

Angela Stillhart, Julia Kunze

Jahrestagung des European College of Gerodontology

Bericht über die Jahrestagung vom 3. bis 5. Oktober 2013 in Graz

Die Jahrestagung des European College of Gerodontology (ECG), der europäischen Fachgesellschaft für Seniorenzahnmedizin, fand in diesem Jahr vom 03. bis 05. Oktober 2013 gleichzeitig mit dem Österreichischen Zahnärztetag in Graz (Österreich) unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. med. dent. Gerwin Arnetzl statt. Neben Themen der Ethik, Ernährung, Public Health, Pharmakologie, Demenz, Dysphagie und Kaufunktion wurden in Kurzpräsentationen die neueste Forschungsergebnisse vorgestellt. Der GABA Forschungspreis konnte ex aequo zwei Nachwuchskräften der Gerostomatologie verliehen werden.

Abb. 1 Ein Ausschnitt der Referenten: Dr. Claar D. van der Maarel-Wierink, Prof. Dr. Jacques Vanobbergen, Prof. Dr. Luc Visschere, Prof. Dr. med. dent. G. Arnetzl, Prof. Dr. Anastassia E. Kossioni und Prof. Dr. Takahiro Ono (v.l.n.r.).



„Alzheimer-Patienten sind nicht geistig tot: bereiten wir uns mit Zeit, Aufmerksamkeit, Hingabe, Kontakt, Wohlwollen, Ermutigung, Wertschätzung auf sie vor“

Prof. Dr. Giovanni Maio, M.A. phil. (Freiburg)

Welches Alter wir erreichen würden, spiele laut Prof. Dr. Giovanni Maio eine untergeordnete Rolle. Viel eher seien die Fragen, „wie“ wir altern werden und welche Faktoren für einen guten Lebensabend ausschlaggebend seien, zu beantworten. Besonders bei internistischen Erkrankungen dränge sich die Frage auf, „wie weit noch gehen“, da die Zumutbarkeit von Behandlungen und auch finanzielle Überlegungen Grenzen setzen würden.

Das anzustrebende Ziel, so Maio weiter, sei im letzten Lebensabschnitt die Erfül-

lung von Bedürfnissen und die Linderung von Beschwerden: ein Einsatz für den älteren Menschen also. Dafür seien keine Patentrezepte, Schablonen oder gar Standardlösungen vorhanden. Der Behandler sei gefordert, seine Standardwege zu verlassen und seine Therapie individuell an Bedürfnisse, Verfassung, Lebensgeschichte und Individualität des Patienten anzupassen. In diesem kreativen Aspekt der Therapieplanung, welcher die Einhaltung von Regeln und Standards voraussetze, spiegele sich das Urärztliche wieder.

Besonders die professionelle Versorgung von Menschen mit einer Demenz, würde dieses kreative, schöpferische Handeln des Zahnarztes herausfordern. Leider sei die Krankheit noch mit einer negativen Bewertung behaftet („Menschen ohne Hirn“, „identitätslose Wesen durch Verlust von Verstand, Seele und Autonomie“).

Eine neue Einstellung zu Grenzen in der Patientenbehandlung und der



Abb. 2 Die Kulisse der Veranstaltung: die Innenstadt in Graz.

Wahrnehmung des Patienten seien vom Zahnarztteam zu erlernen, so z. B.:

- Eine Umstellung von gesprochener Sprache zu einer Kommunikation mit Einbezug von Gesicht und paraverbalen Sprachformen.
- Die Veränderungen in der Ausdrucksweise der patienteneigenen Autonomie sei zu erkennen (kein grundsätzlicher Autonomieverlust!).
- Ein raumschaffendes Engagement für den Patienten sei auf Kosten einer reinen Patientenversorgung zu bevorzugen.
- Die Angewiesenheit des Patienten sei nicht weiter zu bedauern, das Auge solle auf die noch vorhandenen Funktionen des Patienten gerichtet werden.
- Für das Lernen und die Erfahrung der Ärzte sei der Patient ebenso wichtig.

Der Referent schlägt sieben im Patientenmanagement konkret anwendbare Empfehlungen für den Umgang mit dem älteren Menschen und speziell mit dem an Demenz Erkrankten vor:

1. Zeit geben können: der ältere Mensch habe eigene Zeitstrukturen, ein Arzt soll die Fähigkeit erlernen, Zeit schenken zu können.
2. Aufmerksamkeit geben: den Mensch als Ganzes wahrnehmen, sich nicht auf Schemata und die reine Krankheitsbehandlung fixieren.

3. Hingabe lernen: das Versprechen des Daseins und des persönlichen Engagements, nicht die Dienstleistung seien die Grundlage des Arztseins. Die ärztliche Hilfeleistung gehöre zur Selbstverständlichkeit, sei ohne zu fragen und ohne groß zu überlegen, schon gar nicht mit Kalkulation, zu leisten. Hingabe erfordere, mehr zu tun als die Pflicht es verlange.
4. Kontakt schaffen: ein Raum, damit Menschen zusammenkommen können, sei zu schaffen. Dies erfordere das Erlernen einer unterstützenden Kontaktaufnahme, die Bereitschaft, sich auch mal überraschen zu lassen, den Patienten auf sich einwirken zu lassen, auf ihn zuzugehen, ohne den Rückweg zu wissen.
5. Wohlwollen: eine Ausstrahlung, eine Atmosphäre schaffen, welche dem Patienten Zuversicht vermittele.
6. Ermutigung: der Patient sei zu ermutigen, keine Angst zu haben, in seinen Beschwerden allein gelassen zu werden.
7. Kultur der Wertschätzung: eine wertschätzende Kultur setze die Anerkennung des Patienten als kostbaren, besonderen und wertvollen Menschen voraus.

Die praktischen Ausführungen des Nicht-Zahnmediziners Maio gaben dem in die Behandlung von Menschen mit einer Demenzerkrankung involvierten Anwesenden grundlegende

Hinweise zu den Möglichkeiten das „Menschsein“ (wie es der Referent nannte) einzuüben.

„Demenz ist nicht gleich Demenz“

Prof. Dr. Reinhold Schmidt (Graz)

Prof. Schmidt führte das Auditorium durch verschiedene Erscheinungsformen der Demenz. Unter dem genannten Begriff würden sich sehr verschiedene klinische Erscheinungsbilder präsentieren. So seien über 90 % den primären Demenzformen zuzuordnen: degenerative (50 % Anteil, z. B. Lewy-Body Demenz, Morbus Alzheimer, etc.), vaskuläre (15–30 %) und gemischte Formen (unklarer Anteil) seien zu unterscheiden. Klinisch würden sich die Erkrankungen durch unterschiedliche Beeinträchtigung von Funktionen (z. B. Gedächtnis, exekutive/weitere kognitive Funktionen) äußern.

Beim Morbus Alzheimer sei schon früh das Gedächtnis beeinträchtigt, erst später würden funktionelle Einbußen hinzukommen. Auch die Benennung von Objekten sei erschwert, dies unter anderem aufgrund der spezifischen Lokalisation der Pathologie im Kortex. Weitere klinische Symptome der Krankheit seien im affektiven (Interesse, emotionale Adaptation, Persönlichkeitsveränderung) und intellektuellen Bereich (mindestens zwei kognitive Bereiche, Gesprächigkeit, Störung der Agnosie und der Urteilsfähigkeit, Orientierung) zu finden. Als neurologische Anzeichen gelten Sprachbeeinträchtigungen, Agnosie und Apraxie. Noch unklar sei, wieso neurodegenerative Veränderungen nicht zwingend zu einem dementen Erscheinungsbild führen, dies sei Gegenstand der aktuellen Forschung.

Vaskuläre Formen zeigen eher Beeinträchtigungen der ausführenden Funktionen (in Abhängigkeit der Lokalisation): z. B. die motorische Kontrolle,

Organisationsfähigkeit und Möglichkeit der Strategieentwicklung.

Bei den frontotemporalen Demenzen, so Schmidt weiter, könnten schon sehr früh Verhaltensveränderungen und auch bedeutsame Sprachprobleme auffallen.

Bei einer Lewy-Body-Demenz würden vor allem Defizite in Aufmerksamkeit und visuell-räumlicher Darstellung hervortreten. Bei einer Prick'schen Demenz würden zeitig Defizite in der Ausführung und visuell-räumliche Defizite auffallen. Abschließend bot der spannende Vortrag dem aufmerksamen Zuhörer ein paar Tests zum Nachweis möglicher kognitiver Ausfälle.

„Kauleistung und Ernährung betrifft den älteren Menschen“

PD Dr. Martin Schimmel (Genf)

Im Alter treten Veränderungen im Ernährungsverhalten auf, so PD Dr. Martin Schimmel aus Genf. Ein Risiko für eine Protein-Mangelernährung (PEM) solle auf jeden Fall verhindert werden. Appetitstörungen, Einfluss von Medikamenten, fehlender Antrieb zur Mahlzeitenzubereitung, bestehende Ernährungsgewohnheiten, ungünstige Einrichtung für die Nahrungszubereitung, einkommensbezogene Gründe, physische Einschränkungen, fehlendes Wissen bis hin zu einem schlechten Mundgesundheitszustand und Einschränkungen in der Kaufunktion (Bolusbildung, Nahrungszerkleinerung und -befeuchtung) seien als Gründe zu nennen. Eine Abhängigkeit der Kaufunktion von Anzahl und Verteilung der okklusalen Einheiten, Zahnersatz (abnehmbar/festsitzend), des Speichels (Quantität und Qualität), neurologischen Zustand (z. B. nach Schlaganfall) und der neuromuskulären Funktion (maximale Beisskraft, Schmerz) wurde nachgewiesen. Die Grenze zwischen normaler und gestörter Funktion sei

schwer nachzuweisen. Abgesehen von der subjektiven Kaufähigkeitseinschätzung bieten verschiedenste Instrumente die Möglichkeit, die objektive Kaueffizienz darzustellen (z. B. Kaugummitest mit zweifarbigen Paraffinwürfel). Eine Kausalität zwischen Kaueffizienz und Ernährungszustand wurde nicht gefunden und es sei davon auszugehen, so Schimmel in seinem Referat, das besonders die nicht-zahnbezogenen Faktoren einen großen Einfluss haben (z. B. Demenz, Zungendruck).

„Dysphagie und schlechte orale Gesundheit sind ein Risikofaktor für Aspirationspneumonie beim älteren gebrechlichen Menschen“

Dr. Claar D. van der Maarel-Wierink (Nijmegen)

Der Frage, ob und welchem Einfluss ein schlechter Mundgesundheitszustand dem Pneumonierisiko zuzuschreiben sei, ist Dr. van der Maarel-Wierink nachgegangen. Trotz der Schwierigkeit, Studien und deren Resultate zu vergleichen (z. B. Definition von Risikofaktoren und Schwierigkeiten bei der sicheren Differentialdiagnostik der Aspirationspneumonie), hat die Referentin die vorhandene Literatur zum Thema ausführlich dargestellt.

„Der Weg der zahnmedizinischen Betreuung der Patienten kann multidisziplinär sein“

Dr. Gerwin V. Arnetzl (Graz)

Dr. Arnetzl präsentierte einen Patientenfall aus dem Curriculum Gerostomatologie der Universität Graz, welcher pharmakologische und multidisziplinäre Aspekte in den Mittelpunkt rücken lies.



Abb. 3 Dr. Gerwin V. Arnetzl als (Mit-) Gastgeber und Referent der Tagung in der Landeshauptstadt der Steiermark.

Während des nächtlichen Toiletten-ganges frakturierte bei einem am Morbus Parkinson erkrankten Patienten regelmäßig die Oberkieferprothese. Die offensichtlich schwerwiegenden, sich wiederholenden Stürze auf das Gesicht ließen zahntechnische Konstruktionsfehler für die Prothesenfrakturen ausschließen.

Es wurde eine interdisziplinäre Zusammenarbeit eingeleitet, welche die Analyse der Nebenwirkungen der eingenommenen Medikamente zum Mittelpunkt hatte. Sturzfördernde Nebenwirkungen wurden gesucht: Schwindel, Muskelschwäche, Schläfrigkeit, Taubheitsgefühl, Schwäche, häufige Stürze, Blutdruckschwankungen, Kraftlosigkeit und Rhabdomyolyse. Auch nach Verstopfung, welche einen Zusammenhang mit Muskelschwäche und einem erhöhten Sturzrisiko aufweist, wurde in den Nebenwirkungen gesucht. Die veränderte pharmakodynamische Situation, Intoxikationshäufigkeiten und die Sturzangst älterer Menschen kamen als (Mit-)Ursache in Frage.

Gerostomatologisches Wissen, besonders unter Einbezug pharmakologischer Aspekte, und der Einleitung einer multidisziplinären Zusammenarbeit zur Reduktion der Anzahl eingenommener Medikamente führten beim Patienten zu einer optimierten Sturzprophylaxe.

„Public Health: der zunehmende Anteil der älteren Bevölkerung fordert uns heraus“

Prof. Dr. Anastassia E. Kossioni (Athen)

Public Health-Aspekte werden aufgrund des sich verändernden Anteils der älteren Bevölkerung, der Pflegebedürftigkeit und der abnehmenden Arbeitskräfte in Europa an Bedeutung gewinnen, so könnte das Referat von Prof. Kossioni zusammengefasst werden.

Public Health-Kennzahlen innerhalb und auch im Vergleich zwischen den einzelnen Ländern seien zu vergleichen. Die Lebenserwartung in Gesundheit zum Beispiel (kleine geschlechterbezogene Differenz), zeige zwischen den Ländern signifikante Unterschiede. Zudem würde die allgemeine Lebenserwartung für Männer niedriger ausfallen als für Frauen. Frauen würden hingegen mit mehr Erkrankungen sterben als Männer.

In Bezug auf die Anzahl Behinderungen sei eine Zunahme zu erwarten (50 % der über 85-Jährigen hätten Mühe in den Aktivitäten des täglichen Lebens, den ADLs). In einigen Ländern werde aber die Anzahl schwerer Behinderungen zurückgehen.

Die sozialen Systeme würden durch die kommenden Entwicklungen sehr beansprucht, nicht nur aufgrund der voraussehbaren demographischen Veränderungen, sondern zunehmend durch den Einsatz neuer kostenintensiver Technologien und als Folge unüberlegter Budgetkürzungen.

Ein Aktionsplan beinhalte Ziele für ein gesundes, aktives und unabhängiges Leben. In Europa würden schon wichtige Dokumente und Positionspapiere von Seiten der EU (Threats and opportunities in relation to the 2012 Ageing Report, How to promote active ageing in Europe), aber auch der WHO (z. B. Health 2020) vorliegen.

Prävention von Gesundheit und Behinderung hätten darin einen festen (kostensparenden) Stellenwert. Die Reduktion von Gesundheitsungleichheiten sei anzustreben. Des Weiteren erfordere die Zielerreichung, so Prof. Kossioni, eine Zunahme der Mobilität von Gesundheitsdienstleistern und die Anwendung neuer Technologien. Leider, so die Referentin, sei die orale Gesundheit in den meisten allgemeinen Richtlinien und Aktionsplänen nicht vertreten. Daher werde der DMFT-Index weiterhin durch den hohen Zahnerfall geprägt sein und die Prävalenz parodontaler Erkrankungen im Alter zunehmen. Auch der finanzielle Aspekt, sprich die hohen Zahnarztkosten, würden weiterhin für die Gesundheitsdifferenzen (neben Alter, individueller Gesundheitssituation, Ausbildung, Migrationshintergrund) prägend sein. Kossioni appellierte eindringlich an mehr präventionsorientierte Aktionspläne zur Verbesserung der oralen Gesundheit in Europa: orale Erkrankungen seien schlussendlich größtenteils vermeidbar.

„Die Pharmakodynamik beim älteren Menschen bietet ein paar Fallstricke“

Prof. Mag. pharm. Dr. Eckhard Beubler (Graz)

Der Körper des älteren Menschen reagiere durch verschiedene physiologische und pathologische Veränderungen mit einer, im Vergleich zum erwachsenen Menschen, anderen Pharmakodynamik. So hätten Medikamente im Alter zwar ihren festen Stellenwert, der Zahnarzt habe aber verschiedene Fallstricke zu berücksichtigen. So wurde zum Beispiel auf die fatalen Kombinationen, die es zu vermeiden gelte, hingewiesen. Im reich mit pharmakologischen Wissen gepackten Vortrag wurde auf das weiterführenden

de Buch des Referenten hingewiesen (Kompendium der medikamentösen Schmerztherapie – Wirkungen, Nebenwirkungen und Kombinationsmöglichkeiten, Springer Verlag, 5. Auflage).

„Eine effektive zahnmedizinische Behandlungsstrategie für Menschen mit Demenz kann eine Herausforderung sein“

Prof. Dr. J. Vanobbergen

Dass der Erhalt einer guten Mundgesundheit notwendig sei, stehe aus medizinischer Sicht außer Frage, so führte Vanobbergen in sein Thema ein. Genügend Studien hätten Zusammenhänge zwischen koronaren Herzerkrankungen und Parodontitis, glykämischer Kontrolle bei Diabetes und Zusammenhänge mit Malnutrition bestätigt. Ebenso habe jeder Patient ein Recht auf eine Befundaufnahme sowie die Erstellung eines Mundpflegeplanes zum Zweck der Infektionskontrolle und des Erhaltes des Wohlbefindens (unter Berücksichtigung von Typ und Schwere der Erkrankungen).

Bei Patienten mit einer Demenz sei der Erhalt der Lebensqualität besonders relevant. Nahrungsverweigerung, konstante Berührung des Gesichtes, vermehrter Speichelfluss, Entfernung des Zahnersatzes, Unruhe, könnten ein Zeichen für mundbezogene Probleme sein.

Die Art und Weise, wie den Patienten in den Einrichtungen die genannten Dienstleistungen erbracht werden, können sehr unterschiedlich sein. Vanobbergen zeigte Erfahrungen mit der mobilen Zahnklinik Gerodont und BeNeCoMo (Belgisch-Niederlands Consortium Mondzorg). In den Einrichtungen wird eine Anamnese (inkl. Aufnahme der Pflegestufe, ADL-Assessment, Assessment der Selbständigkeit, der physischen und mentalen Funktions-

fähigkeit, der Compliancefaktoren und ethischer Aspekte), ein Befund (inkl. digitaler Röntgenbilder), die Diagnose(n) nach Typ sowie Schweregrad und ein Therapieplan erstellt. Die Nähe zum Patient und seiner Umgebung ermöglicht es dem Gerostomatologen einen direkten Einblick in die medizinische Anamnese, die Medikamentenverordnungen, die soziale Anamnese (z. B. Bewohnerbetreuung) zu erhalten. Vor Ort könnten dann einfache zahnmedizinische Eingriffe durchgeführt werden (z. B. orale Hygienemaßnahmen, Füllungen, Wurzelfüllungen, Extraktionen, Prothesenreparaturen, Unterfütterungen, Neuanfertigung von Prothesen). Die Anwesenheit vertrauter Personen in der Einrichtung habe den Vorteil eines besseren Zuganges zum Patienten.

Der mit viel Bildmaterial gestaltete Vortrag bot dem Auditorium einen Einblick in eine mobile Zahnklinik und viele praktische Tipps, um den Patientenzugang weiter zu optimieren (z. B. Chalmers' Kommunikationstechniken, Einbezug anwesender Personen, etc.).

„Eine mobile Zahnklinik erfordert Organisation und Strukturen“

Prof. Dr. Luc de Visschere

Prof. Dr. de Visschere ging auf die Thematik der Implementierung einer mobilen Zahnklinik in einer Einrichtung ein. Diese sei eine komplexe mehrschrittige Aufgabe.

Ein Zahnarzt meldet sich als erstes bei einer Einrichtung an. Es folgt dann die Evaluation der bestehenden mundbezogenen Versorgung zusammen mit einem koordinierenden und beratenden Arzt. Ein Assessment der Wahrnehmung der oralen Gesundheit/Einstellung der Pflegenden, die Implementierung von maßgeschneiderten Leitfäden und Protokollen zur mundbezogenen Versorgung und die

Bildung eines Oral Health Care Teams finden statt. Das Team werde ausgebildet und trainiert (inkl. Train-the-trainer-Kurse) bis vereinbarte Maßnahmen korrekt umgesetzt und in die tägliche Pflege integriert sind. Durch Analyse der Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken (SWOT-Analyse) in Gruppendiskussionen, persönlicher Befragung, Beantwortung von noch offenen Fragen und klärenden Informationsanlässen, einer periodischen Evaluation der (klinischen) Ergebnisse (interne Plaquekontrolle) und kontinuierlichen Fortbildungen/Trainings-einheiten könne das Versorgungsmodell weiterentwickelt werden. Eine professionelle Mundgesundheits-einheit (z. B. Gerodent Zahnklinik) bietet die personelle Basis für dieses Versorgungsmodell.

Die Aufgaben der mobilen Zahnklinik setzen sich wie folgt zusammen: Beobachtung, interdisziplinäre Kommunikation, Patientenkontakt, Feststellung eines Behandlungsbedarfes, Problemassessment, klinische Untersuchung, Erstellung eines Mundpflegeplanes, Besprechung mit Patient/Angehörigen/Pflegenden/Hausarzt/Versicherung, sowie der Einleitung der erforderlichen Maßnahmen. Des Weiteren wird ein Nachsorgeplan (inkl. Risikoassessment), Festlegung oraler Hygienemaßnahmen, unterstützender und Recallmaßnahmen (inkl. Compliancebestimmung) festgelegt. Notwendige Behandlungen können durch die mobile Zahnklinik, einen Zahnarzt vor Ort oder durch ein Spital (für Narkose/Sedierung) erbracht werden.

Die Probleme, so De Visschere, welche die Entwicklung und Implementierung eines auf einer mobilen Zahnklinik basierenden Versorgungsmodells notwendig machen seien: die fehlenden Daten zur Mundgesundheit, die allgemein schlechte Mundpflege, Behandlungsverzögerung, fehlende (präventive und therapeutische) mundbezogene Strukturen in geriatrischen Einrichtun-

gen, ein tiefes mundgesundheitsbezogene Ausbildungslevel und das eher geringe Interesse der zahnmedizinischen Berufsgruppe.

In einer RCT-Studie (AMOR-Studie, ABRIM-Studie) zur Verbesserung der oralen Hygiene, seien zwei Interventionsmodelle getestet worden. Es stellte sich heraus, dass Mundpflegeinterventionen wesentlich von einrichtungsgebundenen Faktoren (z. B. Organisation, Pflege, Bewohner, Mundgesundheit) beeinflusst werden.

Bei der Organisation seien die Arbeitsbelastung, Kommunikation, Feedbackmaßnahmen und Implementierung zu berücksichtigen. Bei der Pflege sind die Einstellung und das Verhalten gegenüber der Mundgesundheit, ebenso wie das Wissen/Fähigkeiten/Einstellung der Mundpflegeverantwortlichen, der Wechsel im Team der Mitglieder des Mundpflegeteams, das interne Monitoring von Oralhygieneindikatoren und das Mundpflegemanagement zu berücksichtigen.

Der Bewohner bringe zudem variable Faktoren mit wie: Grad der Selbständigkeit, Compliance, Kommunikation, Selbstbestimmung und Einstellung gegenüber der Mundpflege. Die Mundgesundheit werde allgemein durch Probleme, Machbarkeit und weitere in der Einrichtung stattfindende Aktionen beeinflusst.

Die Vielzahl der genannten Barrieren in den Einrichtungen würde ein a priori Assessment beeinflussender Faktoren und eine intensive Zusammenarbeit mit Ärzten/Geriatern (koordinierender/beratenden Arzt und weiteren Ärzten) einer Einrichtung notwendig machen. Die Funktion des Arztes sei die Unterstützung des Implementierungsprozesses und die Teilnahme am Training sowie Monitoring der mundbezogenen Maßnahmen. Er sei aber auch Ansprechperson für weitere Ärzte der Einrichtung und für Fragestellungen hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Mundge-



Abb. 4 Die Verleihung des GABA-Forschungspreises sah zwei Gewinner vor: PD Dr. Joannis Katsoulis (2.v.l.) und Cristina Mastrogeorgopoulou (nicht im Bild). Die Preisübergabe erfolgte durch Prof. Dr. Arnetz, PD Dr. Hahnel (v.l.) und A. Kossioni (r.).

sundheit und Allgemeingesundheit. Die weiteren Ärzte der Einrichtung hätten die Aufgabe, mundbezogene Probleme frühzeitig zu melden, die Kooperation mit zahnmedizinischen Berufsgruppen zu sichern und die allgemeine und die orale Gesundheit zu überwachen.

Der Referent hat die Thematik des multi- und transdisziplinären, teamorientierten und maßgeschneiderten zahnmedizinischen Versorgungsmodells für Einrichtungen übersichtlich dargestellt und mit dem Belgian Comprehensive Oral Health Care Plan auch den Bezug zur Special Care Zahnmedizin geschaffen. Der Plan bezieht Pflegeorganisationen, Krankengelder, Patientenorganisationen, Pflegeanbieter, Ausbilder, zahnmedizinische Universitäten, Berufsgruppen und Organisationen in die Versorgung zusätzlich mit ein.

Mit der Vorstellung eines übersichtlichen Manuals für die Aufklärung der Pflegenden über die tägliche Oralhygiene der Bewohner schloss der Referent seinen informativen Vortrag ab.

„Eine Optimierung der Prothesen bei Dysphagie ist möglich“

Prof. Dr. Takahiro Ono (Osaka)

Zum Stichwort „lebenswert“ nannten ältere Menschen auch den Aspekt des Essens, so Prof. Dr. Ono. Die Industrie habe sich zum Thema Dysphagie und Ernährung Gedanken gemacht und ein immer größer werdendes Angebot an weichen Nahrungsmitteln erstellt. Die Aufgabe des Zahnmediziners diesbezüglich sei es, eine Dysphagie zu erkennen. Zeichen wie Essverhalten, Nahrungspräferenzen, Erstickungsanfall, Husten, Unwohlsein und Veränderungen in der Stimme würden auf die Krankheit hinweisen. Dysphagien seien bei 15–40% der über 60-Jährigen und bei über 50% der Bewohner von Pflegeeinrichtungen anzutreffen. Studien hätten gezeigt, so der Referent, dass durch die im Alter abnehmende Anzahl an Muskelfasern (vor allem zwischen dem 50.–80. Lebensjahr) und einer daraus resultierenden Muskelkontraktion die Zungendruckkraft abnehme. Män-

ner seien davon häufiger betroffen als Frauen.

Die Therapie umfasse neben einer intensiven interdisziplinären Zusammenarbeit zur Dysphagieab-/aufklärung die Stärkung der Zunge mittels Übungen. Aus prothetischer Sicht bestehe die Möglichkeit der (Wieder-)herstellung eines adäquaten Zungen-Gaumen-Kontaktes durch Ausformung der oberen Prothese (palatal augmentation prosthesis, PAP). Die prothetische Herangehensweise zur Rehabilitation des Patienten strebe die Wiederherstellung des (anterioren) Zungendruckes und ein dadurch optimiertes Schluckverhalten (gemessen an der Abnahme der Erstickungsanfällen) an. Nach erfolgreicher Rehabilitation können die Patienten, so meinte Prof. Ono abschließend, auch wieder besser das japanische Lieblingsgericht Sushi essen.

Verleihung des GABA-Forschungspreises

Im Rahmen der zweitägigen Tagung wurde der GABA-Forschungspreis ex aequo an Cristina Mastrogeorgopoulou aus Thessaloniki (Arbeit zum Thema „Applying OHIP-20 model in the evaluation of treatment with complete dentures“) und PD Dr. Joannis Katsoulis aus Bern („CAD/CAM titanium bars for mandibular implant-overdentures in elderly patients“) verliehen. **SZM**

med. dent. Angela Stillhart,
Dr. med. dent. Julia Kunze

Klinik für Alters- und Behindertenzahnmedizin,
Universität Zürich, Plattenstrasse 11, 8032 Zürich