

Angela Stillhart, Ina Nitschke

## „Kommunizieren öffnet die Türen zum Erfolg“ – Kommunikation in der Senioren Zahnmedizin

25. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Alters Zahn Medizin e.V. vom 7. März 2015 in Hannover

Die Deutsche Gesellschaft für Alters Zahn Medizin (DGAZ) lud zum 25sten Jubiläum in die niedersächsische Landeshauptstadt ein. Das Tagungsthema „Kommunikation in der Senioren Zahn Medizin“ was so viel bedeutet wie „mit der Gemeinschaft teilen“ oder „der Gemeinschaft mitteilen“, bot den wissenschaftlichen Rahmen um das freudige 25-jährige Bestehen der Fachgesellschaft mit den Mitgliedern zu feiern.

Die Leitung hatte ZA Clemens Hoppe (Bad Harzburg) inne. Die eintägige Veranstaltung, welche von mehr als 250 Interessierten besucht wurde, bot insgesamt acht Hauptvorträge, fünf Workshops und einen Kurzvortrag. Des Weiteren wurden wieder neue Spezialisten für Senioren Zahn Medizin ernannt. Im Anschluss der Tagung an der Leine fand die Mitgliederversammlung statt.

**Abb. 1** Die rege besuchte Jubiläumsveranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Alters Zahn Medizin e.V. (DGAZ) zum Thema Kommunikation in der Senioren Zahn Medizin. Es wurde das 25-jährige Bestehen der Gesellschaft gefeiert.



### Kommunikation lässt Gemeinsames zu

**Prof. Dr. med. dent. Dr. med. Dr. phil. Dominik Gross (Aachen)**

Mit den „Do's and Don'ts: Merkmale einer verantwortlichen und patientenzentrierten zahnärztlichen Kommunikation“ führte der erste Referent in die Tagungsthematik ein (Abb. 1 und 2). Kommunikation ist als bindendes und vertrauensbildendes therapeutisches Element Grundvoraussetzung für eine gelingende Therapie. Die Kommunikation zwischen Patient und Zahnarzt ist jedoch störanfällig, z.B. durch die nur noch bedingte Einsatzfähigkeit des „Kommunikationswerkzeuges“ während der Behandlung und durch andere z.B. kognitive Einschränkungen beim älteren Patienten. Ungenügend Zeit, ein ungeeignetes Setting oder die Sprachwahl für das Gespräch, aber auch das (unbewusste) Nichtbeachten nonverbaler Signale (Mimik

und Gestik) oder das (bewusste) Eingehen einer Schweigespirale durch Nichtansprechen eines Problems oder das Ausweichen von Fragen werden als klassische Störungen genannt. Auch der Einsatz von missverständlicher Kommunikation, Totschlagargumenten, die Bagatellisierung oder die voreilige Andeutung von Gefahren (z.B. unter Verwendung angstauslösender Worte) ohne diese aufzulösen, sei eine potenzielle Kommunikationsfalle. Um die eigene Kommunikation zu optimieren eignen sich nach Gross der professionelle Umgang mit den Ängsten und Sorgen, die Berücksichtigung des Patientenvorwissens und deren Quelle, die Anerkennung der Emotionalität des Patienten (z.B. unter Verwendung des NURSE-Schemas zum Umgang mit emotionalen Äußerungen des Patienten; N = Naming, U = Understanding, R = Respecting, S = Supporting, E = Exploring) und die Dosierung von Informationen durch eine pati-



**Abb. 2** Wiedererkennungswert hatte für den einen oder anderen Tagungs- und Curriculumsteilnehmer der Leibnitz Keks – oder etwa die Leibnitz-Relationsbestimmung für Senioren mit Demenz? Abgebildet die Keksfabrik Bahlsen neben dem Tagungshotel in Hannover.

entenzentriertere Kommunikation. Des Weiteren können eine adäquate Beratung und Aufklärung, die Verwendung offener Fragen, Paraphrasen und das Ansprechen aller Kommunikationsebenen (wie faktisch, emotional und existenziell) sowie die Technik des Spiegels für Klarheit, Verständlichkeit, Empathie und Authentizität sorgen. Schlussendlich sei das oberste Ziel die Patientenzufriedenheit (durch Kommunikation), beim jüngeren wie auch beim älteren Patienten.

### Die heutigen Hörgeräte lassen unterschiedlich hören – auch bei Schwerhörigkeit

**Prof. Dr. med. Anke Lesinski-Schiedat (Hannover)**

Dass Kommunikationsstörungen auch durch organische Ursachen oder durch das Nichttragen eines Hörgerätes (ist der Fall bei etwa 50 % der Hörgerätebesitzer) bedingt sein können, erläuterte Dr. Lesinski-Schiedat in einem spannenden Vortrag. Zwar sei nur ein kleiner Teil der Gesamtbevölkerung von Schwerhörigkeit betroffen (etwa 15 %), jedoch nehme der Anteil parallel zur Inzidenz kognitiv-neurodegenerativer Erkrankungen zu (50 % der 65-Jährigen, 37 % der 61–70-Jährigen und 60 % bei den ≥ 80-Jährigen).

Besonders das Sprachverstehen beim „Hören im Geräusch“ sei im Vergleich zu Jüngeren betroffen (30 % der Jüngeren vs. 80 % der kognitiv-neurodegenerativ Erkrankten). Allgemeine Ursachen für Innenohrerkrankungen seien auf hereditäre, degenerative und erworbene Störungen zurückzuführen. Den Stellenwert lärminduzierter Schwerhörigkeiten relativierte Lesinski-Schiedat in Bezug auf die Regenerationsfähigkeit des Hörorgans: Schädigungsfolgen seien zwar eher bei den Jugendlichen (z. B. Disco oder Musikgeräte) zu erwarten, jedoch sei es für sie aufgrund eines besseren Gesamtstoffwechsels eher möglich sich von vorübergehenden Hörschäden (z. B. ein Vertäubungsgefühl) zu erholen (Funktionsverlust mit Regeneration). Eine differenzierte Diagnostik mittels audiometrischen Verfahren bildet die Grundlage zur Planung einer Therapiestrategie von Innenohrerkrankungen. Diese würden unterschieden nach akuten (z. B. Therapie mittels durchblutungsfördernder Medikamente, einer Änderung der Lebensführung, prophylaktischen Maßnahmen und ggf. Physiotherapie) und chronischen (apparativer) Maßnahmen. Je nach Indikationsbereich würden heute sowohl konservative Systeme angewendet (z. B. konventionelle Hörhilfen) als auch operative Verfahren. Bei den kon-

ventionellen Systemen seien die Unterschiede zwischen den Geräten stark ausgeprägt und die Testung mehrerer Geräte werde dringend empfohlen. Die knochenverankerten Hörgeräte (z. B. BAHA = bone anchored hearing aid, Bonebridge Systeme), die teilimplantierbaren Geräte (z. B. VSB = Vibrant Soundbridge) oder Cochlea-Implantate (z. B. DACS = Direct Acoustic Cochlear Stimulation) würden dem Träger wieder ausreichend Lebensqualität und die Möglichkeit zur sozialen Integration bieten. Für die Zahnarztpraxis, so Lesinski-Schiedat abschließend, sei die Möglichkeit einer FM (Übertragungs-)Anlage zu berücksichtigen, da sich diese für das Sprachverstehen im Störlärm als sehr nützlich erwiesen habe. Zudem empfahl sie den Zuhörern einen guten Hörgeräteakustiker für eine individuelle Beratung hinzuziehen.

### Demenz: Aufklärung und Einwilligungsfähigkeit – die Grenzen sind zu kennen

**Prof. Dr. med. Andreas Bauer (Düsseldorf)**

Aufgrund der erhöhten Prävalenz neurogenerativer Erkrankungen seien Ärzte aller Fachbereiche mit den Herausforderungen, welche der Umgang mit frühen und späten Zeichen kognitiver Beeinträchtigungen mit sich bringt, konfrontiert, so eröffnete Prof. Dr. Dr. Bauer sein Referat. Im Besonderen gehe es darum, die Compliance des Patienten richtig einzuschätzen, das Behandlungsmanagement zu gestalten und rechtliche Fallstricke hinsichtlich Einwilligungsfähigkeit zu vermeiden. Anhand klinischer Studien wurde aufgezeigt, inwieweit Patienten und deren Begleitpersonen ein ärztliches Aufklärungsgespräch verstehen. In der vorgestellten Studie wurden Zweck, Vorgehensweise, Risiken und rechtliche Aspekte einer Studie prä-

sentiert und im Anschluss abgefragt. Obwohl die kognitiv eingeschränkten Probanden ein erwartet reduziertes Verständnis hatten, wiesen auch die Begleitpersonen erhebliche Verständnislücken auf. Zum Teil war das Verständnis der Begleitperson sogar schlechter als jenes der Patienten. Die subjektive Verständniseinschätzung wiederum wurde aber von den Begleitpersonen als gut eingeschätzt, währenddessen Patienten eher die eigene Unsicherheit zugaben. Es bestehe, so Bauer, eine gute Korrelation zwischen dem Eigenverständnis des Patienten und dem, was der Arzt meint, was verstanden wurde. Dies bedeute, so der Referent weiter, das die Einwilligungsfähigkeit immer wieder neu zu beurteilen sei. Das Verständnis der Gesprächsinhalte vorausgesetzt, sei eine Willensbildung und Einwilligungsfähigkeit vor allem im Frühstadium noch möglich und selbst bei starken emotionalen Schwankungen sowie psychischen Beeinträchtigung noch zu fördern. Aus rechtlicher Sicht biete sich auch in späteren Stadien das Informationsrecht noch zu wahren. Dieses könne jedoch unterbleiben, falls es zu einer ernst zu nehmenden, nicht behebbaren Gesundheitsschädigung führen könnte (Anwendung im Sinne einer restriktiven Handhabung). Gegebenenfalls sei die Entscheidung durch das Betreuungsgericht herbeizuziehen. Obwohl Aufklärung des Patienten nur in individueller Form stattfinden könne, sei unbedingt auch an die Aufklärung der Patientenumgebung (z. B. Information bezüglich krankheitsspezifischer Risiken) und die Systematisierung der Versorgung (Entwicklung geeigneter Prophylaxeprogramme, die Fachkräftespezialisierung, die Inanspruchnahmesicherung u. a.) für ein optimales Management der reduziert oder nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten zu denken.

## Der demenzkranke Patient bestimmt das Kommunikationstempo, nicht wir

**Dr. med. Ursula Becker (Bonn),  
ZÄ Claudia Ramm (Kiel)**

In einem videounterstützten Vortrag mit Sequenzen aus beruflichen Alltagssituationen von ZÄ Ramm präsentierte das Referentinnenduo Dr. Ursula Becker und ZÄ Claudia Ramm das Marte Meo®-Konzept für eine unterstützende Kommunikation mit an Demenz Erkrankten. Das ursprünglich von Maria Aarts (NL) für die Eltern autistischer Kinder entwickelte Interaktionskonzept unterstützt den Patienten, um während zahnmedizinischer Behandlungen adäquat zu kooperieren und einen Therapieabbruch möglichst zu vermeiden. Im Vergleich zu nicht kognitiv eingeschränkten Patienten, könne sich der an Demenz erkrankte Patient nicht mehr auf die eigenen Fähigkeiten stützen und sei auch nicht mehr in der Lage, die eigene verminderte Leistung zu kompensieren. Zu diesem Zeitpunkt seien Techniken zur Unterstützung der Eigenwahrnehmung und zur Förderung der eigenen Wertschätzung, des „sich kompetent Fühlens“ besonders gefragt, so Becker, Ärztin und lizenzierte Marte Meo®-Supervisorin. Würden sich Gesunde über ein sog. „gutes Gesicht“ (ein freundliches, positive Eigenschaften ausstrahlendes Gesicht) einfach „nur“ freuen, habe eine solche Ausstrahlung für den an Demenz Erkrankten bereits eine existenzielle Bedeutung und führe dazu, dass der Patient durch die positive Atmosphäre noch die notwendige Unterstützung für die Mitarbeit während einer zahnärztlichen Behandlung aufbringen könne. Wenige, auch sehr einfach umsetzbare und handlungsorientierte Maßnahmen werden in den Patient-Behandler-Interaktionsmomenten so eingesetzt, dass der Patient aus eigener Kraft in der Behandlung kooperieren kann. Technische Schritte dazu sind

z. B. ein „gutes Gesicht“ zeigen, ein kleinschrittiges Vorgehen anwenden und auf die Reaktion des Patienten warten können. Zum „guten Gesicht“ gehören das Sprechen ohne Mundschutz, Sprechen mit der Sprache des Gegenübers (= ein Zeichen des Respekts), ein situationsunabhängiges, freundliches Gesicht zeigen, eine kurze Bestätigung zeigen oder die Beziehung mit kleinen Zeichen aufrechterhalten, selbst dann, wenn die äußeren Umstände behindernd wirken (z. B. Interventionen durch anwesende Personen). Unter dem Aspekt kleinschrittigen Vorgehens seien z. B. Teilschritte einer Abdrucknahme einzeln zu erklären, um dem Patienten die Vorhersehbarkeit einer Situation zu ermöglichen und noch vorhandene Fähigkeiten zu aktivieren. Auf eine doppelte Informationsvermittlung durch Sprache und Handlung (z. B. die Anweisung „Alginatabformung“ gleichzeitig mit der Durchführung der Handlung) sei ebenso zu achten, wie auf das anschließende Teilen der Freude über die Erfolge von Einzelschritten (z. B. durch Wiederaufnahme des Tonfalles des Patienten zur Spiegelung von Emotionen). Unter den Punkt „Warten können“ falle, so Becker, das Warten auf die Bereitschaft des Patient für den nächsten (Teil)-Schritt. Besonders das Erlernen der Sprache des dementen Patienten (z. B. durch Gesichter anschauen) erfordere Zeit, und manchmal seien mehrere Sitzungen notwendig um einen Patienten kennenzulernen und ihn an den nächsten Teilschritt heranzuführen zu können. Mit Verweis auf einschlägige Literatur (SZM – Zeitschrift für Senioren-Zahnmedizin 2013;1(3):181–185) erinnerte die Marte Meo®-Supervisorin, dass die Umsetzung des Konzeptes viel Übung brauche und den Einbezug des ganzen Praxisteam erfordere. Die Implementierung geeigneter Kommunikationsstrategien sei zur Erfüllung des zahnärztlichen Versorgungsauftrages für den an Demenz erkrankten Patienten unabdingbare Betreuungsgrundlage.

## Und wer sagt dem Senior, dass er ein Ernährungsproblem hat?

**Karen Alberti (Braunschweig)**

Mit Genuss Essen und Trinken würde auch im Alter dazugehören, eröffnete Karen Alberti, Diätassistentin und Ernährungsberaterin der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), ihr Referat. Ernährungswissenschaftlich fundierte Ernährungsprogramme würden auch ältere Menschen betreffen: Sowohl eine ausgewogene Mengenzufuhr, als auch die richtige Nahrungszusammensetzung und die Hochwertigkeit zugeführter Lebensmittel seien strikt zu beachten. Die Empfehlungen der DGE zu vollwertigem Essen und Trinken würden aktuell noch in Widerspruch zur realen Situation bei Senioren stehen, welche vor allem durch Mangelernährung geprägt sei. Denn laut Schätzungen des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDK) sei etwa jeder zwölfte über 60-Jährige von einer chronischen Mangelernährung betroffen.

Die multifaktoriellen Ursachen einer Mangelernährung (z. B. Krankheiten) könnten auch durch nicht erkannte oder nicht therapierte Kau- und Schluckbeschwerden verstärkt werden. Indessen stehe primär die Erkennung solcher Störungen im Vordergrund einer ernährungstherapeutischen Beratung. Eine entsprechende Beratung umfasse einerseits die Vermeidung ungeeigneter Lebensmittel (z. B. faserige, stückige, schwer formbare, krümelige, saure oder gemischte Konsistenzen und Geschmacksrichtungen), andererseits sei die passendste Kostform auszusuchen. In der Auswahl stehen dann zum Beispiel pürierte, passierte Konsistenzen oder Darreichungsformen wie Finger Food oder Eat-by-Walking-Konzepte. Eine umfassende Beratung berücksichtige auch sicheres Schlucken, wobei sowohl technische Hilfsmittel (Trinkbecher) als auch Konsistenzver-

änderer (z. B. Andickungspulver) oder Tipps zur Einnahme (z. B. aufrechtes Sitzen) berücksichtigt werden. Für die zahnärztliche Praxis, welche Senioren in Ernährungsfragen beraten möchte, empfiehlt die Referentin die Kontaktaufnahme mit dem Berufsverband Oecotrophologie e. V. (<http://www.vdoe.de>) oder der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (<https://www.dge.de>).

## Kommunikation mit dem allgemein-medizinischen Risikopatienten umfasst mehr als nur „Anamnese“

**Dr. med. Catherine Kempf (München)**

Kommt der ältere Patient in die Praxis, erfordere die Suche nach allgemeinmedizinischen Risiken vom Zahnarzt ein „Scannen“ mit allen Sinnen. Der Anamnesebogen, welcher dem Patienten ausgehändigt wird, ist nur eine der vielfältigen Möglichkeiten um den Risikopatienten zu identifizieren. Um potenzielle Risikosituationen herauszufinden, seien die entscheidenden Hinweise jedoch oft aus „kommunikativen Situationen“ in Erfahrung zu bringen. Das Nachfragen beim Patienten gehöre ebenso dazu, wie der Einbezug der Angehörigen, der Familie oder der Betreuer. Bei der Sammlung von Informationen und Vermeidung von Risiken spiele neben der Kenntnis um allgemeinmedizinische Komplikationen, die Kontaktaufnahme mit dem Haus- oder Facharzt eine wesentliche Rolle. Für das Auftreten potenzieller Risikosituationen wurden die Erkrankungen Angina pectoris und die im Alter häufig vorkommende Niereninsuffizienz beispielhaft genannt. Werden die Informationen des Patienten (z. B. untypische Bauchschmerzen bei Frauen) nicht richtig aufgenommen und interpretiert, könnten daraus lebensbedrohliche Situationen (z. B. ein Angina-pectoris-Anfall oder ein Myokardinfarkt) nicht erkannt und

prophylaktische (z. B. Vermeidung der Tachykardie beim herzkranken Patienten, Überwachung der Sauerstoffversorgung mittels Pulsoxymeter, Vermeidung adrenalinhaltiger Lokalanästhetika) sowie therapeutische Maßnahmen zu spät oder gar nicht eingeleitet werden. Aber auch die Abstimmung der Therapie mit dem Hausarzt bei der im Alter häufig vorkommenden Niereninsuffizienz sei, so die Referentin weiter, unabdingbar. Neben der Elektrolytkontrolle vor größeren Operationen, müsse auch die Medikamentendosierung abgesprochen werden um unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAWs) und allgemeinmedizinische Folgen (erhöhte Infektanfälligkeit und Hypertonie) zu vermeiden. Nicht zu vergessen seien all die nicht diagnostizierten Erkrankungen, welche durch präzise Beobachtung oder mündliche Informationen an das Praxisteam aufgedeckt werden könnten. Des Weiteren seien im Management des Risikopatienten auch die Hinweise aus der Pharmaindustrie – z. B. Hemmung der Blutgerinnung aufgrund der Interaktion von Marcumar® (3M Health Care, Leicestershire/UK) und Metronidazol; Verschlechterung, ggf. akutes Versagen der Nierenfunktion durch Wechselwirkung der Medikamente Lasix® (Sanofi-Aventis, Frankfurt/Main) und Ibuprofen – oder der Dentalgeräte- und Medizinproduktehersteller (z. B. Herzschrittmacher) zu berücksichtigen. Kommunikation finde demnach auf mehreren Ebenen statt und habe nicht den oralen Befund, sondern den (potenziellen Risiko-) Patienten zum Mittelpunkt, schlussfolgerte die in mehreren Kommunikationsmedien tätige Referentin Kempf (u. a. als Medizinexpertin im Fernsehen). Je optimaler eine Zahnarztpraxis demnach kommunizieren könne und sich der Wichtigkeit von Kommunikation bewusst sei, desto eher könne sie den „Cocktail“ an allgemeinmedizinischen anamnestischen Informationen sammeln und situationsadäquat handeln, sei es bei der The-

rapie oder schon im prophylaktischen Bereich.

## Die aufsuchende Betreuung ist eine Berufung – sag es weiter!

**Dr. med. Kerstin Finger (Templin),  
Dr. med. dent. Dirk Bleiel  
(Rheinbreitenbach)**

Das Tagungsthema „Kommunikation“ bot nicht nur die Möglichkeit die eigentliche Kommunikation zu thematisieren, sondern auch über noch weniger bekannte Praxismodelle und Berufungen zur zahnärztlichen Tätigkeit zu informieren. Die Spezialisten für Seniorenzahnmedizin der DGAZ Dr. Kerstin Finger und Dr. Dirk Bleiel, beides sehr erfahrene Kollegen im Bereich der mobilen Zahnmedizin, berichteten von den Anforderungen, die der Betrieb einer mobilen Praxis mit sich bringt. Angefangen bei den persönlichen Voraussetzungen, hin zu den Themen Recht, Organisation, Hygiene, Ausstattung, Art der möglichen Behandlungen unterwegs (von Füllung bis Prophylaxe), Kooperationen und Vorbehalte wurden alle Bereiche ausführlich abgedeckt. Finger zeigte mit anschaulichen Bildern die Möglichkeiten, welche ihre mobile Praxis bietet um den Bedürfnissen der älteren Menschen, welche nur mit viel Mühe (z. B. mehrmaliges Umsteigen öffentlicher Verkehrsmittel) in die zahnärztliche Praxis kommen könnten, entgegenzukommen. Ob Bohrer, Hand- und Winkelstück, Zahnsteinentfernungs- oder Lichthärtegerät, alles findet seinen Platz in ihrem zahnärztlichen Spezialtransporter auf vier Rädern. Dass eine beachtliche Anfangsinvestition für die Inbetriebnahme des Spezialtransporters notwendig war, welche in diesem Fall u. a. durch das Land Brandenburg und die EU mittels Projektförderung zur Verfügung gestellt wurde, schreckte bestimmt ein paar potenzielle „mobile Gerostomatologen“ ab.

Auch unter Beachtung der geänderten Abrechnungsmöglichkeiten, stellten die Referenten jedoch das Praxismodell als eine mögliche zahnärztliche Berufung dar. Die Grundeinstellung um einer Tätigkeit, wie jener von Finger nachzukommen, sei das Bewusstsein über die Einstellung gegenüber der eigenen (zahn-)ärztlichen Tätigkeit. So, die Referentin weiter, sei für sie die Sorgeethik nach Dörner einstellungsleitend. Diese gehe von einer Grundhaltung des Anspruchs der Bedürfnisse des Anderen aus. Demnach sei die aufsuchende Betreuung nicht als ein Geschäftsmodell zu betrachten, sondern vielmehr als Teil einer gesellschaftlichen Verpflichtung, eines moralischen Auftrages. Diese Einstellung habe auch dazu geführt, dass das Modellprojekt Geschichte in der Uckermark geschrieben hat, mehrfach prämiert wurde und sich mittlerweile durch eine Forschungsarbeit an der Europäischen Viadrina Universität (Frankfurt/Oder) begleitet sieht. In ihrem Referat berichtet die überzeugte Gerostomatologin packend von den Reizen und Herausforderungen einer mobilen zahnärztlichen Praxis und wie sie die aufsuchende Betreuung wieder zu den Ursprüngen des (zahn-)ärztlichen Handelns geführt habe. Die Referentin schloss ihren Bericht mit dem Wunsch durch ihre Erfahrungen zahnärztliche Kollegen mit dem Gero-Virus angesteckt zu haben, besonders jene die bisher noch die Finanzierbarkeit einer aufsuchenden Tätigkeit gescheut hatten.

## Kommunikation im Pflegealltag: erste Erfahrungen mit den Kooperationsverträgen

**OA Dr. med. dent.  
Cornelius Haffner (München)**

OA Dr. Haffner legte die Inhalte des Versorgungsstrukturgesetzes (VStG) und Pflegeneuordnungsgesetzes

(PNG) dar. Nach dem VStG soll der Gesundheitszustand der zu betreuenden Menschen verbessert werden. Um dem Ziel näher zu kommen, wurden die Besuchspositionen 151/152 und zwei Zuschläge für die Pflegebedürftigkeit (171a/b) neu geregelt. Für den Nachweis der Pflegebedürftigkeit müssen die Pflegestufe der zu behandelnden Patienten bzw. die „eingeschränkte Alltagskompetenz“ nach §87b SGB XI und die Anforderung eines Zahnarztes dokumentiert werden. Im PNG sei festgelegt worden, dass die zahnärztliche Versorgung in stationären Einrichtungen sicher gestellt sein müsse – zahnmedizinische Erkrankungen sollen vermieden, frühzeitig erkannt und behandelt werden. Es soll nicht mehr schmerzorientiert, sondern behandlungsorientiert gearbeitet werden. Laut Referent sind bis 1/2015 1.650 Kooperationsverträge in Deutschland abgeschlossen worden. Der Status quo in Bayern zu den Kooperationsverträgen sieht so aus, dass ca. 50 % der Einrichtungen einen Kooperationsvertrag wünschen, wesentlich mehr wünschen eher einen regelmäßigen zahnärztlichen Besuch oder einige wären schon mit einem zahnärztlichen Notdienst zufrieden.

Für die Kooperationsverträge nach §119b Abs. 2 SGB V sind für die Patienten der Einrichtungen weitere neue Abrechnungspositionen aufgestellt worden: die Besuchspositionen 154/155 und die Zuschläge 172a–d. Der Kooperationspartner habe die Aufgabe, einen Erstbefund bei einem neuen Bewohner innerhalb der ersten vier Wochen aufzunehmen und ein Formblatt auszufüllen (Pos. 172c). Dieses hält den Ist-Zustand des Mundes des Bewohners fest, den Bedarf an Pflege und Therapie sowie die Koordination zwischen allen Betreuenden des einzelnen Bewohners. Er erstellt zudem eine individuelle Pflegeanleitung für das Personal der Einrichtung für jeden Patienten (172d).



**Abb. 3** Fünf einschlägige Workshops (hier Dr. Elmar Ludwig, Ulm, zum Thema Kooperationsverträge) boten Einblick in unterschiedliche Thematiken der Senioren Zahnmedizin.



**Abb. 4** Überblick behalten trotz Multimedikation – das Motto von ZA Ulrich Pauls (Ahaus) für die Teilnehmer seines praktischen Workshops zur Pharmakologie und dessen MIZ-Programms.

## Workshops

Fünf weiterführende Workshops zu altersbezogenen Themen standen den interessierten Zuhörern zur Auswahl. Auf die aktuellen Veränderungen in Bezug auf die Chancen von Kooperationsverträgen ging Dr. Elmar Ludwig (Ulm), DGAZ-Landesbeauftragter Baden-Württemberg, ausführlich ein (Abb. 3). Es wurden sowohl die gesetzlichen Grundlagen, die Rahmenbedingungen, die Verpflichtungen eines Kooperationszahnarztes, die Inhalte eines Kooperationsvertrages, die Abrechenbarkeit der neuen Positionen als auch die Anforderungen an die Dokumentation und nicht zuletzt die Fallstricke aus den neuen Regelungen dargestellt.

Ulrich Pauls, Zahnarzt in Ahaus, stellte in einem praktisch ausgelegten Workshop sein selbst entwickeltes MIZ-Medikamentenprogramm (MIZ = Medikamenteninfo für Zahnärzte, <http://www.mizdental.de/>) für die tägliche Praxis vor (Abb. 4). Im Besonderen hob er deren Vorteile zur Optimierung der Patientensicherheit beim multimedizierten Patienten hervor. Das elektronische Programm bietet dem Praktiker die Möglichkeit, Medikamentenlisten im Hinblick auf wissenswerte Informationen (z. B. Indikationen, zahnärztlich relevante Nebenwirkungen und Wechselwirkungen) zu überprüfen und eine Liste für jeden Patienten auszudrucken. Aufgrund der Gestaltung des Programms, sind

auch Informationen bezüglich Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen zu erlangen. Nicht als Ersatz für mangelndes pharmakologisches Wissen, sondern als Ergänzung und Auffrischung der schon vorhandenen Kenntnisse bot der Workshop die Möglichkeit sich für Pharmakologie (wieder) zu begeistern.

Prof. Dr. Reiner Biffar (Greifswald) entführte die Teilnehmer in die Kunst der Totalprothetik. Aufgrund der Erfolge in der Prophylaxe wurde der Anteil zahnloser Patienten in der Praxis immer kleiner. Im Workshop bot der Referent die Möglichkeit, dass von den universitären Lehrplänen verschwindende Handwerk wieder neu zu entdecken. Tipps und Tricks für die Herstellung von Totalprothesen, auch bei Senioren, wurden ausführlich Schritt für Schritt vermittelt.

Dipl.-Päd. Psych. Marion Kaiser (Bad Harzburg) führte die Teilnehmenden in Praxisrelevantes und Wissenswertes rund um das Thema Kommunikation in der Zahnarztpraxis ein. Die Möglichkeiten der Gestaltung einer barrierearmen Praxis vom Erstkontakt bis zur Verabschiedung wurden dargestellt. Das Referententrio Prof. Dr. Ina Nitschke, MPH; OA Dr. Mohammad Houshmand, MSc und OÄ Dr. Julia Kunze bot den Teilnehmenden einen Einblick in die Herausforderungen von implantatgetragenen Zahnersatz im Alter. Anhand von konkreten Fallbeispielen wurden Themen aus den Bereichen Indikationsstellung, zahnme-

dizinische funktionelle Kapazität und Nachsorgekompetenz beleuchtet.

Des Weiteren bot die Jahrestagung zehn Kandidaten den Anlass zur Prüfung zum Spezialisten für Senioren Zahnmedizin nach den Richtlinien der DGAZ (Abb. 5). Nach intensiver Auseinandersetzung mit der Thematik und Erfüllung der Zertifizierungsordnung der Deutschen Gesellschaft für Alters Zahn Medizin (<http://www.dgaz.org>) wurden die Anwärter durch die Prüfungskommission der Gesellschaft unter der Leitung des Vorsitzenden der Kommission, Dr. Klaus-Peter Wefers, geprüft. Die Anforderungen erfüllten folgende Mitglieder: Dr. Jochen Jewan (Meckenheim), ZA Werner Josef Rudolph (Bovenden), Dr. Angelika Fröhlich-Krebs (Wörrstadt), ZÄ Beatrice Nordhaus (Schwarzburg), Dr. Mohammad Houshmand, MSc (Zürich), ZA Wolfram Jost (Siegen), Dr. Jörg Munack, MSc (Hannover), ZÄ Ingrid Gehlhaar (Vreden), ZA Aleksej Sartison (Hannover) und PD Dr. Sebastian Hahnel (Regensburg). Des Weiteren wurden die Praxen/Kliniken von SpezialistInnen der DGAZ, welche das Siegel seniorengerechte Praxis/Klinik nach Richtlinien der DGAZ (Zertifizierungsordnung der gleichnamigen Gesellschaft) erfüllten, verkündet. Folgende zahnärztliche Einrichtungen wurden im vergangenen Jahr zertifiziert: Zahnarztpraxis Dr. Bodo Vogl (Vellmar), Zahnarztpraxis Dr. Dr. Andreas Munkelt (Coesfeld), zahnärztliche Gemeinschaftspraxis

Karl-Heinz Jäger und Sabine Philippi (Dannenberg), Zahnarztpraxis Dr. Inken Dürkop (Bad Harzburg), zahnärztliche Gemeinschaftspraxis dentaMEDIC Dr. Claire Kubik (Bad Neustadt) und die Klinik für Alters- und Behindertenzahnmedizin des Zentrums für Zahnmedizin der Universität Zürich/Schweiz. Das diesjährige Dentsply-Stipendium für Senioren Zahnmedizin wurde nicht vergeben.

Eine spannende, abwechslungsreiche und bereichernde Tagung, welche den anwesenden Teilnehmenden die Möglichkeit bot, ihr bisheriges Engagement in der Senioren Zahnmedizin zu überdenken und/oder um weitere interessante Bereiche zu erweitern. Besonders die klinisch bezogenen Beiträge, aber auch die Vorträge, die über laufende Veränderungen der Wirtschaftlichkeit der Senioren Zahnmedizin berichteten, konnten neue Impulse setzen. Es bleibt die Hoffnung, auch in Zukunft eine zunehmende Anzahl an spezialisierten

**Abb. 5** Die neuen Spezialisten für Senioren Zahnmedizin der Deutschen Gesellschaft für Alters Zahnmedizin e. V. (DGZ).



Gerostomatologen in der Fachgesellschaft begrüßen zu dürfen.

Des Weiteren konnte ein Hoch auf 25 Jahre Senioren Zahnmedizin in Deutschland ausgesprochen werden, mit einem Dank an all jene, die sich mit unermüdlichem Einsatz der Weiterentwicklung der Senioren Zahnmedizin gewidmet haben, sich den Anliegen der Senioren mit Freude stellen und ohne „wenn und aber“ schon jetzt einen geschätzten Einsatz zeigen. Es bleibt dem Leiter und dem gesamten

Team dieser Tagung für seinen Einsatz für diese gelungene Tagung zu danken!

**Dr. med. dent. Angela Stillhart<sup>1</sup>,  
Prof. Dr. med. dent. Ina Nitschke,  
MPH<sup>1,2</sup>**

- 1 Klinik für Alters- und Behindertenzahnmedizin, Universität Zürich, Plattenstrasse 11, 8032 Zürich
- 2 Bereich Senioren Zahnmedizin, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde, Universität Leipzig, Liebigstr. 12, 04103 Leipzig