3	Geriatrische Syndrome / Multimorbidität	6
4.4	Alternsphysiologische Veränderungen & Polypharmazie.....	7
4.5	Menschen mit Pflegebedarf.....	7
5	Diagnostik.....	9
5.1	Geriatrisches Assessment	9
5.2	Mundgesundheitskompetenz und Epidemiologie	10
5.3	Mundgesundheit und Allgemeinerkrankungen	11
5.4	Spezifische Einflussfaktoren.....	11
5.4.1	Funktionelle Beeinträchtigungen / Einflussfaktoren	12
5.4.2	Kognitive und emotionale Beeinträchtigungen / Einflussfaktoren	13
5.4.3	Soziale Beeinträchtigungen / Einflussfaktoren	14
5.5	Wechselwirkungen von Ernährung und Mundgesundheit	15
5.6	Autonomie und Selbstpflegekompetenz bei der Zahn-, Prothesen- und Mundpflege	16
5.6.1	Unterstützung durch externe Personen	17

5.6.2	Mundpflegemittel	17
5.7	Wechselwirkung von Schmerz und Mundgesundheit	18
5.8	Patienten	19
5.9	Behandler und sein Praxisteam	19
5.10	Betreuer/Bevollmächtigte.....	21
5.11	Unterstützungsumfeld	21
5.12	Hausärzte und andere ärztliche Disziplinen.....	21
5.13	Andere Berufsgruppen	21
5.14	Infrastruktur, Hilfsmittel & Prozeduren	22
5.14.1	Der gerostomatologische Wohlfühlfaktor	22
5.14.2	Erreichbarkeit und Bewegungssicherheit	22
5.14.3	Hilfsmittel	23
5.15	Umgang, Empathie, zielgruppenspezifische Kommunikation und Beziehungsgestaltung	24
5.16	Kommunikation innerhalb und außerhalb der Praxis	26
5.17	Krankentransport	27
5.18	Aufsuchende Betreuung und zahnärztliche Ausrüstung	27
5.19	Mobile Behandlungseinheiten	28
5.20	Hygiene.....	29
5.21	Anamnese.....	29
5.21.1	Zahnärztlich relevante ärztliche Befunde	30
5.21.2	Dysphagie & Aspirationsrisiko	30
5.21.3	Zahnärztlich relevante Vorbefunde	31
5.21.4	Medikation	31
5.21.5	Versorgungsdiagnose / Nachsorgekompetenz	32
5.22	Zahnärztliche klinische & röntgenologische Diagnostik	33
5.23	Zahnmedizinische funktionelle Kapazität	33
5.24	Schmerzwahrnehmung im Alter	35
5.25	Schmerzdiagnostik bei kognitiven Einschränkungen	35
6	Therapie	36
6.1	Absolute & relative Indikation	36
6.2	Objektiv feststellbarer vs. subjektiv empfundenem Behandlungsbedarf	37
6.3	Präventive Interventionen	38
6.4	Zahnersatz	40
6.5	Nicht-Behandlung: Risiken & Folgen.....	41

6.6	Risikomanagement.....	41
6.6.1	Infektionsschutz	41
6.6.2	Aspirationspneumonie	42
6.6.3	Antibiose	42
6.6.4	Gerinnungshemmung	42
6.6.5	Lokalanästhesie	43
6.6.6	Wahl des Behandlungsortes	43
6.6.7	Sedierung & Behandlung in Allgemeinanästhesie	44
6.6.8	Nachsorgekompetenz	44
6.7	Betreuungsrecht: Einwilligungsfähigkeit und Geschäftsfähigkeit	45
6.8	Ethische Aspekte	47
6.8.1	paternalistisch – informativ – partizipativ	47
6.8.2	Informed consent	48
6.8.3	Erleichterung der Entscheidungsfindung auf Basis ethischer Prinzipien	49
6.9	Spezifische berufsrechtliche Aspekte und vertragszahnärztliche Regelungen	50
6.9.1	Definition Hausbesuch	50
6.9.2	Berufsrechtliche Regelungen	50
6.9.3	Vertragszahnärztliche Regelungen	51
6.9.4	Personal: Arbeitsort	52
6.9.5	Personal: Aufsuchende Betreuung & Delegation	53
6.9.6	Behandlung: Hygiene, Infektionsschutz, Risiken, Notfall	54
6.9.7	Behandlung: Berufshaftpflichtversicherung	54
7	Wichtige Forschungsfragen.....	56
8	Zusammenfassung	56
9	Informationen zu dieser Leitlinie	60
9.1	Zusammensetzung der Leitliniengruppe	60
9.1.1	Redaktion und Koordination	60
9.1.2	Autoren (in alphabetischer Reihenfolge)	60
9.1.3	Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen.....	60
9.1.4	Patientenbeteiligung	62
9.1.5	Methodik	62
9.2	Methodische Grundlagen	62
9.3	Literaturrecherche und kritische Bewertung.....	62
9.4	Strukturierte Konsensfindung	63

9.5	Empfehlungsgraduierung und Feststellung der Konsensstärke	64
9.5.1	Festlegung des Empfehlungsgrades.....	64
9.5.2	Feststellung der Konsensstärke	64
10	Redaktionelle Unabhängigkeit	65
10.1	Finanzierung der Leitlinie	65
10.2	Darlegung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten	65
11	Externe Begutachtung und Verabschiedung	68
12	Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren	68
13	Verwendete Abkürzungen	69
14	Literatur.....	70
15	Anhang	77
15.1	Aufnahmebogen der Deutschen Gesellschaft für AlterszahnMedizin.....	77

2 Herausgeber

2.1 Federführende Fachgesellschaften



Deutsche Gesellschaft für AlterszahnMedizin e.V. (DGAZ)
c/o Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde
Liebigstraße 12, 04103 Leipzig
Telefon: 0341 - 9721304
Telefax: 0341 - 9721319
E-Mail: sekretariat@dgaz.org
<https://dgaz.org>



Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- u. Kieferheilkunde e.V. (DGZMK)
Liesegangstr. 17a, 40211 Düsseldorf
Telefon: 0211 - 61 01 98 0
Telefax: 0211 - 61 01 98 11
E-Mail: dgzmk@dgzmk.de
<https://www.dgzmk.de/>

2.2 Kontakt

Deutsche Gesellschaft für AlterszahnMedizin e. V. (DGAZ)

c/o Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde | Liebigstraße 12 | 04103 Leipzig

E-Mail: sekretariat@dgaz.org

Telefon: +49-(0)341-9721304

Fax: +49-(0)341-9721319

2.3 Zitierweise

DGAZ, DGZMK: „Zahnmedizinische Betreuung geriatrischer Patienten“, Langfassung, Version 1.1, 2026, AWMF-Registriernummer: 083-047, <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/083-047>, (Zugriff am: 28.01.2026)

2.4 Redaktioneller Hinweis

Ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher, weiblicher und weiterer Sprachformen verzichtet. Dies impliziert keinesfalls eine Benachteiligung der jeweils anderen Geschlechter. Sämtliche Personenbezeichnungen in diesem Dokument sind als geschlechtsneutral zu verstehen.

3 Geltungsbereich und Zweck

3.1 Priorisierungsgründe

Das medizinische Versorgungssystem wird in den nächsten Jahren mit einer stetig anwachsenden Zahl an geriatrischen Patienten konfrontiert. Menschen mit funktionellen und/oder kognitiven Einschränkungen, z. B. Demenz, sind eine vulnerable Patientengruppe und häufig auf pflegerische und (zahn-)medizinische Betreuung angewiesen. Ziel ist es, das bestmögliche Behandlungsergebnis zum Wohle der geriatrischen Patienten zu erreichen.

Bei der zahnmedizinischen Betreuung geriatrischer Patienten ist es häufig notwendig gleichzeitig auftretende medizinische und zahnmedizinische Risiken zu beachten. Diese höhere Komplexität der Betreuung ist eine besondere Aufgabe für den Zahnarzt und sein Team. Hierzu sind eine Vielzahl an gerostomatologischen Kompetenzen und mehr Aufwand erforderlich. Die Anamnese, die Befund-Erhebung und vor allem der Therapie-Entscheidungsprozess stellen Herausforderungen für die Patienten, ihr Unterstützungsumfeld, den Zahnarzt und andere beteiligte Berufsgruppen dar. Im Hinblick auf den rechtlichen und ethischen Rahmen bestehen häufig Unsicherheiten, wie Entscheidungen gemäß dem mutmaßlichen Willen und den Präferenzen des Patienten getroffen werden können. Die zahnmedizinische Betreuung geriatrischer Patienten macht nicht selten Anpassungen der zahnärztlichen Diagnostik, der Prävention, des erreichbaren Behandlungsziels, der Versorgung und der Nachsorge notwendig.

3.2 Zielsetzung und Fragestellung

Die hier vorliegende S2k-Leitlinie fasst die relevanten zahnmedizinischen, medizinischen, rechtlichen und ethischen sowie administrativen und organisatorischen Besonderheiten der zahnmedizinischen Betreuung geriatrischer Patienten auf dem aktuellen Stand der klinischen und wissenschaftlichen Evidenz zusammen und vermittelt Handlungsempfehlungen für alle in die zahnmedizinische Betreuung involvierten Berufsgruppen.

3.3 Adressaten der Leitlinie

Ziel ist es, den mit der zahnmedizinischen Behandlung und Betreuung von geriatrischen Patienten befassten Personen eine systematisch entwickelte Hilfe zum Umgang zu bieten. Dazu gehören vor allem

- Zahnärzte und Zahnmedizinisches Fachpersonal
- Geriater
- Pflegepersonal

Sie dient zudem der Information von weiteren Personen (z. B. Hausärzte, Ärzte weiterer Fachrichtungen, sonstigen Therapieberufe wie Logopäden). Darüber hinaus bietet die Leitlinie Informationen für Erkrankte, Angehörige, gesetzliche Betreuer und sonstige Betreuungsbevollmächtigte sowie allen anderen Personen, die mit geriatrischen Patienten umgehen und für Entscheidungsträger im Gesundheitswesen.

3.4 Ausnahmen von der Leitlinie

In dieser Leitlinie nicht berücksichtigt werden die Behandlung anderer Altersgruppen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene außerhalb der geriatrischen Patientengruppe etc.), weiterführende allgemeinmedizinische oder pflegerische Aspekte ohne zahnmedizinischen Bezug, sowie abrechnungstechnische Fragestellungen.

3.5 Patientenzielgruppe

Die Inhalte der Leitlinie gelten für geriatrische Patienten (hohes Alter, Multimorbidität, Multimedikation, hoher Hilfe- oder Pflegebedarf).

3.6 Versorgungsbereich

Der Versorgungsbereich umfasst die zahnärztliche Behandlung und die zahnmedizinische Betreuung geriatrischer Patienten sowohl ambulant – aufsuchend im Rahmen von Hausbesuchen als auch in der Zahnarztpraxis – als auch stationär. Er beinhaltet Maßnahmen der Prävention und Früherkennung, sowie Diagnostik, Therapie und Rehabilitation. Darüber hinaus ist auch die spezialärztliche Versorgung eingeschlossen.

3.7 Weitere Dokumente zu dieser Leitlinie

- Leitlinienreport

3.8 Verbindungen zu anderen Leitlinien

Es bestehen in der Leitlinie Querverweise zu folgenden bereits existierenden Leitlinien. Sofern sich die Leitlinien zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieser Leitlinie in Überarbeitung befinden, wird der Vollständigkeit halber hierauf verwiesen.

AWMF-Nr.	Leitlinie
051-001	S3-Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden (in Überarbeitung, Stand der Aktualisierung siehe Portal der AWMF)
073-019	S3-Leitlinie Klinische Ernährung und Hydrierung im Alter [https://register.awmf.org/assets/guidelines/073-019l_S3_Klinische-Ernaehrung-Hydrierung-im-Alter_2025-02.pdf]
083-016	S3-Leitlinie Häusliches chemisches Biofilmmangement in der Prävention und Therapie der Gingivitis [https://register.awmf.org/assets/guidelines/083-016l_S3_Haeusliches-chemisches-Biofilmmangement-Praevention-Therapie-Gingivitis_2021-02-abgelaufen.pdf]

- 083-018 Zahnärztliche Chirurgie unter oraler Antikoagulation/
Thrombozytenaggregationshemmung (aktuell nicht online verfügbar, Inhalte werden
derzeit überprüft)
[<https://www.dgzmk.de/documents/10165/1373255/antikoaglang.pdf/88dbcb4e-f865-4b9d-ab30-04e418b73159>]
- 083-020 S3-Leitlinie Zahnbehandlungsangst beim Erwachsenen (in Überarbeitung)
[https://register.awmf.org/assets/guidelines/083-020l_S3_Zahnbehandlungsangst-beim-Erwachsenen_2019-11.pdf]
- 083-021 S3-Leitlinie Kariesprävention bei bleibenden Zähnen – grundlegende Empfehlungen
[https://register.awmf.org/assets/guidelines/083-021l_S3_Kariespraevention-bei-bleibenden-Zaehnen-grundlegende-Empfehlungen_2025-04.pdf]
- 083-022 S3-Leitlinie Häusliches mechanisches Biofilmmangement in der Prävention und
Therapie der Gingivitis [https://register.awmf.org/assets/guidelines/083-022l_S3_Haeusliches-mechanisches-Biofilmmangement-Praevention-Therapie-Gingivitis_2021-02.pdf]
- 083-027 S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung des Bruxismus (in Überarbeitung, Stand der
Aktualisierung siehe Portal der AWMF)
- 083-028 S3-Leitlinie Direkte Kompositrestaurationen an bleibenden Zähnen im Front- und
Seitenzahnbereich [https://register.awmf.org/assets/guidelines/083-028l_S3_Direkte-Kompositrestaurationen-bleibende-Zaehnen-Front-Seitenzahnbereich_2024-05.pdf]
- 083-043 S3-Leitlinie Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III - Die deutsche
Implementierung der S3-Leitlinie „Treatment of Stage I–III Periodontitis“ der
European Federation of Periodontology (EFP)
[https://register.awmf.org/assets/guidelines/083-043l_S3_Behandlung-von-Parodontitis-Stadium-I-III_2021-02_2.pdf]
- 083-046 S1-Leitlinie Umgang mit zahnmedizinischen Patienten bei Belastung mit Aerosol-
übertragbaren Erregern [https://register.awmf.org/assets/guidelines/083-046l_S1_zahnmedizinische-Patienten-Belastung-Aerosol-uebertragbare-Erreger_2022-08.pdf]
- 083-054 S2k-Leitlinie Implantatversorgung im fortgeschrittenen Lebensalter
[https://register.awmf.org/assets/guidelines/083-054l_S2k_Implantatversorgung-im-fortgeschrittenen-Lebensalter_2024-12.pdf]
- 084-002 S1-Leitlinie Geriatrisches Assessment der Stufe 2 - Living Guideline
[https://register.awmf.org/assets/guidelines/084-002l_S1_Geriatrisches-Assessment-Stufe-2_2025-02.pdf]
- 108-001 S2k-Leitlinie Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen
[https://register.awmf.org/assets/guidelines/108-001l_S2k_Einwilligung_von_Menschen_mit_Demenz_in_medizinische_Maßnahmen_2020-10_01.pdf]
- 145-001 S3-Leitlinie Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären
Altenhilfe
(in Überarbeitung, Stand der Aktualisierung siehe Portal der AWMF)

4 Einleitung

4.1 Definition des Krankheitsbildes

Geriatrie, auch bekannt als Altersmedizin, ist die Lehre vom alternden Menschen und seinen Krankheiten. „Geriatrische Patienten sind charakterisiert durch Einschränkungen der körperlichen und/oder geistigen Funktionalität bei Multimorbidität sowie durch ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Gesundheitsstörungen und einen oft ungünstigeren, komplizierteren Verlauf.“ [1] Geriatrische Patientinnen können durch physische, emotionale und/ oder sensorische Faktoren beeinträchtigt sein.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen führt in seinem Gutachten *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens* weiter aus, „dass der drohende Verlust einer erfolgreichen Versorgung erst dann eintritt, wenn neben dem Alter eine Erkrankung hinzukommt, die zu einer Pflegebedürftigkeit führt. Aus diesem Grunde ist das Erreichen eines bestimmten Lebensalters als alleiniges Kriterium (...) nicht geeignet.“ [2]

Ein geriatrischer Patient ist definiert

- durch die „Geriatritypische Multimorbidität“ und höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter),
oder
- durch „Alter 80+“ („oldest old“) aufgrund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, z. B. des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen, der Gefahr der Chronifizierung sowie des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus. [3]

4.2 ICD-10 Codes (www.icd-code.de)

Aufgrund der Multimorbidität geriatrischer Patienten wäre eine vollständige Auflistung aller potenziell relevanten Diagnosen nicht zielführend. Daher wird hier eine Auswahl der **10 für die zahnmedizinische Versorgung wichtigsten ICD-10-Codes** zu dieser Thematik aufgeführt. Sie decken die häufigsten oralen Erkrankungen sowie die bedeutendsten systemischen Begleiterkrankungen mit Einfluss auf die Mund- und Zahngesundheit ab.

ICD-10 Code	Diagnose
C00-C14	Maligne Neubildungen der Lippen, Mundhöhle und des Pharynx
D65-D69	Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen
E10-E14	Diabetes mellitus
E40-E46	Mangelernährung
F00-F05	Demenz, organisches anamnestisches Syndrom, Delir
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems
J12-J15	Pneumonie

ICD-10 Code	Diagnose
K00-K14	Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und der Kiefer
M00-M25	Arthropathien
N17-N19	Niereninsuffizienz

4.3 Geriatrische Syndrome / Multimorbidität

Mit den geriatrischen „I’s“ werden die Problemfelder in der Geriatrie zusammengefasst [4–6], wobei Intellektueller Abbau, Immobilität, Instabilität und Inkontinenz auch noch heute als die vier Giganten der Altersmedizin bezeichnet werden. (Tabelle 1)

Tabelle 1: Die geriatrischen „I’s“ als Grundlagen für die geriatrischen Syndrome (modifiziert und erweitert nach [4–8])

Intellektueller Abbau (leichte kognitive Einschränkung / Demenz)
Immobilität (Mobilitätsstörung mit Sturzneigung, Schwindel)
Instabilität (erhöhte Vulnerabilität, Stoffwechselentgleisungen)
Inkontinenz (Harn und Stuhl)
Inappetenz (Malnutrition, Fehl- und Mangelernährung, Sarkopenie, Frailty-Syndrom)
Insomnie (Schlafstörungen)
Isolation (Einsamkeit)
Infektanfälligkeit
Inflammation (Entzündungsprozesse)
Impotenz
Impaired eyes and ears (Seh- und Hörstörungen)
Irritables Kolon (Reizdarm)
Impecunity (Armut)
Iatrogene Schädigung (Polypharmazie)
Ebenso wichtig sind:
Dysphagie (Schluckstörung)
Dekubitus und chronische Wunden
Chronische Schmerzen
Kommunikationsstörungen

Adams et Molnar [2018] und Tinnetti et al. [2017] beschreiben das Konzept der "Geriatric 5Ms" - ein einfaches Konstrukt, das die Kernkompetenzen der Geriatrie einprägsam innerhalb und außerhalb des Fachgebiets definiert: Zu den 5Ms gehören Mind, Mobility, Medications, Multi-Complexity und Matters Most („Each individual's own meaningful health outcome goals and care preferences“ [9]). Sie werden als "Geriat-er-Gruß" und als "High Five to Geriatrics" bezeichnet. [9,10]

Die Entwicklung geriatrischer Syndrome wird durch altersphysiologische Veränderungen des menschlichen Organismus begünstigt und geht mit einer erhöhten Vulnerabilität einher. Da jeder Alternsprozess anders verläuft, sind geriatrische Patienten zudem durch eine große Spannbreite an

Heterogenität gekennzeichnet. Zentrales Ziel der Altersmedizin ist daher, neben den individuellen Defiziten eines jeden Patienten auch seine Ressourcen zu identifizieren und im Rahmen eines multiprofessionellen Ansatzes so zu fördern, dass die Selbständigkeit und Alltagskompetenz des Patienten wiederhergestellt, bewahrt oder zumindest ihr Abbau verlangsamt werden können. Kerninstrument zur Erfassung dieser Defizite und Ressourcen ist das multidimensionale geriatrische Assessment [11], welches aus einer Batterie etablierter Assessmentverfahren besteht, die eine individuelle Einschätzung funktioneller, kognitiver, emotionaler und sozialer Aspekte ermöglicht. Dafür ist ein interdisziplinäres, multiprofessionelles Vorgehen unabdingbar. Die OPS 8-550 (ICD-Code; Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung), auf deren Basis im stationären Umfeld eine geriatrische Komplexbehandlung abgerechnet werden kann, sieht die Zusammenarbeit von Geriatern, Pflegefachkräften, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeitern und Neuropsychologen vor. Die Zahnmedizin bleibt dabei bisher unberücksichtigt.

4.4 Altersphysiologische Veränderungen & Polypharmazie

Verschiedene Allgemeinerkrankungen (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Niereninsuffizienz, Erkrankungen der Leber, Osteoporose, Tumore) sowie die damit verbundene Anzahl und Kombination verschiedener Präparate im Hinblick auf die Medikation und Therapieverfahren (OP, Radiatio, Chemotherapie, ...) haben nicht selten einen unmittelbaren Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung sowie mögliche Komplikationen und bedürfen einer hohen spezifischen Kompetenz des Zahnarztes. [12]

Altersphysiologische Veränderungen gehen mit multiplen veränderten, meist eingeschränkten Organreserven einher. Diese Einschränkung der Organfunktion kann ihrerseits bereits einen Krankheitswert haben (z. B. eingeschränkte Nierenfunktion) oder aber die Entwicklung krankhafter Folgestörungen begünstigen (Fraktur nach Sturz infolge Muskelkraftabnahme (Sarkopenie)). Durch die zeitliche Koinzidenz dieser sich oft gegenseitig beeinflussenden organischen und funktionellen Veränderungen wird die geriatrietypische Multimorbidität bedingt, deren Ausprägung jedoch individuell großen Schwankungen unterliegt. Zum Erhalt oder zur Wiederherstellung sowohl akut als auch chronisch eingeschränkter Organfunktionen kommen oft Medikamente zum Einsatz, die ihrerseits ebenfalls infolge Metabolisierung und Medikamenteninteraktionen einen negativen Effekt auf die Organfunktion haben können und die Verabreichung zusätzlicher Medikamente erforderlich machen können (z. B.: Schmerz nach Sturz – Opiatgabe zur Analgesie – Obstipation – Laxansgabe). Die dadurch begünstigte Entwicklung einer Polymedikation ist daher kausal eng verknüpft mit der geriatrietypischen Multimorbidität, die ihrerseits aufgrund der funktionellen Einschränkungen einen erhöhten Pflegebedarf nach sich ziehen kann [13].

4.5 Menschen mit Pflegebedarf

Ältere Menschen mit einem Pflegegrad sind nahezu generell geriatrische Patienten, dagegen haben längst nicht alle geriatrischen Patienten einen bewilligten Pflegegrad.

Unter Bezug auf die Gesetzgebung und den formalen Pflegebedürftigkeitsbegriff sind mit Menschen mit Pflegebedarf diejenigen gemeint, „die gesundheitlich bedingte(n) Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen“ [14]. Die formal definierte Pflegebedürftigkeit gibt in sechs Lebensbereichen Hinweise zur Selbstständigkeit eines Patienten:

1. Mobilität,
2. geistige und kommunikative Fähigkeit,
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
4. Selbstversorgung,
5. selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Pflegebedürftigkeit variiert in unterschiedlichen Lebensabschnitten und es ist nicht so, dass alle über 80-jährigen Personen pflegebedürftig sind. Bei den über 85-jährigen Personen steigt die Zahl deutlich, so sind bei Frauen über die Hälfte, bei Männern mehr als ein Drittel der Alterskohorte Empfänger von Leistungen aus der Pflegeversicherung. Da die Einstufung in einen Pflegegrad nur die o. g. sechs Bereiche umfasst und eine formale Begutachtung erforderlich ist, sind diese Zahlen nicht zwingend deckungsgleich mit einem real empfundenen Pflegebedarf. Abbildung 1 gibt eine Übersicht zur Verteilung von Leistungsempfängern aus der Pflegeversicherung in Deutschland [15].

Aus den unterschiedlichsten Gründen kann es vorkommen, dass ein geriatrischer Patient mit Pflegebedürftigkeit keinen Pflegegrad hat. So kann beispielsweise die Antragstellung nicht erfolgt sein oder die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit entspricht nicht dem aktuellen Status. Daher ist es vonnöten, über den vorliegenden Pflegegrad hinaus die Pflegebedürftigkeit von Patienten individuell (ggf. unter Einbezug weiterer Berufsgruppen oder der Angehörigen) einzuschätzen.

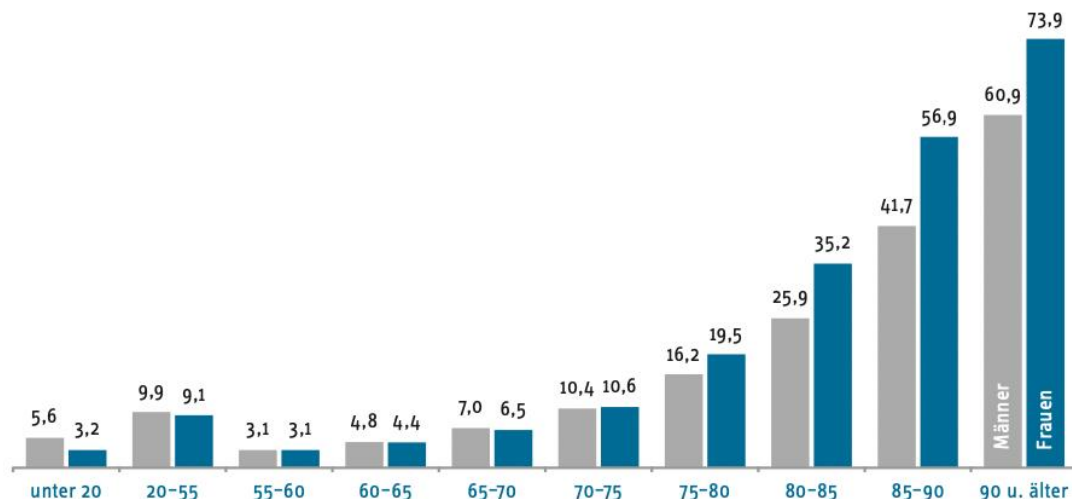


Abbildung 1: Soziale Pflegeversicherung (SPV) – Anteil der Leistungsempfänger an den Versicherten nach Geschlecht in der jeweiligen Altersgruppe in Prozent 2022. Quelle: [15]

5 Diagnostik

5.1 Geriatrisches Assessment

Konsensbasierte Empfehlung 1: (neu/2026)	
Dem Zahnarzt sollten die üblichen geriatrischen Assessment-Instrumente sowie deren Ergebnis-Interpretation bekannt sein, um eine umfassendere Kenntnis für den geriatrischen Patienten in Bezug auf die zahnmedizinische Betreuung zu haben. Abstimmung: 17/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 17 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	
Literatur: Hofmann, W et al. 1995; Lachs, M.S et al. 1990; Thiem, U. et al. 2012; Hobert, M.A. et al. 2019	

Die Identifikation geriatrischer Patienten erfolgt in der Geriatrie über ein Assessment nach den Empfehlungen der *Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment* (AGAST) in drei Stufen [11]. Das Assessment der Stufe 1 entspricht einem multidimensionalen Screening mit dem Zweck der Identifikation geriatrischer Patienten. Dabei werden Instrumente eingesetzt, die einen orientierenden Einblick in mehrere Problembereiche ermöglichen. Für dieses multidimensionale Screening wurde von der AGAST ausschließlich das Screening nach Lachs [16] genannt. Inzwischen werden im deutschsprachigen Raum – häufig unter stationären Bedingungen - auch weitere Instrumente der Stufe 1 eingesetzt, z. B. die *Identification of Seniors at Risk* (ISAR) [17] oder der *Geriatric-Check* [18]. Die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Geriatrie in Bayern hat ein *Geriatrisches Screening bei Klinikaufnahme* (GSK) auch zur Stufe 1 eingeführt [19]. Das Assessment der Stufe 2 entspricht dem Basisassessment, das z. B. in der akutgeriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung gefordert wird. Das Assessment der Stufe 3 wird bei Bedarf gezielt und problemorientiert verwendet. Es benutzt differenzierte und spezifische Verfahren zur Beantwortung spezieller Fragestellungen. Das bedeutet konkret, dass diese Verfahren immer einer klaren Indikation bedürfen und daher nicht bei allen Patienten angewendet werden [1].

Im geriatrischen Basisassessment, das in der Hausarztpraxis stattfindet, werden bspw. Barthel-Index [20], Mobilitätstests wie Timed-up-and-go-Test sowie Tests zur Beurteilung der Kognition eingesetzt (z. B. Uhrenzeichentest [21]; Mini-Mental State Test (MMST) [22], Montreal Cognitive Assessment (MoCa)[23]). Auch eine Handkraftmessung zur Einschätzung der Gebrechlichkeit ist ein hilfreiches Instrument.

5.2 Mundgesundheitskompetenz und Epidemiologie

Konsensbasierte Empfehlung 2: (neu/2026)	
Hohes Lebensalter und/oder Pflegebedürftigkeit sollen als Risikofaktor für eine Verschlechterung der Mundgesundheit berücksichtigt werden. Abstimmung: 17/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 17 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	
Literatur: IDZ 2016	

Konsensbasierte Empfehlung 3: (neu/2026)	
Ein bewilligter Pflegegrad gibt eine Orientierung zur Pflegebedürftigkeit eines Patienten. Darüber hinaus soll eine individuelle Einschätzung der für die Mundgesundheit relevanten Fähigkeiten durch den Zahnarzt erfolgen. Abstimmung: 17/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 17 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	

„Der soziale Status lässt sich für Deutschland nicht an der Zahl der Zahnlücken erkennen.“ Das gilt inzwischen auch für alte Menschen. Immer mehr ältere Menschen und damit geriatrische Patienten haben einen festsitzenden Zahnersatz und eigene natürliche Zähne. Im Jahr 2016 war dies zehnmal häufiger als noch im Jahr 1997 der Fall [24]. Dieser an sich sehr erfreuliche Befund ist gleichzeitig mit einem differenzierten und erhöhten Pflegeaufwand für Zähne, Zahnersatz und den Erhalt der Mundgesundheit verbunden. In der fünften Mundgesundheitsstudie wird konstatiert, dass sich Munderkrankungen immer mehr in höhere Lebensalter verschieben. [24] Geriatrische Patienten mit Pflegebedarf und eingeschränkter Handlungsfähigkeit sind davon in besonderem Maße betroffen.

„Ein Handlungsbedarf ergibt sich zwingend da, wo ein guter Mundgesundheitszustand erhalten werden soll, auch wenn die Versicherten selbst nicht mehr in der Lage sind, für eine ausreichende Mundpflege zu sorgen.“ [25]

Menschen mit Pflegebedarf zeichnen sich durch eingeschränkte Handlungsfähigkeit aus: „Die Therapiefähigkeit sinkt, die Mundhygienefähigkeit nimmt ab und die Eigenverantwortung – zum Beispiel bei der Vereinbarung und der Einhaltung eines Zahnarzttermins – ist in hohem Maße eingeschränkt.“ [24]

Für den zahnärztlichen Praxisalltag ist es daher von großer Bedeutung den pflegerischen Unterstützungsbedarf eines Patienten zu kennen. Ein bewilligter Pflegegrad hilft bei der Identifikation des Unterstützungsbedarfs der geriatrischen Patienten. Für die zahnmedizinische Betreuung geriatrischer Patienten zeigt das Vorliegen bestimmter Merkmale (z. B. „H“ oder „aG“) auf einen erhöhten Unterstützungsbedarf bei Anfahrt, Kommunikation und Behandlung hin.

Wegen der mit dem Alter ansteigenden Prävalenz von Pflegebedürftigkeit stellt ein hohes Alter ein Signal dafür dar, dass erhöhte Wachsamkeit auf das Vorliegen alterierter Mundgesundheit erforderlich ist [25].

5.3 Mundgesundheit und Allgemeinerkrankungen

Für geriatrische Patienten stellen zahnmedizinische Behandlungen physisch und psychisch eine Belastung dar. Eingeschränkte Mobilität, bestehende Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Harninkontinenz können schon in der Terminplanung, auf dem Weg zur Praxis und bei der Lagerung bzw. dem Verweilen auf dem zahnärztlichen Behandlungsstuhl erhebliche Hürden darstellen.

Schluckstörungen und Aspirationsgefahr sind in der zahnärztlichen Behandlung relevant [26], vor allem dann, wenn mit Wasserkühlung, Spülungen oder Chemikalien im Mund gearbeitet wird oder auch Abformungen angefertigt werden. Zudem sind Zusammenhänge zwischen Allgemeinerkrankungen wie beispielsweise Herz-Kreislauferkrankungen, chronischen Erkrankungen der Atemwege (COPD) Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes mellitus) und Parodontalerkrankungen bekannt [27].

Störungen der Blutgerinnung, ein geschwächtes Immunsystem sowie gestörte Wundheilung sind nach der Behandlung Risikofaktoren für (schmerzhafte) Komplikationen, verbunden mit der Notwendigkeit von Nachbehandlungen. Viele Patienten haben bereits Erfahrungen dieser Art gemacht, können diese häufig aktiv erinnern und zum Teil auch artikulieren. Aus diesen Erinnerungen ergibt sich ebenfalls ein hohes psychisches Belastungspotenzial für Patient und zahnmedizinisches Team.

5.4 Spezifische Einflussfaktoren

In diesem Kapitel werden unterschiedliche Faktoren vorgestellt, die Einfluss auf die zahnmedizinische Behandlung geriatrischer Patienten haben. Die Perspektive der betroffenen Menschen ist dabei handlungsleitend.

Einflussfaktoren, die sich maßgeblich auf zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen auswirken können, lassen sich in die Bereiche funktionell, kognitiv und emotional unterteilen, zudem können soziale Einflüsse zum Tragen kommen.

5.4.1 Funktionelle Beeinträchtigungen / Einflussfaktoren

Konsensbasierte Empfehlung 4: (neu/2026)	
Motorische und sensorische Beeinträchtigungen sollen in der zahnmedizinischen Betreuung frühzeitig berücksichtigt werden und in die Behandlungsplanung einfließen. Abstimmung: 15/1/1 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 17 Stimmen	Konsens
Expertenkonsens	
Literatur: Nitschke und Micheelis 2016, Büscher et al. 2022	

Konsensbasiertes Statement 1: (neu/2026)	
Bei der zahnmedizinischen Betreuung geriatrischer Patienten mit Unterstützungsbedarf sind nach deren Einwilligung Angehörige, Pflegende oder Betreuungspersonen in Unterweisungen (insb. Mundpflege) miteinzubeziehen. Abstimmung: 17/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 17 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	

Durch eingeschränkte körperliche Funktionen wie Schwäche der Handkraft können bspw. das Putzen der Zähne oder das Reinigen einer vorhandenen Zahnprothese beeinträchtigt sein. Aber auch visuelle Beeinträchtigungen können zu Problemen bei der Mundpflege führen. Rund ein Drittel der Menschen mit Pflegebedarf sind nicht mehr in der Lage, die Pflege ihrer Zähne und der Zahnprothesen selber vorzunehmen und sind auf Hilfe von Angehörigen oder Pflegenden angewiesen [28]. Daher ist es von Bedeutung, die unterstützenden Personen (Angehörige, Pflegeperson) in den Prozess der zahnmedizinischen Betreuung miteinzubeziehen.

Eingeschränktes Sehen kann darüber hinaus aber auch die Mobilität beeinträchtigen, wenn es bspw. gilt, eine zahnärztliche Praxis aufzusuchen oder auf dem Behandlungsstuhl Platz zu nehmen. Funktionell motorische Einschränkungen und Limitationen sowie kognitive Beeinträchtigungen können zum Beispiel die Sitzposition im Behandlungsstuhl, die Kopfhaltung, die Kieferöffnung bzw. Kieferöffnungsweite, die Schluckfähigkeit etc. beeinflussen. Die Mobilitätseinschränkungen können auch durch krankheitsbedingte übermäßige bzw. unkontrollierte Bewegungen (Dyskinesien, z. B. Zittern bei einer Parkinsonerkrankung) charakterisiert sein.

Mobilitätseinschränkungen haben eine hohe Relevanz in Bezug auf eine mögliche Behandlungsfähigkeit in der zahnärztlichen Praxis. Unterstützungsbedarf bei der Fortbewegung ist daher im Vorfeld abzuklären. Es ist relevant, ob die Person mobil ist, ob sie einen Rollator oder Rollstuhl benutzt. Damit entscheidet sich ggf., ob die Praxis überhaupt aufgesucht werden kann.

Besondere Sorgfalt beim Aufsuchen einer zahnärztlichen Praxis ist bei erhöhter Sturzgefahr geboten [29]. Möglicherweise sind eine Begleitung oder eine Behandlung im häuslichen Umfeld der Person erforderlich wobei eine Berücksichtigung und Organisation im Vorfeld sinnvoll ist.

Ist die Person auf einen Rollstuhl bzw. Pflegerollstuhl angewiesen, ist vor der Behandlung zudem zu prüfen, ob ein Umsetzen auf einen Behandlungstuhl möglich oder erforderlich ist. Ist eine Behandlung nur liegend im Bett möglich, sind die Behandlungsoptionen dadurch definiert und möglicherweise limitiert.

5.4.2 Kognitive und emotionale Beeinträchtigungen / Einflussfaktoren

Konsensbasierte Empfehlung 5: (neu/2026)	
Kognitive und emotionale Beeinträchtigungen sollten in die Behandlungsplanung mit entsprechenden zeitlichen Ressourcen und Absprachen zum stressreduzierenden Umgang einfließen.	starker Konsens
Abstimmung: 17/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 17 Stimmen	
Expertenkonsens	
Literatur: Jockusch, J. et al. 2021; Zimmerman, S. et al. 2014; Manchery, N. et al. 2020	

Konsensbasiertes Statement 2: (neu/2026)	
Logopädische, heilpädagogische und/oder gerontopsychologische Maßnahmen können das Versorgungsteam gezielt unterstützen und optimierte Maßnahmen für die Pflege und das zahnärztliche Team bahnen.	starker Konsens
Abstimmung: 17/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 17 Stimmen	
Expertenkonsens	

Kognitive Beeinträchtigungen, z. B. demenzielle Erkrankungen, haben Einfluss auf die Mundgesundheit und die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen [30]. Maßnahmen zur Mundpflege können von der einzelnen Person als übergriffig empfunden werden, besonders wenn in der Vergangenheit bereits negative Erfahrungen gemacht wurden [31]. Physische und psychische Faktoren, vor allem kognitive Beeinträchtigungen, haben Einfluss auf die Kooperationsfähigkeit der Patienten. Mangelnde Kooperationsfähigkeit, z. B. aufgrund einer demenziellen Erkrankung bzw. kognitiven Einschränkung, führt dazu, dass im häuslichen oder pflegerischen Alltag die Patienten die Maßnahmen zur Mundhygiene ggf. nicht selbst durchführen bzw. diese bei Übernahme durch andere nicht in ihrer Notwendigkeit und Gefahrlosigkeit einschätzen können [32,33]. Es ist von zentraler Bedeutung inwieweit alltägliche Mundpflegemaßnahmen aber auch präventive und therapeutische zahnärztliche Maßnahmen durchgeführt werden können [32]. Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen

empfinden möglicherweise Angst vor oder bei zahnmedizinischen Maßnahmen, die es zu antizipieren und zu berücksichtigen gilt.

Insbesondere Menschen mit Demenz können Angst vor Maßnahmen zur Mundpflege oder der zahnärztlichen Behandlung haben oder entwickeln. Möglicherweise kann die Situation nicht mehr eingeschätzt werden und es kann zu sogenanntem „herausfordernden Verhalten“ (bspw. abwehrendes Verhalten, Schreien) kommen, was die pflegerischen oder zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen erschweren kann [32].

Weiterhin kann bei älteren Patienten mit intellektuellen Beeinträchtigungen, die die verbalen Handlungsanweisungen kognitiv nicht oder nur eingeschränkt verstehen können sowie Patienten mit Schädigungen des zentralen Nervensystems (bspw. Schlaganfall, Zerebralparese), Patienten mit neurodegenerativen Erkrankungen (bspw. Parkinson-Syndrom, Chorea Huntington, ALS) und auch bei älteren Patienten mit psychischen Erkrankungen (bspw. Zahnbehandlungsangst mit Krankheitswert [34]) die zahnärztliche Diagnostik/Behandlung schwierig werden und zum Beispiel mit motorischer Unruhe, mangelnder Geduld, Verweigerung zur Mundöffnung oder gar Abwehr der zahnärztlichen Maßnahmen mit übermäßigen bzw. unkontrollierten Bewegungen beantwortet werden. Hier können sowohl der Patient als auch mit diesen Personengruppen unerfahrene Behandler gefährdet werden.

Logopädische, heilpädagogische und/oder gerontopsychologische Maßnahmen, die begleitend zur alltäglichen pflegerischen Mundpflege durchgeführt werden, können sich bei reduzierter Kooperationsfähigkeit oder Ängstlichkeit positiv auf zahnmedizinische Behandlung auswirken. Möglicherweise wird der Betroffene mit Maßnahmen rund um und im Mund vertrauter und empfindet diese ggf. nicht als übermäßig übergriffig. Es ist wichtig, dass die Behandlungssituation so stressfrei wie möglich gestaltet wird und damit die Angst von Patienten und Gefahren während der Mundpflege und ggf. zahnärztlichen Behandlung für Patienten und zahnärztliches Team minimiert werden [32,35,36].

Besonders belastende Beeinträchtigungen für die betroffenen Personen können im sozialen Umfeld durch Inkontinenz entstehen. Bei geriatrischen Patienten besteht die Möglichkeit, dass es zu einer inkontinenten Episode während der Zahnbehandlung kommt. Daher ist es sinnvoll diesen Personen ein Toilettengang vor der Behandlung zu ermöglichen bzw. eine angemessene Inkontinenzversorgung (ggf. durch begleitende Personen) zu prüfen, um schambesetzte Situationen zu vermeiden [37].

5.4.3 Soziale Beeinträchtigungen / Einflussfaktoren

Konsensbasiertes Statement 3: (neu/2026)	
Die Rahmenbedingungen des Unterstützungsumfelds sind bei der zahnmedizinischen Betreuung und der zahnärztlichen Behandlungsplanung zu berücksichtigen.	starker Konsens
Abstimmung: 17/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 17 Stimmen	
Expertenkonsens	

Kommt es zu Veränderungen des Lebensortes betagter und hochbetagter Menschen, werden soziale Einflüsse besonders spürbar. Beispielhaft kann dies an der Situation der stationären Altenhilfe verdeutlicht werden. Durch Umzüge bspw. aus der Häuslichkeit in stationäre Altenpflegeeinrichtungen werden Handlungsspielräume der betroffenen Menschen stark verändert. Unabhängig davon, ob ein Einzug geplant oder ungeplant erfolgte, werden Entscheidungen durch die Rahmenbedingungen der jeweiligen Einrichtung beeinflusst. So wird bspw. das Medikamentenmanagement häufig durch Mitarbeitende der stationären Einrichtung übernommen, sobald eine Person dort einzieht [38]. Alte Menschen, die die Medikamenteneinnahme möglicherweise zu Hause selbstständig geregelt haben, geben diese Aufgabe ab oder müssen diese aufgrund ihrer Allgemeinerkrankung und/oder Pflegebedürftigkeit abgeben. Solche Veränderungen können sich bei der Entscheidung fortsetzen, ob es möglich ist, gewohnte Utensilien zur Mundpflege aus der Häuslichkeit mitzunehmen und zu nutzen, selbst zu erwerben und zu verwalten oder von der versorgenden Einrichtung gestellt werden und möglicherweise lediglich eine Basisausstattung von Zahnbürste und Zahnpasta umfasst [32]. Durch geltende Rahmenbedingungen werden Entscheidungen und Möglichkeiten der Gesundheitsfürsorge beeinflusst. Alte Menschen mit Unterstützungsbedarf sind nicht nur darauf angewiesen, dass dritte Personen sie bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege unterstützen. Auch bei der Kontaktaufnahme zu einer zahnärztlichen Behandlung sowie bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit ist zumeist Unterstützung erforderlich. Ob diese Unterstützung durch Angehörige oder Mitarbeitende der jeweiligen unterstützenden Dienste erfolgt, kann individuell variieren, sie ist aber essenziell.

5.5 Wechselwirkungen von Ernährung und Mundgesundheit

Konsensbasierte Empfehlung 6: (neu/2026)	
Wann immer möglich soll der Erhalt eigener Zähne für die Kaufunktion angestrebt werden. Die Kaufunktion soll durch festsitzenden/abnehmbaren Zahnersatz erhalten bzw. wiederhergestellt werden. Abstimmung: 14/2/1 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 17 Stimmen	Konsens
Expertenkonsens	

„Mundgesundheit zeigt sich in der Fähigkeit ohne Einschränkungen zu kauen und zu essen (...)“ [32]. Diese Definition aus dem Expertenstandard „Förderung der Mundgesundheit in der Pflege“ zeigt, wie relevant die Mundgesundheit für die Ernährungssituation ist. Zum einen beeinflussen unzureichende Mundpflege oder beeinträchtigte Mundgesundheit die Ernährung [39]. Zugleich gehören Malnutrition, Fehl- und Mangelernährung zu den Problemfeldern geriatrischer Patienten [40]. Alte Menschen, insbesondere geriatrische Patienten benötigen daher besondere Aufmerksamkeit bei der Einschätzung ihrer Ernährungssituation und der Wechselwirkung mit der individuellen Mundgesundheit [32]. Kauen und Schlucken können durch Erkrankungen wie Karies und Parodontitis erschwert sein, was negative Folgen haben kann. Dadurch entstehende Erkrankungen wiederum können mit einem schlechten Ernährungszustand einhergehen, diesen verursachen oder begünstigen.

Der Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege [40] greift das Screening und Assessment zur Risikoerfassung von Mangelernährung auf:

1. Zeichen von Nahrungsmangel:

- Äußerer Eindruck: unterernährt/untergewichtig ja / nein
- Nur wenn ermittelbar: BMI $\leq$ 20 ja / nein
- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust: ja / nein
($\geq$ 5% in 1 Monat; 10% in 6 Monaten oder weit gewordene Kleidung)

2. Auffällig geringe Essmenge

ja / nein

- (z. B. mehr als 1/4 Essensreste bei 2/3 der Mahlzeiten)

3. Erhöhter Energie-/Nährstoffbedarf u. -Verluste

ja / nein

(z. B. Hyperaktivität, Stresssituationen, akute Krankheit, Fieber, offene Wunden wie Dekubitus, Ulcus cruris, Diarrhö, Erbrechen, Blutverlust)

Diese Anzeichen, die Bestandteil des kompletten Instruments „Pflegerische Erfassung von Mangelernährung und deren Ursachen in der stationären Langzeit-/ Altenpflege (PEMU)“ sind, können zu einer ersten Risikoeinschätzung von Mangelernährung und deren Ursachen genutzt werden [41]. Maßnahmen, die mit erwartbaren Veränderungen hinsichtlich der Mundgesundheit, insbesondere der Kaufähigkeit und -effizienz einhergehen, sind so zu wählen, dass die Ernährung möglichst aufrechterhalten werden kann.

Die Verabreichung von oralen hochkalorischen Nahrungsergänzungsmitteln an ältere und unterernährte Patienten birgt potenzielle Risiken für die Zahngesundheit (häufig hoher Zuckeranteil). Um einen optimalen Nutzen zu erzielen, ist es unerlässlich, die Gabe von ONS (oral nutritional supplements) individuell anzupassen. Nach Möglichkeit ist die Vermeidung kohlenhydratreicher ONS sinnvoll, und es sind angemessene präventive Maßnahmen zu ergreifen, um die Entstehung und Progression von Karies zu verhindern [42].

5.6 Autonomie und Selbstpflegekompetenz bei der Zahn-, Prothesen- und Mundpflege

Für eine suffiziente Mundpflege benötigen Menschen nicht nur die Kenntnisse zu geeigneten Maßnahmen zur Mundpflege, zugleich müssen sie über die körperlichen und kognitiven Fähigkeiten verfügen, dieses Wissen anzuwenden. Autonom handelnde Personen sind dazu auch zumeist in der Lage. In Deutschland ist die Karieserfahrung bei älteren Menschen deutlich höher als bei Kindern. Während der DMFT-Wert bei 12-Jährigen bei nur 0,5 liegt, beträgt er bei 65- bis 74-Jährigen 17,7 und steigt bei hochaltrigen Personen (75+) auf 21,6 [24].

Menschen mit körperlicher und/oder intellektueller Beeinträchtigung haben einen erhöhten Unterstützungsbedarf bei der Mund-, Zahn- und Prothesenpflege, wie auch einen erhöhten zahnmedizinischen Betreuungsbedarf [32,43,44]. Viele geriatrische Patienten leiden in unterschiedlicher Ausprägung an kognitiven Einschränkungen wie z. B. Demenz, was sie selbst zunehmend hindert, gute Mundhygienemaßnahmen selbstständig durchzuführen. Diese Personen sind besonders auf Unterstützung angewiesen.

Die Selbstpflegekompetenz bei der Mund-, Zahn- und Prothesenpflege ist bei geriatrischen Patienten häufig eingeschränkt. Multiple systemische Erkrankungen, Multimorbidität und/ oder Polypharmazie können die Mundpflegesituation verschlechtern und bestehende Probleme potenzieren. Allein die Tatsache, dass eine Person zur Durchführung von Maßnahmen zur Mundpflege externe Hilfe benötigt

(Unterstützung bzw. völlige Übernahme durch Dritte) stellt ein erhöhtes Risiko für die Mundgesundheit dar. In der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V) wird berichtet, dass knapp 30 % der Menschen mit Pflegebedarf externe Hilfe bei der Durchführung der täglichen Mundhygiene benötigen [24]. Diese Zahl ergab sich jedoch aus der Rückmeldung der Probanden auf Nachfrage und wurde nicht mit klinischen Parametern korreliert. Zudem sind in der DMS V Studie Menschen mit höherem bzw. hohem Pflegebedarf unterrepräsentiert.

5.6.1 Unterstützung durch externe Personen

Die Selbstpflegekompetenz bei der Mundpflege kann durch externe Personen unterstützt oder ausgeglichen werden. Nicht immer reicht es aus, das erforderliche Wissen zu vermitteln oder zu beraten. Es kann erforderlich sein, die Mundpflege teilweise oder vollständig zu übernehmen und regelmäßig eine Inspektion der Mundhöhle und des Zahnersatzes vorzunehmen. Daneben sind die Kontakte zu einer zahnärztlichen Behandlung regelhaft zu planen und zu organisieren.

5.6.2 Mundpflegemittel

Zur täglichen Mundpflege gehören das Zähneputzen, die Reinigung der Interdentalräume, der Zunge, der Lippen und der Mundhöhle sowie ggf. die Reinigung von Zahnprothesen. Dabei ist es wichtig, die (noch) vorhandenen Fähigkeiten der betroffenen Menschen stets einzubeziehen und zu nutzen [32].

Konsensbasierte Empfehlung 7: (neu/2026)	
Als Hilfsmittel zur häuslichen Mundhygiene sollen bedarfsgerecht manuelle oder elektrische Zahnbürsten, fluoridierte Zahnpasta, Zahnzwischenraumbürsten und Hilfsmittel zur Reinigung von Zahnersatz empfohlen werden. Abstimmung: 17/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 17. Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	
Literatur: Pitchika et al. 2021; S3-Leitlinie Kariesprophylaxe an bleibenden Zähnen (083-021)	

Hilfsmittel zur allgemeinen Mundpflege und -hygiene

Zur Biofilmbkontrolle wird empfohlen, dass Patienten mindestens zweimal täglich mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta ihre Zähne putzen [45]. Dabei kommen je nach Patient unterschiedliche manuelle oder elektrische Zahnbürsten zum Einsatz [45]. Zu einer Grundausstattung gehören Zahnbürsten ebenso wie fluoridhaltige Zahnpasta mit einer Fluoridkonzentration von mindestens 1450-1500 ppm F⁻ und ein Mundspülbecher [32]. Des Weiteren bietet sich der Einsatz von Zahnprothesenbürsten, Zungenreinigern und im Einzelfall Mundspüllösungen an [32]. Zur Reinigung der Zahnzwischenräume sind bei Unterstützungsbedarf Interdentalbürsten häufig besser geeignet als Zahnseide. Bei geriatrischen Patienten liegen größere Interdentalräume und Nischen an Implantaten oder festsitzendem Zahnersatz vor [46,47], die mit Hilfe von Interdentalraumbürsten oftmals

effizienter und einfacher zu reinigen sind. Generell sind möglichst große Interdentalraumbürsten mit langen Filamenten empfehlenswert. Bei unterschiedlich großen Interdentalräumen bieten sich außer zylindrischen auch konische Formen von Interdentalraumbürsten an. Bei eingeschränkten manuellen Fähigkeiten können die dünnen Griffe der Halter beispielsweise mit knetbarem Abformmaterial aus Silikon modifiziert werden. In der Langzeitbeobachtung der Populationen großer epidemiologischer Kohortenstudien trug die Nutzung von elektrischen Zahnbürsten als auch die von Interdentalraumbürsten langfristig zu einer höheren Anzahl kariesfreier gesunder Zahnflächen und Zähne sowohl bei Erwachsenen als auch bei älteren Menschen bei [48]. Die Reinigung der Mundschleimhaut und Zunge ist ebenso wichtig und erfolgt mit Watteträgern, feuchten Kompressen oder Schaumstoffstäbchen. Zum Ausspülen empfiehlt sich der Einsatz von Nasenausschnittsbechern, die das Trinken und Spülen erleichtern können. Der DNQP-Expertenstandard unterstreicht, dass eine strukturierte, an die Fähigkeiten der Patienten angepasste Mundhygiene zentral für die Erhaltung der oralen Gesundheit ist.

5.7 Wechselwirkung von Schmerz und Mundgesundheit

Schmerzen im orofazialen Bereich können direkte Auswirkungen auf die Mundgesundheit und die Kaufähigkeit haben. Die Inspektion der Mundhöhle, der Zähne und ggf. der (Teil-) Prothesen hat daher auch stets in Hinblick auf mögliche Schmerzen zu erfolgen [32]. Auskunftsfähige Personen sind zu möglichen Schmerzen zu befragen. Bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder Bewusstseinsbeeinträchtigungen ist eine Selbstauskunft zu Schmerzen schwierig bis unmöglich. Eine Fremdeinschätzung zu Schmerz kann dann erforderlich, die Erhebung und die Interpretation der Ausgangssituation zur Mundgesundheit im Hinblick auf Schmerzen oder die subjektiv empfundene Behandlungsnotwendigkeit allerdings mitunter schwierig sein. Zur Einschätzung der Situation, zur zahnärztlichen Diagnostik und der Indikationsstellung für eine Behandlung ist eine systematische Fremdeinschätzung zu Schmerz hilfreich [49]. Eine interdisziplinäre - zirkuläre Visite unter Einbeziehung von Personen des Unterstützungsumfeldes kann prozesshaft stattfinden. Können Personen ihre Empfindungen nicht mehr zuverlässig ausdrücken, sind beobachtbare Verhaltensmerkmale zu berücksichtigen. Diese können sich durchaus von einer Selbstaussage zu Schmerz unterscheiden, denn möglicherweise verstehen Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen die explizite Frage nach Schmerz nicht mehr [50].

Informationen zur Fremdeinschätzung von Schmerz sowie weitere Informationen zum Schmerzassessment finden sich unter Kapitel 9.4

Konsensbasierte Empfehlung 8: (neu/2026)	
Zur Behandlungsplanung und Evaluation sollte eine Einschätzung von Schmerz als Selbstauskunft oder Fremdeinschätzung erfolgen.	starker Konsens
Abstimmung: 17/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 17 Stimmen	
Expertenkonsens	

5.8 Patienten

Geriatrische Patienten haben in der Regel viele Kontakte zu Ärzten der verschiedensten Fachrichtungen. Oft wird mit zunehmender Gebrechlichkeit und Pflegedürftigkeit das früher kontrollorientierte Besuchsverhalten beim Zahnarzt in ein beschwerde-orientiertes Inanspruchnahme-Verhalten umgewandelt. Vor allem bei institutionalisierten Patienten und/oder Menschen mit Demenz zeigt sich ein deutlicher Rückgang der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen [30,51,52]. Diese Vernachlässigung – anfänglich mitunter wissentlich vor Augen – und die Verunsicherung einer möglichen ungewohnten oder gefürchteten Situation können zum einen zu einer außergewöhnlichen Belastung der Patienten führen. Zum anderen stellen die ggf. notwendige Beförderung in die Praxis oder in eine andere ungewohnte Umgebung sowie natürlich die Behandlung selbst mitunter eine erhebliche Belastung dar. Nicht zuletzt können aufwändige Bewilligungsverfahren und ggf. anfallende Kosten einer zahnärztlichen Behandlung eine relevante Belastung sein und zur Vermeidung beitragen.

5.9 Behandler und sein Praxisteam

Konsensbasiertes Statement 4: (neu/2026)	
a. Für den Behandler und sein Praxisteam bedeutet die Betreuung geriatrischer Patienten einen erhöhten zeitlichen und/oder organisatorischen Aufwand. Insbesondere die psychosozialen Auswirkungen sind im Praxisteam besonders zu berücksichtigen (z. B. Gespräche, Teamsitzungen). b. Für den Behandler und sein Praxisteam bedeutet die Betreuung geriatrischer Patienten einen erhöhten Aufwand. Insbesondere der erhöhte Zeitaufwand für Kommunikation mit dem Patienten und seinem Betreuungs- und Unterstützungsumfeld ist zu berücksichtigen. Abstimmung: 16/0/1 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 17 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	

Für Behandler geht es darum, den bereits beschriebenen individuellen Belastungen für die Patienten und ggf. deren unterstützendes Umfeld (An- & Zugehörige, Betreuungspersonen, Pflegepersonen, ...) angemessen zu begegnen und diese vor, während und nach der Behandlung immer im Blick zu haben. Konkret stellen sich z. B. Fragen nach einem geeigneten Zeitpunkt bzw. Ort für die Behandlung. Wer oder was macht die Behandlung für die Betroffenen angenehmer? Welche Medikamente nimmt der Patient bereits und welche Medikamente können/sollen/dürfen zusätzlich verordnet werden? Vor allem gilt es bei eingeschränkter Kooperationsfähigkeit, die Ressourcen, die Vorlieben und die Abneigungen zu erfragen bzw. korrekt zu interpretieren, um ein Gespür für den Willen des Patienten zu entwickeln (konkludente Willenserklärung) sowie auch die Wünsche des Umfelds mit den möglichen Therapieoptionen in Einklang zu bringen.

Grundsätzlich erfordert die zahnmedizinische Betreuung geriatrischer Patienten darüber hinaus angepasste Organisationsstrukturen. Dazu zählen die Terminplanung mit der Organisation gegebenenfalls notwendiger Krankentransporten, die konkreten juristischen Fragen bezüglich der Einwilligungs- und Geschäftsfähigkeit bei der Aufklärung, die Beziehungsgestaltung im Rahmen der Behandlung bei demenziell erkrankten Menschen, die Berücksichtigung der Allgemeinerkrankungen und der Medikation sowie die Möglichkeiten zur Minimierung der Aspirationsgefahr.

Die Wahl des Behandlungsortes erfordert vor allem außerhalb der Praxis die Berücksichtigung einer Vielzahl an weiteren organisatorischen, ergonomischen, hygienischen und beim Einsatz mobiler Behandlungseinheiten (Absaugung, mobile Röntgeneinrichtung, ...) auch sicherheitstechnischen Fragen, die den Behandlungsalltag belasten und aufwändig machen. Beim Einsatz rotierender Instrumente außerhalb der Praxis werfen Aerosole, Dämpfe und Schleifstäube zudem Fragen im Hinblick auf gesundheitsgefährdende und arbeitsmedizinische Belastungen für das Praxisteam auf [53].

Zur Vermeidung bzw. Abmilderung von Komplikationen sind nicht selten zusätzliche therapeutische Maßnahmen nötig wie z. B. der Einsatz von Antibiotika oder besondere chirurgische Verfahren, Hämostyptika, resorbierbare Nahtmaterialien sowie Verbandplatten im Rahmen chirurgischer Eingriffe. Bei chirurgischen und prothetischen Maßnahmen sind auch häufigere Nachkontrollen angezeigt.

Nicht selten stellt bei zahnmedizinischen Behandlungen die Abstimmung im Hinblick auf die Medikation (Absetzen von Antikoagulantien und ggf. Kontrolle der Blutgerinnung) einen Mehraufwand dar, da es notwendig ist andere Berufsgruppen einzubeziehen (Vgl. Kapitel 5.12).

Gerade bei Veränderungen des Zahnstatus ergeben sich mitunter Fragestellungen im Hinblick auf die Sprache oder das Schluckvermögen mit der Notwendigkeit der Einbeziehung anderer Berufsgruppen (Logopädie, Ernährungsberatung). Bei Kiefergelenkproblemen bzw. Bruxismus [54] können physiotherapeutische Begleitmaßnahmen angezeigt sein. Verändert sich aufgrund einer Allgemeinerkrankung (Schlaganfall, Parkinson) die Fähigkeit zur Selbststeuerung der Mundhygiene bzw. dem Umgang mit abnehmbarem Zahnersatz, macht es Sinn, ergotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Einschätzung all dieser Fragen sowie die Beherrschung der damit verbundenen Herausforderungen erfordern vielfältige Kompetenzen und in der Regel deutlich mehr Zeit als bei Menschen ohne besondere Einschränkungen. Auch die Einstellung zum eigenen Altern bzw. zu den physiologischen Alterungsprozessen beeinflusst den Umgang mit den geriatrischen Patienten.

Bei zahnmedizinischen Behandlungen unter Vollnarkose ist zu berücksichtigen, dass geriatrische Patienten eine postoperative kognitive Dysfunktion (POCD, „postoperatives Delir“) [55] entwickeln können. Dabei handelt es sich um eine nicht immer nur vorübergehende und mitunter schwerwiegende kognitive Dysfunktion, die nach einem chirurgischen Eingriff auftreten kann.

Auch wenn zunehmend auf die besonderen Bedarfe kognitiv eingeschränkter Menschen mit entsprechend demenzsensiblen Maßnahmen (Begleitung, Hilfsmittel im Blick, Schmerzmedikation angepasst) reagiert wird, so kann eine Demenz trotzdem durch eine Intubationsnarkose verstärkt werden. So zeigten Patienten mit Alzheimer-Demenz 5-9 Monate nach der Operation mehr kognitive Beeinträchtigungen als die Patienten der Vergleichsgruppe ohne Operation [56]. Alkohol- [57] und Drogenmissbrauch sowie das Bildungsniveau [58–60] sind ebenfalls Risikofaktoren für die Entwicklung einer POCD. Das Risiko steigt auch mit dem Alter [57,61].

5.10 Betreuer/Bevollmächtigte

Nicht jeder Patient, der einen rechtlichen Betreuer hat, ist einwilligungs**unfähig**. Wenn der Patient offensichtlich einwilligungsunfähig ist, können rechtliche Betreuer und Bevollmächtigte die entsprechenden Erklärungen stellvertretend abgeben. Voraussetzung hierfür ist der Aufgabenkreis Gesundheitssorge und ggf. Vermögenssorge.

5.11 Unterstützungsumfeld

Neben den auftretenden Problemen wie Schmerzen im Mundbereich oder fehlenden Zähnen bzw. fehlendem Zahnersatz empfinden professionell Pflegende oder Angehörige bzw. Zugehörige vor allem die Einschränkungen bei der Nahrungsaufnahme (längere Dauer oder Verweigerung bestimmter Nahrung), die Abwehr bei der Mundpflege, die ästhetischen und phonetischen Beeinträchtigungen im sozialen Miteinander oder den schlechten Atem als belastend.

Im Rahmen zahnärztlicher Behandlungen sind die organisatorischen Herausforderungen (Terminvereinbarungen, Koordinierung der Krankenförderung, Begleitung) und situationsgerechtes Verhalten bei Einschränkungen nach den Eingriffen z. B. infolge Anästhesie (Taubheitsgefühl) oder infolge der Wundheilungsprozesse (Nachblutung, Schwellung, Schmerzen, Wundheilungsstörungen) als belastend.

5.12 Hausärzte und andere ärztliche Disziplinen

Nicht selten stellen bei zahnärztlichen Behandlungen die Abstimmung im Hinblick auf die Medikation (z. B. Absetzen von Antikoagulantien und ggf. Kontrolle der Blutgerinnung) (siehe hierzu auch: [62]) oder Fragen zur Abstimmung der Krankenförderung für Hausärzte einen Mehraufwand dar.

Mitunter ist es sinnvoll auch Oralchirurgen oder Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie oder Kliniken in die Behandlungsprozesse mit einzubeziehen.

Grundsätzlich ist es sinnvoll und notwendig, dass Ärzte dem behandelnden Zahnarzt Informationen zu Diagnosen, Assessments und Medikationen übermitteln.

5.13 Andere Berufsgruppen

Gerade bei Veränderungen des Zahnstatus ergeben sich mitunter Fragestellungen im Hinblick auf die Sprache oder das Schluckvermögen mit der Notwendigkeit der Einbeziehung anderer Berufsgruppen (Logopädie, Ernährungsberatung). Bei Kiefergelenkproblemen bzw. Bruxismus bieten sich physiotherapeutische bzw. psychotherapeutische Begleitmaßnahmen an. Verändert sich aufgrund einer Allgemeinerkrankung (z. B. Schlaganfall, Parkinson) die Fähigkeit zur Selbststeuerung der Mundhygiene bzw. der Umgang mit abnehmbarem Zahnersatz, macht es Sinn, ergotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

5.14 Infrastruktur, Hilfsmittel & Prozeduren

5.14.1 Der gerostomatologische Wohlfühlfaktor

Der gerostomatologische Wohlfühlfaktor einer Praxis wird durch die Erreichbarkeit der Praxis, die Hilfsmittel, den Umgang mit guter Kommunikation und die Empathie für ältere Menschen geprägt. Alle Maßnahmen, die den gerostomatologischen Wohlfühlfaktor einer Praxis erhöhen, werden idealerweise im Qualitätsmanagement über Mindeststandards und Verfahrensanweisungen beschrieben und verankert [63].

5.14.2 Erreichbarkeit und Bewegungssicherheit

Konsensbasierte Empfehlung 9: (neu/2026)	
a. Eine gute Erreichbarkeit der zahnärztlichen Praxis und Bewegungssicherheit innerhalb der Praxisräume sollten angestrebt werden. b. Die Informationen über die Erreichbarkeit und Bewegungssicherheit sollten gewährleistet sein. Abstimmung: 17/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 17 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	
Literatur: Nitschke I. et al. 2016	

Eine gute Erreichbarkeit der Praxis mit möglichst wenigen oder besser ohne Barrieren ist oft die Voraussetzung dafür, dass eine zahnmedizinische Betreuung geriatrischer Patienten überhaupt in Anspruch genommen wird. Dazu zählen z. B. eine gute Anbindung an den öffentlichen Personen-Nahverkehr, ein behindertengerechter Parkplatz, ein schwellenloser und gut ausgeleuchteter Zugang zum Praxisgebäude sowie zur Praxis gegebenenfalls mit behindertengerechtem Aufzug und automatischen Türöffnern. In der Praxis sind u. a. ein abgesenkter Rezeptionsbereich, eine rollstuhlgerechte Toilette, rutschfeste Böden, kippsichere Stühle mit waagerechten Armlehnen im Wartezimmer sowie möglichst beidseitige Handläufe in den Gängen wichtig. Für viele Situationen haben sich statt einem Praxisumzug oder dem Bau eines Aufzuges auch Alternativen wie z. B. die Nutzung von Rampen, Treppensteighilfen, Treppenlifte und/oder die persönliche Begleitung immobiler Patienten zur Überwindung von Schwellen oder Treppen in der Praxis bewährt. Bei Neu- oder Umbaumaßnahmen in der Praxis sind die entsprechenden Bauvorschriften des jeweiligen Bundeslandes zu beachten. Unterstützend können kommunale Ansprechpartner oder Aktionspläne der Bundes- und Landesregierungen (z. B. KfW-Förderungen) Hilfe geben [64].

5.14.3 Hilfsmittel

Konsensbasierte Empfehlung 10: (neu/2026)	
Jeder Zahnarzt sollte mit seinem Team zur Behandlung und zum Umgang mit geriatrischen Patienten individuell erforderliche Hilfsmittel identifizieren und einsetzen. Abstimmung: 15/3/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	Konsens
Expertenkonsens	
Literatur: Nitschke I. et al. 2016; Spatzier H. 2017	

Neben den baulichen Maßnahmen können für einen besseren Umgang und eine dem geriatrischen Patienten angepasste zahnmedizinische Betreuung weitere Alltagshilfen wie z. B. Lesebrillen, Transferhilfen, Lagerungskissen, Hörverstärker, Lesekarten für Patienten mit Hörverlust, Nasenausschnittsbecher, Kopfstütze für den Rollstuhl, Speitrichter, Gehstock-Halter etc. hilfreich sein [65,66] (Tabelle 2).

Tabelle 2: Übersicht über Infrastruktur und Hilfsmittel in der Seniorenzahnmedizin (Quelle: [53])

Hilfsmittel in der Seniorenzahnmedizin	
Infrastruktur der Praxis	
Erreichbarkeit der Praxis	Lage der Praxis
	Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel
	Parkmöglichkeiten in der Nähe
	Krankentransportparkplatz
Ausstattung der Praxis	Rollstuhlfähige Eingänge
	Lift (sofern nötig)
	Treppensteiger
	beidseitige Treppengeländer
	ausreichende Beleuchtung
	sichere Wege / sichere örtliche Verhältnisse (Sturzangst!)
	kontrastreiche und breite (Rollstuhl-)Eingänge, im Bereich der Rezeption, Wartezimmer, Toiletten, Behandlungszimmer
	Bodenoberflächen nicht glatt, uneben oder mit Stolperfallen (z. B. Teppiche)
	Gehstützenhalter
	breite und stabile Stühle mit waagerechten Armlehnen
	unterfahrbare Waschbecken
	Haltegriffe
	Notrufeinrichtungen im WC
	größere Abfalleimer im WC
	konfektionierte Lesebrillen

	Umsetzbänder bzw. Transfergürtel – Rutschbrett
	Drehplatte
	deckenmontierte oder mobile Patienten-Hebeanlage (Lifter)
	Klebehaken an Behandlungsstühlen für Dauerkatheter-Aufhängung
	Speitrichter vergrößert
Hilfsmittel für die Administration	
	vorbereitete und individualisierbare Formulare
Hilfsmittel für die Behandlung	
	Beleuchtung (Stirnlampen, LED-Aufbisskeile, beleuchtbare zahnärztliche Spiegel)
	Lagerungshilfen, wie ein an der Stuhllehne fixiertes Kopfbrett, Kissen mit Plastiküberzügen
	mobile Behandlungsgeräte
	mobiles Transportsystem

5.15 Umgang, Empathie, zielgruppenspezifische Kommunikation und Beziehungsgestaltung

Konsensbasierte Empfehlung 11: (neu/2026)	
Jeder Zahnarzt soll mit seinem Team zur zahnmedizinischen Betreuung von geriatrischen Patienten in der Kommunikation speziell auf die Einschränkungen und Bedarfe geriatrischer Patienten trainiert sein. Abstimmung: 17/1/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	

Konsensbasierte Empfehlung 12: (neu/2026)	
Jeder Zahnarzt soll Konzepte und Techniken zum Umgang mit möglichem Verhalten (z. B. Abwehr) geriatrischer Patienten erwerben, die sich bedroht und verängstigt fühlen könnten. Insbesondere im Umgang mit demenziell erkrankten oder kognitiv beeinträchtigten Patienten sollen Zahnärzte geschult sein, die diese Patientengruppe versorgen. Abstimmung: 17/0/1 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	
Literatur: Weintraub JA et al. 2014; Jablonski-Jaudon, R.A. et al. 2016; Jablonski, R.A. et al. 2011; Nitschke et al. 2023, Berther und Loosli 2019, Feil und Klerk-Rubin 2020, Richard, und Richard 2016, Powell und Powell 2011	

Die Förderung der Mundgesundheit und der Erfolg einer zahnärztlichen Betreuung geriatrischer Patienten hängen wesentlich auch von der Fähigkeit des gesamten (Praxis-)Teams ab, adäquate und geeignete Strategien für die Beziehungsgestaltung anwenden zu können – insbesondere, wenn kognitive Beeinträchtigungen vorliegen. Vor allem das Erkennen und Anerkennen sowie die Wertschätzung (Validation) aktuell empfundener Empfindungen und Eindrücke stehen hier im Mittelpunkt der Interaktion.

Im Folgenden werden für eine erfolgreiche Kommunikation bei Menschen mit Demenz einige Aspekte zusammengefasst dargestellt [67,68]

- Auf eine ruhige Umgebung mit möglichst wenig anwesenden Personen achten
- Die Begegnung auf „Augenhöhe“ im visuellen Feld des unterstützungsbedürftigen Menschen beginnen
- Entspannt, einfach und respektvoll kommunizieren – keine "Kindersprache", keine "Wir-Form" verwenden, stattdessen höfliche Anweisungen und Anleitungen mit Erläuterungen der nächsten Schritte geben
- Eher tiefe Tonlage, eher kurze und einfache Sätze, den Namen des unterstützungsbedürftigen Menschen wiederholen
- Gerne Komplimente machen
- Lächeln bei der Interaktion
- Gesten und Pantomime
- Sanfte Berührungen mit Bedacht anwenden

Eine abwehrende Haltung gegenüber der Mundpflege, auch als "Care-resistant behavior" (CRB) bekannt, kann sich beispielsweise durch das Wegdrehen des Kopfes, das Zusammenpressen der Lippen oder das Wegstoßen der Hand bei Annäherung manifestieren. Ursachen hierfür können z. B. gingivale und parodontale Probleme, Zahnschmerzen, Komplikationen im Zusammenhang mit Zahnersatz sowie Schmerzen oder Schwellungen im Bereich der Schleimhäute und Weichteile des Mund-Kiefer-Gesichtsbereichs sein. Es ist wichtig, diese Ursachen mithilfe zahnärztlicher Unterstützung auszuschließen. Abwehrendes Verhalten kann auch auf eine kognitive Beeinträchtigung hinweisen

oder durch das Verhalten des Pflegepersonals sowie Reize wie die Zahnbürste oder die Zahnpasta ausgelöst werden. Um die zahnärztliche Behandlung oder auch die Mundpflege bei Menschen mit abwehrendem Verhalten erfolgreich umzusetzen, spielen Techniken der Validation (Wertschätzung) [69–72] sowie die Marte Meo Methode [68] eine entscheidende Rolle. Die Kommunikation durch kurze und klare Hinweise zu geplanten Maßnahmen sowie die behutsame Annäherung, beginnend am Arm und dann die Hand zum Kopf bzw. Mund führend, sind wichtige Aspekte für eine erfolgreiche Mundpflege [67].

In der Pflege werden zudem spezielle Konzepte beschrieben, wie beispielsweise "Managing oral hygiene using threat reduction" (MOUTH) [35,36] oder "Mouth care without a battle" (MCWB) [31,73].

5.16 Kommunikation innerhalb und außerhalb der Praxis

Konsensbasierte Empfehlung 13: (neu/2026)	
Die Kommunikation innerhalb und außerhalb der Praxis mit den Ärzten, Betreuungspersonen, Pflegepersonen, An- und Zugehörigen sollte strukturiert und zielgerichtet erfolgen.	starker Konsens
Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	
Expertenkonsens	

Für die Kommunikation mit Ärzten, Betreuungspersonen, Pflegepersonen, An- und Zugehörigen und auch für die Dokumentation der eigentlichen Behandlungen an den verschiedenen Setting-Orten Praxis, Häuslichkeit und Pflegeeinrichtung hat es sich bewährt, Flyer und Formulare zu nutzen. Für diese Zwecke stellen die standespolitischen Organisationen der Zahnärzteschaft auf Bundes- und Landesebene auf ihren Homepages eine Vielzahl an Materialien zur Verfügung. Daneben hat die Deutsche Gesellschaft für AlterszahnMedizin (DGAZ) zur Orientierung einen Formularkompass entwickelt und veröffentlicht [74].

Innerhalb der zahnärztlichen Praxis ist es sinnvoll in regelmäßigen Abständen Teamsitzungen abzuhalten, um die exakte Dokumentation und deren Verwendung zu besprechen.

5.17 Krankenförderung

Konsensbasiertes Statement 5: (neu/2026)	
Die vertragszahnärztliche Versorgung umfasst unter anderem die Verordnung von Krankentransporten. Im Zweifelsfall kann es sinnvoll sein, sich mit dem Hausarzt abzustimmen.	starker Konsens
Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	
Expertenkonsens	
Literatur: Krankentransport-Richtlinie, § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGBV. 2021.	

Die Notwendigkeit einer Krankenförderung – ob Krankenfahrt, Krankentransport oder in seltenen Fällen auch Rettungsfahrt – stellt für alle Beteiligten einen zusätzlichen Aufwand dar. Dazu zählen neben der Auswahl des geeigneten Beförderungsmittels (z. B. Taxi, Rollstuhltaxi, Liegendtaxi, Krankentransportwagen), der notwendigen technischen Ausstattung sowie der personellen Qualifikation die Ausstellung des Transportscheines insgesamt sowie die Beachtung der gegebenenfalls notwendigen Genehmigung durch die Krankenversicherung [75].

Wird die Beförderungsförderung genehmigt, kann bei Auftreten von Komplikationen (z. B. Aspiration, Infektion MRSA/Corona, Unfall im Treppenhaus, weil kein Tragestuhl veranlasst wurde etc.) die Frage an den Zahnarzt gerichtet werden, aufgrund welcher Überlegungen die Transportleistungen festgelegt wurden. Bei Unklarheiten in der Beurteilung des Gesundheitszustandes bzw. in der Auswahl des Beförderungsmittels wird deshalb die vorherige Abstimmung mit dem Hausarzt (Dokumentation!) empfohlen.

5.18 Aufsuchende Betreuung und zahnärztliche Ausrüstung

Konsensbasierte Empfehlung 14: (neu/2026)	
Jeder Zahnarzt sollte unter Kenntnis und Berücksichtigung der rechtlichen Rahmenbedingungen sein Konzept zur strukturierten aufsuchenden Betreuung mit seinem Team implementieren, regelmäßig evaluieren und ggf. anpassen, da die aufsuchende Versorgung zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört. Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	
Literatur: §3, Abs. 2 BMV-Z, §9, Abs. MBO	

Während die zahnärztliche Behandlung von Menschen ohne Einschränkung nahezu ausschließlich in den Zahnarztpraxen erfolgt, gibt es für die Behandlung geriatrischer Patienten gute Gründe, die Behandlung teilweise oder auch vollständig in der Häuslichkeit bzw. in der Pflegeeinrichtung durchzuführen. Zugleich ist bei Pflegebedürftigen häufiger als bei Menschen ohne Pflegebedarf die Infrastruktur und die Kompetenz einer stationären Versorgung angezeigt.

Eine Regelung zu Hausbesuchen enthält die Berufsordnung nicht, insbesondere gibt es keine Verpflichtung, einen Hausbesuch zu machen. Maßgeblich ist die allgemeine Behandlungspflicht, die ihre Grenze in §2 Abs. 5 der Musterberufsordnung (MBO) der Bundeszahnärztekammer [76] findet (Verweis auf Kapitel 14).

Letztendlich ist es die Entscheidung eines jeden Zahnarztes selbst darüber entscheiden, in welchem Umfang er unter Kenntnis der rechtlichen Rahmenbedingungen ein mobiles Versorgungskonzept anbieten möchte. Art und Umfang der zahnärztlichen Behandlungsmaßnahme, die Belastbarkeit des Patienten, der Aufwand einer gegebenenfalls notwendigen Krankentransport, die verfügbare Ausstattung (u. a. mobile Behandlungseinheit, Behandlungsraum, Röntgeneinrichtung) und nicht zuletzt die Erfahrung des Behandlers entscheiden von Fall zu Fall, wo die Behandlung am besten durchgeführt werden kann – eine klare und scharfe Trennlinie gibt es nicht.

Diese individuellen Versorgungskonzepte können sich aufgrund der zunehmenden Erfahrung erweitern, weshalb es sinnvoll ist, die Konzepte regelmäßig zu evaluieren und entsprechend weiterzuentwickeln.

5.19 Mobile Behandlungseinheiten

Konsensbasiertes Statement 6: (neu/2026)	
Der Einsatz einer mobilen Behandlungseinheit ist nicht Voraussetzung für die aufsuchende zahnmedizinische Betreuung. Die Anschaffung und Nutzung einer mobilen Behandlungseinheit hat nach sorgfältiger Abwägung und entsprechend dem eigenen Versorgungskonzept zu erfolgen. Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	

Der Einsatz einer mobilen Behandlungseinheit ist nicht Voraussetzung für die aufsuchende zahnärztliche Behandlung. Je nach Komplexität des gewählten Versorgungskonzeptes sind verschiedene zahnärztliche Leistungen nur unter Nutzung einer mobilen Behandlungseinheit möglich. Die Anschaffung einer mobilen Behandlungseinheit erfordert im Vorfeld eine sorgfältige Abwägung verschiedener relevanter Aspekte, wie der Gewährleistung der Hygiene (z. B. wasserführende Systeme) und ergonomischer Arbeitshaltung, dem Gewicht (Transport), der Absaugleistung sowie der Geräuschentwicklung bei der Behandlung.

Wird eine mobile Behandlungseinheit angeschafft, empfiehlt es sich, diese in der alltäglichen Behandlung entweder in der Praxis oder in der aufsuchenden Betreuung durch den Zahnarzt bzw. durch das Team zu nutzen, um die routinemäßige Nutzung sowie Pflege und Hygiene zu gewährleisten.

5.20 Hygiene

Bei der zahnärztlichen Behandlung geriatrischer Patienten gelten wie bei allen Patienten die allgemeinen Vorschriften und Hygieneempfehlungen des Deutschen Arbeitskreises für Hygiene in der Zahnmedizin (DAHZ) in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Zahnmedizin der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGHK) [77].

Spezielle Hygienerichtlinien für zahnärztliche Behandlungen in Pflegeeinrichtungen bzw. in der Häuslichkeit existieren derzeit nicht. Die Vulnerabilität geriatrischer Patienten erfordert mindestens denselben hohen Anspruch an eine hygienische Behandlung wie in der Praxis.

5.21 Anamnese

Die umfassende Anamnese geriatrischer Patienten, die für die zahnärztliche Behandlung erhoben wird, ist häufig komplex. In vielen Fällen sind die notwendigen Informationen über das Unterstützungsumfeld einzuholen.

Dies umfasst insbesondere bei geriatrischen Patienten

- zahnärztliche relevante ärztliche Befunde
- Dysphagie & Aspirationsrisiko
- zahnärztlich relevante Vorbefunde
- Medikamente
- Versorgungsdiagnose
- Nachsorgekompetenz

Die Deutsche Gesellschaft für AlterszahnMedizin (DGAZ) hat einen Aufnahmebogen entwickelt, der für alle Patienten in einer Praxis nutzbar ist. Zusatzbögen ermöglichen, die speziellen Aspekte bei geriatrischen Patienten zu erheben, wie z. B. bisherige Gewohnheiten bei der Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege oder Besonderheiten, die es bei der zahnärztlichen Behandlung zu berücksichtigen gilt – und schließlich auch Fragen zu Pflegegrad, bestehender Betreuung und Mobilität bzw. Kooperationsfähigkeit (siehe Anhang Aufnahmebogen der Deutschen Gesellschaft für AlterszahnMedizin).

5.21.1 Zahnärztlich relevante ärztliche Befunde

Konsensbasierte Empfehlung 15: (neu/2026)	
Zahnärztlich relevante ärztliche Befunde sollen vor Beginn der Behandlung eingeholt werden. Im Bedarfsfall sollte hier der Hausarzt einbezogen werden.	starker Konsens
Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	
Expertenkonsens	

Im Praxisalltag sind im Rahmen der zahnärztlichen Betreuung geriatrischer Patienten zahnärztlich relevante ärztliche Befunde (z. B. der Gerinnungsstatus, Blutzuckerwerte, neurologische Erkrankungen etc.) unter Berücksichtigung des Datenschutzes vor Beginn der Behandlung einzuholen.

5.21.2 Dysphagie & Aspirationsrisiko

Konsensbasierte Empfehlung 16: (neu/2026)	
Jeder Zahnarzt soll Schluckprobleme im Blick haben und – wenn nötig – z. B. über den Hausarzt oder Logopäden weitere diagnostische bzw. therapeutische Maßnahmen anregen.	starker Konsens
Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	
Expertenkonsens	
Literatur: Lin, L. et al. 2002; Baijens, L.W. et al. 2016; Velayutham, P. et al. 2018	

Dysphagie und die Aspirationsgefahr sind im Alter bei zunehmender Gebrechlichkeit und vor allem infolge verschiedener Erkrankungen häufig [78,79] – die Mehrheit der Patienten mit neurologischen Erkrankungen des zentralen Nervensystems (z. B. Apoplex, Morbus Parkinson, Multiple Sklerose) sind betroffen [80], außerdem z. B. einige Patienten mit Tumor im Kopf-Hals-Bereich, Erkrankungen der Halswirbelsäule etc.. Etwa 50 % der Bewohner von Pflegeeinrichtungen [81] leiden an Dysphagie. Bei Demenz im fortgeschrittenen Stadium sind sogar fünf von sechs Patienten betroffen [82]. Ältere Patienten haben ein höheres Sterberisiko, wenn sie aufgrund einer Aspirationspneumonie ins Krankenhaus müssen [79]. Auch eine stille Aspiration („silent aspiration“) kommt häufiger vor als bisher beschrieben. Das Fehlen von Husten schließt die Möglichkeit einer Aspiration nicht aus [83]. Bei der zahnärztlichen Behandlung geriatrischer Patienten ist daher die Beachtung möglicher Schluckstörungen und der Gefahr der Aspiration von zentraler Bedeutung und bereits in der Anamnese ist besonderes Augenmerk auf die Symptome von Schluckstörungen zu legen. Gegebenenfalls sind weitere diagnostische Verfahren (Schluckscreening, fiberoptische Endoskopie, Videofluoroskopie) und therapeutische Strategien (restituierend, kompensatorisch, adaptiv) angezeigt [84,85].

Zahnärzte ist es möglich bei entsprechendem Verdacht oder z. B. über das „Dysphagie Screening Tool Geriatrie“ (DSTG) unter Beurteilung des Allgemeinzustandes, der Fähigkeit zum Hustenstoß und der Reaktion beim Wasserschlucktest eine logopädische Behandlung (Heilmittelverordnung, Indikationsschlüssel: SCZ, z. B. 10x45 min, 1-2 pro Woche) zu veranlassen.

5.21.3 Zahnärztlich relevante Vorbefunde

Konsensbasierte Empfehlung 17: (neu/2026)	
Zahnärztlich relevante Vorbefunde (z. B. Röntgenbilder) sollten eingeholt werden.	starker Konsens
Abstimmung: 17/0/1 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	
Expertenkonsens	

Nicht zuletzt werden im Praxisalltag, z. B. im Rahmen der zahnmedizinischen Betreuung stationärer Pflegeeinrichtungen, Patienten vorgestellt, die vorher ggf. durch einen anderen Zahnarzt betreut wurden. Daher ist es angezeigt, zahnärztlich relevante Vorbefunde (z. B. Röntgenbilder) vorab einzuholen.

5.21.4 Medikation

Konsensbasierte Empfehlung 18: (neu/2026)	
Jeder Zahnarzt soll den Medikationsplan und die Einnahme und Anwendung zusätzlicher Medikamente und Präparate erfragen.	starker Konsens
Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	
Expertenkonsens	
Literatur: PRISCUS 2.0-Liste Für Deutschland. 2023; Pazan, F et al. 2021.	

Im Oktober 2016 wurde in Deutschland der bundeseinheitliche Medikationsplan für gesetzlich versicherte Patienten eingeführt. Allerdings besteht der Anspruch auf Ausstellung erst ab drei oder mehr systemisch wirksamen Medikamenten, die mindestens für eine Dauer von 28 Tagen verordnet werden. Das bedeutet, nicht alle Patienten haben einen solchen Medikationsplan. Weiterhin ist in der Regel davon auszugehen, dass Patienten noch eine Vielzahl weiterer Präparate gelegentlich, anlassbezogen oder häufig einnehmen, zu sich nehmen (Nahrungsergänzungsmittel etc.) oder auftragen (Salben etc.), die nicht ärztlich verordnet sind. Die Praxis zeigt zudem, dass im Medikationsplan häufig nicht der Grund für die Einnahme eines Medikamentes angegeben wird.

Zur Frage unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) und Wechselwirkungen der Medikation stehen für Zahnärzte neben der allgemein verfügbaren Roten Liste auch Listen für potenziell inadäquate Medikation (PIM) wie zum Beispiel die Priscus-Liste (Version 2.0) [86] oder die FORTA-Liste zur Verfügung [87]. Zudem kommen in den letzten Jahren auch vermehrt elektronische Hilfen für das Smartphone auf den Markt.

Bei Unklarheiten im Hinblick auf die individuelle Medikation ist es unter Umständen sinnvoll, den Kontakt zum Hausarzt bzw. zu entsprechenden Fachärzten zu suchen.

5.21.5 Versorgungsdiagnose / Nachsorgekompetenz

Konsensbasierte Empfehlung 19: (neu/2026)	
Jeder Zahnarzt, der geriatrische Patienten zahnmedizinisch betreut, sollte feststellen, in welchem Umfeld der Patient wohnt, welche Personen in den Therapieentscheidungsprozess mit einbezogen werden sollten und wer ggf. notwendige Nachsorgemaßnahmen übernehmen kann. Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	

Die Versorgungsdiagnose in der Seniorenzahnmedizin beschreibt, unter welchen Umständen bzw. wie ein älterer Patient lebt. Sie ist für jeden älteren Patienten zu erheben und mindestens einmal im Jahr oder bei Verdacht auf wesentliche Änderungen zu reevaluieren. Es wird unterschieden zwischen dem Leben in der eigenen Häuslichkeit und dem Leben in einer stationären Pflegesituation. Das häusliche Leben unterscheidet dabei in

- alleinlebend
- mit Partner lebend
- mit Kindern lebend
- in einer Wohngemeinschaft lebend.

Es ist weiterhin zu eruieren, ob Personen aus dem Umfeld des Patienten in den partizipativen Therapieentscheidungsprozess einzubeziehen sind. Hier ist vor allem auch zu klären, ob eine gesetzliche Betreuung für den Patienten eingerichtet ist oder der Patient eine Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitsorge erteilt hat. Der Versorgungsstatus wird im Aufnahmebogen, der speziell für die älteren Patienten modifiziert werden kann, erfragt. Ein Pflegegrad ist dabei auch zu erfassen. Die Versorgungsdiagnose wird dann im Rahmen des Anamnesegespräches und aufgrund des Aufnahmebogens durch den Zahnarzt gestellt. [88,89]. Des Weiteren ist es notwendig, dass im Hinblick auf die Nachsorgekompetenz geklärt wird, ob bei den zuhause Lebenden pflegerische Unterstützung benötigt wird und wer diese durchführt (z. B. ambulanter Pflegedienst, Angehörige bzw. Zugehörige).

5.22 Zahnärztliche klinische & röntgenologische Diagnostik

Konsensbasiertes Statement 7: (neu/2026)	
Zahnärztliche Diagnostikmethoden sind bei geriatrischen Patienten genauso anzuwenden wie bei gesunden Erwachsenen. Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	

Intra- und extraorale zahnärztliche Diagnostikmethoden sind grundsätzlich bei geriatrischen Patienten genauso anzuwenden wie bei gesunden Erwachsenen.

Einschränkungen bei der zahnärztlichen Diagnostik können sein:

- Mobilität
- Kooperationsfähigkeit
- Zeitliche Belastung für den Patienten
- Lagerungsmöglichkeit
- Räumliche Gegebenheiten
- Technische Ausstattung (v.a. in der aufsuchenden Betreuung)
- Organisatorische Fragestellungen

Hinsichtlich der zahnärztlichen röntgenologischen Diagnostik können sich zusätzliche Einschränkungen ergeben:

- Film- bzw. Sensorpositionierung durch Dritte

Aufgrund der hier aufgeführten Einschränkungen ist der personelle, instrumentelle und zeitliche Aufwand individuell erhöht.

5.23 Zahnmedizinische funktionelle Kapazität

Die Diagnostik beim geriatrischen Patienten erstreckt sich nicht allein über die klassischen zahnärztlichen Beurteilungskriterien für die Zähne, das Zahnfleisch, den Zahnersatz, die Schleimhäute, die Weichteile und die knöchernen Anteile von Mund, Kiefer und Gesicht. Grunderkrankungen, Medikation und Kooperationsfähigkeit können die klinische zahnärztliche Diagnostik erheblich beeinflussen und die Ergebnisbeurteilung typischer zahnärztlich-diagnostischer Verfahren verzerren bzw. verfälschen (z. B. Vitalitätsprobe oder Perkussionstest). (Tabelle 3)

Zur Orientierung in Bezug auf Art und Umfang der Behandlung hat sich ergänzend die Feststellung der „zahnmedizinischen funktionellen Kapazität“ bewährt [88,90] (Tabelle 4). Daraus abgeleitete Belastbarkeitsstufen können hilfreich sein, im Gespräch mit Patienten, gesetzlichen Vertretern oder Angehörigen die Therapieoptionen abzuwägen. Die Klärung der zahnärztlichen Betreuung

(Versorgungsdiagnose) sowie die Fragen zur Durchführung der täglichen Mundhygiene (Nachsorgekompetenz) werden hier ebenfalls einbezogen (siehe Ressourcen des Patienten).

Tabelle 3: Kriterien, die die individuelle Einschätzung des Patienten/Probanden beim oral-geriatrischen Assessment in den drei Parametern (Therapiefähigkeit, Mundhygienefähigkeit, Eigenverantwortlichkeit) mitbestimmen [88,90]

Therapiefähigkeit	Mundhygienefähigkeit	Eigenverantwortlichkeit
Behandlungsort	Greiffähigkeit	Erkennen von Problemen
Transportfähigkeit in zahnärztliche Praxis	Handkraft	Willensäußerung
Umsetzbarkeit in den Behandlungsstuhl	Manuelle Geschicklichkeit bei der Durchführung der Mundhygiene	Entscheidungsfähigkeit
Lagerungseinschränkung	Sehvermögen	Besuchsverhalten
Möglichkeit der Diagnostik	Kompetenz zur Durchführung der häuslichen Mundhygiene	Organisationsfähigkeit
längere Mundöffnungsphasen	Schwierigkeitsgrad der Reinigung der Mundhöhle	Nachsorgekompetenz
Risiko für allgemein-medizinische Zwischenfälle	Verstehen von Anweisungen und Ratschlägen	Verantwortungsträger (Vollmacht, Patientenverfügung)
Risiko für Medikamenteninteraktion	Erhaltene Beratung und Anleitung umsetzen	gerichtlich eingesetzter Betreuer (D)/Beistand (CH)
Risiken im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung	Nachsorgekompetenz	
Verständnis von Anweisungen/Wiedergabe von Sachinhalten	Fremdputzer Unterstützung bei der Durchführung und Überprüfung der Mundhygiene durch Dritte vorhanden	
Nachsorgekompetenz	Fähigkeit und Möglichkeit, Mundhygieneprodukte einzukaufen bzw. zu bekommen	
manuelle Geschicklichkeit		
Adaptationsfähigkeit		

Tabelle 4: Bewertung der individuellen Belastbarkeit im Rahmen der zahnmedizinischen funktionellen Kapazität auf Grundlage der Beurteilung der Parameter Therapiefähigkeit, Mundhygienefähigkeit und Eigenverantwortlichkeit [88,90]. Der am schlechtesten bewertete Parameter bestimmt die vergebene Belastbarkeitsstufe (BS).

Belastbarkeitsstufe (BS)	Therapiefähigkeit	Mundhygienefähigkeit	Eigenverantwortlichkeit
1	normal	normal	normal
2	leicht reduziert	leicht reduziert	
3	stark reduziert	stark reduziert	reduziert
4	keine	keine	keine

5.24 Schmerzwahrnehmung im Alter

Die Schmerzwahrnehmung kann im Alter verändert sein. Insbesondere bei Menschen mit Demenz gibt es Veränderungen in der Wahrnehmung und Kommunikation von Schmerzen. Allerdings bedeutet dies nicht, dass sie weniger Schmerz empfinden. Vielmehr verändert sich die Art und Weise wie ältere Menschen Schmerzen wahrnehmen. Beispielsweise kann durch Veränderungen der Nervenleitfähigkeit die Schmerzschwelle erhöht sein [91]. Bei alten Menschen wird durch diese Erhöhung der Schmerzschwelle eine Abnahme von schmerzhaften Empfindungen angenommen. Gleichzeitig reduziert sich bei diesen Personen auch die Schmerztoleranz [92]. Das bedeutet, dass ältere Menschen möglicherweise langsamer auf Schmerzreize reagieren, Schmerzen aber nicht so gut aushalten können. Ältere Menschen scheinen zudem anfälliger für anhaltende Schmerzen zu sein und Medikamente, die auf die periphere Sensibilisierung wirken, sind weniger wirksam [91].

Entscheidend ist im Alter allerdings die veränderte Fähigkeit Schmerz auszudrücken. Bei Menschen mit Demenz oder anderen neurodegenerativen Erkrankungen gibt es zusätzliche Herausforderungen.

Menschen mit Demenz haben oft Probleme, ihre erlebten Schmerzen verbal auszudrücken. Aufgrund ihrer Beeinträchtigungen kann es für Sie schwierig sein den Schmerz zu lokalisieren oder ihn verbal zu beschreiben. Das kann dazu führen, dass diese Personen direkte Fragen nach Schmerz verneinen, obwohl sie Schmerz erleben [50]. Sie reagieren dann möglicherweise über ihr non- oder paraverbales Verhalten. Solche nonverbalen Hinweise auf Schmerz können z. B. durch mimische Veränderungen, Körpersprache oder Lautäußerungen gezeigt werden [49,93]. Auch abweisendes oder herausforderndes Verhalten kann somit ein Ausdruck von nicht identifiziertem Schmerz sein. Daher ist es notwendig bei älteren Menschen und Menschen mit Demenz auf para- oder nonverbale Schmerzzeichen zu achten, um Fehlinterpretationen des Verhaltens zu vermeiden [49].

5.25 Schmerzdiagnostik bei kognitiven Einschränkungen

Konsensbasierte Empfehlung 20: (neu/2026)	
Zur Informationsgewinnung können zirkuläre Visiten bei der Diagnostik der Patienten mit kognitiven Einschränkungen eingesetzt werden.	starker Konsens
Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	
Expertenkonsens	

Bei kognitiven Einschränkungen [94] oder ggf. aufgrund umfangreicher Medikation gestaltet sich das Erheben und die Interpretation der Ausgangssituation im Mund im Hinblick auf Schmerzen oder die subjektiv empfundene Behandlungsnotwendigkeit mitunter schwierig. Hier empfiehlt es sich, die Diagnostik und dann später die Indikation für eine Behandlung im Sinne einer zirkulären Visite unter Einbeziehung des Unterstützungsumfeldes als Prozess zu entwickeln. Entscheidungen werden idealerweise mit der betroffenen Person sowie Personen aus dem unterstützenden Umfeld getroffen und nicht nur auf Basis einer einzigen konkreten diagnostizierten Situation. Dieses Vorgehen ist mit dem Unterstützungsumfeld zu kommunizieren und zu dokumentieren, damit eine schrittweise und

damit zeitverzögerte Diagnostik nicht als Desinteresse des Zahnarztes gewertet wird (Siehe dazu auch: Kapitel 5.6 Wechselwirkung von Schmerz und Mundgesundheit).

Zur Fremdeinschätzung von Schmerz können Fremdeinschätzungsskalen wie bspw. die BESD-Skala („Beurteilung von Schmerzen bei Menschen mit Demenz“, Beobachtungszeitraum: zwei Minuten) [95] oder das BISAD („Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz“, vor und während Mobilisation) [96] genutzt werden – es ist allerdings an dieser Stelle anzumerken, dass diese Instrumente nicht spezifisch für Schmerzen im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich validiert wurden [95,97]. Weitere Informationen gibt die S3-Leitlinie zum „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe“ [93].

6 Therapie

6.1 Absolute & relative Indikation

Konsensbasiertes Statement 8: (neu/2026)	
Beim geriatrischen Patienten zählen Schmerzen, Schwellungen und Blutungen im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich sowie Prozesse mit Aspirationsgefahr zu absoluten zahnärztlichen Behandlungsindikationen.	starker Konsens
Abstimmung: 17/0/1 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	
Expertenkonsens	

Grundsätzlich sind alle zahnärztlichen Therapieoptionen bei geriatrischen Patienten genauso anzuwenden wie bei gesunden Erwachsenen. Diese sind daher nicht Gegenstand der Leitlinie, die explizit nur spezielle Aspekte bei dieser vulnerablen Gruppe in den Vordergrund stellt.

Häufig stellt sich die Frage, ob z. B. eine schon länger im Munde verbliebene Zahnwurzel oder ein Wurzelrest eine Behandlung ggf. sogar unter Vollnarkose mit den entsprechenden postoperativen Risiken rechtfertigt. Hier sind neben der reinen Risikobetrachtung auch unter ethischen Gesichtspunkten Kompromisse ggf. auch in Absprache mit dem Hausarzt und dem Betreuungsumfeld abzuwägen. So kann die Kauleistung mit verbliebenen Wurzelresten gegenüber zahnloser Kiefersituation verbessert sein [98]. Zu den absoluten Indikationen für eine zahnärztliche Behandlung bei geriatrischen Patienten zählen Schmerzen, Schwellungen und Blutungen im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich sowie Prozesse mit Aspirationsgefahr (z. B. stark gelockerte Zähne, Kronen, Brücken). Dagegen zählen klinisch auffällige Befunde wie Wurzelreste, kariös zerstörte oder abgebrochene Zähne ohne Symptome (Schmerz, Schwellung, Blutung etc.) zu den relativen Indikationen für eine zahnärztliche Behandlung. Diese Befunde bedürfen jedoch einer individuell angepassten engmaschigen Kontrolle (zirkuläre Visite).

Bei Beeinträchtigungen der Nahrungsaufnahme aufgrund einer eingeschränkten Kaufunktion ist eine zahnärztliche Behandlung indiziert. Es liegt jedoch im Ermessen des Zahnarztes, ob eine prothetische Versorgung bei erwarteter eingeschränkter Adaptationsfähigkeit und geringer Kooperationsfähigkeit zu einer verbesserten Nahrungsaufnahme beitragen kann. Es ist interdisziplinär (z. B. Logopädie,

Ernährungsberatung, Geriatrie) zu klären, ob und wie, z. B. durch Kostenpassung, die Ernährungssituation ohne prothetische Neuversorgung bei dem Patienten verbessert werden kann. Gleiches gilt für phonetische und ästhetische Beeinträchtigungen.

6.2 Objektiv feststellbarer vs. subjektiv empfundenem Behandlungsbedarf

Konsensbasierte Empfehlung 21: (neu/2026)	
Der subjektiv vom Patienten empfundene und der durch den Zahnarzt objektiv festgestellte Behandlungsbedarf liegen oft voneinander entfernt (oral-geriatrisches Paradoxon). Diese Differenzen sollen dem Patienten sowie seinem Unterstützungsumfeld durch den Zahnarzt erläutert werden. Der Zahnarzt soll unter Einbeziehung des relativiert-objektiv festgestellten Behandlungsbedarfs einen Therapieversuch erarbeiten. Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	
Literatur: Nitschke et al., 2023	

Konsensbasierte Empfehlung 22: (neu/2026)	
Jeder geriatrische Patient soll mit dem Ziel einer besseren Adhärenz im Therapieentscheidungsprozess durch den Zahnarzt bestmöglich eingebunden werden, auch unter Hinzuziehung des Unterstützungsumfeldes.	starker Konsens
Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	
Expertenkonsens	

Bei dem Behandlungsbedarf wird zwischen dem subjektiven, vom Patienten empfundenen und dem objektiven, vom Zahnarzt diagnostizierten Behandlungsbedarf unterschieden. In der Seniorenzahnmedizin werden zudem der theoretisch-objektive bzw. der relativierte-objektive Behandlungsbedarf differenziert. Beim theoretisch-objektiven Behandlungsbedarf werden die zahnärztlichen erhobenen Befunde in den Bedarf, wie bei jüngeren Erwachsenen üblich, einbezogen. Beim relativierten-objektiven Behandlungsbedarf werden alle Befunde, die durch Gebrechlichkeit oder Pflegebedürftigkeit begründet sind, relativierend einbezogen. Die Belastbarkeit eines Patienten aus einem zahnmedizinischen Blickwinkel fließt somit in die Festlegung des relativierten-objektiven Behandlungsbedarfs ein [88].

----- Fallbeispiel zum Behandlungsbedarf -----

Der Patient und seine Angehörigen berichten, dass der vorhandene Zahnersatz passe und der Patient damit gut kauen könne. Hier zeigt sich in der Praxis oft das Phänomen des oral-geriatrischen Paradoxon [88], wonach Patienten ihre orale Gesundheit und Funktionsfähigkeit subjektiv überschätzen. Der theoretisch-objektive Behandlungsbedarf könnte in diesem Fall die Neuanfertigung einer Totalprothese sein, da die vorhandene, alte Prothese hinsichtlich der Stabilität und Passung aufgrund eines insuffizienten Prothesenlagers sowie durch stark abradierte Kauflächen bei einer abgesunkenen vertikalen Relation aus zahnärztlicher Sicht korrekturbedürftig ist. Werden aber nun individuelle Faktoren des Patienten einbezogen, wie z. B. das Vorhandensein einer reduzierten kognitiven Funktion oder Demenz, so kann im relativierten-objektiven Behandlungsbedarf geschlussfolgert werden, dass eine Neuanfertigung nicht indiziert ist, da sich der Patient mit großer Wahrscheinlichkeit nicht an einen neuen Zahnersatz gewöhnen wird. Alternative Behandlungsmaßnahmen oder aber auch das Unterlassen einer Therapie sind in Betracht zu ziehen.

Gerade im Alter und bei Gebrechlichkeit werden mitunter stark fortgeschrittene Gebissdestruktionen vom Patienten im Vergleich zu anderen Herausforderungen, die es täglich vom Patienten zu bewältigen gilt, eher nachrangig und zum Teil auch weniger belastend empfunden. Die Schere zwischen objektiver und subjektiver Beurteilung eines Gesundheitszustandes wird auch in der Beurteilung der Mundgesundheit sichtbar. Dieser Umstand ist bei der Befragung eines Patienten zum Zustand seiner Mundgesundheit zu berücksichtigen und durch die klinische Untersuchung zu validieren.

Auch ist darauf hinzuweisen, dass andere Personen aus dem unterstützenden Umfeld zur Mundgesundheit des Patienten vom Zahnarzt befragt, häufig nur die subjektive Äußerung des Patienten wiedergeben. Es ist wichtig, dass Differenzen vom Zahnarzt angesprochen und erläutert werden. Nur so wird sichergestellt sein, dass der Patient in den partizipativen Therapieentscheidungsprozess als gleichberechtigter Partner eingebunden werden kann, was die Voraussetzung für eine gute Adhärenz des Patienten und seines unterstützenden Umfeldes ist.

6.3 Präventive Interventionen

Konsensbasierte Empfehlung 23: (neu/2026)	
Bei geriatrischen Patienten mit hohem Risiko für (Wurzel)-Karies sollen zur Prävention spezielle hochkonzentrierte Fluoridpräparate (Zahnpasta, Gele, Lacke) Anwendung finden.	starker Konsens
Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	
Expertenkonsens	
Literatur: Urquhart O et al. 2019; Wierichs RJ et al. 2015; Slot DE et al. 2015	

Konsensbasierte Empfehlung 24: (neu/2026)	
Beim Einsatz von flüssigen Antiseptika zur Infektionsprophylaxe soll auf korrektes Spülen und Ausspucken geachtet werden, da ansonsten Aspirationsgefahr besteht.	starker Konsens
Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	
Expertenkonsens	
Literatur: Scheibler E et al. 2017; Sharif-Abdullah SS et al. 2016; Shitrit P et al. 2015	

Konsensbasierte Empfehlung 25: (neu/2026)	
Zur Behandlung von Wurzelkaries und Sekundärkaries an Restaurationsrändern (Kronen, Brücken, etc.) kann beim geriatrischen Patienten 1-2x jährlich Silberdiaminfluorid (SDF) angewendet werden. Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	
Literatur: Hendre AD et al . 2017; Urquhart O et al. 2019; Wierichs RJ et al. 2015	

Hinsichtlich der Kariesprävention haben sich die Empfehlungen gemäß der aktuellen S3-Leitlinie Kariesprävention bei bleibenden Zähnen – grundlegende Empfehlungen (AWMF-Nr. 083-021) bewährt [45]. Geriatrische Patientinnen und Patienten, die zu den vulnerablen Gruppen gehören, haben oftmals ein hohes Karies- und Wurzelkariesrisiko. Insbesondere Wurzelkaries schreitet sehr schnell voran und ein zügiges präventives Eingreifen ist vonnöten, um den erkrankten Zahn langfristig zu erhalten. Hier bietet es sich an, auf spezielle Präparate mit hochkonzentrierten Wirkstoffen zurückzugreifen. Empfehlenswert ist zunächst die häusliche Anwendung einer hochkonzentrierten Zahnpasta mit 5.000 ppm Fluorid, die rezeptpflichtig ist und dem Patienten vom Zahnarzt bei Bedarf verordnet wird. Es hat sich jedoch gezeigt, dass die Aufrechterhaltung präventiver Interventionen (regelmäßiges Recall, hochfluoridierte Zahnpasta) insbesondere bei Menschen mit schwerer Demenz deutlich limitiert ist [99]. Eine umfassende Metaanalyse konnte zeigen, dass 5 %iger NaF-Lack am wirksamsten zur Verhinderung oder Remineralisierung nicht kavierter kariöser Läsionen an bukkalen und lingualen Flächen war [100]. Daher bietet sich bei hohem (Wurzel)kariesrisiko eine regelmäßige Applikation von hochkonzentriertem Fluoridlack (22.500 ppm) an. Das Auftragen von Chlorhexidin-Lack (ggf. kombiniert mit Thymol, Fluorid, Cetylpyridiniumchlorid) auf die (Wurzel)-Kariesläsionen hat sich bei Patienten, die nicht mobil sind und keine Zahnarztpraxis mehr aufsuchen können, als wirksam erwiesen und kann bei pflegebedürftigen und bettlägerigen Patienten ebenfalls Anwendung finden [101]. Bei Patienten mit Schluckbeschwerden bietet es sich in manchen Fällen alternativ an, gelartige Fluoridpräparate oder Fluoridlacke zu verwenden, die lokal auf den Zähnen haften und nicht geschluckt werden können.

Generell ist es möglich, Antiseptika (Mundspüllösungen, Gele, Lacke, etc.) [102] bei geriatrischen Patienten zur Infektionsprophylaxe als Ergänzung zu systemischen Therapien, nebenwirkungsbedingt ggf. in zeitlich begrenztem Rahmen, einzusetzen [103], jedoch nur dann, wenn das korrekte Spülen und Ausspucken möglich ist, ansonsten besteht Aspirationsgefahr. In solchen Fällen bietet es sich an, die Mundhöhle der Patientin/ des Patienten mit einem getränkten Gazetupfer auszuwischen. Die Verwendung von Chlorhexidin kann die orale Kolonisierung verringern und bei geriatrischen Patienten vorteilhaft in der Prävention von Aspirationspneumonien oder beatmungsassoziierten Pneumonien sein, die mit oralen Pathogenen assoziiert sein können [104,105].

Neben den bewährten präventiven Präparaten steht z. B. mit 38% Silberdiaminfluorid (SDF) eine weitere Option zur Behandlung von Wurzelkaries und Sekundärkaries an Restaurationsrändern (Kronen, Brücken, etc.) zur Verfügung. SDF wird in der Regel 1-2-mal jährlich aufgetragen und ist in Deutschland bisher lediglich zur Behandlung von überempfindlichen Zahnhälsen zugelassen. Wird es auf kariöse Läsionen aufgetragen, so besteht ein sog. „Off-Label Use“ über den der Patient und ggf. der Angehörige aufgeklärt wird. Wichtig im Umgang mit SDF ist zudem, dass die kariösen Läsionen nach Applikation von SDF eine mehr oder weniger schwarze Verfärbung (je nach gewähltem Präparat mit oder ohne Ammoniak) annehmen, die nicht mehr entfernt werden kann. Bei Verwendung im sichtbaren Bereich ist dieser Punkt mit dem Patienten oder der Patientin zu besprechen. In speziellen Fällen ist die Verwendung von SDF hilfreich, denn es verhindert das schnelle Voranschreiten der Karies und kann Zahnverlust und zahnmedizinische Notfälle hinauszögern. Eine Metaanalyse konnte zeigen, dass 38%ige Silberdiaminfluoridlösung bei halbjährlicher Anwendung am wirksamsten zur Verhinderung fortgeschrittener kavierter kariöser Läsionen auf allen koronalen Oberflächen beitrug [100]. Weitere systematische Übersichtsarbeiten belegen die Wirksamkeit von SDF bei der Prävention und Verhinderung von Wurzelkaries, der Remineralisierung tiefer okklusaler Läsionen und der Behandlung von hypersensiblen Dentin [106,107].

6.4 Zahnersatz

Konsensbasierte Empfehlung 26: (neu/2026)	
Die allgemeine und orale Adaptationsfähigkeit unter besonderer Berücksichtigung von abnehmbarem Zahnersatz ist von hoher Relevanz. Daher soll sie besonders in der zahnärztlichen Behandlungsplanung Berücksichtigung finden. Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	
Literatur: Nitschke, I. et al. 2021	

Für den Erfolg einer zahnärztlich-prothetischen Behandlung mit der Eingliederung von meist abnehmbarem Zahnersatz spielt der Wunsch nach neuem Zahnersatz und die Adaptationsfähigkeit des

Patienten eine wesentliche Rolle. Das Potenzial, sich an etwas Neues im Mund zu gewöhnen, ist bei geriatrischen Patienten geringer als bei jüngeren Patienten. An neue Prothesen – und seien die Veränderungen im Vergleich mit den alten Prothesen auch nur gering – können sich ältere Patienten mitunter nicht adaptieren. Schon die Unterfütterung einer langjährig getragenen Prothese birgt das Risiko, dass diese nicht mehr angenommen wird. Selbst aufwändig gefertigter Zahnersatz, evtl. auch Implantat unterstützt, wird nicht in allen Fällen problemlos toleriert.

6.5 Nicht-Behandlung: Risiken & Folgen

Konsensbasierte Empfehlung 27: (neu/2026)	
In die Abwägung der relativen Indikation zur Behandlung sollen auch die möglichen Folgen einer Nicht-Behandlung einfließen.	starker Konsens
Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	
Expertenkonsens	

In Abwägung der relativen Indikation zur Behandlung ist es wichtig, dass auch mögliche Folgen einer Nicht-Behandlung einfließen. Gerade die wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Risiken unbehandelter chronischer entzündlicher Prozesse im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich in Bezug auf die allgemeine Gesundheit (Pneumonien, Diabetes, Herz-Kreislauferkrankungen, Polyarthrit, Gebrechlichkeit, kognitiver Abbau, Adipositas etc.) dürfen bei der Aufklärung und Entscheidungsfindung zur Therapie nicht unterschlagen werden.

6.6 Risikomanagement

6.6.1 Infektionsschutz

Konsensbasierte Empfehlung 28: (neu/2026)	
Als Maßnahme des Infektionsschutzes soll sich die persönliche Schutzausrüstung bei der Behandlung geriatrischer Patienten nach dem Infektionsrisiko richten. Ein geschwächtes Immunsystem und multi-resistente Erreger erfordern die Beachtung spezieller Hygienevorschriften. Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	
Literatur: Deutscher Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnmedizin (DAHZ)	

Als Maßnahme des Infektionsschutzes ist die persönliche Schutzausrüstung (Handschuhe, Schutzbrille ggf. mit Behandlungslicht sowie Mund-Nasen-Schutz) Standard. Wenn es die aktuellen Hygienevorgaben zulassen, legt man diese für eine erleichterte Kommunikation und in der Folge eine gute Kooperation des geriatrischen Patienten erst nach dem Begrüßungsgespräch an.

Das geschwächte Immunsystem wie auch gehäufte Krankenhausaufenthalte geriatrischer Patienten führen dazu, dass diese häufiger von multi-resistenten Erregern (MRE) befallen sind. In erster Linie sind hier MRSA (Methicillin-Resistenter Staphylococcus aureus) und VRE (Vancomycin-resistente Enterokokken) zu nennen. Bei der Infektion mit resistenten Erregern ist die Lokalisation des Befalls nachzufragen, um die Relevanz und das Gefahrenpotenzial einer Übertragung im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung individuell abzuschätzen. Unabhängig davon gelten für die Behandlung infektiöser Patienten besondere Hygienevorschriften, die durch den Deutscher Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnmedizin (DAHZ) beschrieben sind [77]. Beim Einsatz von keimreduzierenden Spüllösungen im Vorfeld ist auf eine ausreichende Schluckkompetenz zu achten.

6.6.2 Aspirationspneumonie

Insgesamt sind für eine erfolgreiche Behandlung eine gute Leistungsbereitschaft sowie verständliche Anleitung wichtige Voraussetzungen. Darüber hinaus sind eine möglichst aufrechte Kopf-Körper-Haltung des Patienten (den Kopf dabei etwas zur Brust geneigt und nicht zur Seite gedreht – es gibt Ausnahmen, die ggf. individuell beachtet werden, beispielsweise bei Tumorpatienten und Schlaganfallpatienten) und ausreichende Pausen zum Schlucken sowie Nachschlucken sehr wichtig, um das Risiko einer Aspiration zu minimieren. Beim Einsatz von Wasser, Spray oder Spüllösungen ist eine effektive Absaugung entscheidend. Wenn die Kooperationsfähigkeit des Patienten dies zulässt, hilft eine Anwendung von Kofferdam als Aspirationsschutz und auch im Sinne der Trockenlegung [84,108].

6.6.3 Antibiose

Der Einsatz von Antibiotika in der Zahnmedizin (z. B. Endokarditisprophylaxe etc.) erfolgt anhand der jeweils aktuell verfügbaren Leitlinie [109] und wird gegebenenfalls individuell angepasst. Eine konsiliarische Abstimmung mit dem Hausarzt bzw. Fachärzten ist im Einzelfall sinnvoll.

6.6.4 Gerinnungshemmung

Eine konsiliarische Abstimmung mit dem Hausarzt bzw. Fachärzten ist nach individueller Abwägung erforderlich [62].

Zur Vermeidung von Blutungskomplikationen und Wundheilungsstörungen sind besondere chirurgische Verfahren zum dichten Wundverschluss sowie der Einsatz von Hämostyptika und bei entsprechender Kooperationsfähigkeit gegebenenfalls auch Verbandplatten im Rahmen chirurgischer Eingriffe sinnvoll [62].

6.6.5 Lokalanästhesie

Konsensbasierte Empfehlung 29: (neu/2026)	
Im Risikomanagement bei der zahnärztlichen Behandlung des geriatrischen Patienten sollen Infektionsrisiken, die Gefahr der Aspiration, die Blutgerinnung, die Indikation zur Antibiose und die Besonderheiten bei der Lokalanästhesie bedacht werden.	starker Konsens
Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	
Expertenkonsens	

Beim Einsatz von Anästhetika ist darauf zu achten, dass vor allem die Konzentration und Menge adstringierender Zusätze wie Adrenalin sorgfältig abgewogen werden, da eine Vielzahl geriatrischer Erkrankungen bzw. deren Medikation durch Adrenalin negativ beeinflusst werden kann. Auch Blutungskomplikationen können durch die Anästhesie verschleiert werden.

Zudem kann eine langanhaltende Anästhesie nach Rückkehr in die Häuslichkeit bzw. in die Pflegeeinrichtung dazu führen, dass die Patienten noch vor Abklingen der Anästhesie Nahrung zu sich nehmen und sich dabei Bissverletzungen zufügen. Insgesamt ist durch die Anästhesie die Schluckkompetenz reduziert und das Aspirationsrisiko erhöht. Über diese Risiken sind der Patient und das Unterstützungsumfeld vorab aufzuklären und nach erfolgter zahnärztlicher Behandlungsmaßnahmen erneut darauf hinzuweisen. Eine mögliche Alternative zur Minimierung der Komplikationen sind die Anwendung lokal applizierbarer Anästhesie-Gele, intraligamentärer bzw. intraossärer Anästhesie-Verfahren oder die postoperative Injektion von Phentolamin (cave: Hypotonie) zur Aufhebung der Anästhesie-Wirkung.

6.6.6 Wahl des Behandlungsortes

Der Zahnarzt entscheidet, welche zahnärztliche Behandlung mit seinem Team an welchem Ort für ihn sachgerecht und gewissenhaft durchführbar ist. Unabhängig vom Behandlungsort ist es notwendig, dass der Zahnarzt nur die Maßnahmen durchführt, deren Komplikationen durch seine Erfahrung, Fort- und Weiterbildung beherrschbar sind. Strukturierte Konzepte mit dem Praxisschwerpunkt in der aufsuchenden Betreuung tragen dabei durch ihre tägliche Routine zur Patientensicherheit bei.

6.6.6.1 Ausstattung und Organisation

Bei der Behandlung außerhalb der Praxis sind folgende Aspekte zur Risikominimierung relevant:

- Kommunikationsmöglichkeit (Nachfragen in der Praxis, Notruf)
- Personal bzw. Personen vor Ort
- Ausstattung
- Lagerungsmöglichkeiten
- Notfallmaßnahmen (z. B. Sauerstoffgabe)

- Handy-Empfang

6.6.6.2 Patientenaspekte

Konsensbasiertes Statement 9: (neu/2026)	
Der Behandlungsort ist dem Behandlungsrisiko anzupassen. Eine Risikoeinschätzung ist vor jeder Therapiemaßnahme erneut angezeigt. Grundsätzlich ist dafür Sorge zu tragen, das Risiko für Komplikationen zu minimieren und eingetretenen Komplikationen angemessen begegnen zu können. Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	

Je größer die allgemeinmedizinischen Risiken sind, umso eher ist es notwendig, dass invasive Behandlungen in der personell und instrumentell gut ausgerüsteten Praxis stattfinden. Es ist darauf zu achten, dass der Behandlungsaufwand für den Patienten möglichst in Schritten gesteigert wird, um die Belastbarkeit des Patienten besser abschätzen zu können. In speziellen Fällen kann es notwendig sein, die Behandlung in einer Klinik auszuführen, die auch geriatrische Patienten postoperativ stationär zur Beobachtung oder bei Notfallsituationen adäquat versorgen kann.

6.6.7 Sedierung & Behandlung in Allgemeinanästhesie

Die Durchführung von Behandlungsmaßnahmen in Sedierung oder in Allgemeinanästhesie erfordert bei geriatrischen Patienten eine Risikoabwägung unter Berücksichtigung der postoperativen Überwachung, in die außer dem Anästhesisten auch der Hausarzt und oft der Geriater sowie das Unterstützungsumfeld einzubeziehen sind.

Die Aufklärung zur Sedierung bzw. für die Allgemeinanästhesie sowie gegebenenfalls notwendige Konsile sind nur von entsprechend ausgebildeten und befähigten Ärzten (Anästhesisten) auszuführen und zu stellen.

Gerade bei gebrechlichen, multimorbiden Menschen ist es wichtig, die Behandlung mit sedierenden Medikamenten in einem anästhesiologischen Setting mit der Möglichkeit der intensivmedizinischen postoperativen Überwachung durchzuführen. Für die konkrete Umsetzung eines sektorenübergreifenden Behandlungsregimes gibt die Literatur hilfreiche Hinweise [110].

6.6.8 Nachsorgekompetenz

Die Nachsorge umfasst bei geriatrischen Patienten die Frage der täglichen Mundpflege zu Hause (Nachsorgekompetenz) wie auch der professionellen weiteren Begleitung. Die Versorgungsdiagnose im Rahmen des diagnostischen Prozesses adressiert dazu den zahnärztlichen Ansprechpartner für

diese Fragen. Nach Abschluss einer Behandlung wird ein Recall-Intervall für Kontrolluntersuchungen festgelegt (mindestens halbjährlich). Im Praxisalltag hat es sich bewährt, aufgrund der Einschränkungen in der Selbststeuerung der Mundpflege, das Intervall besser auf drei Monate, in Einzelfällen sogar auf vier bis sechs Wochen zu verkürzen [88]. Nach konkreten zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen (z. B. Füllungen, Unterfütterungen von Prothesen, Extraktionen) sind u. U. mehrere Kontrollen in kurzer Folge zur Überprüfung des Behandlungserfolges und zur Identifizierung von Komplikationen sinnvoll.

6.7 Betreuungsrecht: Einwilligungsfähigkeit und Geschäftsfähigkeit

Konsensbasierte Empfehlung 30: (neu/2026)	
Bei jedem geriatrischen Patienten sollen die Einwilligungs- und Geschäftsfähigkeit im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung abgeklärt und fortlaufend aktualisiert werden. Es soll regelmäßig überprüft werden, ob für den Patienten im Rahmen der Gesundheits- und Vermögenssorge eine gesetzliche Betreuung eingerichtet ist oder eine (Vorsorge-)Vollmacht besteht. Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	
Literatur: AWMF S2k-Leitlinie Einwilligung von Menschen mit Demenz in Medizinische Maßnahmen. 2019, Broschüre des Bundesministeriums für Justiz und Verbraucherschutz zum Betreuungsrecht	

Konsensbasiertes Statement 10: (neu/2026)	
Auch wenn eine rechtliche Betreuung bzw. Vollmacht besteht, ist grundsätzlich dem Wunsch des Patienten zu entsprechen. Nur wenn der Wunsch eine erhebliche Gefährdung des Patienten darstellt, entscheidet der Betreuer nach Feststellung des mutmaßlichen Willens seines Betreuten. In den eher seltenen Situationen mit hohem Behandlungsrisiko oder wenn kein Konsens zwischen Betreuer bzw. Bevollmächtigtem und Zahnarzt herbeigeführt werden kann, besteht die Möglichkeit, das Betreuungsgericht beim Amtsgericht zur Entscheidungsfindung hinzuzuziehen. Abstimmung: 15/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 15 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	
Literatur: Broschüre des Bundesministeriums für Justiz und Verbraucherschutz zum Betreuungsrecht [BMJV]	

Das Betreuungsrecht wurde in den letzten Jahrzehnten mehrmals novelliert, zuletzt zum 01.01.2023. Unabhängig von einer rechtlichen Betreuung gilt es immer zuerst, den Wunsch des Betroffenen zu erfragen bzw. zu erspüren [111]. Ist dies nicht möglich oder würde ein geäußelter Wunsch eine erhebliche Gefährdung des Patienten darstellen, trifft bei fehlender Einwilligungsfähigkeit bzw. Geschäftsfähigkeit der Betreuer bzw. Bevollmächtigte eine Entscheidung, die dem mutmaßlichen Willen seines Betreuten entspricht [112]. Um diesen mutmaßlichen Willen gemeinsam mit dem Betreuer bzw. Bevollmächtigten zu eruieren, kann es für den Zahnarzt notwendig werden, mehrfach mit dem Patienten in Kontakt zu treten und/oder pflegende Personen und Vertrauenspersonen in den Entscheidungsprozess einzubinden.

Viele geriatrische Patienten haben zur Unterstützung u. a. für Fragen der Gesundheitssorge oder auch für Vermögensfragen Bevollmächtigte an ihrer Seite. Vorsorgevollmachten können notariell beglaubigt oder sogar ohne weitere Form privat vereinbart sein. Es kommt auf die in der Vollmacht übertragenen Rechte an den jeweils Bevollmächtigten an sowie im Falle von Vorsorge-Vollmachten darauf, ob die Voraussetzungen für das Inkrafttreten erfüllt sind.

Rechtliche Betreuungen werden in Deutschland durch das jeweils zuständige Betreuungsgericht beim Amtsgericht eingerichtet. Ist keine Betreuung eingerichtet und auch keine Vollmacht erteilt, ist es sinnvoll, im Hinblick auf die Einwilligungsfähigkeit vor der Durchführung zahnärztlicher Behandlungsmaßnahmen – darunter ist übrigens bereits die Verordnung eines Medikamentes zu verstehen – die Orientierungsfähigkeit (räumlich, zeitlich, persönlich, situativ) eines Patienten abzuklären und kurz zu dokumentieren [113].

Invasive und vor allem risikoreiche Behandlungen erfordern, bei fehlender Einwilligungsfähigkeit des Patienten, die persönliche Aufklärung des Betreuers bzw. Bevollmächtigten.

Im Idealfall würde ein gemeinsames Gespräch zwischen Zahnarzt und rechtlchem Vertreter (Betreuer, Bevollmächtigter) geführt werden. Der rechtliche Vertreter beurteilt in eigener Verantwortung, in welcher Form er seiner Besprechungspflicht nachkommt und in welcher Form er die ärztliche Aufklärung entgegennimmt. Aufklärungen können auch über die Nutzung moderner Medien virtuell bzw. fernmündlich erfolgen und dann schriftlich die Einwilligung eingereicht werden. In jedem Fall wird

empfohlen, das Einverständnis zusätzlich schriftlich einzuholen. Die Aufklärung und Einwilligung ist vor der Behandlungsmaßnahme durchzuführen. Ein Notfall mit der Notwendigkeit, sofort zu handeln, meint im juristischen Sinne die unmittelbare Bedrohung für Leib und Leben und ist im zahnärztlichen Bereich die absolute Ausnahme.

Die anzustrebende Praxis der partizipativen Therapieentscheidungsfindung ist für Patienten oft schwierig und für Betreuer bzw. Bevollmächtigte herausfordernd. In den eher seltenen Situationen mit hohem Behandlungsrisiko oder wenn kein Konsens zwischen Betreuer bzw. Bevollmächtigtem und Zahnarzt herbeigeführt werden kann, besteht die Möglichkeit, das Betreuungsgericht zur Entscheidungsfindung hinzuzuziehen.

Für weitergehende Informationen sei an dieser Stelle auf die S2k-Leitlinie zur „Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen“ [114] verwiesen (Hinweis: aktuell befindet sich die Leitlinie in Überarbeitung). Nachfolgend sind einige wichtige Empfehlungen der Leitlinie [114] zusammengefasst dargestellt:

- Die Diagnose einer Demenz schließt die Einwilligungsfähigkeit nicht prinzipiell aus.
- Die Aufklärung soll an die kognitiven Ressourcen und Defizite angepasst erfolgen. Verständliche Darstellungen sollen verwendet werden.
- Informationen sollten in kurze Abschnitte unterteilt und schrittweise präsentiert werden. Eine klare und in der Komplexität reduzierte Sprache soll eingesetzt werden.
- Parallele kognitive Anforderungen sollten reduziert bzw. vermieden werden.
- Um das Sicherheitsgefühl der Menschen mit Demenz zu erhöhen und eine förderliche Kommunikationsatmosphäre zu schaffen, sollten äußere räumliche (z. B. ungestörte Atmosphäre, ausreichende Beleuchtung, bekannte Orte) und soziale Bedingungen (z. B. Anwesenheit von Vertrauenspersonen) berücksichtigt werden.
- Ein wertschätzender Kontext ist wichtig (u. a. Blickkontakt aufnehmen und halten, sich vorstellen, Sitzplatz anbieten, Ansprache mit Namen, Fragen und Bedenken ernst nehmen sowie Rücksichtnahme auf etwaige sensorische Beeinträchtigungen).
- Der zeitliche Rahmen für Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit soll an das Tempo des Menschen mit Demenz angepasst werden.
- Durch geeignetes Nachfragen soll das Informationsverständnis überprüft werden.
- Schriftliche Zusammenfassungen der gegebenen Informationen sollten angeboten werden (dabei hohe Lesbarkeit, z. B. Großdruck beachten).

6.8 Ethische Aspekte

6.8.1 paternalistisch – informativ – partizipativ

Das traditionelle paternalistische Modell ist charakterisiert durch die Autorität und alleinige Entscheidungssouveränität des Arztes. Der Arzt stellt die Diagnostik und entscheidet über die für den Patienten aus seiner Sicht beste Therapie. Dabei enthält er dem Patienten nicht notwendige Informationen vor. Ebenso findet ein Kommunikationsprozess statt, wenngleich dieser strukturiert wird durch die funktionalen Informationsinteressen des Arztes zum Zwecke einer optimierten Diagnose und Therapie. Nicht selten allerdings werden dem Patienten auch Informationen

vorenthalten, vermeintlich zu seinem Besten, um nicht Skepsis oder Entscheidungskonflikte aufkommen zu lassen („therapeutisches Privileg“, A.d.R.).

Das informative Modell, auch „Konsumenten-Modell“ genannt, ist stark geprägt durch „kognitivistische“ Interpretationen der Patient-Arzt-Beziehung, die hier eine weitgehend affektneutrale Struktur des Informationsaustauschs unterstellen. Der Patient wird vom Arzt mit einer Vielzahl von Informationen versorgt, angefangen von Hypothesen über mögliche Krankheitshintergründe über diagnostische Erkenntnisse bis hin zu therapeutischen Alternativen samt ihren Vor- und Nachteilen. Der Patient bleibt hier Souverän des Entscheidungsprozesses, indem er die ihm offerierten Informationen ordnen und in eine Entscheidung überführt. Persönliche Erfahrungen, Bedürfnisse oder auch Ängste von Patienten werden hier nicht geleugnet, aber doch aus der Patient-Arzt-Beziehung ausgeblendet.

Dieses Eingehen auch auf emotionale und teilweise wenig rationale Momente im Rahmen des Krankheitserlebens und der Rekonvaleszenz wird hingegen im Modell der partizipativen Entscheidungsfindung explizit hervorgehoben. Darüber hinaus ist die Interaktionsrichtung in diesem Konzept zweigleisig, Arzt und Patient stellen Fragen und beantworten Fragen.

Partizipative Entscheidungsfindung (PEF; Englisch shared decision-making, SDM) wird in der Medizin die Interaktion bzw. Kommunikation zwischen Arzt und Patient genannt, die darauf zielt, zu einer von Patient und Arzt gemeinsam verantworteten Übereinkunft über eine angemessene medizinische Behandlung zu kommen.

Zu den Kernelementen der partizipativen Entscheidungsfindung gehört u. a. eine „partnerschaftliche Beziehung“ zwischen Patient und Arzt mit möglichst gleichem Informationsstand über Wahlmöglichkeiten bezüglich einer medizinischen Entscheidung. Dabei bringen Arzt und Patient ihre Entscheidungskriterien aktiv und gleichberechtigt in den Abwägungs- und Entscheidungsprozess ein und übernehmen partnerschaftlich Verantwortung für die Entscheidung. Rechtlich gesehen hat der Patient in jedem Fall das Selbstbestimmungsrecht [116].

6.8.2 Informed consent

Konsensbasierte Empfehlung 31: (neu/2026)	
Bei der Einholung des „informed consent“ sollte das zukünftige, gemeinsam abgestimmte Handeln und Agieren von Zahnarzt und geriatrischem Patient und damit die Entscheidung darüber, eine indizierte Maßnahme durchzuführen, bewusst zu unterlassen oder zu verschieben, handlungsweisend sein.	starker Konsens
Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	
Expertenkonsens	
Literatur: Rummer und Scheibler 2016; AWMF S2k-Leitlinie Einwilligung von Menschen mit Demenz in Medizinische Maßnahmen 2019	

„Informed Consent als Begriff, dessen Ursprung in der englischsprachigen, insbesondere US-amerikanischen Medizinethik zu finden ist, lässt sich am treffendsten mit „informierte Zustimmung“

übersetzen. In der Sache geht es um den gegenseitigen Austausch der im Verhältnis von Arzt zu Patient notwendigen Informationen sowie darum, das Einverständnis für eine Behandlung zu erhalten. Für die Mitteilung der entscheidungserheblichen Informationen an den Patienten ist der Arzt zuständig. Seine Aufgabe ist es, den Zustand „informed“ beim Patienten herzustellen. Nach der Aufklärung kann der Patient sich für oder gegen eine Behandlung sowie die Art und Weise derselben entscheiden. Der Begriff „consent“ kann mit den deutschen Begriffen Einwilligung, Zustimmung, Einverständnis oder Übereinstimmung übersetzt werden. Bei „informierter Zustimmung“ darf das Vorliegen der Informationen nicht allein auf die Zustimmungshandlung bezogen werden, die Informationen müssen beim Zustimmenden vorhanden sein. Außerdem bedeutet eine Positiventscheidung bzw. eine Zustimmung nicht zwingend eine Entscheidung für einen bestimmten Eingriff. Vielmehr geht es um das zukünftige, gemeinsam abgestimmte Handeln und Agieren von Arzt und Patient, und damit die Entscheidung darüber, ob ein Informed Consent darüber besteht, eine indizierte Maßnahme durchzuführen, bewusst zu unterlassen oder zu verschieben.“ [114]

6.8.3 Erleichterung der Entscheidungsfindung auf Basis ethischer Prinzipien

Die Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress [117] bietet eine strukturierte Grundlage für die ethische Entscheidungsfindung in der zahnmedizinischen Versorgung geriatrischer Patienten. Sie basiert auf den vier Prinzipien mittlerer Reichweite: Respekt vor der Patientenautonomie, Nicht-Schadens-Prinzip (Non-Malefizienz), Wohltätigkeitsprinzip (Benefizienz) und Gerechtigkeit. Ihre Anwendung hilft, ethische Herausforderungen und Konflikte in der Praxis zu bewältigen.

In der Betreuung älterer Patienten entstehen oft ethische Dilemmata, die sorgfältig abgewogen werden müssen. So kann es beispielsweise schwierig sein, die Autonomie eines Patienten mit kognitiven Einschränkungen zu respektieren und gleichzeitig sicherzustellen, dass durch die Behandlung kein Schaden entsteht. Auch die Entscheidung, aufgrund von allgemeinmedizinischen Begleiterkrankungen auf eine zahnmedizinische Therapie zu verzichten, kann in der Praxis als problematisch empfunden werden. [98]

Die Prinzipienethik fordert eine patientenzentrierte Entscheidungsfindung, die sowohl medizinische als auch ethische Aspekte integriert. Ein entscheidendes Element ist dabei die Aufklärung, die den Patienten oder Dritte an der Entscheidung beteiligte Personen in die Lage versetzt, fundierte Entscheidungen zu treffen (Empowerment). Zusätzlich erfordert die Abwägung von Nutzen und Risiko der Behandlung eine interdisziplinäre Herangehensweise, um Lösungen zu finden, die sowohl das Wohl des Patienten fördern als auch ethisch vertretbar sind. [98]

Durch die Anwendung der Prinzipienethik können die individuellen Bedürfnisse geriatrischer Patienten berücksichtigt und gleichzeitig ethische Konflikte minimiert werden, was eine qualitativ hochwertige, gerechte und respektvolle Versorgung sicherstellt. [98,118]

6.9 Spezifische berufsrechtliche Aspekte und vertragszahnärztliche Regelungen

6.9.1 Definition Hausbesuch

Ein Besuch gilt als „der Weggang des Zahnarztes aus seinen Praxisräumen oder aus seiner Wohnung zum Zweck des Aufsuchens eines Versicherten in dessen Wohnung oder an dessen sonstigem Aufenthaltsort.“ [119]

Die wesentlichen Gründe, die einen Hausbesuch notwendig machen und rechtfertigen, sind Immobilität, aufwendiger Transport und das Verweilen in vertrauter Umgebung.

6.9.2 Berufsrechtliche Regelungen

Eine explizite Regelung zu Hausbesuchen enthält die Berufsordnung nicht. Maßgeblich ist die allgemeine Behandlungspflicht, die ihre Grenze in §2 Absatz 5 der Musterberufsordnung (MBO) der Bundeszahnärztekammer findet:

„Der Zahnarzt kann die zahnärztliche Behandlung ablehnen, wenn

- eine Behandlung nicht gewissenhaft und sachgerecht durchgeführt oder
- die Behandlung ihm nach pflichtgemäßer Interessenabwägung nicht zugemutet werden kann oder
- er der Überzeugung ist, dass das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen ihm und dem Patienten nicht besteht.

Die Verpflichtung, in zahnärztlichen Notfällen zu helfen, bleibt davon unberührt.“

Im Notfall besteht somit immer eine Behandlungspflicht (ggf. Verweisen an einen qualifizierten Kollegen oder bei Bedrohung von Leib und Leben auch das Rufen des Notarztes).

Der Ort der Berufsausübung ist gemäß §9 Absatz 1 der MBO an einen Praxissitz gebunden. In §9 Absatz 2 der MBO wird hinsichtlich der Berufsausübung andernorts festgelegt: „Die Ausübung des zahnärztlichen Berufes in weiteren Praxen oder an anderen Orten als dem Praxissitz, ist zulässig, wenn in jedem Einzelfall die ordnungsgemäße Versorgung der Patienten sichergestellt wird.“

Eine gewissenhafte und sachgerechte bzw. ordnungsgemäße Durchführung der Behandlung ist beispielsweise nicht möglich, wenn vor Ort keine Voraussetzungen gegeben sind, die den gesetzlichen Anforderungen an Infektionsschutz und Hygiene genügen.

Ist unter Berücksichtigung der allgemeinen Umstände eine Behandlung notwendig und gewünscht, diese aber vor Ort oder auch in der eigenen Praxis nicht gewissenhaft und sachgerecht bzw. ordnungsgemäß durchführbar, ist gegebenenfalls unter Hinzuziehung Dritter (z. B. Hausarzt, spezialisierter zahnärztlicher Kollege, Fachzahnarzt für Oralchirurgie, Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie, Klinik, ...) auf eine Lösung für den Patienten hinzuwirken.

6.9.3 Vertragszahnärztliche Regelungen

Konsensbasiertes Statement 11: (neu/2026)	
Kann ein Patient nicht mit zumutbarem Aufwand in die Praxis kommen, ist er aufzusuchen, um sich ein Bild vor Ort zu machen, da die aufsuchende Versorgung zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört. Zahnärztliche Behandlungen können nach der Musterberufsordnung auch außerhalb der Praxis erfolgen, jedoch muss unabhängig vom Ort der Behandlung diese sachgerecht und gewissenhaft bzw. ordnungsgemäß durchgeführt werden. Abstimmung: 17/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 17 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	
Literatur: §3, Abs. 2 BMV-Z, §9, Abs. MBO	

Zum Umfang und Inhalt der vertragszahnärztlichen Versorgung insgesamt gilt nach §3 Absatz 5 des Bundesmantelvertrages Zahnärzte (BMV-Z):

„Die Vertragsleistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Vertragszahnärzte im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Der Vertragszahnarzt hat insbesondere darauf zu achten, dass der Behandlungsaufwand in einem sinnvollen Verhältnis zur Prognose und zur erreichbaren Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten steht. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Die zahnärztlichen Leistungen müssen angemessen vergütet werden.“ [120]

In §3 Absatz 2 des Bundesmantelvertrags für Zahnärzte (BMV-Z) sind Besuchsbehandlungen geregelt: „Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört auch die Versorgung der Versicherten außerhalb der Praxisräume des Zahnarztes, insbesondere die aufsuchende Versorgung von Versicherten, die einem Pflegegrad nach §15 SGB XI zugeordnet sind, Eingliederungshilfe erhalten und die die Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder Einschränkung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können (§87 Abs. 2i SGB V) sowie die aufsuchende Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines Kooperationsvertrags (§87 Abs. 2j SGB V).“

In §3 Absatz 2 der Krankentransport-Richtlinie heißt es zur Notwendigkeit der Beförderung:

„Notwendig im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse sind in der Regel nur die Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort des Versicherten und der nächsterreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit.“

Es ist somit einerseits beschrieben, dass die Wege für notwendige Transporte so kurz wie möglich zu halten sind. Liegt der Wohnort des Patienten nicht in der Nähe der eigenen Praxis, ist es sinnvoll darauf hinzuwirken, dass die Behandlung durch eine dem Wohnort des Patienten näher gelegene Zahnarztpraxis erfolgt. Der Hinweis der nächsterreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit

bedeutet andererseits, dass eben nicht jede Zahnarztpraxis automatisch und gleichermaßen für die Behandlung geriatrischer Patienten geeignet ist. Zudem ist das Recht auf freie Arztwahl (§76 SGB V) zu berücksichtigen. In diesem Sinne kann beispielsweise der Zahnarzt bzw. der Kooperationszahnarzt (§119b SGB V) als nächst erreichbare geeignete Behandlungsmöglichkeit angesehen werden.

6.9.4 Personal: Arbeitsort

Konsensbasiertes Statement 12: (neu/2026)	
Arbeitsverträge der Mitarbeitenden sind hinsichtlich des Arbeitsortes zu überprüfen und ggf. anzupassen / zu ergänzen (Arbeitsortsettings: z. B. Praxis, Häuslichkeit, Pflegeeinrichtung etc.). Abstimmung: 17/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 17 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	

Soweit bei dem Aufsuchen von Patienten außerhalb der Praxisräume vom Praxisinhaber abhängig beschäftigtes Personal (Vorbereitungs-Assistenten, nichtzahnärztliches Personal) eingesetzt wird, ist sicherzustellen (ggf. Belehrung), dass die Grundlagen für die Behandlung (Hygiene, Infektionsschutz, ...) auch durch das eingesetzte Personal eingehalten und beachtet werden.

Wird das Konzept der aufsuchenden Betreuung systematisch in den Praxisalltag implementiert, ist darauf zu achten, dass die Arbeitsverträge der Mitarbeitenden überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Ist in den Arbeitsverträgen der Arbeitsort nicht explizit aufgeführt, kann die Berufsgenossenschaft die Anerkennung von Unfällen oder Zwischenfällen im Hinblick auf andere Orte als der Praxis verweigern. Um hier Rechtssicherheit zu schaffen, genügt es, in den Arbeitsverträgen den Arbeitsort zusätzlich mit aufzunehmen, z. B.:

„Arbeitsort ist grundsätzlich die Praxis. Der Arbeitgeber führt seine Tätigkeit aber auch an anderen Orten aus – z. B. Pflegeeinrichtungen bzw. bei Patienten zu Hause. Die Mitarbeitenden verpflichten sich, bei Bedarf auch an diesen Orten tätig zu werden.“

6.9.5 Personal: Aufsuchende Betreuung & Delegation

Konsensbasiertes Statement 13: (neu/2026)	
Der Delegationsrahmen der Bundeszahnärztekammer ist einzuhalten und die unmittelbare Eingriffsmöglichkeit ist durch den Zahnarzt zu jedem Zeitpunkt zu gewährleisten.	starker Konsens
Abstimmung: 17/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 17 Stimmen	
Expertenkonsens	
Literatur: §1 Abs. 5 Zahnheilkundengesetz, Bundeszahnärztekammer (BZÄK) Delegationsrahmen Für Zahnmedizinische Fachangestellte 2021.	

Nichtzahnärztliches Personal darf nur unter Aufsicht eines Zahnarztes tätig werden (§1 Abs. 5 Zahnheilkundengesetz). Darüber hinaus ist bei der Übertragung von Teilaufgaben der Qualifikationsstand des jeweiligen Mitarbeitenden zu berücksichtigen. Der Delegationsrahmen der Bundeszahnärztekammer [121] führt zudem aus: „Bei Tätigkeiten von dafür qualifizierten, nichtzahnärztlichen Mitarbeiter/innen außerhalb der Praxisräume z. B. in Altersheimen und Pflegeeinrichtungen im Rahmen prophylaktischer Maßnahmen, insbesondere bei immobilen Patienten muss der Zahnarzt jederzeit für Rückfragen, Korrekturen oder bei Komplikationen zur Verfügung stehen.“ Und: „Gefahrennähe Komplikationsdichte und Krankheitsbild können im konkreten Einzelfall eine Delegation ausschließen.“ Pflegebedürftige Menschen sind Hochrisikopatienten und setzen aufgrund Multimorbidität, Polymedikation sowie eingeschränkter Kooperationsfähigkeit in besonderem Maße medizinisch-wissenschaftliche Kenntnisse und Fähigkeiten voraus - insbesondere, weil die Tätigkeit im Hochrisikogebiet der Mundhöhle im Fall einer Komplikation schnell lebensbedrohliche Situationen mit sich bringen kann (z. B. Aspiration mit Gefahr der Erstickung oder Blutungsrisiko unter Antikoagulantientherapie). Gerade bei diesen Hochrisikopatienten sind die Grundsätze der Delegation in besonderem Maße zu beachten - in der Praxis und vor allem in der aufsuchenden Betreuung. Der Zahnarzt hat jederzeit für Rückfragen, für Korrekturen oder bei Komplikationen zur Verfügung zu stehen (unmittelbare Eingriffsmöglichkeit). Außerdem muss er im Rahmen seiner Überwachungspflicht stichprobenhaft Kontrollen, in jedem Fall aber eine Endkontrolle durchführen.

6.9.6 Behandlung: Hygiene, Infektionsschutz, Risiken, Notfall

Konsensbasiertes Statement 14: (neu/2026)	
Außerhalb der Praxis gelten dieselben Anforderungen an die Hygiene und den Infektionsschutz wie in der Praxis. Komplikationen und Notfallsituationen sind im Vorfeld zu bedenken. Abstimmung: 17/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 17 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	

Für Untersuchungen und Behandlungen außerhalb der eigenen Praxisräume gibt es keine reduzierten Anforderungen an die Hygiene und den Infektionsschutz. Zudem gilt es, auf mögliche Komplikationen (Blutung, Aspiration, Kreislaufprobleme) angemessen reagieren zu können. Bei Komplikationen wird aus juristischer Sicht kein Unterschied gemacht, ob eine Behandlung unter idealen Voraussetzungen in der Zahnarztpraxis oder unter den eingeschränkten Möglichkeiten der aufsuchenden Betreuung erfolgt ist. Komplikationen und Notfallsituationen mit der Notwendigkeit z. B. der Anwendung von Sofortmaßnahmen wie das Messen des Blutdrucks oder die Gabe von Sauerstoff (Erste-Hilfe-Koffer) sowie der Verständigung des Notarztes sind im Vorfeld zu bedenken.

6.9.7 Behandlung: Berufshaftpflichtversicherung

Konsensbasierte Empfehlung 32: (neu/2026)	
Die Berufshaftpflicht sollte über das Konzept der zahnärztlichen Betreuung von Menschen mit pflegerischem Unterstützungsbedarf informiert werden – insbesondere über Settings (z. B. Praxis, Häuslichkeit, Pflegeeinrichtung, Krankenhaus, ...) und besondere Verfahren (z. B. Sedierung, Narkose, ...). Abstimmung: 17/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 17 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	

Die Ausgestaltung von Berufshaftpflichtversicherungen ist von Versicherungsgesellschaft zu Versicherungsgesellschaft unterschiedlich. Bei Aufnahme einer Tätigkeit außerhalb der Praxis wird dringend empfohlen, die Berufshaftpflichtversicherung über Art und Umfang der Tätigkeit sowie ggf. die konkrete Patientengruppe (z. B. Patienten mit besonderem pflegerischem Unterstützungsbedarf) anzuzeigen. Eventuell kann dies zu einer Anpassung des Versicherungsbeitrags führen.

Die Anzeige ist von besonderer Bedeutung, wenn die Tätigkeit neben Besuchen auch invasive Behandlungen wie Extraktionen oder das Arbeiten mit einer mobilen Behandlungseinheit umfasst. Das gleiche gilt übrigens auch für die Anwendung besonderer Verfahren in der Praxis wie z. B. Behandlung

in Sedierung bzw. Narkosebehandlungen. Beim geplanten Einsatz von Personal außerhalb der Praxis ist dies ebenfalls der Berufshaftpflichtversicherung anzuzeigen.

7 Wichtige Forschungsfragen

Nach sorgfältiger Aufarbeitung und kritischer Evaluation der gegenwärtigen wissenschaftlichen Literatur lässt sich für die zahnmedizinische Betreuung des geriatrischen Patienten ein erkennbarer Mangel an praxisgerechten Empfehlungen feststellen. Insbesondere die Qualität der Evidenz betreffend lassen sich zu vielen Bereichen wie beispielsweise zu den speziellen Herausforderungen beim Umgang mit pflegebedürftigen Menschen, geeigneten Hilfsmitteln, ethischen und rechtlichen Aspekten, etc. keine systematischen Literaturrecherchen und Evidenzberichte erstellen, so dass diese Leitlinie auf dem S2k-Niveau gehalten wird. Darüber hinaus wurden für Bereiche mit berufsrechtlichen, gesetzlichen Vorgaben wie z. B. den Bereich der aufsuchenden Betreuung/mobilen Zahnmedizin Statements erstellt. Diese Leitlinie erfüllt somit eine konsensbasierte Empfehlungsfunktion verbunden mit einer impliziten Aufforderung, qualitativ hochwertige Forschungsarbeiten zu Fragestellungen der geriatrischen Patienten in der Zahnmedizin zu initiieren, die eine robustere Evidenzgrundlage generieren. Das langfristige Ziel ist es, die bestehenden Wissenslücken zu schließen und somit zur Weiterentwicklung der zahnmedizinischen Praxis beizutragen.

8 Zusammenfassung

Geriatrie, auch bekannt als Altersmedizin, ist die Lehre vom alternden Menschen und seinen Krankheiten. Geriatrische Patienten sind charakterisiert durch Einschränkungen der körperlichen und/oder geistigen Funktionalität bei Multimorbidität sowie durch ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Gesundheitsstörungen und einen oft ungünstigeren, komplizierteren Verlauf. Verschiedene Allgemeinerkrankungen (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Niereninsuffizienz, Erkrankungen der Leber, Osteoporose, Tumore) sowie die damit verbundene Anzahl und Kombination verschiedener Medikamente (Polypharmazie) und Therapieverfahren (Radiatio, Chemotherapie, etc.) haben nicht selten einen unmittelbaren Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung sowie mögliche Komplikationen und bedürfen einer hohen spezifischen Kompetenz des Zahnarztes. Dem Zahnarzt sollten die üblichen geriatrischen Assessment-Instrumente sowie deren Ergebnis-Interpretation bekannt sein, um eine umfassendere Kenntnis für den geriatrischen Patienten in Bezug auf die zahnmedizinische Betreuung zu haben. Ein bewilligter Pflegegrad gibt eine Orientierung zur Pflegebedürftigkeit eines Patienten. Darüber hinaus soll eine individuelle Einschätzung der für die Mundgesundheit relevanten Fähigkeiten durch den Zahnarzt erfolgen.

Zahnärztliche Diagnostik und Pflegebedürftigkeit

Zahnärztliche Diagnostikmethoden sind bei geriatrischen Patienten genauso anzuwenden wie bei gesunden Erwachsenen. Zur Orientierung in Bezug auf Art und Umfang der Behandlung hat sich ergänzend die Feststellung der „zahnmedizinischen funktionellen Kapazität“ bewährt. Daraus abgeleitete Belastbarkeitsstufen können hilfreich sein, im Gespräch mit Patienten, gesetzlichen Vertretern oder Angehörigen, die Therapieoptionen abzuwägen. Immer mehr ältere Menschen und damit geriatrische Patienten haben einen festsitzenden Zahnersatz und eigene natürliche Zähne. Hohes Lebensalter und/oder Pflegebedürftigkeit sollen daher als Risikofaktor für eine Verschlechterung der Mundgesundheit berücksichtigt werden, denn Handlungsbedarf ergibt sich zwingend da, wo ein guter Mundgesundheitszustand zu erhalten ist, auch wenn pflegebedürftige

Personen aufgrund mangelnder Therapiefähigkeit und Eigenverantwortlichkeit selbst nicht mehr in der Lage sind, für eine ausreichende Mundpflege zu sorgen. Mobilitätseinschränkungen, sensomotorische und kognitive Beeinträchtigungen beeinflussen die zahnmedizinische Betreuung sowohl in praktischer als auch in zeitlicher Hinsicht und sind in der Behandlungsplanung zu berücksichtigen. Ebenso sind Angehörige, Pflegende oder Betreuungspersonen in Unterweisungen (insb. Mundpflege) miteinzubeziehen. Zur täglichen Mundpflege gehören das Zähneputzen, die Reinigung der Interdentalräume, der Zunge, der Lippen und der Mundhöhle sowie ggf. die Reinigung von Zahnprothesen. Dabei ist es wichtig, die (noch) vorhandenen Fähigkeiten der betroffenen Menschen stets einzubeziehen und zu nutzen. Als Hilfsmittel zur häuslichen Mundhygiene sollen bedarfsgerecht manuelle oder elektrische Zahnbürsten, fluoridierte Zahnpasta, Zahnzwischenraumbürsten und Hilfsmittel zur Reinigung von Zahnersatz empfohlen werden.

Kaufunktion und Schmerzmanagement

In Bezug auf die Wechselwirkungen von Ernährung und Mundgesundheit ist zu beachten, dass Maßnahmen, die mit erwartbaren Veränderungen hinsichtlich der Mundgesundheit, insbesondere der Kaufähigkeit und -effizienz einhergehen, auch in Hinblick auf die Ernährung, bzw. Ernährungsberatung angedacht und organisiert werden. Wann immer möglich soll der Erhalt eigener Zähne für die Kaufunktion angestrebt werden. Die Kaufunktion soll durch festsitzenden/abnehmbaren Zahnersatz erhalten bzw. wiederhergestellt werden. Dies dient dabei insbesondere der Vermeidung von Mangelernährung. Schmerzen können direkte Auswirkungen auf die Mundgesundheit und die Kaufähigkeit haben. Die Inspektion der Mundhöhle, der Zähne und ggf. der (Teil-) Prothesen hat daher auch stets in Hinblick auf mögliche Schmerzen zu erfolgen, die evtl. nicht mehr vollumfänglich geäußert werden können. Schmerzen können sich auch im Sinne von Abwehr u. a. bei der Mundpflege ("Care-resistant behavior"), beispielsweise durch das Wegdrehen des Kopfes, das Zusammenpressen der Lippen oder das Wegstoßen der Hand bei Annäherung darstellen. Ursachen hierfür können Zahnschmerzen, gingivale und parodontale Probleme, Komplikationen im Zusammenhang mit Zahnersatz sowie Schmerzen oder Schwellungen im Bereich der Schleimhäute und Weichteile des Mund-Kiefer-Gesichtsbereichs sein. Der Erfolg einer zahnärztlichen Betreuung geriatrischer Patienten hängt wesentlich von der Fähigkeit des gesamten (Praxis-)Teams ab, adäquate und geeignete Strategien für die Beziehungsgestaltung anwenden zu können – insbesondere, wenn kognitive Beeinträchtigungen und /oder Schmerzen vorliegen. Die Kommunikation innerhalb der Praxis und außerhalb der Praxis mit den Ärzten, Betreuungspersonen, Pflegepersonen, An- und Zugehörigen sollte daher strukturiert und zielgerichtet erfolgen.

Zahnärztliche Therapie

Grundsätzlich sind alle zahnärztlichen Therapieoptionen bei geriatrischen Patienten genauso anzuwenden wie bei gesunden Erwachsenen. Diese sind daher nicht Gegenstand der Leitlinie, die explizit nur spezielle Aspekte bei dieser vulnerablen Gruppe in den Vordergrund stellt. Beim geriatrischen Patienten stellen Schmerzen, Schwellungen und Blutungen im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich sowie Prozesse mit Aspirationsgefahr absolute zahnärztliche Behandlungsindikationen dar. Grund hierfür ist, dass der subjektiv vom Patienten empfundene und der durch den Zahnarzt objektiv festgestellte Behandlungsbedarf oft voneinander entfernt liegen (sog. oral-geriatrisches Paradoxon). Diese Differenzen sollen dem Patienten sowie seinem Unterstützungsumfeld durch den Zahnarzt erläutert werden. Der Zahnarzt soll unter Einbeziehung des

relativiert-objektiv festgestellten Behandlungsbedarfs einen Therapieversuch erarbeiten. Dieser hat dabei alle Befunde, die durch Gebrechlichkeit oder Pflegebedürftigkeit begründet sind, miteinzubeziehen. Für den Erfolg einer zahnärztlich-prothetischen Behandlung mit der Eingliederung von meist abnehmbarem Zahnersatz spielt der Wunsch nach neuem Zahnersatz und die Adaptationsfähigkeit des Patienten eine wesentliche Rolle. Das Potential, sich an etwas Neues im Mund zu gewöhnen, ist bei geriatrischen Patienten geringer als bei jüngeren Patienten. An neue Prothesen – und seien die Veränderungen im Vergleich mit den alten Prothesen auch nur gering – können sich ältere Patienten mitunter nicht adaptieren. Schon die Unterfütterung einer langjährig getragenen Prothese birgt das Risiko, dass diese nicht mehr angenommen wird. Selbst aufwändig gefertigter Zahnersatz, evtl. auch Implantat unterstützt, wird nicht in allen Fällen problemlos toleriert. In die Abwägung der relativen Indikation zur Behandlung sollen folglich auch die möglichen Folgen einer Nicht-Behandlung einfließen.

Oralprävention

Hinsichtlich der Kariesprävention haben sich die Empfehlungen gemäß der aktuellen S3-Leitlinie zur Kariesprophylaxe bei bleibenden Zähnen bewährt. Geriatrische Patientinnen und Patienten, die zu den vulnerablen Gruppen gehören, haben oftmals ein hohes Karies- und Wurzelkariesrisiko. Insbesondere Wurzelkaries schreitet sehr schnell voran und ein zügiges präventives Eingreifen ist von Nöten, um den erkrankten Zahn langfristig zu erhalten. Bei geriatrischen Patienten mit hohem Risiko für (Wurzel)-Karies sollen zur Prävention spezielle hochkonzentrierte Fluoridpräparate (Zahnpasta, Gele, Lacke) Anwendung finden. Generell ist es möglich, Antiseptika (Mundspüllösungen, Gele, Lacke, etc.) bei geriatrischen Patienten zur Infektionsprophylaxe als Ergänzung zu systemischen Therapien, nebenwirkungsbedingt ggf. in zeitlich begrenztem Rahmen, einzusetzen. Jedoch vor allem Spüllösungen nur dann, wenn das korrekte Spülen und Ausspucken möglich ist, ansonsten besteht Aspirationsgefahr. Neben den bewährten präventiven Präparaten zur Behandlung von Wurzelkaries und Sekundärkaries an Restaurationsrändern (Kronen, Brücken, etc.) kann zudem z. B. 38% Silberdiaminfluorid (SDF) 1-2x jährlich angewendet werden. Wird SDF auf kariöse Läsionen aufgetragen, so besteht ein sog. „Off-Label-Use“, über den der Patient und der Angehörige aufgeklärt werden müssen. Ebenso ist aufzuklären, dass es im Bereich der Applikationsstellen durch SDF zu schwarzen Verfärbungen kommt, die sich nicht entfernen lassen.

Rechtliche und ethische Aspekte

Viele geriatrische Patienten haben zur Unterstützung u. a. für Fragen der Gesundheitsversorgung oder auch für Vermögensfragen gesetzliche bzw. rechtliche Vertreter (z. B. Betreuer, Bevollmächtigte) an ihrer Seite. Vorsorgevollmachten können notariell beglaubigt oder sogar ohne weitere Form privat vereinbart sein. Es kommt auf die in der Vollmacht übertragenen Rechte an den jeweils Bevollmächtigten an. Betreuungen werden in Deutschland durch das jeweils zuständige Betreuungsgericht beim Amtsgericht eingerichtet. Invasive und vor allem risikoreiche Behandlungen erfordern, bei fehlender Einwilligungsfähigkeit des Patienten, die persönliche Aufklärung des Betreuers bzw. Bevollmächtigten. Bei jedem geriatrischen Patienten sollen die Einwilligungs- und Geschäftsfähigkeit im Rahmen der zahnärztlichen Betreuung abgeklärt und fortlaufend aktualisiert werden. Es soll regelmäßig überprüft werden, ob für den Patienten im Rahmen der Gesundheits- und Vermögensversorgung eine gesetzliche Betreuung eingerichtet ist oder eine (Vorsorge-)Vollmacht besteht.

In der Betreuung älterer Patienten entstehen oft ethische Dilemmata, die sorgfältig abgewogen werden müssen. So kann es beispielsweise schwierig sein, die Autonomie eines Patienten mit kognitiven Einschränkungen zu respektieren und gleichzeitig sicherzustellen, dass durch die Behandlung kein Schaden entsteht.

Auch wenn eine Betreuung bzw. Vollmacht besteht, ist grundsätzlich dem Wunsch des Patienten zu entsprechen. Nur wenn der Wunsch eine erhebliche Gefährdung des Patienten darstellt, entscheidet der Betreuer nach Feststellung des mutmaßlichen Willens seines Betreuten. In den eher seltenen Situationen mit hohem Behandlungsrisiko oder wenn kein Konsens zwischen Betreuer bzw. Bevollmächtigtem und Zahnarzt herbeigeführt werden kann, besteht die Möglichkeit, das Betreuungsgericht beim Amtsgericht zur Entscheidungsfindung hinzuzuziehen.

Durch die Anwendung der Prinzipienethik können die individuellen Bedürfnisse geriatrischer Patienten berücksichtigt und gleichzeitig ethische Konflikte minimiert werden, was eine qualitativ hochwertige, gerechte und respektvolle Versorgung sicherstellt. Die Prinzipienethik beinhaltet die vier Grundprinzipien: Respekt vor der Patientenautonomie, Nicht-Schadens-Prinzip (Non-Malefizien), Wohltätigkeitsprinzip (Benefizienz) und Gerechtigkeit. Im Aufklärungsgespräch wird die partizipative Entscheidungsfindung (PEF; Englisch shared decision-making, SDM) favorisiert. Hierbei handelt es sich um die Interaktion bzw. Kommunikation zwischen Arzt und Patient, die darauf zielt, zu einer von Patient und Arzt gemeinsam verantworteten Übereinkunft über eine angemessene medizinische Behandlung zu kommen. Nach der Aufklärung kann der Patient sich für oder gegen sowie die Art und Weise einer weiteren Behandlung entscheiden. Bei der Einholung des sogenannten „informed consent“ sollte das zukünftige, gemeinsam abgestimmte Handeln und Agieren von Zahnarzt und geriatrischem Patient, und damit die Entscheidung darüber eine indizierte Maßnahme durchzuführen, bewusst zu unterlassen oder zu verschieben handlungsweisend sein.

Aufsuchende Betreuung

Während die zahnärztliche Behandlung von Menschen ohne Einschränkung nahezu ausschließlich in den Zahnarztpraxen erfolgt, gibt es für die Behandlung geriatrischer Patienten gute Gründe, die Behandlung teilweise oder auch vollständig in der Häuslichkeit bzw. in der Pflegeeinrichtung durchzuführen. Zahnärztliche Behandlungen können nach der Musterberufsordnung (MBO) auch außerhalb der Praxis erfolgen. Gemäß dem Bundesmantelvertrag Zahnärzte (BMV-Z) gehört die aufsuchende Versorgung zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Grenzen findet die aufsuchende Betreuung in §2 Abs. 5 der Musterberufsordnung (MBO) der Bundeszahnärztekammer, wenn u. a. Behandlungen nicht sachgerecht und ordnungsgemäß durchgeführt werden können. Finden Hausbesuche statt, so ist ein Konzept zur strukturierten aufsuchenden mobilen Betreuung sinnvoll. Dazu zählt auch, die Berufshaftpflichtversicherung über die aufsuchende Betreuung zu informieren und die Arbeitsverträge der Mitarbeitenden hinsichtlich des Arbeitsortes anzupassen.

9 Informationen zu dieser Leitlinie

9.1 Zusammensetzung der Leitliniengruppe

9.1.1 Redaktion und Koordination

Leitlinienkoordination (in alphabetischer Reihenfolge):

- Prof. Dr. Cornelia Frese
- Prof. Dr. Julia Jockusch
- Dr. Elmar Ludwig
- Prof. Dr. Ina Nitschke

9.1.2 Autoren (in alphabetischer Reihenfolge)

- Prof. Dr. Cornelia Frese
- Prof. Dr. Julia Jockusch
- Dr. Elmar Ludwig
- Prof. Dr. Ina Nitschke

9.1.3 Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen

Die an der Leitlinie beteiligten Fachgesellschaften und sonstige Organisationen sowie deren mandatierten Vertreter sind in der folgenden Tabelle aufgeführt:

Fachgesellschaft/ Organisation	Abkürzung	Mandatsträger
Anmeldende Fachgesellschaften DGAZ, DGZMK		
AWMF-Fachgesellschaften		
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin	DEGAM	Dr. Thomas Zimmermann Prof. Dr. Erika Baum (Stv.)
Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin	DGAI	Prof. Dr. Grietje Beck
Deutsche Gesellschaft für Geriatrie	DGG	Prof. Dr. Gabriele Röhrig-Herzog Dr. Rahel Eckardt-Felmberg (Stv.)
Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie	DGGG	Dr. Sonja Krupp

Deutsche Gesellschaft für Pflegerwissenschaften	DGP	Prof. Dr. Erika Sirsch Kathrin Ries (Stv.)
Beteiligung weiterer Fachgesellschaften / Organisationen		
Arbeitskreis Ethik der DGZMK	AG Ethik	Prof. Dr. Dr. Dr. Dominik Groß
Bundeskonferenz der Betreuungsvereine	BUKO	Stephan Sigusch
Bundeszahnärztekammer	BZÄK	Prof. Dr. Christoph Benz
Bundesverband der Zahnärztinnen und Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst	BZÖG	Dr. Uwe Niekusch Dr. Abdul Bissar (Stv.)
Deutsche Alzheimer Gesellschaft / Selbsthilfe Demenz	DAlzG	Swen Staack
Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für Dysphagie	DGD	Dr. Melanie Weinert Manuela Motzko (Stv.)
Deutsche Gesellschaft für Präventivzahnmedizin	DGPZM	Prof. Dr. Cornelia Frese
Deutschen Gesellschaft Zahnmedizin für Menschen mit Behinderung oder besonderem medizinischen Unterstützungsbedarf	DGZMB	Dr. Guido Elsäßer
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung	KZBV	Dr. Rugzan Jameel Hussein Melanie Maus (Stv.)
Verband medizinischer Fachberufe	VMF	Sylvia Gabel

An der Leitlinienerstellung haben alle angefragten Fachgesellschaften teilgenommen und einen Mandatsträger zur Leitlinienerstellung entsendet. Der Mandatsträger des Deutschen Arbeitskreises für Hygiene in der Zahnmedizin (DAHZ), Herr Prof. Dr. Jatzwauk, ist zum 07.05.2025 aus persönlichen Gründen aus dem Leitlinienprojekt ausgeschieden. Alle relevanten Fach- und Interessengruppen wurden direkt im Kontext der Leitlinie eingebunden, sodass keine Einbeziehung von nicht direkt im Kontext der Leitlinie adressierten Fach- und Interessengruppen notwendig war.

9.1.4 Patientenbeteiligung

Zur Einbeziehung von Patientenvertretern wurden Arbeitsgemeinschaften und Selbsthilfegruppen kontaktiert und zur Mitarbeit eingeladen. Beteiligt war die Alzheimergesellschaft Schleswig-Holstein (vgl. beteiligte FG).

9.1.5 Methodik

- Dr. Markus Kolling (DGZMK, Leitlinienbeauftragter)
- Dr. Cathleen Muche-Borowski (zertifizierte Leitlinienberaterin (AWMF))

9.2 Methodische Grundlagen

Die Methodik dieser Leitlinie richtet sich nach dem AWMF-Regelwerk in der aktuellen Version. Quelle: Das AWMF-Regelwerk Leitlinien. Ständige Kommission „Leitlinien“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Version 2.1., 2023. [122]

Die Erstellung der Leitlinie wurde durch die Deutsche Gesellschaft für AlterszahnMedizin (DGAZ) initiiert und Interessensgruppen und relevante Fachgesellschaften wurden eingeladen. Für Abstimmung im Rahmen der Konsensuskonferenz wurde vorab ein Mandatsträger über die beteiligte wissenschaftliche Fachgesellschaft bestimmt. In einer konstituierenden Sitzung wurden Ziele und Fragestellungen vorgestellt und Arbeitsgruppen gebildet, die die einzelnen Themengebiete bearbeiteten. Im Rahmen der Arbeitsgruppen wurden, soweit möglich, systematische Literatursuchen durchgeführt.

9.3 Literaturrecherche und kritische Bewertung

Für spezifische zahnmedizinische Bereiche wurde die MEDLINE Datenbank (1946–2024) sowie die Cochrane Bibliothek durchsucht. Verwendet wurden die Suchmaschinen PubMed und OVID. Für wenige umrissene Fragestellungen wie beispielsweise präventive Interventionen bei der zahnmedizinischen Betreuung geriatrischer Patienten konnte eine systematische Suche für Publikationen in englischer Sprache erfolgen, die an folgendem Beispiel aufgezeigt wird:

1. (dent* and treatment* and geriatric and patient*).mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, an, sy, ux, mx, tc, id, tm, mf] (530)
2. limit 1 to english language (460)
3. (dent* and prevent* and geriatric and patient*).mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, an, sy, ux, mx, tc, id, tm, mf] (229)
4. limit 3 to english language (195)
5. (fluorid* and geriatric and patient*).mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, an, sy, ux, mx, tc, id, tm, mf] (33)

6. limit 5 to english language (28)
7. (chlorhexidin* and geriatric and patient*).mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, an, sy, ux, mx, tc, id, tm, mf] (19)
8. limit 7 to english language (19)
9. 2 or 4 or 6 or 8 (582)
10. remove duplicates from 9 (569)
11. from 10 keep 1-569 (569)
12. (silver diamine fluoride and geriatric).mp. [mp=ti, bt, ab, ot, nm, hw, fx, kf, ox, px, rx, ui, an, sy, ux, mx, tc, id, tm, mf] (8)
13. 6 or 8 or 12 (47)

Die Ergebnislisten aller Literatursuchen wurden händisch hinsichtlich thematischer Eignung zur Fragestellung der Leitlinie gescreent. Die identifizierte Literatur wird im Hintergrundtext entsprechend zitiert und besonders relevante Quellen werden in den Empfehlungen aufgeführt.

9.4 Strukturierte Konsensfindung

Die Konsentierung der Statements und Empfehlungen erfolgte am 12.05.2025 und 13.05.2025 unter neutraler Moderation durch Herrn Dr. Markus Kolling (zertifizierter Leitlinienberater AWMF) sowie Frau Dr. Cathleen Muche-Borowski (zertifizierte Leitlinienberaterin AWMF) in Form eines nominalen Gruppenprozesses.

Dabei wurden folgende Punkte berücksichtigt:

- Präsentation der zu konsentierenden Statements/Empfehlungen
- Gelegenheit zu inhaltlichen Rückfragen bzw. zur Evidenzgrundlage durch Teilnehmer
- Vorbringen von Ergänzungs-/Änderungsvorschlägen
- Registrierung der Stellungnahmen im Umlaufverfahren und Zusammenfassung von Kommentaren durch den Moderator
- Debattieren/Diskussion der Diskussionspunkte
- Abstimmung der Empfehlungen/Statements und aller Alternativvorschläge
- Schritte werden für jedes Statement/Empfehlung wiederholt
- bei Nichterreichen eines Konsenses: Diskussion und erneute Abstimmung

Zuvor erhielten die Mandatstragenden im Zeitraum vom 31.01.2025 bis einschließlich 28.02.2025 die Möglichkeit, die Empfehlungen und Statements im Rahmen einer Delphi-Abfrage vorab zu kommentieren. Die Kommentare und Änderungsvorschläge gingen dabei direkt in den Textentwurf für die Konsensuskonferenz ein. Im Nachgang zur Konsensuskonferenz wurde das Statement 10 hinsichtlich des mutmaßlichen Willens des Patienten und den aktuellen betreuungsrechtlichen Richtlinien angepasst, juristisch geprüft und im Rahmen einer zweiten Delphi-Abstimmung (Zeitraum 26.06.2025-17.07.2025) per E-Mail zur Konsentierung an alle mandatierten Mitglieder versandt. Diese hatten dabei die Möglichkeit, diesem zuzustimmen oder unter Angabe eines Alternativvorschlags dagegen zu stimmen. Aufgrund eines schriftlichen Änderungsantrags der KZBV wurde vom Koordinatoren-Team eine weitere Anpassung des Statements 10 vorgenommen. Dieses wurde

wiederum in einer dritten Delphi-Runde nach zuvor beschriebenem Vorgehen vom 14.08.2025 mit Frist bis zum 04.09.2025 konsentiert.

Die vorliegende Leitlinie enthält 32 konsensbasierte Empfehlungen und 14 Statements.

9.5 Empfehlungsgraduierung und Feststellung der Konsensstärke

9.5.1 Festlegung des Empfehlungsgrades

Die Formulierung der Statements und Empfehlungen erfolgte unter Berücksichtigung der Vorgaben der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ).

Statements Als Statements werden Darlegungen oder Erläuterungen von spezifischen Sachverhalten oder Fragestellungen ohne unmittelbare Handlungsaufforderung bezeichnet. Sie werden entsprechend der Vorgehensweise bei den Empfehlungen im Rahmen eines formalen Konsensusverfahrens verabschiedet und können entweder auf Studienergebnissen oder auf Expertenmeinungen beruhen.

Empfehlungen Empfehlungen sind thematisch bezogene handlungsleitende Kernsätze der Leitlinie, die durch die Leitliniengruppe erarbeitet und im Rahmen von formalen Konsensusverfahren abgestimmt werden. Grundsätzlich orientiert sich der Empfehlungsgrad an der Stärke der verfügbaren Evidenz. Hinsichtlich der Stärke der Empfehlung werden in dieser Leitlinie drei Empfehlungsgrade unterschieden (siehe folgende Tabelle), die sich auch in der Formulierung der Empfehlungen jeweils widerspiegeln. Die Empfehlungsgrade berücksichtigen neben der Qualität der Evidenz auch die klinische Relevanz des Ergebnisparameters, die klinische Relevanz der Effektstärke und die Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf die Patientenzielgruppe und das deutsche Gesundheitssystem.

Empfehlung	Empfehlung gegen eine Intervention	Beschreibung
soll	soll nicht	starke Empfehlung
sollte	sollte nicht	Empfehlung
kann	kann verzichtet werden	Empfehlung offen

9.5.2 Feststellung der Konsensstärke

Um die Konsensstärke festzustellen, wurden der prozentuale Anteil der stimmberechtigten Mandatsträger sowie die absolute Zahl der Zustimmungen ermittelt. Wurde kein Konsens erzielt, sind die Gründe bzw. unterschiedlichen Positionen in den jeweiligen Hintergrundtexten dargelegt.

Die Klassifizierung der Konsensstärke ist in der folgenden Tabelle dargestellt. Sie orientiert sich am Regelwerk der AWMF.

Klassifikation der Konsensstärke	
Starker Konsens	Zustimmung von > 95% der Teilnehmer
Konsens	Zustimmung von > 75 bis 95% der Teilnehmer
Mehrheitliche Zustimmung	Zustimmung von > 50 bis 75% der Teilnehmer
Kein Konsens	Zustimmung von < 50% der Teilnehmer

10 Redaktionelle Unabhängigkeit

10.1 Finanzierung der Leitlinie

Es liegt keine finanzielle Förderung dieses Leitlinienprojektes vor.

10.2 Darlegung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten

[Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten | Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. \(awmf.org\)](#)

Die Erstellung dieser Leitlinie erfolgte unabhängig und neutral. Eine Mandatsträgerin reichte ihre Interessenserklärung papierbasiert bei der AWMF ein. Die Bewertung erfolgte hier mit schriftlicher Rückmeldung an die AWMF. Alle anderen Autoren und Teilnehmer der Leitlinienkonferenz nutzten das AWMF-Interessen-Formular (online) zur Offenlegung etwaiger Konflikte.

Die tabellarische Darstellung der Interessenserklärungen liegt dem Methodenreport dieser Leitlinie im Anhang bei.

Die Interessenserklärungen der LL-Koordinatoren (Prof. Dr. Cornelia Frese, Prof. Dr. Julia Jockusch, Dr. Elmar Ludwig, Prof. Dr. Ina Nitschke) werden von der sie entsendenden Fachgesellschaften zur Kenntnis genommen und bewertet (ZÄ Silke Beringer, DGAZ, Prof. Dr. Dr. P. Proff, DGZMK). Die Interessenserklärungen aller anderen Mitwirkenden werden von den Leitlinien-Koordinatoren bewertet, ergänzt durch Herrn Dr. Klaus-Peter Wefers als weiteres Mitglied der Leitliniengruppe. Die Kategorisierung sekundärer Interessen in geringe/moderate/hohe Interessenkonflikte erfolgte im Vorfeld der Leitlinienarbeit und wurde folgendermaßen festgelegt:

Graduierung des Interessenkonflikts (IK)	Kriterium, unter der Voraussetzung der Themenrelevanz
kein IK	• Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/ Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung • unbezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit • unbezahlte Autoren-/oder Koautorenschaft • Vortrags-/oder Schulungstätigkeit (für eine wissenschaftliche Fachgesellschaft, KZV/ZÄ-Kammern, Veranstaltungen mit nicht-kommerziellem Hintergrund, gemeinnützige Veranstaltungen etc.) • Berater-/Gutachtertätigkeit (für eine wissenschaftliche Fachgesellschaft, KZV/ZÄ-Kammern, Vergabe öffentlicher Fördergelder)
geringer IK Folge: Einschränkung der Leitungsfunktionen	• Berater-/Gutachtertätigkeit für ein kommerzielles Journal mit erheblichen Einnahmen • Bezahlte Autoren-/oder Coautorenschaft mit geringen Einnahmen • Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder klinischen Studien oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung aus öffentlichen Mitteln oder unterstützt durch eine wissenschaftliche Fachgesellschaft
moderater IK Folge: Einschränkung der Leitungsfunktionen und Stimmenthaltung bei einzelnen Abstimmungen	• Berater-/Gutachtertätigkeit für Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, industrielle Interessensverbände, kommerziell orientierte Auftragsinstitute oder eine Versicherung) • Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z. B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung • Vortrags-/oder Schulungstätigkeit (im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, industrieller Interessensverbände, kommerziell orientierter Auftragsinstitute oder einer Versicherung) • Bezahlte Autoren-/oder Coautorenschaft mit erheblichen Einnahmen im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung • Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder klinische Studien oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung

	• Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft • Akademische (z. B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen konnten (z. B. „einseitige“ Forschung)
hoher IK Folge: Einschränkung der Leitungsfunktionen und keine Beteiligung am Abstimmungsprozess, nur schriftliche Stellungnahmen	• Eigentümerinteressen an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz), Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft. • Eigentümerinteressen an kommerziellen Fortbildungsinstituten mit themenrelevantem Fortbildungsangebot

Der Umgang mit Interessenkonflikten erfolgte nach folgenden Prinzipien:

- Koordinatoren von Leitlinienprojekten sollten keine thematisch relevanten Interessenkonflikte aufweisen. In Fällen, in denen dies unvermeidbar ist (z. B. weil die Expertise und das Engagement der betroffenen Person unverzichtbar sind), sollte ein Ko-Koordinator ohne thematisch relevante Interessenkonflikte (z. B. ein Methodiker oder Fachexperte als Peer) bestellt werden oder die LL Gruppe um Abwägung und Entscheidung gebeten werden.
- Mitwirkende mit geringen Interessenkonflikten sollten keine leitende Funktion innerhalb der Leitliniengruppe ausüben (z. B. als Mitglieder von Lenkungsgremien/ Steuergruppen, Arbeitsgruppenleiter, Hauptverantwortliche für die Evidenzaufbereitung, Moderatoren). In Fällen, in denen dies unvermeidbar ist, sollen Mitglieder ohne thematisch relevante Interessenkonflikte in Lenkungsgremien die Mehrheit darstellen und für Einzelfunktionen sichergestellt sein, dass jeweils ein Mitglied ohne thematisch relevante Interessenkonflikte als Peer bestellt wird.
- Mitwirkende mit moderaten Interessenkonflikten sollten nicht an der Bewertung der Evidenzen und der Konsensfindung (→ Enthaltung bei einzelnen, den Interessenkonflikt berührenden Empfehlungen) teilnehmen. Sie haben, sofern auf ihr Wissen nicht verzichtet werden kann, den Status von beratenden, nicht stimmberechtigten Experten. Alternativ: Durchführung von Doppelabstimmungen (Betroffene enthalten sich im ersten Durchgang der Stimme).
- Mitwirkende mit hohen Interessenkonflikten sollten nicht an Beratungen der Leitliniengruppe teilnehmen. Ihr Wissen kann in Form von schriftlichen Stellungnahmen eingeholt werden.

Procedere der Bewertung:

- Sichtung, ob Angaben gemacht wurden
- Einschätzung, ob relevante Interessenkonflikte vorliegen
- Einschätzung des thematischen Bezugs zur Leitlinie insgesamt und/oder in Bezug auf spezifische Fragestellungen, die in der Leitlinie adressiert werden (sollen)
- Einschätzung der Relevanz von Interessenkonflikten (gering/moderat/hoch) unter Berücksichtigung von Kriterien zur Feststellung:
 - Ausprägung der Interessen und des Ausmaßes des daraus eventuell resultierenden Konflikts

- Art der Zuwendung, Höhe der Zuwendung, Empfänger
- Zeitraum, Frequenz, Kooperationspartner
- Intensivität
- Funktion der betroffenen Person innerhalb der Leitliniengruppe und ihres damit verbundenen Entscheidungs- und Ermessensspielraums
- protektive Faktoren, die in der Leitlinie zur Anwendung kommen (strukturierte Konsensfindung unter neutraler Moderation mit einer repräsentativen Leitliniengruppe)

Bei keinem der Mandatsträger oder Leitlinien-Koordinatoren lag ein relevanter Interessenkonflikt vor, so dass alle Mandatsträger bzw. Leitlinien-Koordinatoren stimmberechtigt waren und das Abstimmverhalten sowie Enthaltungen somit nur im Inhalt der jeweiligen Fragestellung begründet waren.

11 Externe Begutachtung und Verabschiedung

Alle beteiligten Mandatsträger stimmten der Leitlinie in der vorliegenden Form vom 27.10.2025 bis 22.11.2025 zu. Die Vorstände der beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen stimmten der Leitlinie in der vorliegenden Form vom 01.12.2025 bis 14.01.2026 zu. Gewünschte redaktionelle Änderungen wurden in die Leitlinie eingefügt. Anschließend stimmten die Vorstände der federführenden Fachgesellschaften der Leitlinie in der vorliegenden Form vom 14.01.2026 bis 28.01.2026 zu.

12 Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

Die Leitlinie ist ab dem 29.01.2026 bis zur nächsten Aktualisierung am 28.01.2031 gültig, die Gültigkeitsdauer beträgt 5 Jahre. Dennoch werden kontinuierlich die aktuellen Entwicklungen beobachtet und bewertet. Im Falle bedeutender Änderungen der Sachverhalte, z. B. neue relevante Evidenz, wird eine Anpassung (ggf. Amendment) oder Aktualisierung der Leitlinie einschließlich einer möglichen Änderung der Empfehlungen veranlasst.

Kommentierungen und Hinweise für den Aktualisierungsprozess aus der Praxis sind ausdrücklich erwünscht und können an den Ansprechpartner gerichtet werden:

Deutsche Gesellschaft für AlterszahnMedizin e. V.

c/o Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde | Liebigstraße 12 | 04103 Leipzig

E-Mail: sekretariat@dgaz.org

Telefon: +49-(0)341-9721304

Fax: +49-(0)341-9721319

13 Verwendete Abkürzungen

Abkürzung	Erläuterung
AGAST	Arbeitsgruppe Geriatriisches Assessment
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
BISAD	Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz
BMI	Body Mass Index
BMV-Z	Bundesmantelvertrag für Zahnärzte
BZÄK	Bundeszahnärztekammer
CHX	Chlorhexidin
DMFT	Decayed Missing Filled Teeth Index
DMS V	Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DSTG	Dysphagie Screening Tool Geriatrie“
F ⁻	Fluorid
GSK	Geriatriisches Screening bei Klinikaufnahme
ICD-Code	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten
IDZ	Institut der Deutschen Zahnärzte
ISAR	Identification of Seniors at Risk
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
KZBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
LED	Light Emitting Diode
MBO	Musterberufsordnung
MEDLINE	Onlinebibliothek der National Library of Medicine
MMSE	Mini-Mental State Examination
MRSA	Methicillin-Resistenter Staphylococcus aureus
NaF	Natriumfluorid
ONS	oral nutritional supplements
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PEMU	Pflegerische Erfassung von Mangelernährung und deren Ursachen in der stationären Langzeit-/ Altenpflege
ppm	parts per million

POCD	postoperative kognitive Dysfunktion
SCZ	Heilmittelkatalog Zahnärzte, Indikationsgruppe Störungen des oralen Schluckakts
SDF	Silberdiaminfluorid
SGB	Sozialgesetzbuch
UAW	unerwünschte Arzneimittelwirkungen
VRE	Vancomycin-resistente Enterokokken

14 Literatur

1. Krupp S, für die AG Assessment der DGZZ e. V. S1-Leitlinie Geriatrisches Assessment Der Stufe 2, Living Guideline, Version 18.01.2025, AWMF-Register-Nr. 084-002LG.
2. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SvR) Koordination Und Integration - Gesundheitsversorgung in Einer Gesellschaft Des Längeren Lebens, Sondergutachten. 2009.
3. Denking, M.; Polidori, M.C. *Geriatric: Das gesamte Spektrum der Altersmedizin für Klinik und Praxis. Schlüsselkonzepte der Diagnostik und Behandlung. Der geriatrische Patient und seine Prognose.*; Bauer, J.M., Becker, C., Denking, M., Wirth, R., Eds.; 1st ed.; W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart, 2024; ISBN 978-3-17-041795-3.
4. Schulz, A. Die Geriatrischen „I's“ - Syndrome Der Geriatrie.
5. Freund, H. Geriatrisches Assessment Und Testverfahren. Grundbegriffe - Anleitungen – Behandlungspfade. In; Kohlhammer Verlag, 2010 ISBN 978-3-17-020880-3.
6. Freund, H. Altersmedizin Und Geriatrisches Assessment. In; ÄP NeurologiePsychiatrie 1, 2013; pp. 24–26.
7. Zeyfang, A.; Denking, M.; Hagg-Grün, U. Basiswissen Medizin Des Alterns Und Des Alten Menschen. 2018.
8. Morley, J.E. A Brief History of Geriatrics. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 2004, 59, 1132–1152, doi:10.1093/gerona/59.11.1132.
9. Adams, J.; Molnar, F. The GERIATRIC 5Ms – Giants for the Next Generation. *BGS Newsletter* 2018, 65, 8.
10. Tinetti, M.; Huang, A.; Molnar, F. The Geriatrics 5M's: A New Way of Communicating What We Do. *J American Geriatrics Society* 2017, 65, 2115–2115, doi:10.1111/jgs.14979.
11. Hofmann, W.; Nikolaus, T.; Pientka, L.; Stuck, A.E. [The “Geriatric Assessment” Study Group (AGAST): recommendations for the use of assessment procedures]. *Z Gerontol Geriatr* 1995, 28, 29–34.
12. Marchini, L.; Ettinger, R.L. The Prevention, Diagnosis, and Treatment of Rapid Oral Health Deterioration (ROHD) among Older Adults. *J Clin Med* 2023, 12, 2559, doi:10.3390/jcm12072559.
13. Denking, M.; Polidori, M.C. *Geriatric: Das gesamte Spektrum der Altersmedizin für Klinik und Praxis. Schlüsselkonzepte der Diagnostik und Behandlung. Polypharmazie und Interaktionen.*; Bauer, J.M., Becker, C., Denking, M., Wirth, R., Eds.; 1st ed.; W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart, 2024; ISBN 978-3-17-041795-3.
14. Bundesministerium für Gesundheit Pflegebedürftigkeit.
15. vdek Vdek-Basisdaten Des Gesundheitswesens in Deutschland 2024.
16. Lachs, M.S.; Feinstein, A.R.; Cooney, L.M.; Drickamer, M.A.; Marottoli, R.A.; Pannill, F.C.; Tinetti, M.E. A Simple Procedure for General Screening for Functional Disability in Elderly Patients. *Ann*

- Intern Med* 1990, 112, 699–706, doi:10.7326/0003-4819-112-9-699.
17. Thiem, U.; Greuel, H.W.; Reingraber, A.; Koch-Gwinner, P.; Püllen, R.; Heppner, H.J.; Pfisterer, M. Positionspapier zur Identifizierung geriatrischer Patienten in 324 Notaufnahmen in Deutschland. *Z Gerontol Geriatr* 2012, 45, 310–314, doi:10.1007/s00391-012-0342-2.
 18. Hobert, M.A.; Bernhard, F.P.; Bettecken, K.; Sartor, J.; Maetzler, W.; Jamour, M. Validierung des Geriatrie-Checks in einer Kohorte von stationären neurologischen Patienten. *Z Gerontol Geriatr* 2019, 52, 172–178, doi:10.1007/s00391-018-1441-5.
 19. Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Geriatrie Geriatisches Screening Bei Klinikaufnahme.
 20. Mahoney, F.I.; Barthel, D.W. FUNCTIONAL EVALUATION: THE BARTHEL INDEX. *Md State Med J* 1965, 14, 61–65.
 21. Shulman, K.I.; Shedletsky, R.; Silver, I.L. The Challenge of Time: Clock-drawing and Cognitive Function in the Elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 1986, 1, 135–140, doi:10.1002/gps.930010209.
 22. Folstein, M.F.; Folstein, S.E.; McHugh, P.R. “Mini-Mental State”. A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *J Psychiatr Res* 1975, 12, 189–198, doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6.
 23. Nasreddine, Z.S.; Phillips, N.A.; Bédirian, V.; Charbonneau, S.; Whitehead, V.; Collin, I.; Cummings, J.L.; Chertkow, H. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *J American Geriatrics Society* 2005, 53, 695–699, doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x.
 24. Institut der Deutschen Zahnärzte im Auftrag von Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) – Kurzfassung. 2016.
 25. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KZVB); Bundeszahnärztekammer (BZÄK) Mundgesund Trotz Handicap Und Hohem Alter. Konzept Zur Vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen Und Menschen Mit Behinderungen. 2010.
 26. Curl, C.; Boyle, C. Dysphagia and Dentistry. *Dent Update* 2014, 41, 413–416, 419–420, 422, doi:10.12968/denu.2014.41.5.413.
 27. Orlandi, M.; Muñoz Aguilera, E.; Marletta, D.; Petrie, A.; Suvan, J.; D’Aiuto, F. Impact of the Treatment of Periodontitis on Systemic Health and Quality of Life: A Systematic Review. *J Clinic Periodontology* 2022, 49, 314–327, doi:10.1111/jcpe.13554.
 28. Nitschke, I.; Micheelis, W. Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Krankheits- Und Versorgungsprävalenzen Bei Älteren Senioren Mit Pflegebedarf. In *Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V)*; Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ): Köln, Deutschland; pp. 557–578.
 29. Büscher, A.; Blumenberg, P.; Krebs, M.; Stehling, H.; Stomberg, D. *Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege*; Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege; 2. Aktualisierung 2022.; Hochschule Osnabrück, Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften: Osnabrück, 2022; ISBN 978-3-00-015082-1.
 30. Jockusch, J.; Hopfenmüller, W.; Nitschke, I. Influence of Cognitive Impairment and Dementia on Oral Health and the Utilization of Dental Services: Findings of the Oral Health, Bite Force and Dementia Study (OrBiD). *BMC Oral Health* 2021, 21, 399, doi:10.1186/s12903-021-01753-3.
 31. Zimmerman, S.; Sloane, P.D.; Cohen, L.W.; Barrick, A.L. Changing the Culture of Mouth Care: Mouth Care Without a Battle. *The Gerontologist* 2014, 54, S25–S34, doi:10.1093/geront/gnt145.
 32. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) *Expertenstandard Zur Förderung Der Mundgesundheit in Der Pflege.*; DNQP: Osnabrück, 2023;
 33. Manchery, N.; Subbiah, G.K.; Nagappan, N.; Premnath, P. Are Oral Health Education for Carers Effective in the Oral Hygiene Management of Elderly with Dementia? A Systematic Review. *Dent Res J (Isfahan)* 2020, 17, 1–9.
 34. AWMF S3-Leitlinie Zahnbehandlungsangst Beim Erwachsenen. AWMF-Nr. 083-020 (in Überarbeitung) 2019.
 35. Jablonski-Jaudon, R.A.; Kolanowski, A.M.; Winstead, V.; Jones-Townsend, C.; Azuero, A.

- Maturation of the MOUTh Intervention: From Reducing Threat to Relationship-Centered Care. *J Gerontol Nurs* 2016, 42, 15–23, doi:10.3928/00989134-20160212-05.
36. Jablonski, R.A.; Therrien, B.; Mahoney, E.K.; Kolanowski, A.; Gabello, M.; Brock, A. An Intervention to Reduce Care-resistant Behavior in Persons with Dementia during Oral Hygiene: A Pilot Study. *Special Care in Dentistry* 2011, 31, 77–87, doi:10.1111/j.1754-4505.2011.00190.x.
37. *Expertenstandard Kontinenzförderung in der Pflege*; Büscher, A., Blumenberg, P., Krebs, M., Lübben, A., Niemann, L.-M., Stehling, H., Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Hochschule Osnabrück, Eds.; Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege; Aktualisierung 2024.; Hochschule Osnabrück, Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften: Osnabrück, 2024; ISBN 978-3-00-017143-7.
38. Stauffer, Y.; Spichiger, E.; Mischke, C. Komplexe Medikamentenregime bei multimorbiden älteren Menschen nach Spitalaufenthalt – eine qualitative Studie. *Pflege* 2015, 28, 7–18, doi:10.1024/1012-5302/a000400.
39. Nitschke, I.; Hopfenmüller, J.; Hopfenmüller, W.; Schulte, A.G. *Zur Mundgesundheit von Pflegebedürftigen Und Menschen Mit Behinderungen in Deutschland - Eine Systematische Übersicht (Review) Auf Der Grundlage Aktueller Einzelstudien (2000-2012)*; IDZ-Information; Köln, Deutschland, 2012; Vol. 3;.
40. Blumenberg, P.; Krebs, M.; Stehling, H.; Stomberg, D. *Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege*; Büscher, A., Ed.; Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege; 1. Aktualisierung 2017, Stand: März 2022.; Hochschule Osnabrück, Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften: Osnabrück, 2022; ISBN 978-3-00-025800-8.
41. Schreier, M.M. Assessmentinstrumente zur Einschätzung der Ernährungssituation in der stationären Altenpflege: PEMU. In *Assessmentinstrumente in der Pflege: Möglichkeiten und Grenzen ; überarbeitete, erweiterte und ergänzte Beiträge einer Fachtagung zu diesem Thema am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke in Zusammenarbeit mit der "Nationalen Pflegeassessmentgruppe Deutschland"*; Bartholomeyczik, S., Halek, M., Universität Witten-Herdecke, Eds.; Pflegebibliothek Wittener Schriften; Schlütersche: Hannover, 2009; pp. 137–148 ISBN 978-3-89993-224-9.
42. Stillhart, A.; Wegehaupt, F.J.; Nitschke, I.; Attin, T.; Srinivasan, M. Cariogenic Potential of Oral Nutritional Supplements Measured by Intraoral Plaque pH Telemetry. *Clinical Nutrition* 2021, 40, 3448–3453, doi:10.1016/j.clnu.2020.11.026.
43. Jockusch, J.; Sobotta, B.A.J.; Nitschke, I. Outpatient Dental Care for People with Disabilities under General Anaesthesia in Switzerland. *BMC Oral Health* 2020, 20, 225, doi:10.1186/s12903-020-01203-6.
44. Schulte, A.G.; Schmidt, P. Mundgesundheit bei Menschen mit Behinderung in Deutschland – eine Literaturübersicht. *Bundesgesundheitsbl* 2021, 64, 793–801, doi:10.1007/s00103-021-03352-7.
45. AWMF S3-Leitlinie Kariesprävention Bei Bleibenden Zähnen – Grundlegende Empfehlungen. Registernummer 083–021. 2025.
46. Sekundo, C.; Langowski, E.; Kilian, S.; Frese, C. Periodontal and Peri-implant Diseases in Centenarians. *J Clin Periodontology* 2020, 47, 1170–1179, doi:10.1111/jcpe.13350.
47. Frese, C. Parodontale Gesundheit Und Therapie Bei 100-Jährigen Und Hochbetagten. *Quintessence* 2023, 34(4), 429–440.
48. Pitchika, V.; Jordan, R.; Micheelis, W.; Welk, A.; Kocher, T.; Holtfreter, B. Impact of Powered Toothbrush Use and Interdental Cleaning on Oral Health. *J Dent Res* 2021, 100, 487–495, doi:10.1177/0022034520973952.
49. Blumenberg, P.; Krebs, M.; Stehling, H. *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege*; Büscher, A., Moers, M., Stomberg, D., Eds.; Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Osnabrück; Aktualisierung 2020.; Hochschule Osnabrück, Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften: Osnabrück, 2020; ISBN 978-3-00-065787-0.

50. Sirsch, E. *Entscheidungsfindung zum Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz im Krankenhaus: vom Problem zum Konzept "See-Pain"*; Versorgungsstrategien für Menschen mit Demenz; 1. Auflage.; Beltz Juventa: Weinheim Basel, 2020; ISBN 978-3-7799-4405-8.
51. Czwikla, J.; Rothgang, H.; Schwendicke, F.; Hoffmann, F. Dental Care Utilization among Home Care Recipients, Nursing Home Residents, and Older Adults Not in Need of Long-Term Care: An Observational Study Based on German Insurance Claims Data. *J Dent* 2023, 136, 104627, doi:10.1016/j.jdent.2023.104627.
52. Nitschke, I.; Stillhart, A.; Kunze, J. Utilization of Dental Services in Old Age. *Swiss Dent J* 2015, 125, 433–447.
53. Bleiel, D.; Ludwig, E.; Göbel, Volkmar, F.; Nitschke, I. Drei Konzepte Zum Mobilen Einsatz. In: Nitschke I, Wefers K-P, Jockusch J (Hrsg.). In *Mobile Zahnmedizin. Die aufsuchende Betreuung.*; Quintessenz Verlag: Berlin, 2023 ISBN 978-3-86867-579-5.
54. AWMF S3-Leitlinie Diagnostik Und Behandlung Des Bruxismus. AWMF-Nr. 083-027 (in Überarbeitung) 2019.
55. Rundshagen, I. Postoperative Cognitive Dysfunction. *Deutsches Ärzteblatt international* 2014, doi:10.3238/arztebl.2014.0119.
56. Kline, R.P.; Pirraglia, E.; Cheng, H.; De Santi, S.; Li, Y.; Haile, M.; De Leon, M.J.; Bekker, A.; for the Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative†† Surgery and Brain Atrophy in Cognitively Normal Elderly Subjects and Subjects Diagnosed with Mild Cognitive Impairment. *Anesthesiology* 2012, 116, 603–612, doi:10.1097/ALN.0b013e318246ec0b.
57. Hudetz, J.A.; Iqbal, Z.; Gandhi, S.D.; Patterson, K.M.; Hyde, T.F.; Reddy, D.M.; Hudetz, A.G.; Warltier, D.C. Postoperative Cognitive Dysfunction in Older Patients with a History of Alcohol Abuse. *Anesthesiology* 2007, 106, 423–430, doi:10.1097/00000542-200703000-00005.
58. Moller, J.; Cluitmans, P.; Rasmussen, L.; Houx, P.; Rasmussen, H.; Canet, J.; Rabbitt, P.; Jolles, J.; Larsen, K.; Hanning, C.; et al. Long-Term Postoperative Cognitive Dysfunction in the Elderly: ISPOCD1 Study. *The Lancet* 1998, 351, 857–861, doi:10.1016/S0140-6736(97)07382-0.
59. Ancelin, M.-L.; De Roquefeuil, G.; Ledésert, B.; Bonnel, F.; Cheminal, J.-C.; Ritchie, K. Exposure to Anaesthetic Agents, Cognitive Functioning and Depressive Symptomatology in the Elderly. *Br J Psychiatry* 2001, 178, 360–366, doi:10.1192/bjp.178.4.360.
60. Feinkohl, I.; Winterer, G.; Spies, C.D.; Pischon, T. Cognitive Reserve and the Risk of Postoperative Cognitive Dysfunction. *Deutsches Ärzteblatt international* 2017, doi:10.3238/arztebl.2017.0110.
61. Bekker, A.Y.; Weeks, E.J. Cognitive Function after Anaesthesia in the Elderly. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology* 2003, 17, 259–272, doi:10.1016/S1521-6896(03)00005-3.
62. AWMF S3-Leitlinie (Langversion) Zahnärztliche Chirurgie Unter Oraler Antikoagulation/Thrombozyten- Aggregationshemmung AWMF-Registernummer: 083-018. 2017.
63. Nitschke, I.; Hahnel, S. Senioren mit Freude begrüßen-Facetten einer seniorengerechten Zahnarztpraxis, Bayrisches Zahnärzteblatt November. 2018.
64. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung Barriereabbau in Zahnarztpraxen Finanziell Unterstützen. 2023.
65. Nitschke, I.; Bleiel, D.; Ludwig, E.; Wefers, K.-P.; Nitschke, S. Die Seniorengerechte Praxis. Der Gerostomatologische Wohlfühlfaktor. *Zeitschrift für Senioren-Zahnmedizin* 2018, 6, 151–156.
66. Spatzier, H. Hilfsmittel Und Produkte Für Die Seniorenzahnmedizin. *Zeitschrift für Senioren-Zahnmedizin* 2017, 5, 35–43.
67. Nitschke, I.; Ramm, C.; Jockusch, J. Menschen Mit Demenz – Zugehende Betreuung Bei Herausforderndem Verhalten. In: Nitschke I, Wefers K-P, Jockusch J (Hrsg.). In *Mobile Zahnmedizin. Die aufsuchende Betreuung.*; Quintessenz Verlag: Berlin, 2023 ISBN 978-3-86867-579-5.
68. Berther, C.; Niklaus Loosli, T.; Aarts, M. *Die Marte Meo Methode: ein bildbasiertes Konzept unterstützender Kommunikation für Pflege- und Betreuungsinteraktionen*; 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage.; Hogrefe: Bern, 2019; ISBN 978-3-456-85941-5.
69. Perneczky, R.; Wagenpfeil, S.; Komossa, K.; Grimmer, T.; Diehl, J.; Kurz, A. Mapping Scores onto

- Stages: Mini-Mental State Examination and Clinical Dementia Rating. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006, 14, 139–144, doi:10.1097/01.JGP.0000192478.82189.a8.
70. Feil, N.; Klerk-Rubin, V. de *Validation in Anwendung und Beispielen: der Umgang mit verwirrten alten Menschen*; Reinhardts Gerontologische Reihe; 8., aktualisierte Auflage.; Ernst Reinhardt Verlag: München, 2020; ISBN 978-3-497-02962-4.
71. Richard, N.; Richard, M. *Integrative Validation nach Richard®: Menschen mit Demenz wertschätzend begegnen*; 2. Auflage.; Institut für Integrative Validation: Bollendorf, 2016; ISBN 978-3-00-052529-2.
72. Powell, J.; Powell, J. *Hilfen zur Kommunikation bei Demenz*; Türen öffnen zum Menschen mit Demenz; 7. unveränd. Aufl.; Kuratorium Deutsche Altershilfe: Köln, 2011; ISBN 978-3-935299-26-8.
73. Weintraub, J.A.; Zimmerman, S.; Ward, K.; Wretman, C.J.; Sloane, P.D.; Stearns, S.C.; Poole, P.; Preisser, J.S. Improving Nursing Home Residents' Oral Hygiene: Results of a Cluster Randomized Intervention Trial. *Journal of the American Medical Directors Association* 2018, 19, 1086–1091, doi:10.1016/j.jamda.2018.09.036.
74. van der Heijden, E.; Ludwig, E.; Nitschke, S.; Haffner, C.; Bleiel, D.; Stillhart, A.; Nitschke, I. Formulare Für Die Aufsuchende Betreuung. *Zeitschrift für Senioren-Zahnmedizin* 2018, 169–189.
75. Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg Leitfaden Zur Verordnung Einer Krankentransport-Richtlinie, § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGBV. 2021.
76. Bundeszahnärztekammer (BZÄK) Musterberufsordnung Der Bundeszahnärztekammer. 2023.
77. Deutscher Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnmedizin (DAHZ) Hygieneleitfaden. 2024.
78. Mandell, L.A.; Niederman, M.S. Aspiration Pneumonia. *N Engl J Med* 2019, 380, 651–663, doi:10.1056/NEJMr1714562.
79. Shin, D.; Lebovic, G.; Lin, R.J. In-Hospital Mortality for Aspiration Pneumonia in a Tertiary Teaching Hospital: A Retrospective Cohort Review from 2008 to 2018. *Journal of Otolaryngology - Head & Neck Surgery* 2023, 52, s40463-022-00617–2, doi:10.1186/s40463-022-00617-2.
80. Dziewas, R.; Pflug, C. Neurogene Dysphagie. S1-Leitlinie. Deutsche Gesellschaft Für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien Für Diagnostik Und Therapie in Der Neurologie 2020.
81. Lin, L.; Wu, S.; Chen, H.S.; Wang, T.; Chen, M. Prevalence of Impaired Swallowing in Institutionalized Older People in Taiwan. *J American Geriatrics Society* 2002, 50, 1118–1123, doi:10.1046/j.1532-5415.2002.50270.x.
82. Baijens, L.W.; Clavé, P.; Cras, P.; Ekberg, O.; Forster, A.; Kolb, G.; Leners, J.C.; Masiero, S.; Mateos Del Nozal, J.; Ortega, O.; et al. European Society for Swallowing Disorders & European Union Geriatric Medicine Society White Paper: Oropharyngeal Dysphagia as a Geriatric Syndrome. *CIA* 2016, Volume 11, 1403–1428, doi:10.2147/CIA.S107750.
83. Velayutham, P.; Irace, A.L.; Kawai, K.; Dodrill, P.; Perez, J.; Londahl, M.; Mundy, L.; Dombrowski, N.D.; Rahbar, R. Silent Aspiration: Who Is at Risk? *The Laryngoscope* 2018, 128, 1952–1957, doi:10.1002/lary.27070.
84. Dziewas, R.; Warnecke, T.; Wirth, R. *Geriatric: Das gesamte Spektrum der Altersmedizin für Klinik und Praxis. Oropharyngeale Dysphagie.*; Bauer, J.M., Becker, C., Denking, M., Wirth, R., Eds.; 1st ed.; W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart, 2024; ISBN 978-3-17-041795-3.
85. Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg Hinweisblatt Schluckstörungen in Der Zahnärztlichen Behandlung. 2023.
86. PRISCUS PRISCUS 2.0-Liste Für Deutschland. 2023.
87. Pazan, F.; Weiß, C.; Wehling, M. Die F O R T A - Liste "Fit for The Aged" Expert Consensus Validation 2021. 2021.
88. Nitschke, I.; Wefers, K.-P.; Ludwig, E.; Jockusch, J. Definitionen. In *Nitschke I, Wefers K.-P., Jockusch J. (Hrsg.) Mobile Zahnmedizin. Die aufsuchende Betreuung.*; Quintessenz Verlag, 2023; p. 302 ISBN 978-3-86867-579-5.
89. Nitschke, I. Versorgungsdiagnose. *Zeitschrift für Senioren-Zahnmedizin* 2014, 2, 126.
90. Nitschke, I.; Hopfenmüller, W. Die Zahnmedizinische Versorgung Älterer Menschen. [Dental

- Care for Older People.]. In *Die Berliner Altersstudie. [The Berlin Aging Study.]*; Akademie Verlag: Berlin, 1996; pp. 429–448 ISBN 978-3-05-004508-5.
91. Tinnirello, A.; Mazzoleni, S.; Santi, C. Chronic Pain in the Elderly: Mechanisms and Distinctive Features. *Biomolecules* 2021, *11*, 1256, doi:10.3390/biom11081256.
 92. Dagnino, A.P.A.; Campos, M.M. Chronic Pain in the Elderly: Mechanisms and Perspectives. *Front. Hum. Neurosci.* 2022, *16*, 736688, doi:10.3389/fnhum.2022.736688.
 93. Arbeitskreis Schmerz und Alter der; Deutsches Zentrum S3 Leitlinie: Schmerzassessment Bei Älteren Menschen in Der Vollstationären Altenhilfe. 2018.
 94. Barney, C.C.; Belew, J.L.; Valkenburg, A.J.; Symons, F.J.; Oberlander, T.F. Pain. In *Health Care for People with Intellectual and Developmental Disabilities across the Lifespan*; Rubin, I.L., Merrick, J., Greydanus, D.E., Patel, D.R., Eds.; Springer International Publishing: Cham, 2016; pp. 1869–1881 ISBN 978-3-319-18095-3.
 95. Basler, H.D.; Hüger, D.; Kunz, R.; Luckmann, J.; Lukas, A.; Nikolaus, T.; Schuler, M.S. Beurteilung von Schmerz bei Demenz (BESD): Untersuchung zur Validität eines Verfahrens zur Beobachtung des Schmerzverhaltens. *Schmerz* 2006, *20*, 519–526, doi:10.1007/s00482-006-0490-7.
 96. Fischer, T. *Schmerzeinschätzung bei Menschen mit schwerer Demenz: das Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit schwerer Demenz (BISAD)*; Multimorbidität im Alter; 1. Aufl.; Huber: Bern, 2012; ISBN 978-3-456-84714-6.
 97. Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Beurteilung von Schmerzen Bei Demenz.
 98. Nitschke, I.; Groß, D.; Kunze, J. Spezifische Bedarfe bei zahnärztlichen Patienten mit Demenz und ihre ethischen Implikationen. *Ethik Med* 2017, *29*, 71–86, doi:10.1007/s00481-016-0426-4.
 99. Jockusch, J.; Nitschke, S.; Hopfenmüller, W.; Schierz, O.; Hahnel, S.; Nitschke, I. Impact of an Oral Hygiene Intervention in People with and without Dementia on Oral Health Parameters-Results from the Oral Health, Bite Force, and Dementia (OrBiD) Pilot Study. *J Clin Med* 2022, *11*, 1356, doi:10.3390/jcm11051356.
 100. Urquhart, O.; Tampi, M.P.; Pilcher, L.; Slayton, R.L.; Araujo, M.W.B.; Fontana, M.; Guzmán-Armstrong, S.; Nascimento, M.M.; Nový, B.B.; Tinanoff, N.; et al. Nonrestorative Treatments for Caries: Systematic Review and Network Meta-Analysis. *J Dent Res* 2019, *98*, 14–26, doi:10.1177/0022034518800014.
 101. Slot, D.E.; Vaandrager, N.C.; Van Loveren, C.; Van Palenstein Helderman, W.H.; Van der Weijden, G.A. The Effect of Chlorhexidine Varnish on Root Caries: A Systematic Review. *Caries Res* 2011, *45*, 162–173, doi:10.1159/000327374.
 102. AWMF S3-Leitlinie Häusliches Chemisches Biofilmmangement in Der Prävention Und Therapie Der Gingivitis. AWMF-Nr. 083-016 (in Überarbeitung) 2018.
 103. Scheibler, E.; Garcia, M.C.R.; Medina da Silva, R.; Figueiredo, M.A.; Salum, F.G.; Cherubini, K. Use of Nystatin and Chlorhexidine in Oral Medicine: Properties, Indications and Pitfalls with Focus on Geriatric Patients. *Gerodontology* 2017, *34*, 291–298, doi:10.1111/ger.12278.
 104. Sharif-Abdullah, S.S.B.; Chong, M.C.; Surindar-Kaur, S.S.; Kamaruzzaman, S.B.; Ng, K.H. The Effect of Chlorhexidine in Reducing Oral Colonisation in Geriatric Patients: A Randomised Controlled Trial. *Singapore Med J* 2016, *57*, 262–266, doi:10.11622/smedj.2016091.
 105. Shitrit, P.; Meirson, M.; Mendelson, G.; Chowers, M. Intervention to Reduce Ventilator-Associated Pneumonia in Individuals on Long-Term Ventilation by Introducing a Customized Bundle. *J Am Geriatr Soc* 2015, *63*, 2089–2093, doi:10.1111/jgs.13646.
 106. Wierichs, R.J.; Meyer-Lueckel, H. Systematic Review on Noninvasive Treatment of Root Caries Lesions. *J Dent Res* 2015, *94*, 261–271, doi:10.1177/0022034514557330.
 107. Hendre, A.D.; Taylor, G.W.; Chávez, E.M.; Hyde, S. A Systematic Review of Silver Diamine Fluoride: Effectiveness and Application in Older Adults. *Gerodontology* 2017, *34*, 411–419, doi:10.1111/ger.12294.
 108. Bohlender, J. Dysphagie. In *Nitschke I, Wefers K.-P., Jockusch J. (Hrsg.) Mobile Zahnmedizin. Die aufsuchende Betreuung.*; Quintessenz Verlag, 2023; p. 139 ff. ISBN 978-3-86867-579-5.
 109. Baddour, L.M.; Wilson, W.R.; Bayer, A.S.; Fowler, V.G.; Tleyjeh, I.M.; Rybak, M.J.; Barsic, B.;

- Lockhart, P.B.; Gewitz, M.H.; Levison, M.E.; et al. Infective Endocarditis in Adults: Diagnosis, Antimicrobial Therapy, and Management of Complications: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. *Circulation* 2015, 132, 1435–1486, doi:10.1161/CIR.0000000000000296.
110. Ludwig, E.; Bublit, R.; Elsässer, G.; Richtmann, C. Sektorenübergreifender Behandlungspfad Zur Gebissanierung: Bei Pflegebedürftigen Und Menschen Mit Behinderung. *Der Freie Zahnarzt* 2014, 58, 78–86.
111. Bundesministerium für Justiz Betreuungsrecht - Mit ausführlichen Informationen zur Vorsorgevollmacht 2023.
https://www.bmjv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren/Betreuungsrecht.pdf?__blob=publicationFile. (Zugriff: 17.08.2025)
112. Elsässer, G.; Oschmann, S. Behandlungsvertrag Und Neues Betreuungsrecht – Hinweise Für Die Umsetzung Im Zahnärztlichen Alltag. 2023.
113. Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg Das Behandlungsverhältnis Bei Pflegebedürftigen Und Bei Menschen Mit Behinderung Rechtliche Aspekte. 2018.
114. AWMF S2k-Leitlinie Einwilligung von Menschen Mit Demenz in Medizinische Maßnahmen. 2019.
115. Brückmann, B. Senioren Zahnmedizin Im Zivilrecht: Betreuungsrecht. In *Nitschke I, Wefers K.-P., Jockusch J. (Hrsg.) Mobile Zahnmedizin. Die aufsuchende Betreuung.*; Quintessenz Verlag, 2023; p. 281 ff. ISBN 978-3-86867-579-5.
116. Rummer, A.; Scheibler, F. Patientenrechte: Informierte Entscheidung Als Patientenrelevanter Endpunkt. *Dtsch Arztebl* 2016, A-322/B-272/C-272.
117. Beauchamp, T.L.; Childress, J.F. *Principles of Biomedical Ethics*; 5th edition.; Oxford University Press: Oxford, 2001; ISBN 978-0-19-514331-7.
118. Groß, D. *Ethik in der Zahnmedizin: ein praxisorientiertes Lehrbuch mit 20 kommentierten klinischen Fällen*; Quintessenz Verlag: Berlin Chicago Tokio, 2012; ISBN 978-3-86867-104-9.
119. Liebold; Raff; Wissing BEMA + GOZ – DER Kommentar. BEMA + GOZ – DER Kommentar. *Asgard-Verlag*.
120. Bundesmantelvertrag – Zahnärzte. Vertrag Über Den Allgemeinen Inhalt Der Gesamtverträge Gemäß § 82 Absatz 1 Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch (V) 2022.
121. Bundeszahnärztekammer (BZÄK) Delegationsrahmen Für Zahnmedizinische Fachangestellte 2021.
122. Ständige Kommission „Leitlinien“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen; Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) Das AWMF-Regelwerk Leitlinien Version 2.1 2023.

15 Anhang

15.1 Aufnahmebogen der Deutschen Gesellschaft für AlterszahnMedizin

Patienten – Aufnahmebogen

Deutsche Gesellschaft
für AlterszahnMedizin



Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____ Vorname: _____ geb. _____

Anschrift: _____

Telefon privat/mobil: _____

E-Mail: _____ Beruf?: _____

Krankenversicherung: _____ Zusatzvers. ☐ Beihilfe ☐ Basistarif ☐

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Ärzte, die häufig aufgesucht werden (Fachrichtung/Name/Ort):

Hausarzt: _____

Allgemeinerkrankungen	ja	nein	Allgemeinerkrankungen	ja	nein
- Herzerkrankung, Herzpass? ☐			- Nieren-Blasen-Erkrankung		
- Blutgefäße/Blutdruck			- Lebererkrankung		
- Blut-Gerinnungsstörungen			- Lungenerkrankungen		
- Schlaganfall			- Schilddrüsenerkrankung		
- Diabetes/Blutzucker			- Multiple Sklerose		
- Osteoporose			- Parkinson		
- Rheuma/Polyarthritis/Gicht			- Epilepsie		
- Krebserkrankung			- Künstliche Gelenke		
- Bestrahlung im Kopf-Hals-Bereich			- Schrittmacher		
- Chemotherapie					
Haben Sie von Ihrem Hausarzt eine Liste Ihrer Medikamente bekommen?					
Nehmen Sie sonstige Medikamente ein, die der Arzt nicht verordnet hat?					
Leiden Sie an Allergien/Unverträglichkeiten (Lebensmittel, Medikamente, Latexhandschuhe, sonstige)? – Allergiepass? ☐					
Gibt es Dinge, die wir wissen sollten? Z.B. Inkontinenz, Magen-Darm-Probleme, Kreislaufprobleme-Schwindel, Höreinschränkungen-Hörgerät, Seheinschränkungen-Brille, Rücken-Gelenkschmerzen, chronische Schmerzen irgendwo im Körper, Unruhe in den Beinen (Restless-Legs-Syndrom), Tinnitus Muskelschwäche, Gedächtnisprobleme, Stimmungsschwankungen, Ängste, Suchterkrankungen (Rauchen Alkohol, Betäubungsmittel, Drogen, ...), ansteckende Erkrankungen (HIV, Tuberkulose, Hepatitis, MRSA, ...)					
Rauchen Sie? Wenn ja: ca. _____ Zigaretten/Tag					
Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?					

Patienten – Aufnahmebogen

Deutsche Gesellschaft
für AlterszahnMedizin



Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Fragen zur Mundgesundheit/Mundpflege/zahnärztlichen Behandlung	
Was ist passiert, was führt Sie zu uns? Haben Sie Probleme mit den Zähnen / Prothesen?	
Leiden Sie unter Mundtrockenheit?	Ja O, Nein O
Können Sie gut und ohne Schmerzen schlucken?	Ja O, Nein O
Wie wichtig sind Ihnen gesunde Zähne? sehr wichtig O, wichtig O, ich will kauen können O, ich will nur keine Schmerzen haben O	
Hauszahnarzt (ja O/nein O) – professionelle Zahnreinigung? (___/J), letzter Besuch? _____	
Versorgung: eigene Zähne O Kronen/Brücken O, Implantate O Prothese oben O, unten O	
Pfleagemittel/Gewohnheiten: Zahnbürste O, elektrisch O, Zahnpasta O, Zahnseide O, Zahnzwischenraumbürste O, Reinigungstabletten für Prothesen O, Prothesenbürste O Haftcreme O, Prothesen nachts im Mund? ja O nein O	
Bonusheft? O, Implantatpass? O, Röntgenpass? O, Zahnpflegepass? O	
Gibt es Menschen oder Dinge, die dabei sein sollen, wenn Sie zu uns kommen?	
Gibt es Menschen, die Sie bei der Mundpflege unterstützen können?	
Zu welcher Tageszeit möchten Sie am liebsten zu uns kommen?	
Hatten Sie schon einmal Probleme bei einer Zahn-Behandlung (Spritze, ...)	
Sind Sie auf eine Gehhilfe angewiesen? (Stöcke O, Rollator O, Rollstuhl O)	

Bitte beachten Sie, dass nach zahnärztlicher Behandlung, insbesondere unter Lokalanästhesie, die Reaktionsfähigkeit und damit die Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigt sein kann.

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um Absage mind. 24 h vorher, ansonsten können Ihnen die Ausfallkosten berechnet werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Patienten – Aufnahmebogen

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen.

Deutsche Gesellschaft
für AlterszahnMedizin



Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Zusatzfragen bei Pflegebedürftigkeit...
Bei wohnhaft in einer Pflegeeinrichtung – Wohnbereich/Zimmer:
Pflegegrad ___ mit Pflegebescheid O Schwerbehindertenausweis Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ O Eingliederungshilfe mit Bescheid O
Gesetzliche Betreuung/Vollmacht (Name, Telefon, Fax)
Ansprechpartner Pflege (Name, Telefon)
Angehöriger bzw. Kontaktperson (Name, Telefon)
Biografie: Beruf / Hobbys
Mobilität ohne Einschränkung O Rollator O Rollstuhl O liegend O
Kommunikationsfähigkeit (+ / O / -)
Kooperationsfähigkeit (+ / O / -)
Demenz ja O, nein O
Größe ____ Gewicht ____
Bei Betreuung/Vollmacht Betreuerausweis/Vollmacht & Personalausweis bitte mitbringen!

Bitte beachten Sie, dass nach zahnärztlicher Behandlung, insbesondere unter Lokalanästhesie, die Reaktionsfähigkeit und damit die Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigt sein kann.

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um Absage mind. 24 h vorher, ansonsten können Ihnen die Ausfallkosten berechnet werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Versionsnummer:	1.1
Erstveröffentlichung:	2026/01/29
Überarbeitung von:	-
Nächste Überprüfung geplant:	2031/01/28

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online