

Markus Brakel

Junges Publikum profitiert vom Symposium Senior/-innen-ZahnMedizin

Uniklinik Köln und DGAZ präsentieren im 3. Symposium medizinische und zahnmedizinische Ansätze

Ein geballtes Bündel an Informationen und erstklassige Referenten aus Medizin und ZahnMedizin bot das von der Uniklinik Köln und der Deutschen Gesellschaft für AlterszahnMedizin (DGAZ) am Valentinstag veranstaltete gemeinsame 3. Symposium zur „Senior/-innen-Zahnmedizin im Praxisalltag“, das wegen der großen Nachfrage (ca. 170 Teilnehmer) kurzfristig in den Hörsaal der Anatomie umgesiedelt war. „Besonders gefreut hat mich der hohe Anteil junger Zuhörer/-innen. Das werde ich als steigendes Interesse am Fach Senioren ZahnMedizin und es spiegelt dessen tatsächliche Bedeutung im Hinblick auf die demographische Entwicklung wider“, zeigte sich DGAZ-Präsidentin Prof. Dr. Ina Nitschke (Universität Leipzig), MPH, abschließend sehr zufrieden. Auch Gastgeber Prof. Dr. Michael J. Noack (Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie, Uniklinik Köln), der das Symposium launig moderierte, wertete die Veranstaltung als „schönen Erfolg“, dem im kommenden Jahr eine Fortsetzung folgen soll (Abb. 1).

„Probleme erkennen und bewältigen“ hatte die Einladung versprochen und das Symposium leistete dies aus verschiedenen Blickwinkeln. Eröffnet wurde der Reigen der Referate durch

Prof. Dr. Andrea Schmidt-Westhausen (Leiterin Oralmedizin, zahnärztliche Röntgenologie und Chirurgie Charité Centrum für ZMK, Universitätsmedizin Berlin). Sie sprach über „Die wichtigsten Mundschleimhauterkrankungen bei Senior/-innen erkennen. Was tun?“. Spezifische Veränderungen der oralen Mukosa im Alter sind neben Tabak und Alkohol demnach auf das Tragen von Prothesen, medikamentöse Dauertherapien und Polypharmazie zurückzuführen. Schmidt-Westhausen ging zu Anfang auf die grundsätzlichen Ergebnisse der von Poul Erik Petersen und Hiroshi Ogawa 2018 veröffentlichten Aus-

wertung mehrerer wissenschaftlicher Datenbanken („Promoting oral health and quality of life of older people – The need for public health action“) ein. Aus den Ergebnissen – hohe Kariesrate, Zahnverlust, Parodontalerkrankungen, Hyposalivation, besonders bei unterprivilegierten und alten Menschen – leiten die Forscher folgende Forderungen für die Behandlung von Senior/-innen ab: weg von der restaurativen Versorgung hin zur Prävention, die Integration alter Menschen in die Versorgung und die Hinwendung des Gesundheitssystems besonders zu alten Menschen.



Abb. 1 Organisierten das erfolgreiche 3. Kölner Symposium: (v.l.) Dr. Bleiel, Priv.-Doz. Dr. Dr. Barbe und Prof. Dr. Noack. Foto: Brakel



Im Folgenden stellte Schmidt-Westhausen die wichtigsten Veränderungen der Mundschleimhaut bei älteren Menschen vor und präsentierte Besonderheiten und therapeutische Möglichkeiten. Neben den einzelnen Krankheitsbildern ging sie auf wesentliche Grundlagen bei der Behandlung oraler Veränderungen älterer Patienten ein. Dazu zählen die Elimination von Risikofaktoren für orale Karzinome, regelmäßige Untersuchungen der Kopf-Hals-Region, die zahnärztliche Betreuung vor, während und nach Karzinomtherapie in der Kopf-Hals-Region, die Behandlung traumatischer Läsionen durch Beseitigung zugrundeliegender Faktoren sowie die adäquate topische und systemische Behandlung von Mundschleimhauterkrankungen. Zentrale Botschaft: „Da sich das Spektrum oraler Läsionen verändert und diese mit generalisierter Morbidität zunehmen, sind oralmedizinische Routineuntersuchungen – auch im Sinne der Karzinomfrüherkennung – von größter Bedeutung.“ In einem weiteren Vortrag stellte sie später ein „Standardkonzept zur Herdsanierung aus oralchirurgischer Sicht“ vor.

Mund- und Prothesenhygiene

Dem in der Behandlung für Senior/-innen wichtigen Thema „Mund- und Prothesenhygiene – Tipps für die Praxis“ widmete sich DGAZ-Vorstandsmitglied Dr. Dirk Bleiel (Rheinbreitbach). Dass er dabei als niedergelassener Zahnarzt einen großen Erfahrungsschatz ausbreitete, dürfte für die Teilnehmer besonders hilfreich gewesen sein. Unter der Überschrift „Märchen und Mythen“ räumte er mit verbreiteten Vorstellungen auf, etwa dass Backpulver oder die Spülmaschine für die Prothesenreinigung geeignet seien. „Prothesen gelten zu Recht als Keimschleudern und können zu Pneumonien und damit zum Tod der Patienten führen“, warnte

Bleiel. Unter bestimmten Umständen sei es sinnvoll, den Zahnersatz auch nachts zu tragen, grundsätzlich gelte aber, diesen nachts außerhalb des Mundes und möglichst trocken zu lagern. Bleiel empfahl dem Auditorium, sich zu diesem Thema auch die Videos der Bundeszahnärztekammer auf Youtube anzuschauen und den Patienten einen Flyer mit entsprechenden Hinweisen an die Hand zu geben. Seine Hoffnung: „Eventuell gibt es bald ja Mundhygiene-Manager/-innen.“

Multimorbide Patienten und Polypharmazie

Die Zusammenhänge bei multimorbiden Patienten und Polypharmazie legte Prof. Dr. Petra Thürmann (Direktorin des Philipp Klee-Instituts für Klinische Pharmakologie am Helios Universitätsklinikum Wuppertal) mit ihrem Vortrag „Bisphosphonate, Antikoagulation, Antibiose – ein pharmakologisches Update für Zahnarzt/-innen“ dar. Dass dieses Thema ihr „großes Hobby“ ist, wie sie eingangs bemerkte, ließ sich an ihrem engagierten Vortrag mühelos nachverfolgen. Thürmann stellte zunächst die inhärenten Risiken der Polypharmazie vor. Zu denen zählen unerwünschte Wirkungen, Interaktionen, eine potenziell ungeeignete Medikation, Duplikationen, Verordnungskaskaden, Unterversorgung, Nonadhärenz sowie unerwünschte Folgen wie postoperative Delirrisiko, funktioneller Abbau, Stürze sowie erhöhte Morbidität und Mortalität. Thürmann wies auf den Bundesmedikationsplan hin, der dem Patienten als haptische und optische Orientierungshilfe dienen soll. Für den Leistungserbringer stellt er ein Aktualisierungs- und Koordinationsmedium in der Behandlungskette dar. Seit 2016 (E-Health-Gesetz) hat jeder Patient, der mindestens drei Medikamente chronisch einnimmt, Anrecht auf einen solchen Bundesmedikationsplan (auf

den Seiten des Bundesministeriums für Gesundheit herunterzuladen). Beim Umgang mit der Prävention von Bisphosphonat- und Denosumabnekrosen empfahl sie u. a. die Kommunikation mit dem Behandler der Osteoporose. Das Risiko einer Kieferosteonekrose steige mit der Behandlungsdauer und auch (schlecht sitzende) Prothesen erhöhten dieses. Besonders bei Implantaten seien besondere Vorkehrungen zu treffen (s. a. S3-Leitlinie der DGZMK). Bei Antibiotikagabe warnte sie vor den Nebenwirkungen von Chinolonen, Makroliden und Clindamycin. Es müsse in jedem Fall eine strenge Indikationsstellung bei der Verordnung von Antibiotika erfolgen. Zur präinterventionellen Medikationsanamnese empfahl Thürmann ein strukturiertes Vorgehen, das vor elektiven Eingriffen eine Abstimmung mit dem Hausarzt und im Notfall die Befragung nach den wichtigsten Medikamenten erforderlich macht.

Geriatric in der Zahnarztpraxis

„Keine Angst vor dem Alter – Geriatric in der Zahnarztpraxis“ lautete das Thema von Priv.-Doz. Dr. Gabriele Röhrig-Herzog (Fachärztin für Innere Medizin/Geriatric und Leiterin des Zentrums für spezialisierte geriatriche Diagnostik am MVZ Medicum Köln-Ost), die eng mit der Uniklinik Köln zusammenarbeitet. „Dieser Austausch mit der Zahnmedizin ist wichtig und hilfreich für die tägliche Arbeit mit Senior/-innen“, stellte sie zu Beginn ihres Vortrags fest. Als geriatriche Patienten gelten Menschen, die älter als 70 Jahre sind und geriatriche Syndrome und/oder Multimorbidität zeigen. Geriatriche Syndrome sind multifaktoriell bedingt und erfordern multidimensionale Diagnostik sowie einen multidimensionalen und interdisziplinären Therapieansatz. So erläuterte Röhrig-Herzog, dass ein Sturz eines betagten Menschen nicht als Symptom,

sondern als Syndrom anzusehen ist, weil ihm meist mehrere Symptome wie Muskelschwund, Polyneuropathie, Diabetes mellitus oder eine Visusstörung durch Blutgerinnungshemmer vorausgehen. Insofern seien solche Syndrome oft nur die Spitze eines Eisbergs. Sie erläuterte das anhand einer Syndromspirale. Umfassendes geriatrisches Assessment (Comprehensive geriatric assessment [CGA]) könne hier weitere Aufschlüsse liefern. Sie empfahl außerdem das Screening ISAR (Identification of seniors at risk) mit sechs Anhaltspunkten. Seien zwei davon erfüllt, sei die Vorstellung des Patienten bei einem Geriater unausweichlich. Des Weiteren ging sie auf das Frailty-Syndrom ein (chronische, altersbedingt herabgesetzte Belastbarkeit bei vermindertem Kraftzustand), das ebenfalls Auswirkungen auf die orale Gesundheit hat.

Mundtrockenheit im Alter

Die frisch habilitierte Priv.-Doz. Dr. Dr. Greta Barbe (gemeinsam mit Dr. Bleiel und Prof. Dr. Noack für die Organisation des Symposiums verantwortlich [Abb. 1]) widmete sich dem Thema „Wenig Speichel bei Senior/-innen – Auswirkungen und Therapiekonzepte“. Die Ursachen der Xerostomie können altersbedingt, als Therapiefolge, oder durch eine Medikation bedingt sein. Als therapeutische Maßnahmen empfehlen sich hier ausreichendes Trinken (nach Rücksprache mit Hausarzt und Pflege), Luftbefeuchter, Vermeidung von stark sauren Mundhygieneproduk-



Abb. 2 Die Referenten (v. l.) Prof. Dr. Noack, Priv.-Doz. Dr. Röhrig-Herzog, Priv.-Doz. Dr. Dr. Barbe, Prof. Dr. Thürmann, Dr. Bleiel, Prof. Dr. Schmidt-Westhausen und die DGAZ-Präsidentin Prof. Dr. Nitschke. Foto: Brakel

ten, Speichelstimulation (z. B. zuckerfreier Kaugummi), Ernährungsberatung, die „Optimierung“ von Gewohnheiten wie Rauchen und Mundatmung, eine symptomatische Therapie und eine pharmakologische Stimulation. Außerdem sei es wichtig, das Bewusstsein der Patienten zu schärfen

Extraktion oder Erhalt

Den Schlusspunkt eines informativen Nachmittags setzte die DGAZ-Präsidentin Prof. Dr. Ina Nitschke mit dem Vortrag „Extraktion oder Erhalt – Ethische und Prothetische Gesichtspunkte“. Was sind die Notwendigkeiten, was die Wünsche des Patienten? „Die Wünsche sind in je-

dem Fall wesentlich“, erklärte sie. Zwar sei immer der mögliche Zahnerhalt voran zu stellen, „aber der Patient hat auch das Recht auf Verwahrlosung“, betonte sie. Der Wunsch sei nicht immer vernünftig, aber aufs Zähneputzen zu verzichten etwa sei das gute Recht des Patienten. Man solle hier auch zwischen den Zeilen hören. Anhand zweier Patientenfälle zeigte sie konkret, vor welche Herausforderungen der Behandler dabei gestellt sein kann. Für eine therapeutische Entscheidung empfahl sie, verschiedene Aspekte zu berücksichtigen, darunter auch die mögliche Nachsorgekompetenz und medizinische Daten. Alle Entscheidungen müssten auf ethischen Prinzipien ruhen und das erfordere u. U. auch die Lösung ethischer Dilemmata (Abb. 2).