

Anlage 1 i

der Ordnung zur Anerkennung besonderer Kenntnisse und Fertigkeiten in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

AltersZahnMedizin

A. Allgemeine Anforderungen / Durchführung

- I. Nachfolgend werden die Voraussetzungen bezeichnet, welche zur Erlangung des Kammerzertifikates Fortbildung AltersZahnMedizin nachgewiesen werden müssen.
- II. Die Lehrinhalte sollen modular aufgebaut sein, für die Lehrinhalte jedes Moduls ist eine entsprechende zeitnahe, sachgerechte Überprüfung des erreichten Wissens nachzuweisen.
- III. Zahnärzte die entsprechend § 8 Abs. 2 (Übergangsregelung) den Antrag zum Führen des Kammerzertifikates Fortbildung AltersZahnMedizin stellen, müssen die nachfolgend unter B. genannten vergleichbaren Fortbildungen nachweisen.

B. *Vorausgesetzte theoretische und praktische Kenntnisse und Fertigkeiten für den Bereich AltersZahnMedizin*

- **Einführung in den Kurs**
Kursorganisation, Hinweise zur Fallpräsentation
Veränderungen im Alter, Geriatrische Erkrankungen, Ernährung, Mund- und Allgemeinmedizin, Pharmakologie (Auswirkungen auf die Mundsituation) spezielle Altersstomatologie
- **Psychologie des Alter(n)s bei hirngorganisch gesunden Personen**
Psychosomatik
Psychiatrische Alterserkrankungen (Demenz, Depression, Parkinson u.a.), Kommunikation mit alten Menschen
Juristische Grundlagen (Betreuungsrecht, Einwilligung zu selektiven Behandlungsmaßnahmen und Notfalltherapie)
- **Einführung in die Seniorenzahnmedizin**
Demographische Veränderungen
Umgang mit älteren Menschen
Altersveränderungen im Mund
Prävention für das fitte Alter
- **Mobil und Pflege**
Präventionsschulung, organisatorische Aspekte, mobile Ausstattung, Therapiekonzepte, Münchner Modell u.a.
- **Parodontologie im Alter**
Veränderungen im Alter durch Zahnverlust (Ästhetik u.a.)
Totalprothetik (einschließlich besonderer Verfahren und Abformung), Implantatprothetik bei totalen Prothesen
- **Abrechnung**
Mobile Therapie; fittes Alter: präventive u. therapeutische Maßnahmen, Fahrt-kosten, ITN, Sedierung u.a.
Prothetische Therapiekonzepte
Seniorenrechte Praxis
- **Behandlung in Narkose**
Allgemeinmedizinische Grundlagen, Behandlungszentren, Narkoseführung, Patientenbetreuung, Geriatrie
- **Praktikum Pflegeeinrichtung**
Untersuchung, Präventive und therapeutische Maßnahmen
Geriatrisches Assessment
Notfalltherapie in der Geriatrie
- **Fallpräsentation, Falldiskussion**

Anlage 2 i

der Ordnung zur Anerkennung besonderer Kenntnisse und Fertigkeiten in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Tätigkeitsschwerpunkt AltersZahnMedizin

I. Gemäß § 2 Abs. 2; § 4 Abs. 2 ist zunächst Voraussetzung für den Erwerb des Tätigkeitsschwerpunktes AltersZahnMedizin der Nachweis der für das Kammerzertifikat Fortbildung AltersZahnMedizin erforderlichen theoretischen und praktischen Kenntnisse und Fertigkeiten gemäß Anlage 1 i.

II. Zum erstmaligen Nachweis der in § 2 Abs. 2; § 4 Abs. 2 geforderten Nachhaltigkeit der bereichsbezogenen beruflichen Tätigkeit müssen mindestens aus dem Erfahrungszeitraum der letzten drei Jahre folgende Nachweise erbracht werden: 50 Behandlungsfälle an **mobil**en Patienten über 65 Jahren - davon 20 Patienten mit deutlichen gesundheitlichen Einschränkungen: Durchführung bzw. Einleitung aller auf das Alter und die gesundheitlichen Einschränkungen der Patienten abgestimmten Behandlungsmaßnahmen, entsprechend der Vorgabe des Nachweisbogens.

Ferner 20 Behandlungsfälle an **immobilen Patienten** über 65 Jahren: Durchführung aller möglichen auf das Alter und die gesundheitlichen Einschränkungen der Patienten abgestimmten Behandlungsmaßnahmen mit Erstellung und Anwendung eines interdisziplinären Behandlungskonzeptes, einschließlich des ggf. notwendigen Einsatzes von anästhesiologischen Verfahren, entsprechend der Vorgabe des nachfolgenden Nachweisbogens.

III. Der Erwerb der praktischen Erfahrungen kann in einer Praxis, in einer Klinik o-der an einer anderen zahnmedizinisch-therapeutischen Einrichtung erfolgen.

IV. Zahnärzte, die entsprechend § 8 Abs. 2 (Übergangsregelung) den Antrag auf Führen des Tätigkeitsschwerpunktes stellen, müssen hierfür einen der Anlage 1i. B. entsprechenden Stand von theoretischen und praktischen Kenntnissen und Fertigkeiten sowie mindestens aus dem Erfahrungszeitraum der letzten drei Jahre folgende Nachweise erbringen: 50 Behandlungsfälle an **mobilen Patienten** über 65 Jahren - davon 20 Patienten mit deutlichen gesundheitlichen Einschränkungen: Durchführung bzw. Einleitung aller auf das Alter und die gesundheitlichen Einschränkungen der Patienten abgestimmten Behandlungsmaßnahmen, entsprechend der Vorgabe des nachfolgenden Nachweisbogens.

Ferner 20 Behandlungsfälle an **immobilen Patienten** über 65 Jahren: Durchführung aller möglichen auf das Alter und die gesundheitlichen Einschränkungen der Patienten abgestimmten Behandlungsmaßnahmen mit Erstellung und Anwendung eines interdisziplinären Behandlungskonzeptes, einschließlich des ggf. notwendigen Einsatzes von anästhesiologischen Verfahren, entsprechend der Vorgabe des nachfolgenden Nachweisbogens.

KOPIERVORLAGE

"Mobile Patienten"

Anzahl der erforderlichen Nachweise:	50 Behandlungsfälle an mobilen Patienten davon 20 Patienten mit deutlichen Einschränkungen	Alter 65+
--------------------------------------	---	------------------

Nachweisblatt der von Frau / Herrn _____ durchgeführten Behandlungsfälle im Bereich AltersZahnMedizin

Lfd. Nr.	Initialen des Patienten	Alter des Patienten	Art der Einschränkung (z.B. Bewegungseinschränkungen, intermittierende Besonderheiten, psychische Beeinträchtigungen, eingeschränkte Sehfähigkeit, u.a.)	Behandlungsfall (Durchgeführte Maßnahmen, z. B. systematische P.F.P., Zahnhafterfüllungen, endodontische Maßnahmen, prothetische Versorgungen, u.a.)	Datum Gezielte Mundhygienemaßnahme eingeleitet	Behandlungszeitraum von - bis

Hiermit versichere ich, dass die oben aufgeführten Fälle von mir persönlich versorgt worden sind. Ich kann die Dokumentation auf Verlangen der Landes Zahnärztekammer Hessen vorlegen.

Datum; Unterschrift; Praxistempel

KOPIERVORLAGE

"Immobil Patienten"

Anzahl der erforderlichen Nachweise:	20 Behandlungsfälle an immobilen Patienten davon 5 bei schwersterkrankten Patienten (interdisziplin. Behandlungskonzept)	Alter 65+
--------------------------------------	---	------------------

Nachweisblatt der von Frau / Herrn _____ durchgeführten Behandlungsfälle im Bereich AltersZahnMedizin

Lfd. Nr.	Initialen des Patienten	Alter des Patienten	Behandlungsfall (z.B. Unterzuzahlung, Prothesenkontrolle, entzündliche Behandlungsmaßnahmen)	Interdisziplinäre Zusammenarbeit (z. B. Geriater, Internist, Notfallbehandlung mit Sedierung, ITN)	Datum Gezielte Mundhygienemaßnahme eingeleitet	Behandlungszeitraum von - bis

Hiermit versichere ich, dass die oben aufgeführten Fälle von mir persönlich versorgt worden sind. Ich kann die Dokumentation auf Verlangen der Landes Zahnärztekammer Hessen vorlegen.

Datum; Unterschrift; Praxistempel