

Praxis 2020 – Unser Beruf im Wandel

Demenz

Unsere Gesellschaft altert. Die Lebenserwartung jedes Einzelnen steigt. Der prozentuale Anteil alter Menschen an der Bevölkerung erhöht sich. Älter zu werden, ist jedoch nicht nur ein Segen, sondern führt fast regelhaft zu einer Zunahme von Erkrankungen. Dies betrifft leider auch die Demenz.

Zahlen, Daten, Fakten

In Deutschland sind aktuell 1,4 Millionen Menschen an einer Demenz erkrankt. 2050 wird es voraussichtlich 3 Millionen demenzkranke Menschen in Deutschland geben. Unter der Prämisse, dass kein Durchbruch in Prävention und Therapie gelingt, wird die Zahl der Erkrankten jedes Jahr um 40.000 zunehmen.

Auch für uns als Zahnärzte stellt die kontinuierliche Zunahme demenzkranker Patienten eine echte Herausforderung dar. Dies sind zum einen behandlerische, zum anderen juristische Herausforderungen. Es ist daher für uns sinnvoll, uns verstärkt mit den Problemstellungen auseinanderzusetzen und uns im Sinne von Zahnarztpraxis 2020 auf diese größer werdende Patientengruppe einzustellen.

Demenzformen

Unter dem Oberbegriff Demenz wird ein Symptomkomplex von zurzeit circa 115 verschiedenen Demenzformen zusammengefasst. Nach der Definition nach ICD 10 ist Demenz gekennzeichnet durch:

- Störung des Gedächtnisses
- Störung des Denkvermögens
- Veränderung der Emotionalität

Leitsymptome sind:

- Gedächtnisstörungen
- Störungen des Erkennens, der Sprache und des Handelns
- eine Beeinträchtigung des täglichen Lebens über eine längere Zeit als sechs Monate

Unterschieden werden primäre und sekundäre Demenzformen. Die primären Demenzformen haben ihren Ursprung

im Gehirn. Der Auslöser von sekundären Demenzformen liegt außerhalb des Gehirns. Sekundäre Demenzformen sind daher häufig behandelbar (z. B. Behandlung des Bluthochdrucks, Einstellung eines Diabetes usw.).

Diagnostik

- ausführliche Anamnese (Befragung zur Biografie, zu Lebensgewohnheiten, Erkrankungen usw.)
- Befragung der Angehörigen
- internistische Untersuchung (z. B. Risikofaktoren)
- psychiatrische Untersuchungen (z. B. Depression, Ängste, Wahn)
- neurologische Untersuchung (z. B. Parkinson)
- Laborwerte (z. B. TSH-Schilddrüse, Vit. B12, Folsäure usw.)
- psychologische Tests (z. B. Uhrentest, DemTect, MMST usw.)
- bildgebende Verfahren (z. B. Computer- oder Kernspin-Tomografie)
- weitere Untersuchungen

Häufigkeit

Mit steigendem Lebensalter nimmt auch die Häufigkeit der Erkrankung zu:

- 60-Jährige = ca. 1 %
- 70-Jährige = ca. 5–10 %
- 80-Jährige = ca. 20 %
- 90-Jährige = ca. 30–50 %

Zwei Drittel aller Demenzkranken sind von der Alzheimerkrankheit betroffen.

Verlauf der Alzheimerdemenz

Die Verläufe der Erkrankung sind individuell sehr unterschiedlich. Nach schleichendem Beginn findet z. T. ein stufenweises oder ein schnelles Fortschreiten statt. Es werden drei Stadien unterschieden, wobei die Übergänge

fließend sind:

- Frühes Stadium
- Mittleres Stadium
- Fortgeschrittenes Stadium

Frühes Stadium

- Gedächtnis- und Merkfähigkeit nehmen ab.
- Termine werden vergessen.
- Altersfähigkeiten gehen verloren.
- Ständig werden Sachen gesucht (Schlüssel, Geld usw.).
- Misstrauen (z. B. Geld wurde entwendet)
- Zu viel des Vermeintlichen wird eingekauft.
- Im Kühlschrank finden sich verdorbene Sachen.
- Der Schrank ist voll mit ungewaschener Kleidung.
- Das Saubermachen klappt nicht mehr.

Mittleres Stadium

- Bewältigung des Alltags zunehmend eingeschränkt
- Orientierungslosigkeit, auch in gewohnter Umgebung
- Verblässen der Erinnerung, Leben in der Vergangenheit
- Verlust des Krankheitsgefühls
- Nichterkennen der Angehörigen
- Wortfindungsprobleme
- Unruhe, Aggressivität, wahnhaftes Überzeugungen, Sinnestäuschungen, Verkennungen

Fortgeschrittenes Stadium

- hochgradiger geistiger Abbau
- weiter zunehmende Pflegebedürftigkeit, totale Abhängigkeit
- Sprache beschränkt sich auf wenige Wörter oder versiegt ganz.
- für alle Verrichtungen des täglichen



Fortbildung

Lebens wird Hilfe gebraucht.

- Keine Kontrolle über Blase und Darm
- Körperhaltung verändert sich
- Schluckstörungen und Krampfanfälle

Prävention

Risikofaktoren für die Entstehung einer Demenz sind neben hohem Alter, Hypertonie, ein hoher Homocysteinspiegel, eine Niereninsuffizienz, Adipositas und Diabetes mellitus. Da bei eingetretener Demenz die therapeutischen Möglichkeiten sehr beschränkt sind, kommt der Prävention eine besondere Bedeutung zu. Die Prävention setzt bei der Verminderung/Vermeidung von Risikofaktoren an. Als aussichtsreichste Strategien gelten:

- Kontrolle der kardiovaskulären Risikofaktoren
- Kontrolle des Körpergewichts (Diät)
- physische Aktivität (Sport)
- soziales Engagement
- gesunde Ernährung (tgl. Obst und Gemüse)
- mäßiger Alkoholkonsum
- Verzicht auf Rauchen

Eine im Jahr 2012 veröffentlichte Langzeitstudie (Yamamoto, T. et al.) weist auf einen Zusammenhang zwischen der Zahngesundheit und dem Demenzrisiko hin. Demnach ist das Risiko, an Demenz zu erkranken, um das 1,85-fache höher, wenn 13 oder mehr Zähne fehlen und die Lücken nicht mit festem Zahnersatz versorgt sind (s. <http://de.wikipedia.org/wiki/Demenz>, S. 6 von 34).

Therapie

Eine ursächliche Therapie gibt es bislang nicht. Zur symptomatischen, medikamentösen Behandlung der Alzheimer-Demenz stehen im Wesentlichen zwei Arzneimittelgruppen zur Verfügung, welche die bei Demenzen gestörten Botenstoffe Glutamat und Acetylcholin positiv beeinflussen.

Acetylcholin

Bei Alzheimerpatienten wird im Verlauf ihrer Erkrankung immer weniger

Acetylcholin produziert. Acetylcholin ist ein Neurotransmitter. Der zunehmende Mangel dieses Botenstoffs macht sich durch Lern- und Erinnerungsstörungen bemerkbar. Durch Einsatz von sog. Acetylcholinesterasehemmern versucht man hier gegenzusteuern. Acetylcholinesterasehemmer wie Donepezil, Galantamin oder Rivastigmin sind wirksam in Hinsicht auf die Fähigkeit zur Verrichtung von Alltagsaktivitäten, auf die Besserung kognitiver Funktionen und auf den ärztlichen Gesamteindruck bei der leichten bis mittelschweren Alzheimer-Demenz. Eine Behandlung wird in der S3-Leitlinie „Demenzen“ unter Punkt 3.1.1 (Kasten 27) empfohlen.

Glutamat

Eine wichtige Rolle bei der Entwicklung einer Demenz spielt der Neurotransmitter Glutamat. Er steuert 70 % der Nervenzellen. Beim gesunden Menschen sorgt Glutamat vereinfachend dafür, dass Lern- und Gedächtnisvorgänge stattfinden können. Bei Patienten mit Demenz ist die Glutamatkonzentration zwischen den Nervenzellen anhaltend erhöht, sodass diese gleichsam dauererregt werden. Dadurch können (Lern-)Signale nicht mehr richtig erkannt und weitergeleitet werden. Durch die ständige Überreizung verliert die Nervenzelle schließlich ihre Funktionsfähigkeit und stirbt letztlich ab. Um die schädigenden Auswirkungen des Überangebots an Glutamat zu verhindern, wird Memantin eingesetzt. Es handelt sich dabei um einen NMDA-Antagonisten. Memantin verändert die schädlichen Auswirkungen von Glutamat an den NMDA-Rezeptoren. Lernsignale können wieder erkannt werden. Memantin ist wirksam auf die Kognition, Altersfunktion und den klinischen Gesamteindruck beim Patienten mit moderater bis schwerer Alzheimer-Demenz. Eine Behandlung wird in der S3-Leitlinie „Demenzen“ unter 3.1.1.2 (Kasten 34) empfohlen. Demgegenüber wird bei leichtgradiger Alzheimer-Demenz die Behandlung mit Memantin nicht empfohlen.

Nichtmedikamentöse Therapie

Nichtmedikamentöse Therapieansätze zielen darauf ab, die Befindlichkeit und die Anpassungsfähigkeit des Erkrankten an das Nachlassen des Leistungsvermögens zu verbessern. Sie beziehen sich sowohl auf die erkrankte Person selbst als auch auf das Umfeld und konzentrieren sich darauf, bestehende Fähigkeiten zu erhalten und ggf. zu stärken. Beispiele für solche Therapieansätze sind:

- Kognitive Verfahren (z. B. leichte geistige Stimulation, Realitätsorientierung)
 - Emotions- und identitätsorientierte Verfahren (z. B. Selbsterhaltungstherapie mittels Validation und Erinnerungspflege)
 - Ergotherapie (z. B. Üben von alltagspraktischen Fertigkeiten mit spielerischen, handwerklichen und gestalterischen Techniken, Anpassung der Umgebung, Hilfsmittelberatung im Bereich Mobilität und Alltag)
 - Körperliche Aktivierung (z. B. Bewegungstherapie, Physiotherapie)
 - Künstlerische Therapien (z. B. Musik- und Kunsttherapie)
 - Sensorische Verfahren (z. B. Aromatherapie, basale Stimulation usw.)
- (Einzelheiten zur nichtmedikamentösen Therapie bei Demenz finden Sie unter www.demenz-leitlinie.de.)

Kommunikation mit dementen Menschen (in der Praxis und bei häuslicher Pflege)

Vergewissern Sie sich, dass die Sinnesfunktionen wie Hören und Sehen in Ordnung sind.

- Verwenden Sie einfache, vertraute Wörter.
- Bilden Sie kurze Sätze (ca. 5-Wort-Sätze).
- Nennen Sie die Dinge beim Namen.
- Stellen Sie Fragen, auf die mit „Ja“ oder „Nein“ geantwortet werden kann.
- Achten Sie auf die Körpersprache.
- Widersprechen Sie den Menschen mit Demenz nicht.
- Zeigen Sie Zuneigung und Wärme.



Wenn Sie zu Hause demente Angehörige pflegen ...

Hier kann helfen, wenn Sie sich der Validation (Bekräftigung) und der Biografiearbeit bedienen. Was darunter zu verstehen ist, finden Sie nachfolgend:

Validation

- Gesagtes wiederholen
- Gefühle bestätigen
- Gefühle benennen
- Konfrontation vermeiden

Biografiearbeit

- auf frühere Erlebnisse eingehen
- Lieder aus alten Zeiten singen
- Vergangenes erinnern
- Alben ansehen, Fotos

Handeln Sie nach dem ABC-Motto (A = Vermeiden Sie Konfrontation, B = Handeln Sie zweckmäßig, C = Formulieren Sie die Gefühle Ihres Angehörigen und spenden Sie ihm/ihr Trost).

Empfehlung zur Strukturierung als Lebenshilfe

- Geben Sie dem Alltag eine eindeutige Struktur.
- Besetzen Sie Tage mit Inhalten.
- Verbinden Sie Personen mit Funktionen.
- Sorgen Sie für eine klare Tages- und Wochenstruktur (immer gleich).
- Nutzen Sie biografische Elemente zur Strukturierung.

Was ist mit dem Wohnraum?

Räume, in denen demente Angehörige wohnen, sollten angepasst werden.

- Wählen Sie helle, freundliche Farben für die Wände.
- Verhängen oder entfernen Sie Spiegel.
- dunkle Ecken, Stolperfallen abschaffen
- Fußbodenbelag sollte nicht reflektieren.
- ggf. blendfreies Nachtlicht im Flur/ Schlafzimmer installieren
- Integrieren Sie, wenn möglich, einen kleinen Sitzplatz in der Küche.
- Bauen Sie Gefahrenquellen ab

(z. B. Beseitigung von Stolperfallen wie Teppiche und Kabel).

- Nutzen Sie technische Hilfsmittel (z. B. Herdsicherungen).
- Wählen Sie Haltegriffe in Dusche und Bad in kontrastreichen Farben.
- Bestücken Sie Telefontasten mit Fotos der Anzurufenden.
- Sorgen Sie für Barrierefreiheit (wenn möglich).
- Hygieneartikel in einheitlicher Farbe kaufen (Zahnbürste, Handtücher, Seifenschale: „Alles in Grün gehört mir“)
- Badezimmertür entriegeln (die meisten Unfälle passieren im Bad)
- Kennzeichnen Sie Räumlichkeiten mit Schildern/Piktogrammen als Orientierungshilfe.

Der demente Patient in der Praxis

Behandlerische Herausforderungen

Da die Übergänge in den Stadien der Demenz fließend sind, ist es für den Zahnarzt nicht einfach zu erkennen, ob ein Patient dement ist oder nicht und in welchem Stadium der Demenz er sich befindet. Das Stadium der Demenz hat direkte Auswirkungen auf die Behandlung/Behandlungsfähigkeit. Im frühen Stadium vergisst der Patient womöglich nur vereinbarte Behandlungstermine oder kann sich in späteren Terminen nicht mehr an alle Einzelheiten erinnern, die Sie mit ihm vereinbart hatten. Im mittleren Stadium der Demenz ist die Compliance, wenn der Patient überhaupt noch die Praxis aufsucht, eingeschränkt oder nicht mehr vorhanden. Die Anweisungen des Zahnarztes zum mundgesunden Verhalten werden vergessen oder nicht durchgeführt. Es ist daher notwendig, die Angehörigen eng in die Behandlung einzubinden, damit z. B. Termine eingehalten werden und insbesondere die häusliche Pflege durchgeführt wird. Die Versorgung mit prothetischen Varianten, die ein hohes manuelles Geschick bei der Pflege beanspruchen, sollte vermieden werden. Dennoch ist die möglichst lange Erhaltung einer Mund- und Zahnge-

sundheit wichtig, weil diese wiederum Auswirkungen auf den allgemeinen Gesundheitszustand hat (s. o.). Im fortgeschrittenen Stadium kann der Patient ggf. nicht mehr in der Praxis behandelt werden. Hier ist ggf. nach Rücksprache mit den Angehörigen eine aufsuchende Behandlung, die sich auf die dann bestehende Möglichkeit beschränkt, durchzuführen. Bei stationärer Pflege gelten die hierfür bestehenden Besonderheiten. Als Beratungszahnarzt oder als Kooperationszahnarzt (nach Kooperationsvertrag der stationären Einrichtung nach § 119 SGB V) kann hier die Beratung/Betreuung oder Versorgung sichergestellt werden.

Juristische Herausforderungen

Das Patientenrechtegesetz geht in den §§ 630 a–h BGB offensichtlich davon aus, dass der Zahnarzt ohne Weiteres erkennen kann, ob ein Patient geschäftsun- und/oder einwilligungsfähig ist. Dies ist leider wegen des schleichenden Übergangs der Demenzstadien häufig nicht der Fall. Daraus können sich folgende Problemstellungen ergeben:

1. Wer wird Vertragspartner des Zahnarztes (bei Zweifeln an der Geschäftsfähigkeit oder fehlender Geschäftsfähigkeit)?
2. Wer ist der richtige Adressat für die therapeutische und wirtschaftliche Information, die Aufklärung und die Einwilligung?

Aufklärung und Einwilligung

Die Einwilligung nach vorheriger Aufklärung ist Voraussetzung für die Durchführung der anschließenden Therapie. Allerdings hat die Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit und der Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung des Betroffenen ab einem bestimmten Krankheitsstadium den Verlust der Einwilligungsfähigkeit für medizinische Maßnahmen zur Folge. Es ist daher vom Zahnarzt im Einzelnen zu prüfen, ob die Einwilligungsfähigkeit für die jeweilige diagnostische oder therapeutische Maßnahme vorliegt. Liegt sie nicht vor, muss



Fortbildung

die gesetzliche Vertretungssituation geprüft werden (z. B. wurde ein Betreuer bestellt mit dem Aufgabenkreis der Gesundheitsfürsorge). Nahe Angehörige können nicht für den Patienten einwilligen. Es sei denn, sie wurden vom Gericht zum Betreuer bestellt. Nahe Angehörige könnten daher allenfalls zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens des Betroffenen herangezogen werden.

§ 630 d BGB „Einwilligung“ bestimmt:

- (1) Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme (...) ist der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen. Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, soweit nicht eine Patientenverfügung nach § 1901 a Abs. 1 Satz 1 die Maßnahme gestattet oder untersagt. Kann eine Einwilligung für eine unaufschiebbare Maßnahme nicht rechtzeitig eingeholt werden, darf sie ohne Einwilligung durchgeführt werden, wenn sie dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.
- (2) Die Wirksamkeit der Einwilligung setzt voraus, dass der Patient oder im Falle des Abs. 1 Satz 2 der zur Einwilligung Berechtigte vor der Einwilligung nach Maßgabe von § 630 e Abs. 1–4 aufgeklärt worden ist.

§ 630 e BGB „Aufklärungspflichten“ bestimmt:

(3) ...

(4) Ist nach § 630 d Abs. 1 Satz 2 die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, ist dieser (...) aufzuklären.

(5) Im Fall des § 630 d Abs. 1 Satz 2 sind die wesentlichen Umstände nach Abs. 1 auch dem Patienten entsprechend seinem Verständnis zu erläutern, soweit dieser aufgrund seines Entwicklungsstandes und seiner Verständnismöglichkeiten in der Lage ist, die Erläuterung aufzunehmen, (...).

Mit anderen Worten:

Bei Einwilligungsunfähigkeit des Patienten und Vorhandensein eines zur Einwilligung Berechtigten (z. B. bestellter Betreuer mit dem Aufgabenkreis Gesundheitsfürsorge) ist dieser aufzuklären und hat die Einwilligung zu erteilen. (Die Ausnahme bei vorhandener Patientenverfügung dürfte im zahnärztlichen Bereich kaum jemals einschlägig sein, da sie eher lebensverlängernde Maßnahmen regelt.) Neben dem zur Einwilligung Berechtigten ist auch der nicht einwilligungsfähige Patient entsprechend seinem Verständnis in die Aufklärung mit einzubeziehen, soweit er in der Lage ist, die Erläuterungen des Zahnarztes aufzunehmen. Anders als der Patient kann ein zur Einwilligung Berechtigter nicht auf die Aufklärung verzichten. Ist eine Maßnahme unaufschiebbar und kann eine Einwilligung

für eine solche Maßnahme nicht rechtzeitig eingeholt werden, darf sie ohne Einwilligung durchgeführt werden, wenn sie dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht. Ebenso kann die Aufklärung ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich sein, insbesondere wenn die Maßnahme unaufschiebbar ist.

Sie möchten sich weiter informieren?

Im Internet finden Sie eine Fülle von Informationen, z. B.:

<http://de.wikipedia.org/wiki/Demenz>

<http://de.wikipedia.org/wiki/Uhren-Zeichen-Test>

<http://www.alzheimerinfo.de/therapie/medikamentoes>

<http://www.alzheimerinfo.de/alzheimer/ursachen/index.jsp>

www.demenz-leitlinie.de

<http://www.alzheimer-nrw.de/profile.asp?item=2441>

Googlen Sie S3-Leitlinie „Demenzen“. Insgesamt gesehen bietet die S3-Leitlinie „Demenzen“ die umfangreichste und fachlich interessanteste Information.

*Dr. Gordan Sistig
Rüdiger Winkelmann*

Aus: ZBWL 4/2014

Wir danken dem Zahnärzteblatt Westfalen-Lippe für die freundliche Nachdruckgenehmigung.

Schnarchen – nur ein akustisches Problem? Schlafbezogene Atmungsstörungen – Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie

Die Herbsttagung der Friedrich-Louis-Hesse-Gesellschaft am 19. November 2016 wurde zunächst durch Prof. Dr. Dr. Alexander Hemprich, Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie des Universitätsklinikums Leipzig, mit der

Verleihung des Promotionspreises der Friedrich-Louis-Hesse-Gesellschaft an Dr. Sebastian Janke, Barsbüttel, eröffnet.

Im Anschluss erfolgte durch die wissenschaftliche Tagungsleiterin, Privatdozentin Dr. Dr. Heike Hümpfner-Hierl, Klinik

für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie des Universitätsklinikums Leipzig, die Einführung in das Thema. Hierbei wurde zum einen auf die hohe Inzidenz der schlafbezogenen Atmungsstörungen (SBAS) in den Industrienationen sowie auf die damit einherge-



hende hohe Mortalität hingewiesen. Die Rolle der Zahnheilkunde und MKG-Chirurgie in Diagnostik und Therapie der SBAS resultiert aus der Tatsache, dass diese durch kraniofaziale Besonderheiten, wie z. B. mandibuläre und maxilläre Retrognathie und Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, begünstigt werden können.

Sie übergab das Wort dann an Oberarzt Dr. Geert Vogt, den Leiter des Schlaflabors der Robert-Koch-Klinik des Klinikums St. Georg, Leipzig, der die internistische Diagnostik und Therapie der schlafbezogenen Atmungsstörungen und Folgeerkrankungen darstellte. Dr. Vogt stellte die Klassifikation der SBAS nach ICSD-3 dar, führte die Leitsymptome und die Stufendiagnostik der SBAS, bestehend aus Anamnese, klinischer Untersuchung, ambulanter Polygraphie und kardiorespiratorischer Polysomnographie auf. Er stellte die Zusammenhänge zwischen obstruktiver Schlafapnoe und Schlaganfall sowie Herzinsuffizienz dar. Bezüglich der Therapie betonte er die Beatmungstherapie mittels nCPAP (nasal continuous positive airway pressure) als Goldstandard und die große Bedeutung der Gewichtsabnahme bei adipösen Patienten.

Danach referierte Privatdozent Dr. Dr. Niels Christian Pausch, Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie des Universitätsklinikums Leipzig, über die „Radiofrequenztherapie und Uvulopalatopharyngoplastik bei Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen“. Hierbei schlug er einen Bogen von der Rezeption des Schlafes in der Antike über die Darstellung des Endymion-Mythos in verschiedenen Zeitaltern bis heute. Er stellte den Unterschied zwischen primärem Schnarchen und relevanter obstruktiver Schlafapnoe und die davon abhängigen Möglichkeiten der Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung dar. Er zeigte die Entwicklung und die Modifikationen der Uvulopalatopharyngoplastik (UPPP), die chirurgischen

Komplikationen sowie die Wirksamkeit auch anhand von Patientenbeispielen auf. Des Weiteren wurde die Radiofrequenztherapie als komplikationsarme Therapiemöglichkeit bei SBAS und Rhonchopathie vorgestellt.

Nach der Pause und dem Besuch der Industrieausstellung berichtete Oberarzt Dr. Joachim Maurer, Leiter des Schlafmedizinischen Zentrums der Universitäts-HNO-Klinik Mannheim, über aktuelle Hals-Nasen-Ohren-ärztliche Aspekte der schlafbezogenen Atmungsstörungen. Er betonte hierbei die Bedeutung der Muskelspannung im Bereich von Zunge und Pharynx für die SBAS und stellte das neurodegenerative Modell sowie verschiedene therapeutische Methoden zur Tonisierung der entsprechenden Muskulatur dar, u. a. die sehr eindrucksvolle Stimulation des Nervus hypoglossus durch ein operativ eingebrachtes Stimulationssystem (ImThera: Targeted Hypoglossal Nerve Stimulation THN®).

Danach wurden von Prof. Dr. Hans Pistner, Saalepraxis Erfurt, Referat Schlafmedizin der DGMKG, die mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Aspekte der obstruktiven Schlafapnoe erläutert. Er gab hierbei zunächst einen guten Überblick über die Rolle des Zahnarztes und MKG-Chirurgen bei der Therapie der SBAS und wies auf die bei betroffenen Patienten durch die Tagesmüdigkeit bestehende Fremd- und Eigengefährdung hin. Auch er betonte die Rolle der CPAP-Therapie als Goldstandard, wobei hierbei zu berücksichtigen ist, dass die Compliance nur bei 40 bis 60 % liegt. Er zeigte Therapiealternativen, wie Unterkieferprotrusionsschienen, Uvulopalatopharyngoplastik, Radiofrequenztherapie und Dysgnathieoperationen, auf.

Nach der Mittagspause und erneutem Besuch der Industrieausstellung hielt Prof. Dr. Oechtering einen sehr interessanten und aufrüttelnden Vortrag über vierbeinige OSA-Patienten, nämlich

über die bei brachycephalen Hunden vorliegenden Atmungsstörungen. Er zeigte auf, wie es durch extreme Zucht in Richtung auf ein Kindchenschema, bei diesen Rassen – der englischen und französischen Bulldogge sowie dem Mops – zur Verlegung der Atemwege durch Weichteile kommt, die diesen Hunden das Atmen bereits im Wachzustand erschweren. Schlafen können solche Hunde oft gar nicht, weil es dann zu einer kompletten Verlegung der Atemwege kommt.

Schließlich referierte Dr. Nico Klisch, Fachzahnarzt für Kieferorthopädie, Grimma, über seine langjährige Erfahrung mit Protrusionsschienen. Er stellte zunächst die Geschichte der funktionskieferorthopädischen Geräte und der Protrusionsschienen dar. Er gab Hinweise für die Auswahl von Patienten, für die diese Therapie geeignet ist, und stellte die Herstellung der Protrusionsschienen Schritt für Schritt sowie die Möglichkeiten der Abrechnung vor. Im Weiteren wies er auf die Möglichkeit der Vermeidung von SBAS-begünstigenden Kieferfehlagen durch rechtzeitige und konsequente kieferorthopädische Behandlung hin.

Auch Extraktionstherapien aus kieferorthopädischen Gründen sind hier als ungünstig anzusehen, da sie den für die Zunge zur Verfügung stehenden Raum einengen.

Es handelte sich um eine sehr interessante Tagung, die ein Randgebiet der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie behandelte. Sie verlief in angenehmer kollegialer Atmosphäre und war von Oberärztin Dr. Bianca Gelbrich, Dr. Angelika Rauch, Sindy Wittig und Martina Pampel bestens organisiert.

*Priv.-Doz. Dr. Dr. Heike Hümpfner-Hierl
Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische
Gesichtschirurgie
Universitätsklinikum Leipzig
heike.huempfner-hierl@medizin.
uni-leipzig.de*



DG PARO Jahrestagung 2016 – Parodontologie im Fokus

Der Einladung zur Jahrestagung der DG PARO nach Würzburg folgten mehr als 1.000 Besucher. Vom 15. bis 17. September 2016 widmeten sich die Referenten und Teilnehmer in Vorträgen, Diskussionen, Posterwettbewerben und Symposium dem Thema „Parodontologie im Fokus“. Tagungspräsidenten waren PD Dr. Bettina Dannewitz und Prof. Dr. Ulrich Schlagenhauf.

Zum international aufgestellten Referententeam der Jahrestagung gehörten u. a. Prof. Dr. Thomas Hoffmann, Universitätsklinikum Dresden, sowie Prof. Dr. Dr. Holger Jentsch Universitätsklinikum Leipzig.

Prof. Dr. Thomas Hoffmann (Dresden) und Dr. Jan Derks (Göteborg) eröffneten mit ihrem Thema „Haben wir die Parodontitis/Periimplantitis im Griff?“ das Hauptprogramm. Prof. Hoffmann stellte die aktuellen Daten der 5. Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V) vor und verglich sie mit den Ergebnissen der DMS IV. Unter den Erwachsenen und jüngeren Senioren sind 2014 nur noch halb so viele, die eine schwere Parodontitis haben, aber fast doppelt so viele, die parodontal gesunde Zähne aufweisen. Eine überaus positive Entwicklung. Trotz aller positiver Trends, die die DMS V zeige, merkte Prof. Hoffmann kritisch an, dass bei Querschnittsstudien der direkte Vergleich, hier der DMS V mit der DMS IV, so nicht möglich ist, weil andere Patienten untersucht wurden, die sich von den Patienten in der DMS IV in relevanten Punkten unterschieden. In der DMS V wurde zudem erstmals bei ca. 10 Prozent der untersuchten Probanden

eine Vollerhebung der parodontalen Situation vorgenommen. Dabei zeigt sich, dass diese durch die Untersuchung an Indexzähnen deutlich unterschätzt wird. Korrigiert man die Prävalenzzahlen aus der Teilerhebung, sind in Deutschland vermutlich 11,5 Millionen Menschen parodontal schwer erkrankt. Prof. Hoffmann beendete seinen Vortrag daher mit dem Satz „Wir sind noch nicht am Ziel angekommen!“.

Der Samstag startete mit einer Diskussionsrunde, an der Prof. Dr. Dietmar Oesterreich (BZÄK), Dr. Ute Maier (KZV BW), Dr. Michael Kleinebrinker (GKV-Spitzenverband), Prof. Dr. Thomas Kocher (Greifswald) und Dr. Wolfgang Westermann (Emsdetten) teilnahmen. Über die Aufnahme der unterstützenden Parodontaltherapie (UPT) in den Leistungskatalog der GKV diskutierten die Experten anschließend ebenso angeregt wie über die nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Ob es gut ist, die UPT in den Leistungskatalog der GKV aufzunehmen, konnte letztendlich nicht vollständig geklärt werden. Zu unterschiedlich waren die Meinungen der einzelnen Diskussionspartner. Festzuhalten ist, dass in

Deutschland die Versorgung der gesetzlich versicherten Patienten im Vergleich zu anderen Ländern auf einem sehr hohen Niveau liegt und nicht den Anschein erwecken darf, die Patienten seien unterversorgt.

Neben Symposien und Posterpräsentationen fanden ebenso klinische und experimentelle Kurzvorträge statt, die u. a. von Prof. Dr. Dr. h.c. Holger Jentsch von der Universität Leipzig in der Moderation begleitet wurden.

Zur Jahrestagung 2017 lädt die DG PARO vom 21. bis 23. September nach Dresden ein.

*Quelle: DG PARO, Tagungsbericht
Frederic Kauffmann
Dr. Alexander Müller-Busch,
Universitätszahnklinik Würzburg*

Zitat des Monats

Aufpassen muss man auf Minister, die nichts ohne Geld machen können, und auf Minister, die alles nur mit Geld machen wollen.

Indira Gandhi, 1917–1984

Dr. med. dent.

Ursula Schmitt

(Bischofswerda)

geb. 17.08.1935 gest. 17.11.2016

Wir trauern um unsere Kollegen

Dipl.-Med.

Jörg Zimmermann

(Reichenbach)

geb. 25.03.1944 gest. 17.11.2016

SR Dipl.-Med.

Kristina Lautzschmann

(Leipzig)

geb. 05.05.1944 gest. 11.01.2017

Wir werden ihnen ein ehrendes Andenken bewahren.

