# Bruxismus – ein Überblick über Ätiologie, diagnostische Möglichkeiten und Management

Der Terminus "Bruxismus" leitet sich aus dem Griechischen ab und steht für das Knirschen und Pressen mit den Zähnen. Schon in der Antike, während des frühen Christentums und auch im Mittelalter wurde das Zähneknirschen mit Gefühlsstimmungen, psychischen Belastungen oder Zornesäußerungen in Verbindung gebracht (Abb. 1). Auch in der Bibel finden sich mehrere Textpassagen, in denen Gefühlsäußerungen und Drohgebärden durch das Knirschen mit den Zähnen veranschaulicht werden (Lange, 2013).

Im 20. Jahrhundert galten als Ursache für Bruxismus primär okklusale Vorkontakte und Disharmonien der Kieferrelationen, die durch Parafunktionen ausgeglichen werden sollten. Diese veralteten Ansichten wurden durch klinische Studien, unter anderem auch in Schlaflaboratorien, weitestgehend widerlegt (Behr et al., 2012, Lavigne et al., 2008). Obwohl Bruxismus mit zahlreichen klinischen Symptomen, wie orofazialen Schmerzen, Zahnabrasionen und Misserfolgen bei dentalen Restaurationen, verbunden und damit von großem klinischen Interesse ist, gestaltet sich ein sicheres Management dieses Zustands oft als schwierig (Klasser et al., 2010, Johansson et al., 2011).

#### Bruxismus – eine aktuelle Definition

Da bislang keine einheitliche Definition und Graduierung des Bruxismus bestand, die doch Grundvoraussetzungen für eine evidenzbasierte Behandlung sind, formierte sich 2013 eine Expertenkommission, die eine fächerübergreifende Definition für Bruxismus festlegte.

Bruxismus wurde darin als eine sich wiederholende Kaumuskelaktivität bezeichnet, die durch Knirschen oder Pressen auf den Zähnen und/oder durch Verspannen bzw. Stoßen der Kiefer aufeinander gekennzeichnet ist. Bruxismus hat zwei verschiedene zirkadiane Manifestationen und kann während des Schlafes (Schlafbruxismus) oder im Wachzustand (Wachbruxismus) auftreten.

Bisherige Bruxismusdefinitionen schienen komplizierter als notwendig, berücksichtigten nicht den Schlaf- und Wachrhythmus oder implizierten, dass Bruxismus, wenn als orale Angewohnheit dargestellt, unter Kontrolle des menschlichen Bewusstseins steht. Auch die beschreibenden Begriffe "Parafunktion" und "Bewegungsstörung" beinhalten gewisse negative Effekte, die nicht auf Bruxismus zutreffen müssen. Gerade bezüglich der Schlafphase kann Bruxismus eine physiologische Komponente zur Sicherung geöffneter Atemwege darstellen.

Der Diagnosefindung dienen Fragebögen, die klinische Untersuchung, elektromyografische Methoden und die Polysomnografie. Letztere gilt als Goldstandard zur Beurteilung des Bruxismus, ist aber nur im kleinen Rahmen einsetzbar, da sie mit hohen Kosten einhergeht und nicht immer verfügbar ist. Aufgrund der diagnostischen Unsicherheiten wird ein diagnostisches Stufensystem, ähnlich dem für neuropathischen Schmerz, vorgeschlagen, das Schlaf- oder Wachbruxismus in die Kategorien "möglich", "wahrscheinlich" und "definitiv" einteilt.

Möglicher Schlaf- oder Wachbruxismus beruht auf Selbstangabe in Fragebögen oder in der klinischen Anamnese. Wahrscheinlicher Schlaf- oder Wachbruxismus sollte zusätzlich noch durch die klinische Untersuchung auf Schlifffacetten abgesichert sein. Definitiver Schlaf- oder Wachbruxismus schließt zusätzlich noch die Polysomnografie mit ein, bei der auch Audio- bzw. Videoaufzeichnun-



Abb. 1 – Abrasionen der Unterkiefermolaren an einem mittelalterlichen Schädel

gen zum Einsatz kommen können. Während für den definitiven Schlafbruxismus durch die PSG genaue Schwellenwerte bzw. in jüngster Zeit Schwellenbereiche für eine klare Definition ermittelt wurden, wird für die Definition "definitiver Wachbruxismus" die Selbstangabe, klinische Untersuchung und elektromyographische Untersuchung vorzugsweise mit einer sogenannten "momentanen Beurteilungsmethode" kombiniert, um eine richtige Einschätzung des Bruxismus im Wachzustand zu erhalten (Lobezzo et al., 2013).

#### Prävalenz

Je nach Studie wird für das Auftreten von Bruxismus eine Spanne von 8 % bis 31 % angegeben. Für Wachbruxismus wurde eine Prävalenz von bis zu 31 % berichtet, während für Schlafbruxismus je nach Studie eine Prävalenz von 9 % bis 15 % der Bevölkerung ermittelt wurde. Die Bruxismusaktivität zeigt ein Maximum bis zum 40. Lebensjahr und



## **Fortbildung**

nimmt dann im höheren Lebensalter wieder deutlich ab. Geschlechtsbezügliche Unterschiede scheinen hinsichtlich der Prävalenz nicht zu bestehen (Bernhardt et al., 2004, Manfredini et al., 2013) (Abb.2). Auch Kinder haben eine hohe Neigung zu Schlafbruxismus. Hier schwanken die Literaturangaben zwischen 8 % und 38 % (Carra et al., 2011).

### Ätiologie

Zumindest Wachbruxismus wird heutzutage als Antwort auf psychische Stresssituationen und damit als eine Form von Stressmanagement gesehen. In verschiedenen tierexperimentellen Studien konnte belegt werden, dass eine erhöhte Aktivität des Kauorgans einen abschwächenden Effekt auf stressinduzierte neurophysiologische Ereignisse hat. Diese dem Bruxismus ähnliche Aktivität der Versuchstiere führte zu bestimmten Reaktionen, die Effekte psychischen Stresses abschwächen. Zu diesen stressinduzierten Effekten gehörte der Anstieg des adrenocorticotrophen Hormons im Blutplasma, eine Umkehr des Neutrophilen-/Lymphozyten-Verhältnisses, hervorgerufen durch eine Schädigung innerer Organe und die Bildung von Ulzerationen im Magen-Darm-Bereich. Auch eine stressbedingte Erhöhung der Körperkerntemperatur wird durch bruxismusähnliche Aktivität wieder abgesenkt (Sato und Slavicek, 2008).

Demgegenüber zeigen aktuelle Studien über Schlafbruxismus (SB), dass es sich hierbei um ein vom Hirnstamm initiiertes, autonomes Geschehen handelt, das auch als rhythmische Kaumuskelaktivität ("rhythmic masticatory muscle activity" (RMMA)) bezeichnet wird. Diese RMMAs finden vor allem am Übergang zu unterschiedlichen Schlafstadien statt und sind dabei insbesondere mit sogenannten Weckreaktionen ("microarousal") während des Schlafes verbunden, wie sie auch bei der obstruktiven Schlafapnoe (OSA) auftreten, Es wird vermutet, dass SB begleitend zum obstruktiven Schlafapnoesyndrom (OSAS)



Abb. 2 – Attrition der OK- und UK-Frontzähne aufgrund von Bruxismus bei einer jungen Patientin

auftritt. In einer epidemiologischen Studie wurde festgestellt, dass Patienten mit Schlafatmungsstörungen auch ein um den Faktor 1,8 erhöhtes Risiko für SB aufweisen. Die rhythmische Masseter-Muskel-Aktivität (RMMA) in der Nacht könnte bei OSAS eine Muskelaktivät zur Wiederherstellung der Atemwegsdurchlässigkeit im oropharyngealen Raum darstellen (Ohayon et al., 2001). Die RMMA kann auch durch Körperbewegungen in Zusammenhang mit Weckreaktionen bei Schlafapnoe-Hypopnoe-Ereignissen oder durch Speichelschlucken zur Befeuchtung des oropharyngealen Raums ausgelöst werden. Polysomnographische Untersuchungen (PSG) mit Audio- und Videoaufzeichnungen im Schlaflabor haben gezeigt, dass solche starken elektromyografischen (EMG) Amplituden der Kaumuskulatur eher am Ende von Apnoe-Hypopnoe-Ereignissen auftreten (Saito et al., 2013). Schlafbruxismus kann zusätzlich noch in die Kategorien "primär" bei Fehlen einer klaren Ursache oder "sekundär" in Assoziation mit einer Reihe von Erkrankungen eingeteilt werden. "Iatrogen" kann Schlafbruxismus durch die Einnahme bestimmter Psychopharmaka erzeugt werden. Aus der Gruppe der Antidepressiva sind Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (engl. SSRI) für Assoziationen mit Schlafbruxismus bekannt. Psychostimulantien (z. B. Amphetamine) sowie weitere stimulierende Drogen, aber auch Nikotin, Coffein und Alkoholabusus gelten ebenfalls als Trigger (Lavigne et al., 2008, Mayer et al., 2009).

Bisher gibt es nur relativ wenige Studien, die sich der Heredität des Bruxismus angenommen haben. Die systematische Analyse dieser Studien erlaubt aber die Aussage, dass Bruxismus zumindest teilweise genetisch determiniert ist (Lobbezoo et al., 2014).

# Bruxismus und craniomandibuläre Dysfunktion (CMD)

Für die Entstehung von CMD, insbesondere myofaszialer Schmerzen, gibt es verschiedene Hypothesen und diese werden kontrovers diskutiert. Es wird allerdings angenommen, dass langanhaltendes Zähnepressen ein Faktor für die Entstehung von Schmerzen in der Kaumuskulatur ist. Schlafbruxismus und psychische Befindlichkeit gehören zu den Faktoren, die auch CMD unterhalten können. Wie diese beiden Faktoren in Abhängigkeit voneinander mit CMD im Zusammenhang stehen, ist allerdings nicht schlüssig belegt.

In einer Studie von Fernandes et al. wurden 272 CMD-Patienten auf Zusammenhänge zwischen Schlafbruxismus, psychologischen Status sowie CMD und ihren Untergruppen hin untersucht. Die Prävalenz von Schlafbruxismus lag bei 63 % und die der schmerzhaften CMD bei 90 %. Patienten mit Schlafbruxismus hatten ein erhöhtes Risiko für das Auftreten myofaszialer Schmerzen (Odds Ratio (OR) = 5.9(3.1-11.2)) und auch für Gelenkschmerzen (OR = 2,3(1,6-3,5)). CMD-Patienten ohne SB zeigten ein erhöhtes Risiko für moderate bis schwere Depressionen und unspezifische Symptome (OR = 10,1(3,7-27,8)). Dieses Risiko erhöhte sich noch im Beisein von SB (OR = 25 (9,6-64,8)). SB scheint ein Risikofaktor für schmerzhafte CMD zu sein und erhöht auch bei Vorhandensein von schmerzhaften CMD das Risiko für Depression und unspezifische Symptome (Fernandes et al., 2012). Auch scheinen sich vermutete Zusam-

menhänge zwischen Spannungskopfschmerzen sowie Migräne und Schlafbruxismus, zumindest für Erwachsene,



wahrscheinlich aber auch für Kinder, zu bestätigen, wie eine aktuelle Übersichtsstudie zu dieser Problematik ergab (De Luca Canto et al., 2014).

### Management von Bruxismus

Therapieansätze für Bruxismus fußen auf drei Säulen: einer ausführlichen Patientenaufklärung, der Schienentherapie sowie dem Einsatz von muskelrelaxierenden oder die Muskelkraft senkenden Medikamenten (Manfredini et al., 2015). Wenn es auch wenig Beweise für einen Bruxismus reduzierenden Effekt der Aufklärung als alleinige Maßnahme gibt, ist sie doch notwendiger Bestandteil einer multimodalen Therapie. Gestützt wird diese Aussage auch durch eine Studie zur Selbsteinschätzung von Patienten bezüglich des Verhältnisses zwischen CMD und Bruxismus und der eigenen Möglichkeiten zur Bruxismusreduktion.

504 CMD-Patienten nahmen an dieser Fragebogenstudie teil. Es wurden Fragen zur Häufigkeit von parafunktionellem Verhalten inklusive Zähnepressen und -knirschen gestellt. Weiterhin wurde erfragt, ob die Patienten bei sich einen möglichen Zusammenhang zwischen CMD-Schmerzen und Bruxismus sehen und ob sie auch glauben, durch Verhaltensänderung eigene Parafunktionen zu reduzieren.

Dabei wurde SB von 67 % der Patienten und Bruxismus am Tage von 54 % der Patienten als Ursache für CMD-Schmerzen angesehen. 90 % der Patienten glaubten, dass orale Parafunktionen reduziert werden können und 92 % nahmen auch von sich an, dass sie das können. Um den Behandlungserfolg zu erhöhen und die Patientenmitarbeit zu verbessern, sollten diese Aspekte mit den betreffenden Patienten vor der CMD-Therapie besprochen werden (van der Meulen et al., 2010).

Die Aufklärung der Patienten kann auch mit Anleitungen zur Verhaltensänderung und zu Verhaltenstherapien gekoppelt werden, die in ihrer Gesamtheit einen Bruxismus reduzierenden Effekt aufweisen, der einer Schienenbehandlung entspricht (Ommerborn et al., 2007).

Ein wesentliches Therapiemittel für Bruxismus stellen allerdings Okklusionsschienen dar. Harte Schienen mit individualisiertem Aufbiss und Front-Eckzahn-Führung scheinen nach Studienangaben am geeignetsten zu sein, die EMG-Aktivität der Kaumuskulatur zu verringern (Abb.3). Auch Unterkieferprotrusionsschienen zur Therapie des OSAS sind zum Management des SB geeignet, da sie signifikant nächtliche Knirschphasen verringern. Nicht zuletzt reduzieren Schienen auch weitere Zahnhartsubstanzverluste (Klasser et al., 2010) (Abb.4).

Laut einer Umfrage unter deutschen Zahnärzten folgt die Mehrheit der Behandler diesen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Irreversible Therapiemethoden, wie okklusales Einschleifen und prothetische Rekonstruktionen der



Abb. 3 – Okklusionsschiene im Oberkiefer zur Vermeidung weiterer Zahnhartsubstanzverluste



Abb. 4 – Unterkieferprotrusionsschiene zur Therapie des OSAS

Zähne zur Bruxismustherapie wurden in unter 10 % der Fälle von den Befragten angegeben (Ommerborn et al., 2011). Schienen gelten allerdings nur als palliativ und nicht kurativ wirksam, d. h., die Bruxismusaktivität verstärkt sich nach Absetzen des Therapiemittels wieder (Klasser et al., 2010).

Im Handel erhältliche vorgefertigte Knirscherschienen sollten allerdings keine Anwendung finden. Sie erhöhen das Risiko für Bisslageveränderungen und Verletzungen im Mundbereich (Wassel et al., 2014).

Verschiedene Biofeedback-Verfahren sind ebenfalls in der Lage, nächtliche Knirschphasen zu verringern. Allerdings scheint auch hier eine dauerhafte Bruxismusreduktion nicht zu erfolgen. Auch konnte eine Schmerzreduktion durch Biofeedback bislang nicht gesichert werden (Bernhardt et al., 2012, Wang et al., 2013). Mit Grindcare® (Sunstar) der vierten Generation ist ein Biofeedback-Gerät wieder in den Handel gekommen, von dem man sich nach bisherigen Studien eine deutliche Reduktion des Schlafbruxismus versprochen hatte. Es handelt sich um ein Biofeedback-Gerät, das elektromyografische Messungen (EMG) des M. temporalis mit einer elektrischen Resonanz verbindet. In einer Studie an 48 Bruxismus-Patienten konnte nach dreiwöchiger Anwendung des Gerätes (Grindcare®, 3. Generation) eine signifikant verringerte Anzahl von EMG-Ereignissen während des Schlafes festgestellt werden. Allerdings erwies sich bei dieser Geräteversion die etwas komplizierte Handhabung, wie z. B. die täglich notwendige Kalibrierung sowie ein häufig auftretender Kontaktverlust der Elektroden, als nachteilig (Bernhardt et al., 2012).

Eine medikamentöse Behandlung des Bruxismus ist mit Muskelrelaxantien wie Clonazepam möglich, sollte allerdings nur kurzzeitig erfolgen, da Benzodiazepine schnell eine Abhängigkeit erzeugen. Botulinumtoxin als Injektion zur Hemmung der motorischen Endplatten zeigt eine sehr gute Wirksamkeit zur Reduktion einer



## **Fortbildung**

Masseterhypertrophie (Klasser et al., 2010).

## Prothetische Rekonstruktionen bei Abrasionsgebissen

Die prothetische Versorgung des fortgeschrittenen Abrasionsgebisses stellt hinsichtlich Compliance und Zeitmanagement eine hohe Anforderung an Behandler und Patienten. Allgemeine Richtlinien, ab wann eine prothetische Versorgung zwingend notwendig ist, liegen nicht vor (van 't Spijker et al., 2007). Auch wenn Bisshebungen bei Patienten mit Abrasionsgebissen in der Regel unproblematisch sind, empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie ein zweizeitiges Vorgehen. Vor definitiver Versorgung sollte die Bisshebung bei den Patienten mittels Bisserhöhungsschiene sowie Langzeitprovisorien getestet werden (Johannsson et al., 2011; Bernhardt et al., 2014).

Prof. Dr. Olaf Bernhardt Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Poliklinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Endodontologie Greifswald E-Mail: obernhar@uni-greifswald.de

Literatur/Referenzen abrufbar unter: www.zahnaerzte-in-sachsen.de (Zahnärzteblatt/Literaturverzeichnisse)

# S3-Leitlinie: Zahnimplantate bei Patienten mit Medikamenten gegen Knochenabbau und Knochenmetastasen

Die Deutsche Gesellschaft für Implantologie (DGI) und die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) haben eine S3-Leitlinie erarbeitet, die Zahnärztinnen und Zahnärzten die Indikationsstellung für Implantate erleichtert, wenn Patienten mit Antiresorptiva – etwa Bisphosphonaten – behandelt werden. Bei der Leitlinie haben 16 Fachgesellschaften und Organisationen zusammengearbeitet. Das Autorenteam wird angeführt von Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz, Wiesbaden (Leitlinien-Koordinator) und Prof. Dr. Christian Walter, Mainz (federführender Autor).

Mit der neuen S3-Leitlinie "Zahnimplantate bei medikamentöser Behandlung mit Knochen-Antiresorptiva (inklusive Bisphosphonate)" legen DGI und DGZMK binnen weniger Monate eine weitere Empfehlung zu einem wichtigen Thema der Implantologie vor. Die Leitlinie bietet Zahnärztinnen und Zahnärzten Entscheidungshilfen bei der implantologischen Versorgung von Patienten, die mit sogenannten Knochen-Antiresorptiva behandelt werden. Unter dieser Bezeichnung werden verschiedene Medikamente zusammengefasst, die dem Knochenabbau entgegenwirken und beispielsweise zur Behandlung von Osteoporose oder Knochenmetastasen bei Krebspatienten eingesetzt werden. Die wichtigsten Vertreter dieser Medikamentengruppe sind verschiedene Bisphosphonate oder der monoklonale Antikörper Denosumab. Eine seltene, aber schwierig zu therapierende Komplikation dieser Behandlung sind Kiefernekrosen, kurz ONJ (englisch: osteonecrosis of the jaw). "Das Ziel der

Leitlinie ist es, Kolleginnen und Kollegen eine Entscheidungshilfe zu geben, wie sie das individuelle Risikoprofil ihrer Patienten ermitteln können", sagt Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz, Wiesbaden, der Koordinator der Leitlinie. Zusammen mit vier anderen Experten haben Professor Grötz und der federführende Autor der Leitlinie, Prof. Dr. Dr. Christian Walter, Mainz, auf der Basis einer systematischen Literaturauswertung sowie im Konsens Empfehlungen zur Implantat-Indikation erarbeitet. Es ist die zweite von insgesamt vier Leitlinien, mit deren Entwicklung Experten von 16 Fachgesellschaften und Organisationen bei der letzten DGI-Leitlinienkonferenz im September 2015 begonnen haben.

## Die Prävalenzen von Kiefernekrosen variieren

In Deutschland werden jährlich über 200 Millionen Tagesdosen von Bisphosphonaten verordnet. Die Prävalenz Bisphosphonat assoziierter Osteonekrosen variiert in Abhängigkeit von der Grunderkrankung. Bei der primären Osteoporose liegt die Ereignisrate einer ONJ bei 0,1 Prozent, d. h., einer von 1.000 Patienten ist betroffen. Bei der sekundären Osteoporose und prophylaktischer Einnahme bei Krebspatienten sind zehn von 1.000 (1 %) Patienten betroffen. Bei malignen Grunderkrankungen variiert die Prävalenz zwischen einem und 20 Prozent bei entsprechenden Risikopatienten. Unter einer Denosumab-Therapie liegen die Ereignisraten in Studien häufig etwas höher als in der Kontrollgruppe mit Bisphosphonat-Therapie.

#### Auslöser der Kiefernekrose

Bei den meisten Antiresorptiva assoziierten Kiefernekrosen sind Auslöser in der Mundhöhle identifizierbar, Hierzu gehören parodontal erkrankte Zähne, Prothesendruckstellen und auch zahnärztlich-chirurgische Eingriffe, meist



Zahnextraktionen ohne Sicherheitskautelen, bei denen Keime in den Kieferknochen einwandern. Auch die Insertion von Implantaten könnte somit ein Auslöser sein. Gleichwohl können Implantate auf der anderen Seite helfen, Prothesendruckstellen zu vermeiden und damit das bilanzierte Kiefernekrose-Risiko zu senken. Die literaturbasierte Evidenz spiegelt jedoch die noch immer begrenzte Kenntnis des tatsächlichen Risikos einer Implantat assoziierten Kiefernekrose beziehungsweise eines Bisphosphonat bedingten Implantatverlusts wider. Dennoch konnte die Arbeitsgruppe der Leitlinie sieben evidenzbasierte Empfehlungen formulieren und diese auf der Basis vorliegender Erfahrungen durch 14 Empfehlungen im Konsensverfahren ergänzen.

### Laufzettel für die Risiko-Stratifizierung

Bei allen Patienten unter bzw. nach antiresorptiver Therapie, die eine Indi-

kation für dentale Implantate haben, soll zunächst das individuelle Kiefernekrose-Risiko evaluiert werden, da die Osteonekrose Folge einer entzündlichen Implantat-Komplikation sein kann. Neben der Grunderkrankung müssen Applikationsart, Dauer und Frequenz der antiresorptiven Therapie und weitere Medikationen und Behandlungen erhoben werden, ebenso zusätzliche Allgemeinerkrankungen und systemische Faktoren, die bei Wundheilungsstörungen eine Rolle spielen können. Zur Risiko-Stratifizierung kann der "DGI-Laufzettel Risiko-Evaluation" herangezogen werden. Dieser steht auf der Homepage der DGI zum Download zur Verfügung. Zu klären ist im individuellen Fall jeweils auch, inwieweit die Implantatversorgung das ONJ-Risiko auch mindern kann, indem Prothesendruckstellen vermieden werden. Die Leitlinie gibt Hinweise, wie das Risiko für eine Osteonekrose präoperativ etwa durch die Beobachtung der individuellen Knochenneubildungsrate nach einer Zahnextraktion beurteilt werden kann, Kieferaugmentationen sollten, so die Empfehlung der Experten, möglichst vermieden oder die Indikation besonders streng überprüft werden. Auch die Motivierbarkeit und die Möglichkeiten der Patienten für eine gute Mundhygiene sollten in den Entscheidungsprozess einfließen. Hinzu kommen muss auch eine risikoadaptierte Nachsorge. Kommt eine Implantation infrage, lautet die evidenzbasierte Empfehlung, dass eine perioperative systemische Antibiotika-Prophylaxe eingeleitet wird. "Auf der Basis unserer Empfehlungen können Kolleginnen und Kollegen nach individuellen Kriterien zusammen mit dem Patienten eine nachvollziehbare Entscheidung für oder gegen die implantatgetragene Versorgung entwickeln", sagt Professor Grötz.

PM DGI, 10.11.2016

Link zur Leitlinie: www.goo.gl/aaj8wk

## Mundgesundheit im Alter

Im Jahr 2016 war die Mundgesundheit von Senioren und Pflegebedürftigen auf verschiedenen Veranstaltungen Thema. Besonders Pflegebedürftige stellen eine Risikogruppe dar. Im Jahr 2030 wird im Freistaat voraussichtlich jeder dritte Einwohner über 65 Jahre alt sein. Jeder zehnte Sachse ist dann sogar älter als 80 Jahre.

Im September lief die Fortbildungsreihe "Zahnärztliche Betreuung von Pflegebedürftigen" für Zahnärzte und Mitglieder des Praxisteams erfolgreich an. Die Reihe war schnell ausgebucht, sodass eine Neuauflage der Reihe 2017 organsiert wurde. In drei Veranstaltungen wurden den Teilnehmern verschiedene Aspekte der Altersmundgesundheit nähergebracht, von Multimedikation, Einsätzen in Pflegeeinrichtungen, rechtlichen Aspekten über Abrechnungspositionen hin zum Umgang mit Pflegebedürftigen und Pflegekräften wurden viele Themen behandelt. Renommierte Experten aus der Region und dem ganzen Bundesgebiet standen den Teilnehmern für alle

Fragen zur Verfügung. Der kollegiale Austausch kam ebenfalls nicht zu kurz.

Im November wurden auf der interdisziplinären Fachtagung "Selbstbestimmt oder doch fremdbestimmt – Gesundheit, soziale Lage und Teilhabe älterer Menschen" die neuen Schulungsmaterialien der Landeszahnärztekammer für Pflegekräfte erstmals der Öffentlichkeit vorgestellt. Die Materialien können Zahnärzte bei der Arbeit mit Pflegekräften nutzen. Neben Themen wie Altersarmut oder Sturzprophylaxe wurden in einem Workshop zahnmedizinische Aspekte beleuchtet. Die Dresdner Zahnärztin Marion Issel-Domberg, M.Sc., referierte

zu den Veränderungen und Herausforderungen bei der Mundgesundheit im Alter. Sie stellte heraus, dass Sprechen, Essen und Lachen wichtig für die Teilhabe am sozialen Leben sind – gerade im Alter und bei Menschen mit Pflegebedarf. Zahlreiche Zahnärzte, aber auch Vertreter aus Pflege und Kommunen nahmen am Workshop teil.

Im Dezember fand die Gesundheitskonferenz der Stadt Dresden statt. Im Plenarsaal des Rathauses sprachen Vertreter von Politik, öffentlichem Gesundheitsdienst und Krankenkassen. Im Workshop "Zwei Gruppen – ein Ziel: Förderung der Mundgesundheit im



## **Fortbildung**

Kindesalter und bei älteren Menschen" stellten Vertreter der Kinder- und Jugendzahnklinik Dresden sowie der Landeszahnärztekammer Sachsen die Herausforderungen in den Settings KITA, Schule und Pflegeeinrichtung dar und diskutierten, was in Dresden bereits getan wird und noch getan werden muss. Für Dresden wie für andere Regionen in Sachsen wurde eine bessere Vernetzung der jeweiligen Akteure als besonders wichtig herausgestellt.

### Kommende Veranstaltungen

Im Jahr 2017 wird die Landeszahnärztekammer Sachsen vielfältige Angebote im Präventionsbereich machen. Die Fortbildungsreihe zur Betreuung von Pflegebedürftigen wird am 28. Januar zum zweiten Mal beginnen. Im April sind Zahnärzte herzlich an das Dresdner Universitätsklinikum eingeladen, um am 26. April mehr über die Zusammenarbeit mit Hausärzten zu erfahren. Der Titel der Veranstaltung lautet "Haben wir die (Mund-)Gesundheit im Griff? Eine Fortbildung mit Biss".

Erstmals wird im Zahnärztehaus am



Die Zahnärztin Marion Issel-Domberg, M.Sc., aus Dresden referierte beim Fachtag "Gesund im Alter" zur Mundgesundheit Pflegebedürftiger Foto: A. Wirsig (i.A. der SLfG)

9. Mai 2017 eine Fortbildung zur Mundgesundheit ausschließlich für Pflegekräfte angeboten. Dies geschieht in Zusammenarbeit mit dem Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB). Im Herbst wird am 20. September in Zusammenarbeit mit der Sächsischen Landesärztekammer und der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. eine zahnärztliche Fortbildung zur Behandlung von Demenzpatienten stattfinden.



### Fortbildungsakademie der LZKS

## Curriculum Zahnärztliche Hypnose

#### Start 10./11. März 2017

10./11.03.2017 Einführung in die zahnärztliche Hypnose 16./17.06.2017 Anwendung der zahnärztlichen Hypnose I 31.03./01.04. 2017 Grundlagen der zahnärztlichen Hypnose 18./19.08.2017 Anwendung der zahnärztlichen Hypnose II 12./13.05.2017 Trancetechniken 27./28.10.2017

Anwendung der zahnärztlichen Hypnose III

Restplätze!

Die Kurse finden jeweils freitags von 14 bis 20 Uhr, samstags von 9 bis 17 Uhr statt. Kursgebühr: je Wochenende 420 Euro

Kurs 1 kann losgelöst gebucht werden, ist aber Voraussetzung für die Teilnahme an den weiteren Bausteinen. Zahnärzte, die sich erst nach der 1. Veranstaltung zur weiteren Teilnahme entscheiden möchten, vermerken dies bitte in der Anmeldung.

Anmeldung: Fax: 0351 8066-106; E-Mail: fortbildung@lzk-sachsen.de

Information: Frau Nikolaus, Telefon 0351 8066-104

