



Klaus-Peter Wefers, Ina Nitschke

Ihre Partner in der Senioren Zahnmedizin

Die Deutsche Gesellschaft für Alters Zahn Medizin

Der Erfolg – sagt man – habe viele Väter! Aber ganz so viele waren es eigentlich nicht, als sich die Fachgesellschaft im Jahre 1990 zunächst in Form eines wissenschaftlichen Arbeitskreises gründete.

Historisches

Im ausgehenden 20. Jahrhundert war die deutsche Zahnmedizin im Großen und Ganzen noch auf die vier klassischen Kerndisziplinen (Zahnerhaltung, Zahnersatz, Kieferchirurgie, Kieferorthopädie) ausgerichtet. Nur wenige Universitäten erlaubten neben Lehrstühlen dieser vier Kategorien weitere fachliche Differenzierungen. Besonders weitsichtig war man an der Universität Gießen, wo es bereits sehr frühzeitig neben den klassischen Ordinarien unabhängige Abteilungen für Kinderzahnheilkunde, Parodontologie und Oralchirurgie sowie eine eigene Professur für Endodontie gab. So erhielt Dr. Wefers mit seiner Ernennung zum Oberarzt der Abteilung für Zahnärztliche Prothetik die Erlaubnis, eine eigene Forschungsstelle für Alterszahnmedizin einzurichten.

Es erschien damals sinnvoll, zunächst zu ermitteln, welche anderen Arbeitskreise und Initiativgruppen sich in Deutschland mit zahnärztlich-geriatrischen und -gerontologischen Fragestellungen befassten. Nennenswerte Aktivitäten fanden sich an den Universitäten Berlin (Zahnklinik Nord: Prof. Dr. Meyer/Dr. Nitschke), Göttingen (Dr. Huber), Würzburg (Dr. Stark), bei der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe (Dr. Banger) und am Stadtgesundheitsamt Bochum (Dr. Mizgalski). Um die Aufgaben und Leistungen besser

koordinieren zu können, wurden diese Arbeitsgruppen und weitere Interessierte über die Präsidenten der Zahnärztekammern und Universitätsdekane mit zahnmedizinischer Ausbildung zu einer Koordinierungssitzung am 06.07.1990 in die Universität Gießen eingeladen.

Etwa 18 Vertreter unterschiedlichster Initiativgruppen kamen überein, zunächst eine bundesweite wissenschaftliche Arbeitsgemeinschaft zu gründen. Als gemeinnütziger Verein entstand so der Arbeitskreis für Gerostomatologie e. V. (AKG), dem die Landes Zahnärztekammer Hessen auf Betreiben ihres damaligen Behindertenbeauftragten und späteren Präsidenten Dr. Witzel und der Verein für Zahnhygiene e. V. unter Herrn Römer als korporative Mitglieder beitraten.

Als Aufgaben des AKG wurden festgelegt:

- Die Förderung der gerostomatologischen Forschung,
- die Vertretung, Vermittlung und Verbreitung der Forschungsergebnisse im In- und Ausland,
- die Förderung der zahnärztlichen Fortbildung auf dem Gebiet der Gerostomatologie und
- die Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Vereinigungen, Arbeitsgemeinschaften und Gesellschaften des In- und Auslandes.

Dazu wurden Projekt- und Regionalgruppen gebildet, und es entwickelte

sich im Laufe der Jahre eine enge Zusammenarbeit mit Körperschaften und Vereinigungen über den Tellerrand der Zahnmedizin hinaus. Jahrestagungen fanden oft in zeitlicher und räumlicher Nähe mit der Koordinierungskonferenz der Referenten für (Alters- und) Behindertenzahnheilkunde der Bundeszahnärztekammer statt. International wurde der AKG 1994 durch das European College of Gerodontology (ECG) als die nationale „Partnergeseellschaft“ anerkannt.

Am 11.09.2000 assoziierte sich der Arbeitskreis für Gerostomatologie e. V. mit der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK). Ihr damaliger Präsident, Prof. Dr. Dr. Wagner, unterstrich mit diesem Schritt die Bedeutung der Gerostomatologie sowohl in wissenschaftlicher als auch berufspolitischer Hinsicht. 1996 wurde der AKG Mitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO).

Im Jahre 2002 wurde unter Mitwirkung des AKG der Dachverband der Gerontologischen und Geriatriischen Wissenschaftlichen Gesellschaften Deutschlands (DVGG) gegründet. Diese Gründung entsprang dem Wunsch nach einer Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit der Fachleute auf dem Gebiet der Alternforschung, der Verbesserung des Dialogs mit der Politik und einer machtvolleren Vertretung der Anliegen älterer Menschen in der Öffentlichkeit.

Da die Zahl der Mitglieder des AKG im Laufe der Zeit stark anstieg und diese sich inzwischen aus allen Bundesländern rekrutieren, firmiert unsere Fachgesellschaft seit 2006 als Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin e. V. (DGAZ). Die DGAZ ist durch einen Freistellungsbescheid vom Finanzamt Göttingen als gemeinnützig eingestuft und von der Körperschafts- und Gewerbesteuer befreit. Sie ist berechtigt, für Spenden, die sie zur Verwendung für satzungsgemäße

Zwecke erhält, Zuwendungsbestätigungen nach amtlich vorgegebenem Vordruck auszustellen.

Seit 2008 führt die DGAZ eine qualifizierende Fortbildung für Zahnärzte zum Spezialisten für Seniorenzahnmedizin durch. Darüber hinaus können deren Praxen – sofern sie seniorengeeignet eingerichtet sind – eine spezielle Zertifizierung erhalten.

Der derzeitige Vorstand besteht mit Prof. Dr. Nitschke, MPH (Präsidentin), Prof. Dr. Benz (Vizepräsident), ZA Spatzier (Schriftführer) und Dr. Bleiel (Schatzmeister) aus qualifizierten Wissenschaftlern und spezialisierten Praktikern, was die enge Verbindung von Forschung und Anwendung versinnbildlicht. In Verbundenheit mit der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, der Deutschen Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien sowie der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie leistet die DGAZ ihren Beitrag zur „Geriatrisierung der medizinischen Disziplinen“ durch Aus-, Fort- und Weiterbildung, wie es von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gefordert wird. Heute richtet sich der gesellschaftliche Fokus immer mehr auf den dritten, vierten und fünften Lebensabschnitt. Das Erreichen des Rentenalters wird von vielen Senioren nicht mehr als Endzeit aufgefasst, sondern als Chance gesehen, sich das weitere Leben bei bestmöglicher Gesundheit angenehm zu gestalten. Das Hinauszögern einer instabilen Lebensphase ist dabei nicht nur für die alten Menschen selbst erstrebenswert, sondern liegt auch im gesamtgesellschaftlichen Interesse, zumal die Sozialversicherungssysteme bereits heute bis an die Grenzen belastet sind.

Die DGAZ versteht sich in dieser Hinsicht als Ansprechpartner für Wissenschaftler, Politiker und Ökonomen sowie für alle gesellschaftlichen Gruppen, die an der Sicherung und Erhaltung der Lebensqualität im Alter be-

teiligt sind. Neben der Behandlung von Mundkrankheiten ist auch die orale Prävention bei älteren und alten Menschen ein Themenschwerpunkt. Für die Sicherung ihrer Lebensqualität und für ihre angemessene Ernährung ist es unablässig, die Kaufunktion zu erhalten und der Phonetik und Ästhetik Beachtung zu schenken. Die (zahnmedizinische) Betreuung verlangt dabei eine besondere Aufmerksamkeit: Mehr und mehr alte Menschen sind auf Hilfe- und Pflegeleistungen angewiesen.

Die DGAZ hat in den letzten Jahren belastbare Konzepte für die aufsuchende, mobile Zahnmedizin entwickelt, um auch institutionalisiert lebende Patienten einer zahnmedizinischen Betreuung zuzuführen. Die DGAZ hilft, Versorgungsprozesse zu optimieren, und bietet allen an der Betreuung von älteren Menschen beteiligten Berufsgruppen sowie deren Angehörigen Hilfestellung zu einer effizienten und umfassenden mundgesundheitslichen Betreuung dieser Patientengruppe an.

Spezifische Fortbildung in der Seniorenzahnmedizin

Ein Spezialist ist jemand, der auf einem bestimmten Fachgebiet über umfangreiches Wissen und/oder über besondere Fähigkeiten verfügt. Im medizinischen Bereich gilt die Bezeichnung Spezialist als die höchste Stufe der fachlichen Fort- und Weiterbildung. Die Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ) vermittelt in Anbetracht der älter werdenden Bevölkerung und des wachsenden Anteils Pflegebedürftiger sowohl theoretisches Rüstzeug als auch die kompetente Anwendung in und außerhalb der Praxis.

Die DGAZ bietet dazu zwei Qualifikationslevel an:

- Level 1 – Die Bezeichnung „Zertifizierter Zahnarzt der DGAZ“. Sie wird nach dem erfolgreichen Abschluss eines von der DGAZ zertifizierten Curriculums verliehen.

- Level 2 – Die Bezeichnung „Spezialist für Senioren ZahnMedizin der DGAZ“. Diese wird nach dem erfolgreichen Abschluss eines definierten Zertifizierungsprozesses verliehen.

Level 1: „Curriculum Alters Zahnmedizin – Pflege“ und „Curriculum Senioren Zahnmedizin“

In Zusammenarbeit mit der Akademie Praxis und Wissenschaft (APW) in der DGZMK bietet die DGAZ seit 2007 eine qualifizierende Fortbildung in Form des „Curriculum Alters Zahnmedizin - Pflege“ und ab 2018 das „Curriculum Senioren Zahnmedizin“ an. Die insgesamt 72 Stunden umfassende Fortbildung setzt sich aus einer geschlossenen Folge von acht Modulen zusammen, die in zwei Blöcken abgehalten werden: An zweimal vier aufeinanderfolgenden Tagen (jeweils mittwochs bis samstags) vermitteln kompetente multidisziplinäre Fachvertreter der modernen Senioren Zahnmedizin ihr Wissen und Können zu spezifischen Themen. Ein fakultatives Kolloquium am Sonntag nach dem zweiten Block schließt den Fortbildungsparcours ab.

Nach der erfolgreichen Teilnahme an dem Curriculum können Mitglieder der DGAZ im beruflichen Auftritt den Titel „Zertifizierter Zahnarzt der DGAZ“ führen.

Inhalte des Curriculums

Tag 1

(Einführung, Altersveränderungen, Alterserkrankungen)

Neben der Darstellung des Selbstverständnisses der DGAZ wird auf die Notwendigkeit und Aufgaben der Alters Zahnmedizin eingegangen, die sich aus dem demographischen Wandel und den physiologischen Alterungsveränderungen ergeben. Hinzu kommen psychologische Aspekte des Alterns sowie altersbedingte Erkrankungen und Behinderungen.

Tag 2

(Geriatrisches Assessment, Altersveränderungen im Mund, Gero-Parcours)

Es wird ein erstes geriatrisches Assessment mit praktischen Übungen vorgestellt. Des Weiteren werden Besonderheiten der medizinischen und Zahnmedizinischen Pharmakotherapie im Alter thematisiert. Die Zahnmedizinische Epidemiologie und physiologische Altersveränderungen im Mund sind weitere Aspekte. Das Altern selber erleben kann der Teilnehmer mit dem Altersanzug und anderen Gegenständen, die die Einschränkungen demonstrieren.

Tag 3

(Praktikum Geriatrie, Prothetik, Implantologie)

Es folgt ein zweites geriatrisches Assessment mit praktischen Übungen. Auftreten und Erscheinung von Pathologien der Mundschleimhauterkrankungen werden dargestellt, bevor auf die Besonderheiten der prothetischen Versorgung und der Implantatversorgung eingegangen wird. Außerdem werden Anforderungen an eine seniorengerechte Praxis thematisiert.

Tag 4

(Juristische Implikationen, Umgang und Lagerung)

Dieses Modul befasst sich mit dem alten Menschen in der Praxis; es klärt über das Betreuungsgesetz und die Arzthaftung auf. In praktischen Übungen lernen die Teilnehmer die richtige Lagerung der Patienten und Maßnahmen zur Verringerung von Unfallrisiken. Fallbeispiele aus der Defektprothetik und der aufsuchenden, mobilen Zahnmedizin runden den Kurstag ab.

Tag 5

(Ernährung im Alter, Notfallmedizin-Teamkurs)

In diesem Modul geht es um systemische Veränderungen und spezifische

Indikatoren, die Aufschluss geben über die Behandlungsfähigkeit älterer Menschen. Des Weiteren werden ihr Ernährungsstatus und Anforderungen an eine altersgerechte, zahngesunde Ernährung thematisiert. Die intensivmedizinische Betreuung des älteren Menschen, Notfallmedizinisch relevante Erkrankungen, Rettungsmittel und Arbeitstechniken werden erläutert und in Form verschiedener realitätsnaher Szenarien praktisch geübt.

Tag 6

(„Der fitte Alte“, Zahnerhaltung und Prävention, Schulung, Mobil im Heim)

Hier stehen Motivation, Risikoanalyse, Recall sowie Möglichkeiten und realistische Ziele von Präventionsmaßnahmen im Vordergrund. Es werden ein funktionales Modellprojekt und Möglichkeiten zur Schulung von Pflegepersonal vorgestellt. Parodontale Erkrankungsformen, Therapieoptionen – auch bei mobiler Behandlung – und das Vorkommen craniomandibulärer Dysfunktionen im Alter werden thematisiert.

Tag 7

(Mobiler Einsatz, Situation der Pflege, Pflegeschulen-Konzept DGAZ-BZÄK)

Es werden Möglichkeiten der Untersuchung & Diagnostik, spezielle präventive Maßnahmen und therapeutische Optionen behandelt. Die Vermeidung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen (WP) und die sachlich-rechnerische Berichtigung sowie Patientenfälle über den Horizont der Zahnmedizinischen Betrachtung hinaus werden diskutiert.

Tag 8

(Praktikum Pflegeeinrichtung, Betreuungskonzept extern)

Hier geht es um die Erhebung und Bewertung von Indizes zur Darstellung der Entwicklung der Mundgesundheit, um die aufsuchende Betreuung mit

und ohne Kooperationsvertrag, um neue Abrechnungspositionen und deren sinnvolle Ansetzung sowie die Vermeidung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen und die sachlich-rechnerische Berichtigung.

Tag 9

(Abschlusskolloquium)

Die Teilnahme ist freiwillig. Mit der Anmeldung zum Kolloquium ist ein Referat zu einem beliebigen Thema aus den acht Modulen anzubieten. Darüber hinaus sind entweder fünf eigene Patientenfälle oder ein Betreuungskonzept für eine Pflegeeinrichtung einzureichen, welche im Rahmen eines kollegialen Abschlussgespräches diskutiert werden.

Level 2: „Spezialist für Seniore ZahnMedizin der DGAZ“

Die DGAZ erteilt an besonders qualifizierte und kompetente Zahnärzte das Zertifikat „Spezialist für Seniore ZahnMedizin“. Damit werden Zahnärzte ausgewiesen, die die Alters ZahnMedizin umfassend in Theorie und Praxis beherrschen. Zusätzlich kann – nach entsprechender Prüfung der Örtlichkeit – das Siegel „Seniorengerechte Praxis nach den Richtlinien der DGAZ“ verliehen werden.

Voraussetzung für die Zertifizierung ist neben der Mitgliedschaft in der Fachgesellschaft der Nachweis einer mindestens fünfjährigen Berufstätigkeit seit der Approbation bzw. eines gleichwertigen Abschlusses. Assistentenzeiten, die bei einem Spezialisten für Seniore ZahnMedizin abgeleistet wurden, können die 5-Jahres-Frist auf Antrag verringern.

Bewerber müssen den erfolgreichen Abschluss eines von der DGAZ autorisierten Curriculums nachweisen (alternativ den Besuch von mindestens 128 Fortbildungsstunden im Themenbereich Alters ZahnMedizin) oder 15 wissenschaftliche Referate (Publikationen, Vorträge oder Fortbildungsver-

staltungen) angeben, die sie selbst oder in wesentlichen Teilen als Co-Autoren verfasst bzw. abgehalten haben. Die Fortbildungs-, Veranstaltungs- oder Publikationsnachweise sind systematisch aufzulisten und dürfen bei der Anmeldung zur Prüfung nicht älter als fünf Jahre sein.

Neben den genannten Formalkriterien sind von den Kandidaten zehn gerostomatologische Patientenfälle auf der Basis einer vorgegebenen Dokumentationssystematik einzureichen. Alternativ kann auch ein selbst entwickeltes bzw. in weiten Teilen mitverfasstes Schulungs-, Praxis-, Betreuungs- oder Fortbildungskonzept vorgestellt werden.

Nach der erfolgreichen Sichtung der eingereichten Unterlagen erhalten die Kandidaten Gelegenheit zu einer mündlichen Prüfung vor einer Kommission aus Spezialisten. Inhaltlich bezieht sich die Prüfung auf die Themen der von den Kandidaten absolvierten Fortbildungen sowie die eingereichten Patientenfälle bzw. Konzepte.

Nach bestandener Prüfung erhalten die Kandidaten eine Urkunde, die sie bei der Berufsausübung zur Titelführung „Spezialist für Seniore ZahnMedizin“ der DGAZ für zunächst sieben Jahre berechtigt (Abb. 1). Nach Ablauf dieser Zeit kann die Berechtigung in einem vereinfachten Verfahren verlängert werden.

Praxis- bzw. Klinikzertifizierung

Qualifiziert fortgebildete Spezialisten können zudem ihre Praxis oder die Klinik, in der sie arbeiten, nach den Richtlinien der DGAZ zertifizieren lassen. Dazu muss die Praxis bzw. Klinik in der Qualitätssicherung über bestimmte Voraussetzungen verfügen. So wird – um nur einige Beispiele zu nennen – im Rahmen der Strukturqualität geprüft, ob der Weg zur Praxis bei Dunkelheit ausreichend beleuchtet ist, ob sich die Praxistür leicht öffnen lässt, ob ein Passieren mit Roll-

ator bzw. Rollstuhl möglich ist und ob im Wartebereich Sitzgelegenheiten mit Armlehnen vorhanden sind. Für den Fall struktureller Defizite wird im Rahmen der Prozessqualität dann geprüft, ob es zu deren Ausgleich spezielle Praxisanweisungen gibt; etwa wenn die Wartezimmerstühle keine Armlehnen besitzen, ob es Anweisungen gibt, die dem Personal ein besonderes Augenmerk abverlangen bzw. notwendige Hilfe beim Aufstehen zu geben. Weiterhin wird bei der Prüfung darauf geachtet, ob sichergestellt ist, dass die medizinische Anamnese bei alten Patienten regelmäßig aktualisiert wird und dass das gesamte Personal regelmäßig an Übungen zum Notfallmanagement teilnimmt. Ausführlichere Informationen zur Praxis-/Klinikzertifizierung sind im Internet erhältlich unter https://dgaz.org/images/downloads/oeffentliche_Downloads/Zertifizierung/2017_Zertifizierungsordnung.pdf.

Nach erfolgreicher Zertifizierung erteilt der Vorstand der DGAZ die Erlaubnis zur Siegelführung (Abb. 2).

Weiterhin bildet die DGAZ auch die Teammitglieder in Einzel- oder Teamkursen aus. Hierzu kommen nicht nur Zahnmedizinische Fachangestellte, Prophylaxeassistenten oder Dentalhygieniker, sondern es werden auch Zahntechniker ausgebildet.

Resümee

Im Wissen um die frappanten Veränderungen im Altersaufbau der Bevölkerung und die sich exponentiell verändernden Anforderungen bei der zahnärztlichen Berufsausübung bietet die Deutsche Gesellschaft für Alters ZahnMedizin Fortbildungen für alle an der Betreuung und Behandlung von Senioren beteiligten Berufsgruppen. Der teilweise jahrzehntelange Erfahrungsaustausch der Mitglieder und Referenten und die enge Kooperation von Wissenschaft und Praxis ermöglichen Lehren und Lernen auf hohem

Niveau. Zugleich erhalten die Absolventen der Weiterbildungen urkundliche Nachweise ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten, die sie gegenüber Dritten (etwa Patienten und deren Angehörigen, Heimleitungen, Krankenkassen etc.) qualifizieren. Weitere Informationen finden Interessierte unter <https://dgaz.org/spezialisierung>.

Landesbeauftragte

Die DGAZ hat zur engeren Kooperation mit allen an der Verbesserung der Mundgesundheit im Alter Interessierten bundesweit sogenannte Landesbeauftragte berufen. Diese können Fragen entweder direkt beantworten oder an zuständige Stellen in ihrem

Bundesland weiterleiten. In einigen Bundesländern finden auch Treffen der Landesbeauftragten statt, wo dann im Kollegenkreis die lokalen Gegebenheiten im Fokus stehen. Die berufenen Landesbeauftragten sind der Homepage der DGAZ (<https://dgaz.org/landesbeauftragte>) zu entnehmen.



Abb. 1 Urkunde „Spezialist für SeniorenzahnMedizin“.



Abb. 2 Siegel für eine seniorengerechte Zahnarztpraxis.

Definitionen aus der Seniorenzahnmedizin

Altenquotient

Der Altenquotient bildet das Verhältnis der Personen im Rentenalter (Anzahl der derzeit 65-Jährigen und Älteren) zu 100 Personen im erwerbsfähigen Alter (20 bis 64 Jahre) ab.

Behindertenorientierte Zahnmedizin

Die behindertenorientierte Zahnmedizin beschreibt die zahnmedizinische Betreuung von Menschen mit angeborenen oder erworbenen Behinderungen, die eine besondere zahnmedizinische Unterstützung aufgrund ihrer Behinderung benötigen.

Ältere Menschen mit zahnmedizinischem Betreuungsbedarf, die Behinderungen aufweisen, z. B. kognitive Einschränkungen aufgrund einer Demenz, werden nicht dem Bereich der behindertenorientierten Zahnmedizin zugeordnet, sondern eher dem der geriatrischen bzw. geriatrieorientierten Zahnmedizin. Die behindertenorientierte Zahnmedizin ist nicht wie die Seniorenzahnmedizin altersbegrenzt, wobei der Fokus insbesondere in den Präventionskonzepten eher auf Kindern und jüngeren Erwachsenen liegt.

Geriatrieorientierte bzw. geriatrische Zahnmedizin

Die geriatrische Zahnmedizin beschreibt die zahnmedizinische Betreuung, die geriatrische Patienten benötigen. Geriatrische Patienten sind hochaltrig, leiden an mindestens zwei behandlungsbedürftigen chronischen Krankheiten und sind hilfe- bzw. pflegebedürftig. Die geriatrische Zahnmedizin ist somit ein Teilgebiet der Seniorenzahnmedizin, d. h. der Begriff geriatrische Zahnmedizin ist kein Synonym für die Seniorenzahnmedizin.

Jugendquotient

Der Jugendquotient bildet das Verhältnis der Personen im Kindes- und Jugendalter (Anzahl der unter 20-Jährigen) zu 100 Personen im erwerbsfähigen Alter (20 bis 64 Jahre) ab.

Multimedikation

Unter Multimedikation wird die gleichzeitige Anwendung bzw. Verordnung verschiedener Arzneimittel gegen mehrere Erkrankungen verstanden. Alternativ werden auch die Begriffe Polypharmazie und Polypharmakotherapie verwendet.

Personen über 65 Jahre nehmen durchschnittlich sechs verschiedene Wirkstoffe zu sich, Frauen etwas mehr als Männer. Jede dritte Person in Deutschland zwischen 75 und 85 Jahren erhält sogar mehr als acht Medikamente, bei bis zu 20 % aller Personen über 60 Jahre kommen sogar 13 und mehr Wirkstoffe zum Einsatz.

Multimedikation findet sich vor allem bei älteren, geriatrischen Patienten mit Multimorbidität, d. h. Patienten mit mehreren behandlungsbedürftigen Erkrankungen. Durch die zunehmende Alterung der Bevölkerung wird Multimedikation zu einem immer größeren Problem.

Neben dem Alter und dem weiblichen Geschlecht zählen auch eine niedrige gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie die Umsetzung von einzelnen Leitlinien für jedes Krankheitsbild als Risikofaktoren für Multimedikation. So kann es passieren, dass eine 80-Jährige mit fünf chronischen Erkrankungen theoretisch zwölf verschiedene Substanzen pro Tag in 18 Einzeldosen einnehmen müsste. Multimedikation verursacht erhöhte Behandlungskosten sowie eine längere Krankenhausverweildauer und führt zu einer erhöhten Rate an unerwünschten Arzneimittelwirkungen/-ereignissen sowie einer erhöhten Morbidität und auch Mortalität.

Um die Arzneimitteltherapie und -sicherheit gerade älterer Menschen zu verbessern, müssen verschiedene Lösungen und Behandlungsansätze gefunden und

umgesetzt werden. Diese sollten rational und individuell auf den Patienten abgestimmt sein – unter besonderer Berücksichtigung des zu erwartenden Nutzens und möglicher Risiken (Stichwort „Priorisierung“ der Medikation).

Gleichzeitig bedarf es einer Erhöhung der Kompetenz aller am Versorgungsprozess beteiligten Akteure (Patienten, Angehörige, Ärzte, Pharmazeuten, Pflegekräfte), die mit dem Ausbau geriatrischer Expertise und Wissen um geriatrispezifische Probleme inkl. praxisnaher Fort- und Weiterbildungen erreicht werden kann. Bei zusätzlich verbesserter Kommunikation untereinander und Verbindung organisatorischer Schnittstellen, insbesondere zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, können Auswirkungen der Arzneimitteltherapie rechtzeitig erkannt, dokumentiert, weitergegeben und damit evtl. notwendige Anpassungen und Veränderungen in Gang gesetzt werden. Auch eine nachhaltige Organisationsstruktur sowie Qualitätssicherungsmaßnahmen der Versorgungsabläufe mit Implementierung EDV-gestützter Verordnungssysteme können auf Dauer zu mehr Sicherheit, Qualität und Effizienz im Medikamentenmanagement beitragen.

Nachsorgekompetenz

Die Nachsorgekompetenz beschreibt die Fähigkeit des Patienten (Eigennachsorgekompetenz) oder einer anderen Person aus seinem Umfeld (Fremdnachsorgekompetenz), die Mundhöhle und Zahnersatz zu reinigen und eine kontrollorientierte Inanspruchnahme einer zahnmedizinischen Dienstleistung regelmäßig, auch engmaschig, in Anspruch nehmen zu können. Bei Therapieplanungen verschafft sich der Zahnarzt in Abhängigkeit der allgemeinmedizinischen und zahnmedizinischen funktionellen Kapazität einen Eindruck zur Nachsorgekompetenz seines Patienten.

Der Zahnarzt wird sich in seinem Anamnesegegespräch darüber klar werden, ob der Patient für die Nachsorge selbst verantwortlich sein kann. Es ist zu klären, wer bei zunehmender Gebrechlichkeit die regelmäßige Reinigung der Mundhöhle durchführen kann. Dazu ist es wichtig zu wissen, ob diese Person für das tägliche Ein- und Ausgliedern von evtl. vorhandenem Zahnersatz trainiert werden könnte. Zur Nachsorgekompetenz gehört auch die Klärung, wer für die Organisation und Durchführung von regelmäßigen, kontrollorientierten Besuchen beim Zahnarzt zuständig ist. Zur richtigen Zeit, also bevor die Selbstverständlichkeiten des Alltags für den Patienten schwierig und immer schwieriger werden, tut der Zahnarzt gut daran, die Nachsorgekompetenz anzusprechen. Ziel sollte dabei sein, Ansprechpersonen rechtzeitig ausfindig zu machen, mit denen der Zahnarzt ins Gespräch kommen könnte. Wenn die eigene Nachsorgekompetenz nachlässt, sollte bereits im Rahmen der zahnmedizinischen Betreuung die Fremd-Nachsorgekompetenz geklärt und in der Patientendokumentation die Person (oder auch Personen), Anschrift, Telefonnummern hinterlegt sein.

Zur Ermittlung der Nachsorgekompetenz kann als Grundlage zum Anamnesegegespräch schon die Frage im Anamnesebogen eingegliedert sein.

Orale Geriatrie

Die orale Geriatrie beschäftigt sich mit den krankhaften Veränderungen im orofazialen Bereich älterer Menschen. Ein Thema wäre zum Beispiel das Wurzelkariesrisiko aufgrund einer medikamentös bedingten Speichelreduktion.

Orale Gerontologie

Die orale Gerontologie beschreibt die altersbedingten Veränderungen im orofazialen Bereich, zum Beispiel Strukturveränderungen der Speicheldrüsen, die im Zusammenhang mit dem gesamten Alterungsprozess im Körper stehen.

Palliative Zahnmedizin

Die palliative Zahnmedizin befasst sich mit Behandlungskonzepten, wo Zähne, die stark durch Karies, Parodontitis oder Trauma vorbelastet sind, noch einbezogen werden. Hier kann der Wunsch entstehen, möglichst lange den angeschlagenen Zahn noch zu belassen, um den Patienten z. B. die Adaptation an den ersten Zahnersatz zu erleichtern. Es kann auch sein, dass ein Wurzelrest entgegen der Empfehlungen der Schulmedizin im Munde behalten wird, weil die Entfernung den allgemeinmedizinisch eingeschränkten Patienten zu stark belasten würde.

Die palliative Zahnmedizin ist somit kein Teilgebiet der Seniorenzahnmedizin. Behandlungskonzepte der palliativen Zahnmedizin kommen jedoch in der Seniorenzahnmedizin, besonders in der geriatrischen Zahnmedizin häufiger zur Anwendung.

Palliativorientierte Zahnmedizin

Die palliativorientierte Zahnmedizin beschreibt die zahnmedizinische Betreuung von Menschen, die palliativmedizinisch behandelt werden. Palliative Patienten sind schwerkranke Menschen, die keine Heilung ihrer Erkrankung erwarten können. Die palliativorientierte Zahnmedizin ist somit ein Teilgebiet der Seniorenzahnmedizin, d. h. der Begriff palliativorientierte Zahnmedizin ist kein Synonym für die Seniorenzahnmedizin und die geriatrische Zahnmedizin.

Pflegegrade

Pflegebedürftigkeitsbegriff bis 31.12. 2016 in Deutschland

Menschen sind pflegebedürftig, wenn sie wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Die Einteilung erfolgte in drei Pflegestufen.

Pflegebedürftigkeitsbegriff seit 2017 in Deutschland

Im Fokus der Betrachtungen stehen die Selbstständigkeit und die Fähigkeiten pflegebedürftiger Menschen.

Seit dem 01. Januar 2017 ersetzen fünf Pflegegrade die bisherigen drei Stufen. Sie ermöglichen es, Art und Umfang der Leistungen der Pflegeversicherung unabhängig von körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen auf die jeweiligen individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse abzustimmen. Die Zuordnung zu einem Pflegegrad orientiert sich an der Schwere der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bzw. den Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person. Je nach festgestelltem Pflegegrad orientiert sich der Leistungsanspruch des Pflegebedürftigen. Der Pflegegrad wird mithilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstruments durch die Summierung von Einzelpunkten ermittelt; in sechs Modulen werden dabei die Mobilität, die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, die Selbstversorgung, der selbstständige Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen sowie die Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte begutachtet. Die fünf Pflegegrade sind abgestuft: von geringen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 1) bis zu schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergehen (Pflegegrad 5). Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn die erforderliche Gesamtpunktzahl nicht erreicht wird.

Seniorenzahnmedizin

Die Seniorenzahnmedizin hat die Aufgabe, den älteren Menschen nach dem Abschluss der zweiten Lebensphase in seiner dritten (fitte Senioren), vierten (gebrechliche Senioren) und fünften (pflegebedürftige Senioren) Lebensphase

zahnmedizinisch zu begleiten und dabei zu jedem Zeitpunkt die möglichst beste zahnmedizinische Versorgung mit einer hohen mundbezogenen Lebensqualität zu realisieren. Die Seniorenzahnmedizin betreut somit nicht das Alter zu einem bestimmten Zeitpunkt, sondern begleitet einen kontinuierlich fortschreitenden Prozess, das Altern bzw. das Älterwerden der Menschen. In dem großen Aufgabenfeld des Faches ist ein Teilgebiet zu finden, und zwar die geriatrische Zahnmedizin, die sich mit den geriatrischen Patienten, die auch oft eine Einstufung in die Pflegestufen aufweisen, beschäftigt. Die Seniorenzahnmedizin ist nicht nur bei der zahnmedizinischen Betreuung aufgestellt, sondern hat auch wissenschaftliche Fragestellungen mit Vertretern der Gesundheitswissenschaften, Ernährungswissenschaften, Pflegewissenschaften, Geriatrie und der Medizinethik zu bearbeiten. Sie unterstützt in multi- und interdisziplinärer Zusammenarbeit die orale sowie allgemeine Gesundheit und damit auch die Lebensqualität der Betagten und Hochbetagten. Der Begriff Gerostomatologie kann als Synonym verwendet werden, der Begriff Alterszahnmedizin wird teilweise mit dem Hinweis auf eine Altersstigmatisierung nicht angewandt. Der Begriff Alterszahnheilkunde ist veraltet, da die Senioren nicht nur geheilt, also kurativ behandelt werden, sondern auch präventiv betreut werden.

Versorgungsdiagnose

Die Versorgungsdiagnose in der Seniorenzahnmedizin beschreibt, unter welchen Umständen bzw. wie ein älterer Patient lebt. Sie ist für jeden älteren Patienten zu erheben und wie der Anamnesebogen immer wieder, mindestens einmal im Jahr, zu reevaluieren. Es wird unterschieden zwischen dem häuslichen Leben oder dem Leben in einer stationären Pflegesituation. Das häusliche Leben unterscheidet dabei in:

- allein lebend,
- mit Partner lebend,
- mit Kindern lebend und
- in einer Wohngemeinschaft lebend.

Des Weiteren soll geklärt werden, ob bei den zu Hause Lebenden zurzeit pflegerische Unterstützung benötigt wird und wer diese durchführt.

Es ist weiterhin zu eruieren, ob der Patient allein entscheidet oder ob andere Personen in den partizipativen Therapieentscheidungsprozess einzubeziehen sind. Hier ist vor allem auch zu klären, ob eine gesetzliche Betreuung für den Patienten eingerichtet ist.

Beispiel einer Versorgungsdiagnose: Der 89-jährige rüstige Patient lebt zuhause in seiner Eigentumswohnung und wird in der Haushaltsführung durch eine Haushälterin und die Tochter unterstützt. Eine pflegerische Unterstützung wird zurzeit nicht benötigt. Zurzeit ist der Patient selbstbestimmt, möchte aber trotzdem, dass die Tochter in die Therapieentscheidung mit einbezogen wird.

Der Versorgungsstatus kann im Anamnesebogen erfragt und die Versorgungsdiagnose dann im Rahmen des Anamnesegesprächs durch den Zahnarzt gestellt werden.

Zahnmedizinische funktionelle Kapazität

Gerostomatologisches Assessment-Instrument zur Beurteilung der funktionellen Fähigkeit eines Menschen im zahnmedizinischen Kontext. Drei Parameter (Therapiefähigkeit, Mundhygienefähigkeit, Eigenverantwortlichkeit) werden beurteilt und führen dann zur Einteilung in eine zahnmedizinische Belastbarkeitsstufe (Belastbarkeitsstufen 1–4).

Weitere Adressen zur Senioren Zahnmedizin

Überblick über zahnmedizinischen Fachgesellschaften der Senioren Zahnmedizin in Deutschland, Österreich und der Schweiz

Land	Name	Internetadresse
Deutschland	Deutsche Gesellschaft für Alters ZahnMedizin e. V.	www.dgaz.org
Österreich	Österreichische Zahnärztekammer	www.zahnaerztekammer.at
Schweiz	Schweizerische Gesellschaft für Alters- und Special-Care-Zahnmedizin	www.ssgs.ch
	Verein zur Förderung der Alters Zahnmedizin und Behindertenzahnmedizin	www.altadent.ch

Überblick über die geriatrischen und gerontologischen Fachgesellschaften in Deutschland, Österreich und der Schweiz

Land	Name	Internetadresse
Deutschland	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie	www.dggeriatrie.de
	Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie	www.dggg-online.de
	DRG-Kompetenzzentrum Geriatrie	www.geriatrie-drg.de
	Bundesverband Geriatrie	www.bv-geriatrie.de
	AK Gerontopsychiatrie	www.bdk-deutschland.de/ arbeitskreise/ak-gerontopsychiatrie
	Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen	www.bagso.de
	Deutsche AlternsWissenschaftliche Gesellschaft e. V.	www.gerontologie-vechta.de
	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V.	www.dggpp.de
	Bundesverband für Gedächtnistraining	www.bvgt.de
	Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie DGPP e. V.	hwww.dgpp.de
Österreich	Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie	www.geriatrie-online.at
	Österreichische Gesellschaft für Logopädie, Phoniatrie und Pädaudiologie	www.meduniwien.ac.at/phon-log
Schweiz	Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie	www.sfgg.ch
	Schweizerische Fachgesellschaft für Gerontologie	www.sgg-ssg.ch
	Schweizerische Gesellschaft für Phoniatrie	www.phoniatrie-orl.ch/ index.php?phoniatrie-schweiz
	Schweizerische Gesellschaft für Alters- und Special Care Dentistry	www.ssgs.ch

Autoren

Dr. med. dent. Klaus-Peter Wefers, MHBA
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für
Alters Zahnmedizin
E-Mail: commudent@web.de

Prof. Dr. Ina Nitschke, MPH
Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für
Alters ZahnMedizin

