

KONGRESSE/FACHTAGUNGEN

Wie kann die Alterszahnmedizin optimiert werden?

Der demografische Wandel stellt viele Lebensbereiche vor grosse Herausforderungen. Auch die Alterszahnmedizin gewinnt in den Praxen und an den Universitäten an Bedeutung. Das **Gerodontologie-Symposium** bot eine willkommene Plattform zur Information über die Bedürfnisse älterer Patienten.

Text: Daniel Nitschke, Bonstetten; Fotos: Archiv SDJ

Das Fehlen eines fachlichen Austauschs am klassischen physischen Kongress sei traurig, sagte *Prof. Dr. Martin Schimmel*, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Alters- und Special-Care-Zahnmedizin (SSGS) zu Beginn der digitalen Hybridveranstaltung. Andererseits sei es durch das neue Format möglich, ein internationales Publikum anzusprechen. Die Organisatoren des 3. Gerodontologie-Symposiums in Bern haben Anmeldungen aus mehr als vierzig Ländern erhalten. Organisiert wurde das Symposium von vier Experten, *Prof. Dr. Martin Schimmel*, *Prof. Dr. Frauke Müller*, *Prof. Dr. Murali Srinivasan* und *Prof. Dr. Michael Bornstein*.

Der alternde Patient – was müssen Zahnärzte wissen?

«Was erwartet der Geriater von mir?», fragte *Prof. Dr. Reto W. Kressig* zur Einleitung seines Referats. Die Behandlung älterer Menschen sei komplex. Denn neben der Organmedizin müsse der Fokus sich auch auf andere medizinische Felder richten, welche die Gesundheit und die Lebensqualität der Patienten beeinflussen können. Der Referent sprach dabei von «geriatrischen Riesen»: Immobilität, Instabilität, Kognition, Inkontinenz sowie Hör- und Sehbeschwerden. Bei diesen Beschwerdebildern lägen auch die Hauptansatzpunkte für die Prävention. Wirksame Präventionstherapien seien häufig in bekannten Tätigkeiten zu suchen. So hätten Tanzen, Musizieren und das Spielen von Brettspielen eine deutlich bessere Trainingswirkung auf die Kognition und die Mobilität der Patienten als moderne webbasierte Hirntrainings.

Deren Resultate seien eher ernüchternd. Der Effekt für die Patienten sei nur gering. Erfolge seien ausserdem nur bei den trainierten Aufgaben zu beobachten. Die allgemeine Hirnfunktion verbessere sich jedoch nicht. Generell scheint die positive Modifikation des Lebenswandels der Patienten der Schlüssel zu einer Verbesserung der Lebensqualität zu sein. Der Referent

zitierte dafür die «Finger-Studie» aus Finnland. Dort konnten, unter anderem durch Ernährungsumstellung und mehr Bewegung, grosse Verbesserungen bei den betroffenen Patienten erreicht werden. Bei der Ernährung müsse vor allem auf eine hohe Proteinzufuhr geachtet werden. Der Proteinbedarf pro Kilogramm Körpergewicht sei bei älteren Patienten



Tanzen, Musizieren und das Spielen von Brettspielen haben eine deutlich bessere Trainingswirkung auf die Kognition und die Mobilität der Patienten als moderne webbasierte Hirntrainings, erklärte der Geriater *Prof. Dr. Reto W. Kressig*.

grösser als in jüngeren Jahren. Besonders die Aminosäure Leucin habe einen positiven Einfluss auf die beiden wichtigen Faktoren Muskelwachstum und Muskelkraft. Die besten Ergebnisse konnten erreicht werden, wenn die Patienten gleichzeitig die Muskeln trainieren. Dazu fehle in dieser Altersgruppe jedoch oft die Motivation.

Im weiteren Verlauf seines Referats ging Kressig auf die Alzheimer-Erkrankung ein. Diese wird vor allem durch Proteinablagerungen im Gehirn verursacht. Trotz einer hohen Forschungsaktivität seien die Fortschritte gering. Am 7. Juni 2021 komme es in den USA aller Voraussicht nach zur Zulassung des neuen Alzheimer-Wirkstoffs Aducanumab. Dessen Wirksamkeit und auch das Preis-Leistungs-Verhältnis werden jedoch kritisch diskutiert.

Mundgeruch und Mundtrockenheit – muss das sein?

Prof. Dr. Andreas Filippi beschäftigt sich bereits seit Jahren mit diesen eher unbeliebten Themen. Seinen Schilderungen nach seien die Ursachen für Halitosis zu 85 Prozent in der Mundhöhle zu finden. Hauptverantwortlich sei der Biofilm auf der Zunge, gefolgt von parodontalen Infektionen. Im Gegensatz zur landläufigen Meinung seien Probleme im Bereich der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder der Gastroenterologie nur selten für die Beschwerden verantwortlich.

Mehr als die Hälfte der oralen Mikroorganismen befinden sich im Biofilm der Zunge. Diese Bakterien finden Nahrung in der Tiefe der interpapillären Bereiche. Dort und in den parodontalen Taschen finden die anaeroben Bakterien die idealen Siedlungsbedingungen. Die Stoffwechselprodukte dieser Bakterien, Schwefelwasserstoff und Dimethylsulfid, seien schliesslich für die Stärke des Mundgeruchs verantwortlich. Das Alter der Patienten, die Ernährungsgewohnheiten, Hyposalivation, Schnarchen und Rauchen stellen einige Co-Faktoren des Mundgeruchs dar.

Die Therapie besteht in erster Linie in der Ursachenbekämpfung, erklärte Filippi: Zahnreinigung, parodontale Therapie oder Ernährungsumstellung. Eine dreimal tägliche häusliche Zungenreinigung mit einer Zungenbürste und einer entsprechenden Paste sei ebenfalls notwendig. Im Allgemeinen habe die Behandlung des Mundgeruchs mit über 90 Prozent Erfolgswahrscheinlichkeit eine gute Prognose.

Bei Mundtrockenheit unterschied Filippi zwischen Hyposalivation und Xerostomie. Die Hyposalivation ist die objektive, messbare Minderproduktion von Speichel. Unter Xerostomie versteht man hingegen das subjektive Gefühl von Mundtrockenheit.

Die häufigsten Ursachen der Hyposalivation seien das Alter, die Ernährung, Medikamente, Mundatmung und Rauchen. Auch onkologische Therapien oder

können in die Situation kommen, das Risiko einer Vollnarkose mit dem Nutzen der eigenen Behandlungsplanung abwägen zu müssen. Prof. Dr. Beatrice Beck Schimmer nahm sich daher dieser Fragestellung an. Die körperliche und geistige Verfassung älterer Patienten könne sehr unterschiedlich sein. Auch altern die einzelnen Organsysteme unterschiedlich schnell. So sei das kardiovaskuläre System deutlich anfälliger für alters-



Prof. Dr. Andreas Filippi sprach in seinem Referat über Mundgeruch und Mundtrockenheit.

Krankheitsbilder wie das Sjögren-Syndrom können zu einer verminderten Speichelproduktion führen. Die Therapie liege auch hier in der Behandlung der Ursachen. Im Gegensatz zur Halitosis sei die Erfolgsquote jedoch deutlich geringer. Methoden zur Speichelstimulation oder Medikamente zum Speicheleratz können für Linderung sorgen. Das Trinken von Wasser (mit der Betonung auf «Wasser») und die Verlängerung der Kauzeit können ebenfalls helfen. Hausmittel wie Ölziehen erhöhen zwar nicht die Speichelproduktion, können jedoch für ein besseres Mundgefühl sorgen.

Vollnarkose bei älteren Patienten – ein No-Go?

Kann eine Vollnarkose für ältere Patienten gefährlich sein? Auch Zahnärzte

bedingte Fehlfunktionen als beispielsweise der Gastrointestinaltrakt. Grundsätzlich gelte aber: je höher das Alter, desto schlechter funktionieren die Organe. Hinzu kommen bei älteren Patienten häufig chronische Erkrankungen, Co-Morbiditäten und Polypharmazie. Wie gefährlich sind nun Eingriffe in Vollnarkose für diese Patientengruppe? Das Hauptproblem hat vier Buchstaben: POCD – postoperative kognitive Dysfunktion. Darunter versteht man eine verringerte kognitive Funktion nach chirurgischen Eingriffen oder anderen Interventionen wie zum Beispiel einer Darmspiegelung. Es gebe jedoch keine einheitliche Definition. Auch sei die Diagnostik nicht einheitlich. Neben dem zunehmenden Alter sei das Risiko abhängig von Art und Dauer des Eingriffs.

«Menschen sind nicht gerade gut darin, selbst gesteckte Ziele auch zu erreichen. Interessanterweise führen hochgesteckte Ziele mit hohem Schwierigkeitsgrad zur besten Performance.»

Guido Gendolla

Auch spiele die Zeitspanne eine Rolle, in welcher der Patient besonders tief narotisiert war. Bereits bestehende kognitive Beeinträchtigungen stellen ebenfalls einen Risikofaktor dar.

Gemäss einer Studie von PAREDES ET AL. (2016) entwickeln zwölf Prozent der Hochrisiko-Chirurgiepatienten eine POCD. Dabei wurden die Patienten drei Monate nach erfolgtem Eingriff untersucht. Einer Studie von STEINMETZ ET AL. (2013) zufolge gibt es jedoch keinen Zusammenhang zwischen einem Eingriff und kognitiven Dysfunktionen. Die Sachlage sei also nicht eindeutig. Beck Schimmer: «Für die Behauptung, eine Vollnarkose wäre neurotoxisch, gibt es keine Evidenz.» Ausserdem mache die Art der Anästhesie keinen Unterschied, also ob man zwischen regionaler und allgemeiner Anästhesie unterscheidet bzw. zwischen intravenöser und Beatmungsanästhesie. Wichtig sei ein gutes Patientenmanagement – sowohl prä- als auch intraoperativ. «Eine Anästhesie bei kognitiver Dysfunktion ist kein No-Go», fasste die Referentin ihren Vortrag zusammen. «Oft kommt man gar nicht darum herum.»

Das orale Mikrobiom

«Die Anzahl unserer mikrobiellen Bewohner entspricht in etwa der Anzahl unserer Körperzellen, und wir müssen mit ihnen co-existieren», erklärte Prof. Dr. Frauke Müller am Anfang ihres Referats. Meist befänden sich die Mikroorganismen mit dem Körper in einer Symbiose. Durch systemische Erkrankungen, Medikamente, genetische Veränderungen und weitere Faktoren könne jedoch eine Dysbiose entstehen. Unter gewissen Umständen können zum Beispiel orale Mikroorganismen in andere Bereiche des Körpers einwandern. So seien beispielsweise Stoffwechselprodukte von *Porphyromonas gingivalis* in

den amyloiden Plaques von Alzheimer-Patienten nachgewiesen worden. Bei diesen «Gingipains» genannten Molekülen handle es sich um neurotoxische Proteasen.

Auch die Pneumonie könne mit oralen Mikroorganismen in Verbindung gebracht werden. So korreliere die Anzahl an Parodontalspalten (> 4 mm) mit dem Risiko, an einer Pneumonie zu sterben. Gleiches gelte auch für Plaque-Ablagerungen auf der Zunge und für das Tragen von Prothesen während der Nacht. Präventiv könne man durch eine Optimierung der Mundhygiene und des Lebenswandels positiv auf das Mikrobiom einwirken. Auch Probiotika und «funktionelles Essen» (Miso-Suppe) seien hilfreich. Prothesen sollten nicht über Nacht getragen und trocken gelagert werden.

Wie kann ich meine Patienten (und mich selbst) motivieren?

Einen sehr interessanten, fachfremden Vortrag hielt Prof. Dr. Guido Gendolla zum Thema Motivation. Unter Motivation verstehe man die Richtung und Ausprägung unseres Benehmens, erklärte der Referent. Dabei sei ein Ziel immer die Voraussetzung für Motivation. Gendolla: «Menschen sind nicht gerade gut darin, selbst gesteckte Ziele auch zu erreichen. Interessanterweise führen hochgesteckte Ziele mit hohem Schwierigkeitsgrad zur besten Performance.» Der allgemeine Handlungsstrang zur Erreichung eines Ziels laute wie folgt: Zielfindung -> Planung -> Aktion -> Beurteilung. So weit, so gut. Menschen neigen jedoch dazu, sofort in die Aktionsphase zu springen, was automatisch zu Optimismus führe. Leider vergessen sie darüber die Planung. «Das ist bei kleinen Zielen kein Problem», erklärte Gendolla. Für das Erreichen grosser Ziele seien eine gewissenhafte Planung und die

Einhaltung genauer Regeln jedoch unerlässlich. Ausserdem müsse das Ziel geschützt werden, sowohl vor anderen Zielen als auch vor Störfaktoren wie der eigenen Faulheit.

Wie können wir Menschen nun motivieren, sich mehr anzustrengen? Der Referent erklärte, dass Menschen dazu tendieren, den einfachstmöglichen Weg zu gehen. In der Fachsprache heisst das: Konservierung von Ressourcen. Um über das Notwendige hinauszugehen, brauchen Menschen Anreize. Ausserdem müsse die limitierte Ressource «Selbstkontrolle» trainiert werden. Grundsätzlich gelte: Es ist einfacher, Ziele zu erreichen, wenn dies durch Freude geschieht. Auch Ärger sei ein guter Motivator. Durch Angst oder Traurigkeit hingegen lassen sich Ziele schlechter erreichen.

Weitere Themen am 3. Gerodontologie-Symposium

Dr. Linda Coletta sprach über ihre Erfahrungen als mobile Zahnärztin in Alters- und Pflegeheimen. Der Behandlungsfokus richtet sich dort auf die Prophylaxe. Der hauptsächliche Unterschied zur Arbeit in der Praxis sei die Vielzahl von verantwortlichen Personen und Institutionen.

PD Dr. Simone Janner referierte über Mini-Implantate beim älteren Patienten. Die zahnlose, atrophiierte Mandibula sei hierfür immer noch die klassische Inzidenz. Doch auch ein teilbezahnter Kiefer mit Restzähnen an ungünstigen Orten, beispielsweise im posterioren Bereich, könne von Mini-Implantaten profitieren.

Dr. Marcel Z'Graggen erklärte, dass das Pflegepersonal in Alters- und Pflegeheimen mit der Mundhygiene der Patienten und der komplexer werdenden Prothetik oft überfordert ist und (auch aufgrund des Zeitdrucks) Warnzeichen in der Mundhöhle selten erkenne.

Prof. Dr. Michael Bornstein sprach über Multimorbidität und Polypharmazie. Er mahnte, dass moderne Medikamente gegen Osteoporose (Denosumab) ein höheres Risiko für Osteonekrosen bergen als herkömmliche Bisphosphonate.

Prof. em. Herwig Schopper, ehemaliger Leiter des CERN, sprach über die Interessen des Patienten. Unter anderem überlegte er, ob die klassische Zahnarztpraxis oder ein professionell geführtes Zahnärzteezentrum dem Patientenwohl mehr dienen.

PD Dr. Dr. Greta Barbe informierte die Teilnehmer über die Versorgungslücke in der Senioren Zahnmedizin. Sie schilderte, dass Patienten spät in die stationäre Betreuung kämen. Die Mundhygiene habe in den Jahren davor bereits sehr gelitten. Sie erklärte weiter, dass die Schulung des Pflegepersonals in den Institutionen kaum positive Auswirkungen auf die Mundhygiene der Bewohner habe.

Dr. Michael Parunovac referierte über einfache chirurgische Eingriffe am dementen Patienten. Ziele der Behandlung seien Schmerzfreiheit und eine Erhöhung der Lebensqualität. Die Eingriffe sollten möglichst atraumatisch verlaufen und im Resultat vorhersehbar sein.

Dr. Charlotte Stilwell sprach über das Design von Teil- und Totalprothesen. Sie schilderte, wie sich gerade ältere Patienten von individuellen Designs eher unbeeindruckt zeigen – im Gegensatz zum Zahnarzt oder Zahntechniker. Trotzdem



«Die Anzahl unserer mikrobiellen Bewohner entspricht in etwa der Anzahl unserer Körperzellen, und wir müssen mit ihnen co-existieren», stellte Prof. Dr. Frauke Müller fest.

sollten die Patienten möglichst in die Gestaltung der Prothesen miteinbezogen werden. Dies steigere die spätere Akzeptanz.

Weitere Referenten am 3. Gerodontologie-Symposium: Prof. Dr. Claudio Bassetti,

Dr. Willy Baumgartner, Prof. Dr. Paul Brocklehurst, Prof. em. Daniel Buser, Dr. Nicolas Giraudeau, Marie-Laure Grandjean, Prof. Dr. Samia Hurst, Dr. Emily Holmes, Prof. Dr. Sebastian Paris, Prof. Dr. Peter Svensson

Hoewa GmbH

Dentalinstrumente
Grund 70
CH-9405 Wienacht-Tobel

Tel. 071 890 00 40
Fax 071 890 00 41

Internet: www.hoewa.ch
Email: hoewa@hoewa.ch

Ihr Partner für den Kauf und die Reparatur aller gängigen Hand- und Winkelstücke, Turbinen, Motoren und Schläuche der Zahnarztpraxis sowie Technik-Geräte des Labors!

