

Aylin Altan, Clara Denkler, Moritz Feiertag, Gianna Herrmann, Lea Krueger-Janson, Julia Kunze, Benedikt Maas, Ina Nitschke, Angela Stillhart

31. Bergischer Zahnärztetag und 27. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für AlterszahnMedizin



Abb. 1 Prof. Dr. Ina Nitschke bei der Kongresseröffnung.

In Wuppertal fand am 19. und 20. Mai 2017 der 31. Bergische Zahnärztetag gemeinsam mit der 27. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für AlterszahnMedizin unter dem zukunftssträchtigen Motto „Zahnmedizin für Senioren“ statt.

Der **Vorkongress** bot die Möglichkeit der Teilnahme am Workshop „Altern selber spüren – der Gero-Parcours für Zahnärzte und ihre Teams“. Dieser richtungweisende Parcours von Frau Prof. Nitschke und ihrem Zahnärzteteam der Klinik für Allgemein-, Behinderten- und Seniorenzahnmedizin der Universität Zürich, mit der freundlichen Unterstützung des Teams um ZA Michael Fechner (Wuppertal), Dr. Hans-Peter Willenborg (Moers) und Herrn ZA Ulrich Pauls (Ahaus), ermöglicht ein ungeahntes Eintauchen und Hineinversetzen in unsere älteren und gebrechlichen Patienten. So konnten die Teilnehmenden unter anderem mit speziellen

Brillen diverse Augenerkrankungen nachempfinden. Mit diesen mussten sie dann alltägliche Übungen, wie z. B. das Ausfüllen eines Anamnesebogens, verrichten. Weitere Höhepunkte waren der Altersanzug „Age Man“ und der Hemiplegieanzug, die beide körperliche Einschränkungen simulieren und die Beweglichkeit sowie die sensible Wahrnehmung stark reduzieren. Außerdem gab es praktische Transferübungen zwischen Stühlen und viele Tipps und Tricks, wie den Senioren der (zahnmedizinische) Alltag erleichtert werden kann. Kein Teilnehmender blieb unbeeindruckt und es wurde allen bewusst, wie schnell einfache Aufgaben durch Erkrankungen und Gebrechlichkeit zu gewaltigen Problemen anwachsen können. Der Gero-Parcours konnte als voller Erfolg gewertet werden und fand auch in der Eröffnungsrede lobende Anerkennung.

Die **Tagung** wurde im feierlichen Rahmen der historischen Stadthalle Wuppertal gehalten. ZA Ralf Wagner, Vorsitzender der KZV Nordrhein, hielt eine flammende Eröffnungsrede, in der er die Problematik der Seniorenzahnmedizin in den Verhandlungen mit den gesetzlichen Krankenkassen verdeutlichte. Es sollten lediglich zusätzliche Prophylaxemaßnahmen für diese Altersgruppe ermöglicht werden, damit ein lebenslang gepflegtes Gebiss auch im Alter gesund

erhalten werden könne. Unverständlicherweise wird diese einleuchtende Maßnahme mit dem Hinweis auf fehlende Evidenz jedoch abgelehnt. Herr Wagner sprach in diesem Zusammenhang von einer Evidenzfalle, da nicht alles durch Studien untermauert werden könne und auch der gesunde Menschenverstand genutzt werden sollte.

Die Schwierigkeiten und die Komplexität der Behandlung von Senioren unterstrich auch Herr Dr. Hans Roger Kolwes (BZÄV) in einer kurzen und prägnanten Ansprache.

Herr Dr. Erling A. Burk (Vorstand ZÄK Nordrhein) richtete in seiner Rede das Augenmerk auf den musiktherapeutischen Ansatz. Bekanntermaßen bleibt bei Menschen mit Demenz die im Neokortex verankerte Musikalität lange erhalten und bietet so einen wunderbaren therapeutischen Ansatz. Leider fehle auch hierzu die Evidenz. Sicher sei der Anstieg von multimorbiden Patienten, die ein erhöhtes Pflegebedürfnis hätten. Er dankte den Organisatoren für das fundierte und breitgefächerte Programm der Tagung und übergab das Wort an Frau Prof. Ina Nitschke, MPH (DGAZ), die das wissenschaftliche Programm eröffnete (Abb. 1).

Alles anders in der Seniorenzahnmedizin?

Prof. Dr. Ina Nitschke (Universität Leipzig/Zürich) beschrieb in ihrem Vortrag aus der Sicht der Seniorenzahnmedizin die besonderen Umstände in der Versorgung hochbetagter Patienten. Um ihren Bedürfnissen in der zahnmedizinischen Betreuung gerecht zu werden, sei es wichtig, bestimmte Faktoren zu berücksichtigen. Zum einen die mögliche Belastbarkeit des Patienten im Rahmen der zahnmedizinischen Behandlung (zahnmedizinische funktionelle Kapazität)

und zum anderen das soziale Umfeld mit den entsprechenden Versorgungsstrukturen bzw. Nachsorgemöglichkeiten.

Eine gute zahnmedizinische Betreuung fordere eine gewisse Anpassung an die Klientel. So wäre es wünschenswert den gerostomatologischen Wohlfühlfaktor in einer Praxis zu erhöhen. Schlüsselwörter seien hier vor allem der Umgang mit dem Patienten, die Erreichbarkeit, das Bereitstellen von Hilfsmitteln und Empathie für die Gesamtsituation des Patienten. Als wichtigste Parameter, die ein idealer Zahnarzt erfüllen sollte, gelte bei den Senioren über 85 Jahren vor allem eine ausgeprägte psychosoziale und fachliche Kompetenz. Ein hohes Maß an Fortbildungen werde ebenfalls anerkannt, wobei eine Spezialisierung nur eine untergeordnete Rolle spiele. Die Atmosphäre in der Praxis sei ebenfalls wichtig, so wie Pünktlichkeit und Flexibilität in der Terminvergabe. Aber auch in der Behandlung müsse der Zahnarzt in der Lage sein, Kompromisse zu finden. So entspräche der Patientenwunsch nicht immer dem objektiven Behandlungsbedarf, worauf sich der Behandler in seiner Beratung einstellen sollte. Außerdem sei besonders bei hochbetagten Patienten die Adaptationsfähigkeit ein wichtiger Faktor in der Therapieplanung. Diese sei nicht immer gut einschätzbar, aber im Besonderen beim Wechsel von feststehendem zu abnehmbarem Zahnersatz zu berücksichtigen.

Schließlich sollte jedem behandelnden Zahnarzt bewusst sein, dass er im Hinblick auf die sich verändernde Versorgungsverantwortung im Alter, neben den Pflegenden und Angehörigen, eine sehr große Rolle spiele und entsprechend viel Verantwortung trage.

Alt sein mit Multimorbidität und multidimensionaler Krankheit

Der ursprünglich für diesen Vortrag eingeplante Referent **Prof. Dr. Jürgen Bauer** (Universität Heidelberg) wurde von **PD Dr. Helmut Frohnhofer** (Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke; Abb. 2) vertreten. Dieser beschrieb sehr eindrücklich aus der Sicht eines Geriaters welche Einschränkungen im Alter auftreten können und welche Bedeutung dies für die zahnärztliche Betreuung haben kann. So zeigten sich die ersten Zeichen der Gebrechlichkeit in etwa ab dem 85. Lebensjahr, wobei der Alterungsprozess stets sehr individuell ablaufe. Besonders problematisch bei der zahnmedizinischen Betreuung geriatrischer Patienten sei ein erhöhtes Vermeidungsverhalten durch eine verringerte Mobilität. Um diesem Problem begegnen zu können, müssten die Versorgungsstrukturen verändert werden, einerseits im Sinne einer stärker ausgeprägten aufsuchenden Betreuung und andererseits durch eine intensivere Auseinandersetzung der Geriater mit der Mundhöhle.

Im Umgang mit Menschen mit Demenz stelle ein gesteigertes Bedürfnis nach Orientierung den Behandler vor Herausforderungen. Je ausgeprägter eine Demenz sei, desto stärker sei der Verlust an Orientierung. Die Betroffenen reagierten mit Angst, Panik und ständigem Fragen. Auf Außenstehende wirke dieses Verhalten hauptsächlich „nervös“, weshalb häufig Neuroleptika verschrieben würden. Dabei erhöhten Neuroleptika die Sterblichkeit in der beschriebenen Altersgruppe, je nach Literaturangabe, um das Doppelte oder Dreifache. Eine erfolgversprechende Alternative wäre hingegen eine Veränderung des ärztlichen Verhalten, durch eine bessere Zuwendung und Vermittlung von Sicherheit sowie einfaches Ablenken. Mithilfe einer klaren Struk-



Abb. 2 PD Dr. Helmut Frohnhofen.



Abb. 3 Dr. Harald Ebhardt.



Abb. 4 PD Dr. Anne Wolowski.



Abb. 5 Prof. Dr. Claudia Barthel-Zimmer.

turierung der Wartezeit beim Zahnarzt könne ebenfalls potentieller Stress vermieden werden.

Prof. Bauer betonte die Bedeutung der Prävention, im Sinne eines regelmäßigen körperlichen Trainings zur Vermeidung einer Sarkopenie sowie die Förderung der Kognition durch Musizieren und Gedächtnistraining. Eine weitere wichtige Demenzprophylaxe sei eine ausreichende Schlafqualität und -quantität, da nur im Tiefschlaf die sogenannte Gehirndrainage ablaufe. Eine Schlafapnoe, an der etwa 50 bis 60 % der Senioren leiden, verdopple das Risiko an Demenz zu erkranken. Als eine mögliche zahnmedizinische Intervention bei einer mittelschweren Schlafapnoe nannte Prof. Bauer die Unterkieferprotrusionsschiene, die allerdings einen ausreichenden Zahnstatus erfordere.

Die Mundgesundheit stehe im Zusammenhang mit der Funktionalität und Pflegebedürftigkeit, könne epidemiologisch aber nicht klar erfasst werden, da sie wechselseitig zu sein scheine. Eine verringerte Nahrungsaufnahme müsse nicht zwangsläufig

dentale Ursachen haben. So sei eine Malnutrition häufig Folge von Appetitverlust, verursacht durch Polypharmazie, somatische und psychische Erkrankungen. Ob eine Zahnsanierung nun die Ernährungslage verbessere, sei die Frage. Zahnmedizinisch sollte nicht übertherapiert werden, da meist der allgemeine Gesundheitszustand ausschlaggebend sei.

Schließlich bliebe zu sagen, dass es eine gemeinsame Aufgabe der Geriater und Seniorenzahnmediziner sei, die Lebensqualität der Patienten interdisziplinär zu verbessern. Dabei sollte die frühe Prävention im Fokus der Zusammenarbeit stehen.

Veränderungen an der Gesichtshaut und der Mundschleimhaut

Dr. Harald Ebhardt (Zentrum für Oralpathologie, Potsdam) gab in seinem Vortrag einen guten Überblick über die häufigsten Mundschleimhautläsionen sowie die Diagnostik bei älteren Patienten (Abb. 3).

Spezifische Ursachen für Veränderungen der oralen Mukosa im Alter seien vor allem ein langjähriger Tabak- und Alkoholkonsum, das Tragen von Prothesen und eine medikamentöse Dauertherapie. Bei einem begründeten Malignitätsverdacht sei kein Abwarten, sondern eine direkte Überweisung in eine Fachklinik geboten. Dabei gab Dr. Ebhardt den Hinweis auf die aktuelle S2-Leitlinie der DGZMK (2010). Das häufigste Problem bei der Behandlung oraler Plattenepithelkarzinome sei, dass die Patienten zu spät vorstellig würden. So läge die Überlebensrate im fortgeschrittenen Stadium bei nur 50 %, bei einem frühen Stadium allerdings bei 80 %. Sofern kein Malignitätsverdacht vorliege, empfehle sich zur Diagnostik eine Bürstenbiopsie und das Abstellen der Ursache. Sollte nach zwei bis vier Wochen keine Remission erfolgen, empfehle sich eine chirurgische Biopsie.

Zur allgemeinen Diagnostik bei älteren Patienten gab Dr. Ebhardt folgende Empfehlung: Die Mundschleimhaut sollte zweimal im Jahr komplett untersucht und bei jeder Veränderung eine weitere Diagnostik durchgeführt werden. Ein maximales Warteintervall sollte zwei bis vier Wochen nicht überschreiten. Die Bürstenbiopsie sei bei richtiger Indikationsstellung ein probates Diagnosemittel (Leitlinie der DGZMK), da sie schnell, günstig und nicht invasiv sei. Im Befund würden die Verhornung des Epithels, Entzündungen, Mikroorganismen (ohne Charakterisierung) und dysplastische Zellen (ohne Graduierung) dargestellt. Zur Diagnose einer Kandidose sei die Bürstenbiopsie gut geeignet.

Psychosomatisch oder doch nur gebrechlich?

Um sich mit der Fragestellung des Vortrages von **PD Dr. Anne Wolowski** (Universität Münster i.W.) ausein-



Abb. 6 bis 8 Der Gesellschaftsabend im Restaurant Rossini mit den Comedian Harmonists.

anderzusetzen, müsse man sich zunächst darüber bewusst sein, dass die Schmerzschwelle im Alter ansteigt, die Schmerztoleranz jedoch sinkt (Abb. 4). Für den behandelnden Zahnarzt sei es daher entscheidend herauszufinden, was Befund ist und was Befinden, was Alter ist und was psychosomatisch. Dass dies nicht immer einfach ist, wurde anhand eines Fallbeispiels einer 62-jährigen Witwe veranschaulicht. In einer Odyssee geprägt von Trauer, Hungerstreik und unspezifischen Schmerzen wurden der Patientin über die Jahre alle Zähne extrahiert, Prothesen angefertigt, implantiert, explantiert und wieder im- und explantiert.

Um Derartiges zu vermeiden, seien eine genaue Diagnostik, die Rücksprache mit dem Hausarzt sowie das stete Aktualisieren der (Schmerz-)Anamnese unabdingbar. Auch das Nachfragen, was beim Abklingen der letzten Beschwerden half, kann Hinweise liefern, denn bei psychosomatischen Beschwerden wissen die Betroffenen dies oft nicht.

Im Umgang mit psychosomatisch erkrankten Menschen gibt es insgesamt drei Dinge zu beachten:

1. Verständnis: unsere Patienten simulieren nicht, sie erleben die Beschwerden wirklich und es bedarf unserer Hilfe.
2. Erklären und begleiten: partizipative Entscheidungsfindung; es gilt klare Ziele zu definieren und deutlich aufzuklären, welche Befunde bestehen und welche nicht.

3. Therapie: welche Behandlung ist möglich, welche überschreitet ggf. meine zahnärztliche Kompetenz?

Der Einstieg muss besprochen und Regelmäßigkeiten geschaffen werden. Der Patient darf auch ohne Beschwerden kommen.

Ist die Endodontologie im Alter sinnvoll und machbar?

Auch wenn sich die Geister scheiden, ab wann ein Mensch als alt einzustufen ist – die WHO spricht ab dem 65. Lebensjahr von alt, Psychologen sprechen bereits ab dem 45. Lebensjahr von einem geistigen Abstieg – so steht doch fest, dass bei Kindern sehr viel seltener Komplikationen bei endodontischen Behandlungen auftreten als im Alter. Darüber sprach **Prof. Dr. Claudia Barthel-Zimmer** (Universität Witten/Herdecke) zum Abschluss des ersten Kongresstages (Abb. 5).

Komplikationen durch altersspezifische Veränderungen selbst, durch Medikation (z. B. Glukokortikoide, Bisphosphonate o. ä.) oder Allgemeinerkrankungen (z. B. schlecht eingestellter Diabetes mellitus) und durch zahnspezifische Veränderungen (z. B. Kalzifikationen) können Einfluss auf den Behandlungserfolg nehmen. Uneinigkeit herrsche jedoch, wie sehr und inwiefern. Dem rein dentalen Problem der Kalzifi-

kationen ließe sich oft nur mit viel Geduld und Fingerspitzengefühl entgegenzutreten. Doch auch unter Zuhilfenahme verschiedener Hilfsmittel und Kniffe sei der Erfolg leider nicht immer garantiert. Entscheidend sei, ob eine Parodontitis apicalis vorliege, oder nicht. Bei Vorliegen einer solchen sei es zwingend notwendig, den Apex für die Ausheilung zu erreichen, ansonsten wäre eine Wurzelspitzenresektion oder letztlich doch die Extraktion anzustreben. Auch gelte es, die Belastbarkeit des betagten Patienten bei der Therapieentscheidung zu berücksichtigen. Beherzigt man diese beiden Punkte, achtet auf eine strenge Indikationsstellung und bietet einen Recall an, so stelle ein hohes Alter per se keine Kontraindikation für eine endodontische Behandlung dar.

Im Anschluss wurde beim Gesellschaftsabend im Restaurant Rossini weiterhin angeregt über fachliche Themen gesprochen, die Möglichkeit genutzt neue Kontakte zu knüpfen und der Musik der Comedian Harmonists gelauscht (Abb. 6 bis 8).

Reparieren von Füllungen

Am zweiten Kongresstag stellte **PD Dr. Tobias Tauböck** (Universität Zürich; Abb. 9) einleitend die Frage, wann eine Füllungsreparatur und in welchen Fällen eine Ersatzrestauration sinnvoll sei und zeigte Daten



Abb. 9 PD Dr. Tobias Tauböck.



Abb. 10 Prof. Dr. Wolfgang Maier.

(Setcos et al. Oper Dent, 2004 und Gordan et al. Oper Dent, 2009) wie Zahnärzte sich hierbei entscheiden. Der Großteil der Zahnärzte neigt dazu bei Sekundärkaries, Randspaltbildung, Zahnfraktur, Verfärbungen und partiellem Zahnverlust eine Ersatzrestauration anzufertigen. Zudem konnte gezeigt werden, dass Zahnärztinnen, Zahnärzte, die eine Kariesrisikoabschätzung durchführen und junge Zahnärzte minimalinvasiver vorgehen als männliche Zahnärzte, Zahnärzte, die keine Kariesrisikoabschätzung durchführen und ältere Zahnärzte.

Die **entscheidenden Fragen** für Herrn Dr. Tauböck sind in diesem Zusammenhang:

- Hätte ich mich ohne Vorhandensein des Teildefektes auch zu einer Erneuerung der gesamten Restauration entschieden?
- Führt meine Vorgehensweise zu einer verlängerten Lebensdauer der bestehenden Restauration?

Indikationen für eine Reparaturfüllung sieht er im partiellen Verlust der Restauration, bei Zahnhartsubstanzverlust angrenzend an Restaurationen (Fraktur), bei Randverfärbungen/-spaltbildungen, bei Restaurationen zum Trepanationsverschluss, bei Farb- und Formkorrekturen, bei Sekundärkaries und auch bei temporären Maßnahmen mit unsicherer Prognose des Zahnes oder der Pulpa. Dabei bezieht er sich auf Daten von Foitzik und Attin (Schweiz Monatschr Zahnmed, 2004), Wiegand et al.

(Quintessenz, 2005) und Frankenberger et al. (Quintessenz, 2010).

Bedingungen für eine Reparaturfüllung sind, dass eine vollständige Kariesentfernung sichergestellt und umfangreichere Maßnahmen vermieden werden können, dass der Teilbereich der Füllung gut zugänglich ist, die Alternativtherapie die Pulpa stark reizen oder den Zahn stark schwächen würde und dass durch die vollständige Entfernung der Restauration die Gesamtprognose des Zahnes nicht sicher erhöht bzw. die Versorgung nicht deutlich verbessert wird.

Im zweiten Teil seines Vortrags stellte Dr. Tauböck einen Leitfaden für eine erfolgreiche Füllungsreparatur mit Kompositmaterial vor.

Kompositfüllung reparieren:

1. Anrauen mit Rotring-Diamant oder Abstrahlen mit Al_2O_3 (50 μm , 2,8 bar, 90°) oder SiO_2 (CoJet, 30 μm silikatbeschichtetes Al_2O_3 , 2,8 bar, 90°)
2. Silanisieren (z. B. mit Monobond Plus, Ivoclar Vivadent, Schaan/Liechtenstein)
3. Komposit und geeignetes Adhäsivsystem inkl. Phosphorsäure anwenden
Dazu sollte man wissen, dass Komposite kompatibel sind.

Keramikrestauration reparieren:

- Glaskeramiken:
 1. Flusssäure (Cave: nicht mit Gewebe, Schmelz und Dentin in Kontakt bringen!) oder Silikatisieren/Abstrahlen mit Al_2O_3
 2. Silanisieren

- Oxidkeramiken:
 1. Silikatisieren
 2. Silanisieren oder Abstrahlen mit Al_2O_3 und Keramik-/Metallprimer

Amalgamrestaurationen reparieren:

- Die besten Haftwerte werden erreicht, wenn CoJet (3M ESPE, Neuss) in Kombination mit Silan und Opaker verwendet wird.
- Auch das Abstrahlen mit Al_2O_3 und Metallprimer in Kombination mit Opaker erreicht gute Werte.

Metallrestaurationen reparieren:

- Metallrestaurationen werden am besten wie Amalgamrestaurationen repariert.

Zum Schluss unterstrich der Redner, dass es sehr wohl erlaubt und zudem hilfreich sei, Füllungen zu reparieren – Reparaturfüllungen seien integraler Bestandteil eines nachhaltigen, minimal-invasiven Therapiekonzepts.

Demenz: Hilft die Gedächtnissprechstunde weiter?

Zu Beginn seines Vortrages ging **Prof. Dr. Wolfgang Maier** (Universität Bonn) darauf ein, dass zwar die altersspezifische Neuerkrankungsrate bei Demenz sinke, aber insgesamt die Zahl der Erkrankten zunehme, da die allgemeine Lebenserwartung steige und Demenz eine mit hohem Alter assoziierte Erkrankung sei (Abb. 10).

Demenzen werden in **vier Subtypen** unterteilt:

- Alzheimer (60–70 %)
- vaskuläre Demenz (20 %)
- Frontalhirndemenz (5 %)
- Parkinsondemenz (5 %)

Dabei könne die Alzheimerdemenz von der vaskulären Demenz oberflächlich nicht unterschieden werden, allerdings entstehe die vaskuläre Demenz meist sprunghaft durch einen Schlag-

anfall. Bei Frontalhirndemenz komme es häufig zu einer Veränderung der Persönlichkeit. Bei Parkinsondemenz entstehe die Demenz aus einer Parkinsonerkrankung.

Demenz wird definiert als Funktionsbeeinträchtigung für Handlungsplanungen und Orientierung, die zu einer Beeinflussung des Alltagslebens führt und progredient verläuft.

Bei der Alzheimerdemenz zeige sich in der dreidimensionalen Bildgebung eine Neurodegeneration in kognitiv relevanten Teilbereichen. Die ersten Symptome seien Zeichen einer jahrelangen exzessiven **Amyloidablagerung**. Im Amyloid-PET (Positronenmissionstomografie) werde deutlich, dass es sich hierbei um ein quantitatives Problem handle.

Im nächsten Teil seines Vortrags ging Herr Prof. Maier auf die Versorgung der Demenzkranken in Deutschland ein. 75 % von ihnen leben zuhause und werden in den meisten Fällen von weiblichen Angehörigen im dritten Lebensalter gepflegt. Nur 51 % der Neuerkrankungen werden vom Hausarzt erkannt und nur wenige bekommen frühzeitig Antidementiva. Um das zu verbessern, wäre eine bessere Vernetzung der vielfältigen gemeindenahen Angebote hilfreich.

In einem weiteren Teil seines Vortrags stellte der Redner das Konzept der **Gedächtnissprechstunde** vor. Diese könne helfen, bei Gedächtnisproblemen die echte Demenz von anderen Differentialdiagnosen zu unterscheiden. Bei Gedächtnisproblemen können auch Durchblutungsstörungen, Schilddrüsenfehlfunktionen und Depressionen die Ursache sein. Es werde eine umfassende Diagnostik durchgeführt, Patient und Bezugsperson werden ausführlich beraten. Zudem gäbe es eine Präventions- und Lebensstilberatung. Wichtig sei, dass eine solche Gedächtnisambulanz in die Struktur eines Allgemeinkrankenhauses mit neurologischer und psychiatrischer Kompetenz,

mit Zugang zu Bildgebung und mit sozialer Betreuung eingebettet sei.

Ein weiterer Aspekt in seinem Vortrag galt der **Lebensspannenperspektive** bei Evaluierung der Risikofaktoren. Als risikomindernd werden ein guter Bildungsstand (gilt als hohe Reservekapazität), gesunde Ernährung und körperliche Aktivität angesehen.

Zudem hält Herr Prof. Maier das Wissen um die Diagnose Demenz für wichtig, um intrafamiliäre Probleme zu reduzieren.

Zum Abschluss seines Vortrags ging er auf die Aspekte ein, die v. a. auch für Zahnmediziner interessant erscheinen:

- Aufgrund von neurodegenerativen Vorgängen komme es sehr häufig zu Schluckstörungen.
- Häufiger Zuckerkonsum durch gesüßte Getränke führe zu einem geringeren Hirn- und Hippocampusvolumen sowie zu schlechterer Gedächtnisleistung (Pase MP et al. Alzheimer's & Dementia, 2017).
- Parodontitis könne zu einer kognitiven Verschlechterung bei Alzheimer-Demenz führen (Ide M et al. PLOS ONE, 2016).

Tipps zur zahnmedizinischen Betreuung von Patienten mit Demenz

Referentin **Dr. Claudia Ramm** (Kiel) zeigte anhand der Daten aus der DMS V auf, dass pflegebedürftige ältere Senioren einen niedrigeren Kariesanierungsgrad aufweisen, seltener zahnärztliche Dienste in Anspruch nehmen, häufiger Hilfe bei der Mundpflege benötigen sowie häufiger an Zahnfleischbluten leiden und zudem häufiger zahnlos sind (Abb. 11).

Um diesem Status begegnen zu können, stellte sie das Entwicklungsunterstützungsprogramm „Marte Meo“ (wörtlich: aus eigener Kraft) vor. Dieses soll Fähigkeiten, die zu konstruktiver Interaktion und Entwicklung bei-



Abb. 11 Dr. Claudia Ramm.

tragen, aufzeigen und aktivieren. Dass dies auch im zahnärztlichen Kontext funktioniere, zeigte sie anhand eines Videos. Hier wurde aus einer ablehnenden Haltung zur Zahnpflege und dem ständigen „NEIN“ einer dementen Pflegeheimbewohnerin mit den richtigen Worten und Gesten ein „JA“.

Frau Dr. Ramm gab hilfreiche Tipps um sich in einen Menschen mit Demenz hineinzusetzen. Die Patienten erlebten Unsicherheit und fühlten sich unverstanden, deswegen bräuchten sie **Sicherheit**, das Gefühl gesehen zu werden und auch Schmerzfreiheit. Wichtig sei, dass man den Patienten positiv leite, ihm Struktur und Bindung als Eckpfeiler gäbe, ihm nonverbal und verbal ein gutes Gefühl vermittele und versuche mit den Augen des Patienten zu sehen.

Es sollte eine speziell auf den Patienten abgestimmte Befundaufnahme geben, die auch die zahnärztliche funktionelle Kapazität einschliesse. Zudem sollte ein **Therapiekonzept** auf Grundlage von Beobachtungen und unter Einbeziehung von vertrauten Personen ausgearbeitet werden. Eine Videoanalyse könne das gesamtzahnärztliche Team dazu nutzen, zu lernen, auf welches Vorgehen der Patient am besten anspreche. Um Sicherheit zu vermitteln, helfe es, Körperkontakt zu dem Patienten durch Auflegen der flachen Hand oder dem Unterstellen eines Fußes aufzubauen. Bei der Mundpflege sei es wichtig eine Routine zu entwickeln und es sei notwendig einen **Verantwortlichen** klar dafür festzulegen.



Abb. 12 und 13 Die Industrieausstellung.



Abb. 14 Richter Andreas Tscharn.

Auch Frau Dr. Ramm betonte nochmals, dass Schluckstörungen bei demenzten Patienten häufig auftreten.

Zum Abschluss ihres Vortrags stellte sie einen Ablaufplan für einen guten Umgang mit Menschen mit Demenz vor. Zunächst sollte die Versorgungsdiagnose gestellt, dann die Nachsorgekompetenz geklärt werden und zudem sollte bei Fortschreiten der Erkrankung rechtzeitig die Anpassung des Therapieplans erfolgen. **Kontinuität und Prävention** stellten für eine erfolgreiche zahnärztliche Betreuung den Schlüssel dar!

Die Pausen wurden von vielen Teilnehmenden genutzt, um sich in der Industrieausstellung über neue Produkte und Entwicklungen im Bereich der Seniorenzahnmedizin zu informieren (Abb. 12 und 13).

Das Betreuungsrecht in der zahnärztlichen Praxis

Richter Andreas Tscharn (Amtsgericht Wuppertal) referierte zum Betreuungsrecht (Abb. 14). Wenn ein Patient aufgrund seines reduzierten Allgemeinzustandes, bedingt durch psychische Krankheit oder eine körperliche/geistige/seelische Behinderung, nicht mehr in der Lage ist, seinen freien Willen zu äußern, bzw. einer Behandlung zuzustimmen oder diese abzulehnen, benötigt er einen rechtlichen Betreuer.

- Gegen den freien Willen des Volljährigen darf ein Betreuer nicht bestellt werden.
- Ein Betreuer darf nur auf Antrag des Volljährigen bestellt werden, es sei denn, dass dieser seinen Willen nicht kundtun kann.

Herr Tscharn klärte in seinem Vortrag zunächst, wie ein solches gerichtliches Betreuungsverfahren eingeleitet wird:

- Jeder kann eine Betreuung anregen, auch der behandelnde Arzt, wobei dieser dabei seine ärztliche Schweigepflicht unbedingt wahren muss.
- Adressat der Anregung eines solchen Verfahrens sind das örtliche Amtsgericht und die jeweilige Betreuungsstelle des Landkreises.
- Grundlage dafür sind eine ärztliche Stellungnahme, die gerichtliche Anhörung der jeweiligen Betreuungsstelle und ganz besonders die persönliche Anhörung des Betroffenen durch das Gericht.

Des Weiteren ging er der Frage nach, wie ein Betreuer sein Amt ausüben sollte:

Der Betreuer hat die Angelegenheiten des Betreuten so zu besorgen, wie es dessen Wohl entspricht. Zum Wohl des Betreuten gehört auch die Möglichkeit, im Rahmen seiner Fähigkeiten sein Leben nach seinen eigenen Wünschen und Vorstellungen

zu gestalten. Des Weiteren hat der Betreuer den Wünschen des Betreuten zu entsprechen, soweit dies dessen Wohl nicht zuwiderläuft und dem Betreuer zuzumuten ist. Wichtige Angelegenheiten müssen zunächst mit dem Betreuten besprochen werden, es sei denn, dies läuft dem Betreuten zuwider.

Abschließend stellte er die Frage in den Raum, wie im Gegensatz zur zivilrechtlichen die strafrechtliche Sichtweise der Dinge sei: „Wer eine andere Person körperlich misshandelt oder an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“

Das bedeute, wenn ein Betreuer seinem Betreuten absichtlich Schaden zufügt – sei es die Beibringung eines körperlichen Schadens durch Gift, mit einer Waffe oder einer lebensgefährlichen Behandlung – wird strafrechtlich verfolgt. Geschieht eine derartige Beibringung mit Einwilligung des Geschädigten, handelt der Verantwortliche nur dann rechtswidrig, wenn die Tat trotz der Einwilligung „gegen die guten Sitten verstößt“. Übertragen auf den täglichen Praxisalltag bedeutet dies, dass der Patient im Normalfall zuvor einer Behandlung zustimmt. Sollte dies nicht mehr möglich sein, dann obliegt es dem Betreuer, diese Entscheidung für den Betreuten zu treffen. Eine Ausnahme hierbei ist die Notfallsituation, in der akuter Behandlungsbedarf besteht.

Besonderheiten bei der Arzthaftung bei gebrechlichen Patienten

Laut **Richterin Juliane Schrader** (Landgericht Düsseldorf ; Abb. 15) gibt es seit 2013 keine wesentlichen Neuerungen bei der Arzthaftung. Das bedeutet: Der Behandlungsvertrag schuldet einen „allgemein fachlich anerkannten Behandlungsstandard“. Leitlinien und Empfehlungen der Fachliteratur sind zu entsprechen. Sowohl der Behandler als auch der Patient sollten zur Durchführung der Behandlung zusammenwirken. Des Weiteren bestehen sogenannte Informationspflichten, die nicht rechtliche Aspekte berücksichtigen. Es bestehe die Pflicht über Diagnose, voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, Therapie und entsprechende zu ergreifende Maßnahmen zu informieren.

Das Vertragsverhältnis zwischen Arzt und Patient entspricht einem Dienstvertrag. Dieser beinhaltet grundsätzlich keine Pflicht, einen bestimmten Erfolg herbeizuführen und stellt damit das Gegenteil zum sogenannten Werkvertrag, der eine Erfolgshaftung beinhaltet, dar. Ein Beispiel für einen solchen Werkvertrag aus dem zahnärztlichen Alltag ist das Vertragsverhältnis zwischen Zahnarzt und Zahntechniker, wobei der Zahntechniker verpflichtet ist, einen bestimmten Erfolg herbeizuführen.

Was ist ein Behandlungsfehler und wann ist dieser erfüllt, bzw. nicht erfüllt?

Ein Behandlungsfehler ist ein Verstoß gegen den allgemein fachlich anerkannten Behandlungsstandard, wobei die Pflicht des Arztes darin besteht, die konkreten Behandlungsvoraussetzungen zu prüfen und die Behandlung daran auszurichten.

Das bedeutet, die individuelle Situation des Patienten, physisch sowie psychisch zu bewerten – hierzu gehört die Information über Vorerkrankungen, Mobilität, Medikamenteneinnahme



Abb. 15 Richterin Juliane Schrader.



Abb. 16 Prof. Dr. Dr. Dr. Dominik Groß.

und psychische Erkrankungen – sowie die Infrastruktur zu gewährleisten. Es sollte die Möglichkeit bestehen auf vorhersehbare Komplikationen zu reagieren. Das Behandlungsumfeld sollte die speziellen technischen Behandlungsvoraussetzungen, die erforderliche Assistenz, Hygienevoraussetzungen etc. aufbieten.

Generell sind immer die Prognose des Arztes und die individuelle Beurteilung Hauptbestandteil, dennoch ist das Verschulden an sich Haftungsvoraussetzung.

Der ärztliche Eingriff ist aus rechtlicher Sicht grundsätzlich eine Körperverletzung. Die Einwilligung des Patienten beseitigt erst die Rechtswidrigkeit des Eingriffs.

Voraussetzungen sind die Einwilligungsfähigkeit sowie die Disponibilität und es darf kein Einwilligungsmangel (Unkenntnis über die wesentlichen Umstände) bestehen. Hauptkonflikt dabei ist die Gewährleistung effizienter medizinischer Abläufe versus der Sicherung einer umfassenden Aufklärung.

Hierfür gibt es keine besonderen gesetzlichen Regelungen. Wichtig ist jedoch die schriftliche Dokumentation bzw. Aufklärung des jeweiligen Patienten.

Senioren – eine vulnerable Patientengruppe?

Prof. Dr. Dr. Dr. Dominik Groß (RWTH Aachen) betrachtete in seinem Vortrag

die Seniorenzahnmedizin aus ethischer Perspektive (Abb. 16). Dabei bestand seine Ausgangsthese darin, dass „der Umgang mit betagten Patienten nicht per se ethisch herausfordernd ist. Mit dem Lebensalter steigt die Vulnerabilität für ethisch herausfordernde Situationen“ jedoch an.

Doch was bedeutet der Begriff vulnerabel? Er beschreibt Kranke, die als besonders verwundbar und schutzbedürftig gelten, beziehungsweise einer besonderen Aufmerksamkeit und zahnärztlichen Fürsorge bedürfen.

Definieren kann man diesen Begriff abhängig von dem Betrachtungswinkel. Beispielweise aufgrund des Krankheitsstatus (schwerstkranken Patienten) oder der rechtlichen Voraussetzungen (Minderjährige, Patienten mit eingeschränkter Entscheidungsfähigkeit) oder aber auch aus sozialen Gründen (Patienten mit einem Abhängigkeitsverhältnis, das ihre Selbstbestimmung einschränkt).

Ein weiterer Gegenstand seiner Betrachtung war die Altersdiskriminierung, z. B. im zahnärztlichen Alltag, wenn dem betagten Patienten beispielweise eingeschränkte oder gar fehlende Entscheidungsfähigkeit unterstellt und der Betroffene dadurch faktisch unzureichend in die Behandlungsentscheidung eingebunden wird. Im Zuge dessen präsentierte Herr Prof. Groß eine Befragung, die die Grundhaltung der Bevölkerung in Deutschland zum Thema Altersdiskriminierung untersuchte. Diese



Abb. 17 ZA Ulrich Pauls.



Abb. 18 Prof. Dr. Matthias Kern.

Umfrage zeigte sehr deutlich, dass die überwiegende Mehrheit die Begrenzung des medizinischen Leistungsangebots aufgrund des Alters ablehnt.

Medikamente und Senioren: was nun?

In seinem Vortrag stellte **ZA Ulrich Pauls** (Ahaus) sein Computerprogramm „Medikamenten-Info für Zahnärzte“, kurz MIZ, vor und erläuterte, warum Medikamente bzw. Polypharmazie heutzutage jeden Zahnarzt betreffen (Abb. 17).

Die Polypharmazie, in Europa definiert als die Einnahme von fünf und mehr Medikamenten, nimmt aufgrund des demographischen Wandels zu. Laut Krankenkassen besteht sie bei 61,5 % der über 65-Jährigen. Die Software MIZ helfe dem Zahnarzt bei den drei wichtigsten Fragen:

1. Welche Erkrankung hat der Patient?
2. Für die Anamnese ist sowohl der Anamnesebogen als auch ein Anamnesegespräch essenziell. Eine Indikationsliste von Medikamenten kann hier ebenfalls sehr nützlich sein.
3. Welche zahnärztlich relevanten Nebenwirkungen sind zu erwarten? Zahnärztlich relevante Nebenwirkungen:
 - die sich im Bereich der für die Zahnmedizin relevanten oder unmittelbar angrenzenden ana-

tomischen Strukturen auswirken (z. B. Gingivahyperplasie, Stomatitis, Angioödem, Myopathie etc.),

- die zu Verwechslungen mit typischen zahnärztlichen Diagnosen führen oder Diagnosen verschleiern können (z. B. Sinusitis, Ohrenschmerzen, Angioödem, Geschmacksveränderungen etc.),
 - die das Ergebnis zahnärztlicher Behandlung beeinflussen (z. B. Mundtrockenheit, Blutung) und
 - die die Notwendigkeit verstärkter Vorsorgemaßnahmen begründen können (z. B. Mundtrockenheit).
4. Welche Wechselwirkungen muss ich bei meinen angewendeten/verschriebenen Medikamenten bedenken?

Bei MIZ kann nun die Medikamentenliste des Patienten eingegeben werden, woraufhin das Programm eine Tabelle mit den zahnärztlich relevanten Informationen erstellt. In vier Kategorien werden Wirkstoff(-gruppe), Indikation, unerwünschte Wirkungen (farbcodiert nach Häufigkeit), sowie eine Liste von Wirkstoffen mit zu erwartenden Interaktionen dargestellt. Dies erleichtere es den Zahnärzten, sich im schwierigen Gebiet der Pharmakologie zurechtzufinden, ersetze aber nicht das eigene Denken und die zahnärztliche Fachkompetenz. MIZ stelle ebenfalls keine „rote Liste“ dar

und überprüfe auch nicht die Interaktionen der Medikamente auf der Liste untereinander.

Die Software „Medikamenten-Info für Zahnärzte“ ist als kostenlose Testversion sowie als Gesamtversion für 60 EUR/Jahr erhältlich.

Prothetische Behandlungskonzepte am Übergang von fit zu gebrechlich zu pflegebedürftig

Prof. Dr. Matthias Kern (Universität Kiel) zeigte anhand eindrücklicher Bilder diverse Behandlungskonzepte, die nicht immer den gängigen Konventionen entsprechen, sowie wissenschaftliche Daten zu Erfolgs- und Überlebensraten dieser Konzepte und zur Mundgesundheits von Senioren (Abb. 18).

Zu Anfang wurde betont, dass der Übergang von fit zu pflegebedürftig kontinuierlich sei; Gebrechlichkeit sei ein Übergangsstadium. Unter Berücksichtigung der zahnmedizinischen funktionellen Kapazität diene die prothetische Versorgung im Alter der Wiederherstellung der durch Zahnverlust eingeschränkten orofazialen Funktionen (z. B. Kaufunktion, Phonetik, Ästhetik), der Vermeidung weiterer Zerstörung sowie negativer Auswirkungen auf den Körper (z. B. Mangelernährung und soziale Vereinsamung). Bei der prothetischen Versorgung von Senioren sollte die Adaptation erleichtert, sowie auch prospektiv geplant werden. Dabei böten sich auch minimalinvasive Lösungen an.

Die Pflegebedürftigkeit bei jüngeren Senioren sei relativ gering und viele seien bis ins hohe Alter voll belastbar. Für Senioren sei auch die Ästhetik durchaus wichtig. So leiden laut einer Studie (Locker et al., 2003) fast 25 % der 87-Jährigen unter ihrem dentalen Erscheinungsbild. Prof. Kern zeigte Lösungen mit ad-



Abb. 19 Dr. Cornelius Haffner.



Abb. 20 Dr. Dirk Bleiel.



Abb. 21 Dr. Elmar Ludwig.

häsiven Attachments für abnehmbaren Zahnersatz, die die typischen sichtbaren Klammern einer Modellgussprothese umgehen und durchaus gute Überlebensraten zeigen. Einflügelige Adhäsivbrücken für Front und Prämolaren aus Zirkonoxidkeramik haben ebenfalls eine Überlebensrate von 91,1 % und böten sich somit als minimalinvasive Alternative zum Implantaten an. Die pflegebedürftigen Senioren hingegen brächten ihre eigenen Herausforderungen mit. Bei Menschen mit Demenz sollte der Zahnersatz in erster Linie einfach, ausreichend stabil, gut reinigbar und erweiterbar sein. Hier könne eine offene Parodontalraumgestaltung bei Teilprothesen die Reinigung mit Interdentalbürsten bei eingesetzter Prothese ermöglichen. Es gäbe auch die Möglichkeit, Führungsflächen für Interdentalbürstchen einzuarbeiten oder extra „Putzschienen“ für Deckprothesenpfeiler anzufertigen. Gehen Pfeiler verloren, ermögliche ein Implantat das weitere Funktionieren der bestehenden Versorgung.

Trotz sinkender Zahlen sind noch immer viele Senioren zahnlos. Bei Zahnlosigkeit im Unterkiefer sei es möglich, durch ein mittiges Unterkiefer-Einzelimplantat den Prothesenhalt zu verbessern, wenn die üblichen zwei intraforaminalen Implantate nicht infrage kämen. Eine Studie zum Thema ergab bei Spätbelastung eine Überlebensrate von 98,5 % nach zwei Jahren.

Prävention in der Pflege – ein Widerspruch?

Die Prävention habe, so **OA Dr. Cornelius Haffner** (Universität München) in seinem Vortrag zum Thema Prävention, in der Form eines 4-Säulen-Modells sowohl Primär-, Sekundär- als auch Tertiärmaßnahmen zu berücksichtigen (Abb. 19).

Erste Säule der Prävention sei die Instruktion der Pflegekräfte. Zu diesem Zwecke seien schon verschiedene Lehrunterlagen (z. B. auch eine Mundpflegebox für Pflegekräfte) und Mundpflegeveranstaltungen vorhanden. Darauf folge, als zweite Säule, die Prophylaxe am Bett des Patienten. In der Umsetzung bedeute dies, den Patientenmund unter Einbezug der Pflege zu „screenen“ und eine zahnärztliche Information und Pflegeanleitung abzugeben. Dritte Säule der Prävention bedeute „Prophylaxe“, ein Konzept der aufsuchenden Betreuung, anzubieten, welches entsprechende Maßnahmen ermögliche. Die Koordination als vierte Säule runde das 4-Säulen-Modell ab. Zu berücksichtigen sei, in der konkreten Einrichtung eine „Kultur der zahnmedizinischen Versorgung“ zu schaffen. Dies bedeute, wegzukommen von einer Akutversorgung, hin zu einer regelmäßigen aufsuchenden präventiven Betreuung und Umsetzung.

In der Ausführung bedeute Prävention, so Haffner weiter, dass von der aktuellen Tertiärprävention hin zu einer Primärprävention gearbeitet

werden müsse. Bei der Sekundärprävention zeige sich, dass gerade in der Pflege Prävention Sinn mache, denn bei einem Abdriften der Pflegeleistungen im Mundbereich entstehe aus parodontaler Sicht schnell ein 100%iger Behandlungsbedarf. Um eine vernünftige Prävention auf die Beine zu stellen, sei unbedingt das betreuende Umfeld miteinzubeziehen, die Verantwortlichen seien zu definieren und auszubilden, Qualitätsstandards zu setzen und schlussendlich müssten die Ausführenden auch in die Lage gebracht werden, die grundlegenden Maßnahmen bei vorgegebener Zeit auszuführen. Abschließend erwähnte OA Haffner, dass Prävention nicht nur (ökonomische) Vorteile mit sich bringe, sondern auch – durch den aktuell hohen Pflegebedarf in den Einrichtungen oder wenn das Umfeld nicht mitspielt – ein Potenzial zum Scheitern.

Wie organisiere ich einen Konsildienst in einer Pflegeeinrichtung?

Drei Seniorenzahnmediziner, **Dr. Dirk Bleiel** (Rheinbreitenbach; Abb. 20), **Dr. Elmar Ludwig** (Ulm; Abb. 21), und **ZA Hansmartin Spatzier** (Berlin; Abb. 22) berichteten von der Umsetzung der aufsuchenden Betreuung im Rahmen ihrer privatärztlichen Tätigkeit.

Dr. Ludwig beleuchtete in seinem Vortrag die Einsatzgebiete, die Mög-



Abb. 22 ZA Hansmartin Spatzier.



Abb. 23 Prof. Dr. Christoph Benz.

lichkeiten und den Abgrenzungsbedarf der aufsuchenden Betreuung um sowohl menschlich, ressourcenschonend als auch wirtschaftlich gut arbeiten zu können. Im Rahmen der aufsuchenden Tätigkeit sei es relevant eine Patientenselektion vorzunehmen: mobile Patienten, welche eine ortsgebundene Praxis noch aufsuchen könnten, seien bevorzugt in der Praxis zu betreuen. Für gebrechliche Patienten sei dieses Vorgehen aber weder sicher noch kostengünstig, daher sei mithilfe eines extrem strukturierten Vorgehens dafür zu sorgen, Patienten vor Ort in der Einrichtung zu betreuen. Dr. Ludwig setzt sein Konzept im Rahmen eines Kooperationsvertrages (www.lz-kbw.de) mit zwei separaten Terminen für eine Pflegeschulung, einer Kontrolluntersuchung, der frühzeitigen Terminplanung, einem strukturierten Plan für die Materialvorbereitung, einer Reihenuntersuchung sowie einer ausführlichen Dokumentationssystematik mit Mundhygieneplan für jeden besuchten Bewohner um. Die Mundhygienachkontrolle eine Woche nach Anleitung der Pflegekräfte gehöre selbstverständlich dazu.

Oftmals sei der limitierende Behandlungsfaktor für das effiziente Arbeiten in der aufsuchenden Betreuungssituation nicht die Ausrüstung (z. B. die mobile Einheit) sondern viel eher die „Barrierefreiheit im Kopf“ und der Patient selber. Sind Behandlungen zu aufwendig, zu kritisch, zu invasiv oder

zu fragwürdig, empfiehlt der Referent ohnehin, diese in der ortsgebundenen Praxis auszuführen. Ziel seines Praxiskonzeptes sei die „Prävention von der Wiege bis zur Bahre“ durchzuführen.

Der letzte Referent aus der Reihe, Zahnarzt Hansmartin Spatzier (Berlin) berichtete über die Umsetzbarkeit der lebenslangen präventiven Versorgung mittels aufsuchender Betreuung. Durch Implementierung eines durchdachten Praxiskonzeptes, der differenzierten Kombination verschiedener Versorgungsstrukturen (z. B. aufsuchende Betreuung in häuslicher Umgebung und in der Einrichtung, ortsgebundene Zahnarztpraxis, ambulante Chirurgie und Versorgungszentren) bestehe durchaus die Möglichkeit dem Senioren eine lückenlose Versorgung anzubieten, was auch ökonomischen Aspekten gerecht werde. In der Umsetzung bedeute dies, die Abläufe, die Ausrüstung, das Betreuungskonzept, die verschiedenen Aufgaben und Verantwortlichkeiten festzulegen.

Anhand eines eindrucklichen Beispiels aus der eigenen Praxis wurde dargestellt, welche Herausforderungen die Zusammenarbeit mit den Einrichtungen mit sich bringen, und wie diese gelöst werden können. Auch hier, wie schon durch OA Dr. Haffner im Referat zur Prävention angesprochen, gelinge Prävention erst durch ein koordiniertes Zusammenspiel der verschiedenen Akteure. Andernfalls können die Ziele der

Prävention in einer Einrichtung nicht erreicht werden. In diesem Falle, so Zahnarzt Spatzier abschließend, müsse auch die Beendigung eines Kooperationsvertrages in Betracht gezogen werden. Denn wo in der Einrichtung kein präventionsorientierter Gedanke vorhanden sei und die erforderlichen Mittel für die Umsetzung nicht bereitgestellt würden, könne zum Leid des Patienten keine starke zahnmedizinische Versorgung ohne Verluste für alle kooperierenden Partner umgesetzt werden.

Senioren – sollten sie ein Thema für jeden Zahnarzt sein?

Zum Abschluss der Tagung bot **Prof. Dr. Christoph Benz** (Universität München) einen Rundumblick über den versorgungspolitischen Stand zum Thema Seniorenzahnmedizin (Abb. 23). Im Vergleich zu früheren Untersuchungen (DMS IV) sei ein neuer Trend hinsichtlich einer leichten Zunahme der moderaten und einer deutlichen Abnahme der schweren Parodontitis bei jüngeren Senioren auszumachen. Auch hier ein Appell an die Berufsgruppe die spezifischen Risikofaktoren für schwere Parodontitis von Menschen im Alter (65–74 Jahre: beschwerdeorientiertes Inanspruchnahmeverhalten, hoher BMI, Rauchen; 75–100 Jahre: beschwerdeorientiertes Inanspruchnahmeverhalten, Zahnpflege < 2mal/Tag, Pflegeheim) zu berücksichtigen: Ein parodontales Screening sei bei jedem Senior Pflicht. In Anbetracht der noch ungenügenden Verbesserung des Zahnputzverhaltens bedürfe es immer noch einer beherzten Anstrengung der gesamten zahnärztlichen Kollegenschaft bei der Umsetzung der Prävention in der Zahnarztpraxis und der aufsuchenden Betreuung, um Senioren adäquat zu versorgen. Der



Abb. 24 Das Auditorium während der Vorträge (Foto: Dr. A. Stillhart).

Referent betonte dabei, dass nicht die Rede davon sei, neue Berufsgruppen ohne ärztliche Kompetenzen in der Prävention zu entwickeln, um die Leistungen abzudecken, sondern, dass das beherzte Engagement aller zahnärztlichen Kollegen gefragt sei. Denn, so Prof. Benz, der am stärksten wachsenden und besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppe der Senioren könne nur eine gesunde Delegation, nicht aber eine Substitution von ärztlichen Leistungen (Screenings, Hausbesuche, Schmerzbehandlung, PZR ohne Aufsicht) an hierfür nicht geeignetes Personal gerecht werden.

Die Schlussworte dieser ereignisreichen und anregenden Tagung fanden Herr Dr. Hans Roger Kolwes und Frau Prof. Dr. Ina Nitschke. Sie bedankten sich für die Organisation und auch bei den Anwesenden, die letztendlich diese Tagung erst ermöglichten (Abb. 24). Man freut sich allgemein auf ein Wiedersehen. Es bleibt der Dank den vielen Kolleginnen und Kollegen, die mit ihrem Einsatz und Engagement die zahnmedizinische Versorgung von multimorbiden Senioren ermöglichen und einen wichtigen Teil zum Erhalt unserer Solidargemeinschaft leisten.

Bildnachweis: Alle Abbildungen stammen von Dr. R. Kolwes.

ZÄ Aylin Altan
ZÄ Clara Denkler
Dr. med. dent. Moritz Feiertag
ZÄ Gianna Herrmann
ZÄ Lea Krueger-Janson
Dr. med. dent. Julia Kunze
Dr. med. dent. Benedikt Maas
Prof. Dr. Ina Nitschke, MPH
Dr. med. dent. Angela Stillhart

Klinik für Allgemein-, Behinderten- und Seniorenzahnmedizin, Zentrum für Zahnmedizin, Universität Zürich, Plattenstrasse 11, 8032 Zürich, Schweiz