

Ina Nitschke, Siri Nitschke, Dominik Groß

Senioren – eine vulnerable Patientengruppe in der zahnärztlichen Praxis

Demografische Entwicklung

Jeder kann erkennen, dass es immer mehr ältere Menschen in unserem Alltag gibt. Schon ein Blick in die Fußgängerzonen zeigt uns, dass der Anteil der Älteren größer geworden ist. Seniorenreisen, Tanzkurse für Senioren oder Senioren-Computerkurse in der Volkshochschule liefern weitere Hinweise auf den demografischen Wandel. Dies bedeutet mit Blick auf das Gesundheitswesen, dass sich die Leistungserbringer auf die doch sehr heterogene Gruppe der Senioren einstellen müssen – eine Forderung, die auch an die Berufsgruppe der Zahnärzte zu richten ist.

Betagte Menschen unterscheiden sich nicht nur zahlenmäßig von denjenigen vor 50 Jahren, sondern auch durch den Umstand, dass sie im Durchschnitt eine bessere orale (und allgemeine) Gesundheit aufweisen. Es sind damit nicht vorrangig zahnlose Senioren, welche die Zahnmediziner mit neuen Totalprothesen im hohen Alter herausfordern. Vielmehr haben die heutigen und künftigen Senioren häufig noch eigene Zähne und partielle Prothesen, die es situationsadäquat zu versorgen gilt. Vor diesem Hintergrund scheint es geboten, der zahnärztlichen Behandlung der Senioren ein besonderes Augenmerk zu schenken.

Die Zuwanderung in den Jahren 2014 und 2015 hat die Bevölkerung Deutschlands in ihrer Größe und Struktur verändert. Zudem haben sich die Migranten auf die einzelnen Bundesländer unterschiedlich verteilt. Aus diesem Grund wurde die 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung unter Berücksichtigung der Zahlen des Jahres 2015 aktualisiert. Die neu berechnete 8. Variante der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung dokumentiert den aktuellen demografischen Wandel und die demografischen Trends in Deutschland bis ins Jahr 2060⁹. Bei der Betrachtung des Altersaufbaus wird sichtbar, dass der Altenquotient zwischen 30 (Hamburg, Berlin) und 43 (Sachsen, Sachsen-Anhalt) variiert. 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. Die Unterschiede zwischen Stadtstaaten, westlichen und östlichen Flächenländern sind somit erheblich (Tab. 1).

Die Berechnungen der zukünftigen Entwicklung der Bevölkerung in Deutschland zeigen, dass die Bevölkerungszahl erst steigen (ca. fünf Jahre) und anschließend (bis zum Jahr 2040) auf das Niveau von ca. 81,3 Millionen sinken wird. Danach dürfte sie der

aktuellen Extrapolation zufolge kontinuierlich auf 76,5 Millionen im Jahr 2060 abnehmen. Die Bevölkerung im Alter zwischen 20 und 65 Jahren wird von 49,8 Millionen in 2015 auf 43,6 Millionen im Jahr 2040 und dann auf 39,6 Millionen im Jahr 2060 zurückgehen. Die Zahl der 65-Jährigen und Älteren dürfte im Gegenzug deutlich steigen – von derzeit 17,3 Millionen auf 23,6 Millionen im Jahr 2060 in der aktualisierten Variante (Basis 2015; Tab. 2)⁹. Damit wird sich die Relation zwischen den Personen im Seniorenalter und den Menschen im erwerbsfähigen Alter ähnlich stark verändern wie bei den bisherigen Berechnungen (Belastung des Altenquotienten).

Die Lebenserwartung bei der Geburt steigt seit Langem kontinuierlich an (Abb. 1); hier ist bei Jungen bis 2060 ein Plus von 6,4 Jahren (auf 84,8 Jahre) und bei Mädchen ein Anstieg um 5,4 Jahre (auf 88,8 Jahre) zu erwarten⁷. Eine 80-Jährige hatte im Jahr 2006 noch eine mittlere Lebenserwartung von neun Jahren, während sie im Jahr 2013 bereits 9,3 Jahre betrug (Tab. 3)¹⁰. Eine 100-jährige Person hat im Durchschnitt eine Lebenserwartung von zwei Jahren (Abb. 2)¹¹.



Tab. 1 Aufbau der deutschen Bevölkerung, nach Alter und Bundesland geschichtet. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung nach Bundesländern, kontinuierliche Entwicklung bei schwächerer Zuwanderung (Variante 1, G1-L1-W1)⁸.

(Quelle: Statistisches Bundesamt)

Altersaufbau Deutschland 2015						
Deutsche Bevölkerung im Jahr 2015 (gesamt 81,3 Millionen)						
	Insgesamt	jünger als 20 Jahre [%]	20–64 Jahre [%]	65–79 Jahre [%]	80 Jahre und älter [%]	65-Jährige und Ältere je 100 ¹
Bundesland	Millionen	Anteil ²				
Baden-Württemberg	10,8	19,0	61,0	14,5	5,6	33
Bayern	12,8	18,4	61,5	14,7	5,4	33
Berlin	3,5	17,3	63,5	14,5	4,8	30
Brandenburg	2,4	16,3	60,2	17,3	6,2	39
Bremen	0,7	17,2	61,5	15,6	5,8	35
Hamburg	1,8	17,8	63,4	13,7	5,1	30
Hessen	6,1	18,4	61,1	15,0	5,6	34
Mecklenburg-Vorpommern	1,6	15,9	60,9	16,9	6,3	38
Niedersachsen	7,8	18,7	59,6	15,8	5,9	36
Nordrhein-Westfalen	17,6	18,5	60,7	15,0	5,9	34
Rheinland-Pfalz	4,0	18,0	60,8	15,2	6,0	35
Saarland	1,0	16,1	60,8	16,5	6,6	38
Sachsen	4,0	16,2	58,5	18,1	7,2	43
Sachsen-Anhalt	2,2	15,1	59,4	18,6	6,9	43
Schleswig-Holstein	2,8	18,3	58,9	17,0	5,8	39
Thüringen	2,1	15,8	59,8	18,0	6,5	41
Stadtstaaten	6,0	17,4	63,2	14,4	5,0	31
Flächenländer West	62,9	18,5	60,7	15,1	5,7	34
Flächenländer Ost	12,4	15,9	59,5	17,9	6,7	41
Deutschland	81,3	18,0	60,7	15,4	5,8	35

¹ 20- bis 64-Jährige (Altenquotient); ² Abweichungen von 100 % sind rundungsbedingt.

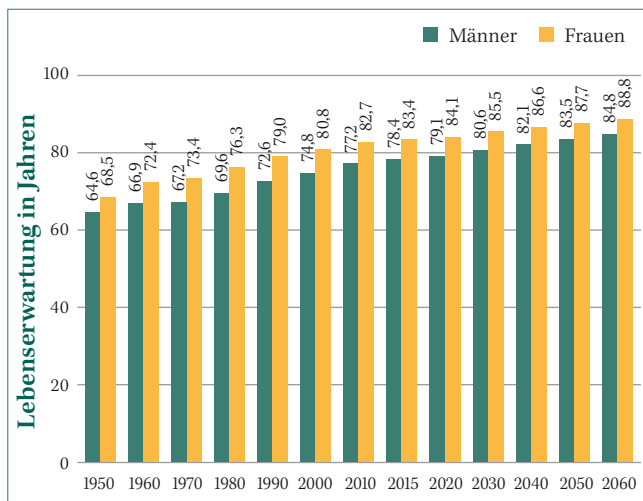


Abb. 1 Entwicklung der Lebenserwartung von 1950 bis 2060 bei Geburt in Deutschland nach Geschlecht⁷. (Quelle: statista)

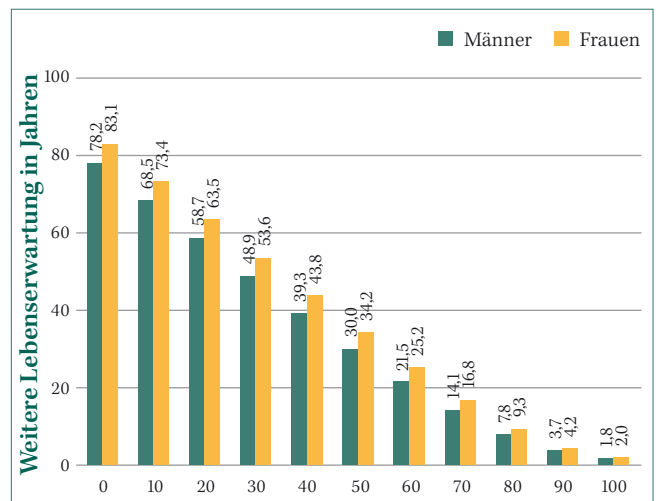


Abb. 2 Erreichbares Durchschnittsalter in Deutschland laut der Sterbetafel 2013/2015 nach Geschlecht und Altersgruppen (in Jahren)¹¹. (Quelle: Statistisches Bundesamt)

Alter und Altern

Der Alterungsprozess ist fortschreitend und bringt oft Einschränkungen mit sich. Dies offenbart sich bereits auf der begrifflichen Ebene: So werden ältere Menschen nicht nur als Senioren, Betagte oder Hochbetagte, sondern vielfach zudem als Pflegebedürftige oder Gebrechliche angesprochen. Fitte, Gebrechliche und Pflegebedürftige werden manchmal auch – verkürzt und wertend – mit „go-go“, „slow go“ oder „no go“ bezeichnet, wobei dies auch um „super go-go“ erweitert zu finden ist. Daneben existieren Namen wie die „Silver-“ und „Gold-Ager“. Derartige Bezeichnungen sind indessen nicht nur respektlos dem Alter gegenüber, sondern stellen zugleich eine (latente) Diskriminierung dar. Dementsprechend sollte auf derartige Termini verzichtet werden.

Um die Heterogenität der Personengruppe der Senioren angemessen darstellen zu können, ist eine Orientierung an der funktionellen Kapazität hilfreich. Sie kommt in Begriffen wie fit, gebrechlich und pflegebedürftig zum Ausdruck. Dabei sind auch die Übergangsphasen von fit zu gebrechlich sowie von gebrechlich zu pflegebedürftig zu berücksichtigen. Somit kann das Altern im Hinblick auf die funktionelle Kapazität letztlich in fünf Lebensphasen aufgeteilt werden.

Jede Berufsgruppe sollte Überlegungen anstellen, wie sie sich, besonders auch in den beiden Übergangsphasen, fachlich einbringen kann, um die gerade bestehende Lebensphase möglichst lange zu erhalten. Die Alterungsprozesse sind sehr komplex und können daher nicht Thema in diesem Beitrag sein. Wichtig ist aber, dass Zahnärzte vorab die Frage klären, in welcher Lebensphase sich ihr Patient gerade befindet. Erreicht wird diese Klärung durch Gespräche sowie Beobachtungen und durch Rücksprache mit dem Hausarzt, der ggf. geriatrische Assessment-Befunde wie den „Uhrenziffer-Test“, den „Time-up-and-go-Test“, den „Barthel-Index“ oder die „Activity of Daily Living“ (ADL) erhoben hat. Auch der speziell für die Zahnheilkunde entwickelte Test zur zahnmedizinischen funktionellen Kapazität sollte Bestandteil der zahnärztlichen Anamnese sein (Tab. 4)⁶.

Die zahnmedizinische funktionelle Kapazität

Die zahnmedizinische funktionelle Kapazität (ZFK) beurteilt die Funktionsmöglichkeiten eines Patienten unter dem zahnmedizinischen Blickwinkel⁶. Andere geriatrische Assessment-Instrumente, die in Vielzahl der

Tab. 2 Ergebnisse der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland, aktualisierte Variante 2-A (Basis 2015) und Variante 2 (Basis 2013) im Vergleich⁹.
(Quelle: Statistisches Bundesamt)

Bevölkerung nach Altersgruppen bis 2060		
Jahr (jeweils 31.12.)	Variante 2-A ¹ Basis: 31.12.2015	Variante 2 ² Basis: 31.12.2013
Millionen Personen		
Bevölkerung insgesamt		
2015	82,2	81,3
2020	83,5	82,0
2030	82,9	80,9
2040	81,3	78,9
2050	79,0	76,1
2060	76,5	73,1
65- bis unter 80-Jährige		
2015	12,6	12,6
2020	12,4	12,4
2030	15,6	15,6
2040	15,6	15,5
2050	13,5	13,3
2060	14,6	14,2
80-Jährige und Ältere		
2015	4,7	4,7
2020	5,9	5,9
2030	6,2	6,2
2040	7,8	7,8
2050	9,8	9,9
2060	9,0	9,0

¹ Geburtenrate 1,5 Kinder je Frau, Lebenserwartung bei Geburt 2060 für Jungen 84,7/Mädchen 88,6 Jahre, Außenwanderungssaldo sinkt von 750.000 im Jahr 2016 auf 200.000 im Jahr 2021, danach konstant (G1-L1-W2015)

² Geburtenrate 1,4 Kinder je Frau, Lebenserwartung bei Geburt 2060 für Jungen 84,8/Mädchen 88,8 Jahre, Außenwanderungssaldo sinkt von 500.000 im Jahr 2014 auf 200.000 im Jahr 2021, danach konstant (G1-L1-W2) Differenzen in den Summen sind rundungsbedingt.

Tab. 3 Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung in Deutschland geschichtet nach Alter und Geschlecht¹⁰. (Quelle: Statistisches Bundesamt)

Alter (Jahre)	Geschlecht	2006/2008	2007/2009	2008/2010	2009/2011	2010/2012	2011/2013	2012/2014	2013/2015
0	Männer	77,17	77,33	77,51	77,72	77,72	77,90	78,13	78,18
	Frauen	82,40	82,53	82,59	82,73	82,80	82,88	83,05	83,06
20	Männer	57,74	57,90	58,05	58,25	58,24	58,41	58,61	58,66
	Frauen	62,85	62,97	63,03	63,16	63,22	63,29	63,45	63,46
40	Männer	38,44	38,59	38,73	38,93	38,92	39,06	39,24	39,29
	Frauen	43,20	43,32	43,37	43,50	43,57	43,63	43,77	43,79
60	Männer	20,93	21,04	21,16	21,31	21,28	21,38	21,51	21,52
	Frauen	24,71	24,81	24,85	24,96	25,03	25,07	25,19	25,19
65	Männer	17,11	17,22	17,33	17,48	17,46	17,55	17,69	17,71
	Frauen	20,41	20,52	20,56	20,68	20,74	20,79	20,90	20,90
80	Männer	7,65	7,67	7,71	7,77	7,68	7,70	7,79	7,81
	Frauen	8,97	9,04	9,06	9,13	9,17	9,20	9,29	9,30

Tab. 4 Zahnmedizinische funktionelle Kapazität: vierstufige Einteilung der Belastbarkeit aufgrund der Beurteilung der drei Parameter Therapiefähigkeit, Mundhygienefähigkeit und Eigenverantwortlichkeit. Innerhalb der beiden Parameter Therapiefähigkeit und Mundhygienefähigkeit wird der Patient in einer vierstufigen Einteilung hinsichtlich seiner zahnmedizinischen Belastbarkeit betrachtet. Dabei ist Stufe 1 die beste (normale Belastbarkeit) und Stufe 4 die schlechteste Stufe (keine Belastbarkeit). Beim Parameter Eigenverantwortlichkeit erfolgt eine Einteilung in drei (anstatt vier) Stufen: normal, reduziert oder gar nicht eigenverantwortlich.

Belastbarkeitsstufe	Therapiefähigkeit	Mundhygienefähigkeit	Eigenverantwortlichkeit
BS 1	normal	normal	normal
BS 2	leicht reduziert	leicht reduziert	
BS 3	stark reduziert	stark reduziert	reduziert
BS 4	keine	keine	keine

Geriatric zur Verfügung stehen, sind für die zahnmedizinischen Überlegungen nur eingeschränkt nutzbar, da sie zum Beispiel andere Funktionen abfragen als die, die im Rahmen der zahnmedizinischen Betreuung benötigt werden. Daher wurde ein Instrument für die zahnmedizinischen Belange entwickelt, das den Anwender anregen soll, seinen Patienten besonders unter dem zahnmedizinischen Funktionsaspekt zu analysieren. Dabei werden die drei Parameter besonders berücksichtigt:

- Therapiefähigkeit,
- Mundhygienefähigkeit und
- Eigenverantwortlichkeit.

Jeder Parameter wird getrennt in einer vierstufigen Einteilung nach der Belastbarkeit des Patienten betrachtet. Daraus ergibt sich als Gesamtwert die zahnmedizinische Belastbarkeit älterer und alter Menschen in einer vierstufigen Einteilung. Der am schlechtesten bewertete Parameter führt zur Festlegung der Belastbarkeitsstufe (BS 1 bis 4), die dann Ausdruck der ZFK ist (s. Tab. 4)⁶.

Therapiefähigkeit

Bei der Therapiefähigkeit eines betagten Menschen ist vom Untersucher abzuschätzen, ob eine zahnärztliche Behandlung wie bei einem allgemeinmedizinisch gesunden Patienten durchgeführt werden kann oder ob und in welchem Maße bei der The-

rapie wegen einer verringerten Belastbarkeit Einschränkungen zu erwarten sind (z. B. Anzahl und Länge der Behandlungstermine, Wahl des Behandlungskonzeptes und des prothetischen Behandlungsmittels). Die finanzielle Situation des Patienten hat auf die Festlegung der BS keinen Einfluss. In den BS 1 und 2 wäre eine festsitzend-abnehmbare Versorgung denkbar. Allerdings kann es notwendig und ratsam sein, bei Patienten der BS 2 den Behandlungsablauf auf mehrere Sitzungen zu verteilen und eine ausreichende Nachsorge anzuschließen. Bei stark reduzierter Therapiefähigkeit (BS 3) würde sich der Untersucher für eine partielle Kunststoffprothese mit gebogenem Verankerungselement entscheiden, die ohne viel Aufwand (wenige, kurze Sitzungen) anzufertigen ist. Wenn die Belastbarkeit sehr stark reduziert ist (BS 4), kann in der Regel keine Neuanfertigung durchgeführt werden. Kleine Reparaturen am alten Zahnersatz sind denkbar, jedoch kann dem stark eingeschränkten Senior keine weitreichende zahnärztliche Therapie zugeordnet werden.

Damit die Beurteilung der Therapiefähigkeit des älteren Menschen unabhängig vom Mundbefund standardisiert erfolgen kann, sollte sich der Behandler die Frage beantworten, welchen Therapieweg er bei seinem Patienten einschlagen würde, wenn dieser im Oberkiefer zahnlos ist und im Unterkiefer nur noch zwei Zähne

vorhanden sind. Diese, vom individuellen Zahnstatus unabhängige, Überlegung hilft, dass die Schwierigkeiten bei der Versorgung von zahnlosen Patienten nicht unterschätzt werden, wie es oft der Fall ist. Mit dem theoretischen Zahnstatus kann die Therapiefähigkeit des älteren Patienten, besonders des Zahnlosen, zuverlässig eingeschätzt werden (Tab. 5).

Mundhygienefähigkeit

Bei der Beurteilung der Mundhygienefähigkeit ist die Frage zu beantworten, ob der ältere Mensch einer individualprophylaktischen zahnmedizinischen Maßnahme folgen kann und ob er die motorischen sowie kognitiven Fähigkeiten besitzt, die Instruktionen zur Mundhygiene zu verstehen und bei der täglichen Mund- und Prothesenhygiene umzusetzen. Ist der Patient z. B. seh- und hörbehindert, gilt er bei der Mundhygienefähigkeit als leicht reduziert belastbar. Hier sollten sich die Aufklärungs- und Motivationsgespräche anders gestalten, damit der Patient davon profitieren kann. Bei stark reduzierter Mundhygienefähigkeit ist zu klären, wer das Defizit aus dem eigenen Putzen auffängt. Die Fremdputzer, z. B. Angehörige, sollten instruiert und die Terminintervalle für professionelle Zahn- und Prothesenreinigung verkürzt werden. Patienten, die ihre Mundhygiene nicht mehr selbstständig durchführen können, gelten in diesem Kontext als nicht belastbar, sodass der

Tab. 5 Beispiele für individuelle Behandlungsumstände zur Beurteilung der Einzelparameter innerhalb der zahnmedizinischen funktionellen Kapazität, die die zahnmedizinische Betreuung erschweren könnten.

Therapiefähigkeit	Mundhygienefähigkeit	Eigenverantwortlichkeit
<ul style="list-style-type: none"> ● Risiko für allgemeinmedizinische Zwischenfälle ● Risiko Medikamenteninteraktion ● Transportfähigkeit ● Umsetzbarkeit ● Lagerungseinschränkung ● Nachsorgekompetenz ● Verständnis von Anweisungen/Sachinhalten ● Möglichkeit der Diagnostik ● längere Mundöffnungsphasen ● manuelle Geschicklichkeit ● Adaptationsfähigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> ● Lernfähigkeit/Umsetzung von Informationen ● Greiffähigkeit ● Putzkraft ● Hilfe durch Fremdputzer/Dritte ● Sehvermögen ● Nachsorgekompetenz ● Überwachung der Mundhygiene ● Handkraft ● Kauf der Mundhygieneartikel 	<ul style="list-style-type: none"> ● kontrollorientiertes Besuchsverhalten ● Entscheidungsfähigkeit ● Nachsorgekompetenz ● Willensäußerung ● Erkennen von Problemen ● Organisationsfähigkeit ● Verantwortungsträger ● Betreuer/Beistand ● Koordination

Zahnarzt seine Therapie und Unterstützung zur Mundhygiene bei ihnen ganz anders ausrichten muss (s. Tab. 5).

Eigenverantwortlichkeit

Das Kriterium Eigenverantwortlichkeit beschreibt, ob der betagte Patient in der Lage ist, die Entscheidung zu treffen, einen Zahnarzt zur Kontrolle oder zur Therapie aufzusuchen, und diesen Besuch dann auch für sich selbst zu organisieren. Es ist ferner zu prüfen, ob der Patient den Wunsch äußert, den Zahnarzt aufzusuchen, aber den Besuch nicht selber organisieren kann (reduziert eigenverantwortlich), oder ob er gar nicht mehr an seine Mundgesundheit und an seine zahnmedizinische Versorgung denkt (nicht eigenverantwortlich; s. Tab. 5).

Die Belastbarkeitsstufe

Die drei Kriterien Therapiefähigkeit, Mundhygienefähigkeit und Eigenverantwortlichkeit sind jeweils einzeln nach dem Anamnesegespräch vom Zahnarzt abzuschätzen. Bei der Einstufung wird er nach etwas Übung feststellen, dass er vergleichbare Situationen anhand der BS wiederfindet. Er wird auch merken, dass gute kognitive Fähigkeiten des Patienten ihn nicht mehr dazu verleiten werden, ggf.

dessen eingeschränkte Therapie- oder Mundhygienefähigkeit zu übersehen. Die schlechteste Bewertung eines der drei Parameter führt zur abschließenden Gesamtbewertung. Es empfiehlt sich für den Behandler, diese BS bei all seinen Entscheidungen im Hinterkopf zu behalten, da sie die begrenzende Komponente in der weiteren Behandlungsplanung sein sollte. Die BS ist dann Ausdruck der ZFK (s. Tab. 4) des Patienten⁶.

Ethische Herausforderungen

Ein vertrauensvolles Patienten-Arzt-Verhältnis, die fachliche und psychosoziale Kompetenz des Behandlungsteams sowie die Berücksichtigung ethischer Aspekte im wechselseitigen Umgang während des therapeutischen Entscheidungsprozesses, bei der eigentlichen Durchführung der Therapie und in der Nachsorge sind wesentliche fachliche und normative Voraussetzungen für eine erfolgreiche zahnärztliche Behandlung⁵. Eine erfolgreiche, patientengerechte und situationsadäquate Behandlung dient ihrerseits nicht nur dem Patientenwohl, sondern trägt überdies zur Zufriedenheit der Teammitglieder und des verantwortlichen Behandlers bei. Zudem ist sie ein Ausdruck von Professionalität und fachlicher Expertise.

Im zahnärztlichen Alltag sind die meisten Behandlungssituationen in der Regel fachlich gut lösbar, die Patienten kooperativ und das Team den Patienten zugewandt. Den Umgang mit ängstlichen Patienten beginnt der Zahnarzt bereits in seiner universitären Wiege einzuüben – und oft sind die betroffenen Patienten dann auch erfolgreich zu behandeln. Eine zunehmende Herausforderung stellen jedoch der heterogene Gesundheitsstatus der betagten Patienten sowie bestehende finanzielle Ungleichheiten dar. Hinzu kommt, dass viele (hoch)betagte Patienten ihre Eigenständigkeit (partiell) eingebüßt haben bzw. sich in sozialer Abhängigkeit befinden.

Aus den besagten Gründen gelten betagte Menschen als besonders vulnerabel. Dieser Begriff bezeichnet Patientengruppen, die als besonders verwundbar (lat. vulnus = Wunde) und folglich als schutzbedürftig gelten – sei es aufgrund ihres Krankheitsstatus (z. B. schwerstkranke Patienten), aufgrund rechtlicher Voraussetzungen (z. B. Patienten mit Demenz und daher mit eingeschränkter Einwilligung- und Entscheidungsfähigkeit) oder aus sozialen Gründen (z. B. Patienten in Lebenssituationen, die ihre Autonomie einschränken, wie etwa Bewohner eines Senioren- oder Pflegeheims)². Hier bedarf es somit besonderer Acht-

samkeit seitens des Zahnarztes. Fachlich und emotional gefordert sind die zahnärztlichen Kollegen insbesondere dann, wenn Behandlungssituationen aufgrund von funktionellen körperlichen und kognitiven Einschränkungen schwierig werden. Dann scheinen eingetübte Behandlungsstandards nicht mehr passend zu sein, und der Zahnarzt kommt ggf. in Entscheidungsnöte. Zudem kann es vorkommen, dass Angehörige eine Behandlung einfordern, bei welcher der Zahnarzt im Gespräch den Eindruck gewinnt, dass sie nicht dem Patientenwunsch entspricht bzw. nicht in dessen Interesse ist. Ebenso kommt es vor, dass z. B. der Ehemann gar nicht mehr für seine an Demenz leidende Ehefrau entscheiden kann, weil er körperlich, kognitiv und/oder emotional mit der Behandlungssituation überfordert ist. Was tun, wenn keine Kinder vorhanden sind und eine schnelle Entscheidung während der zahnärztlichen Behandlung (z. B. Exzision nach Röntgenbefund) unter Narkose notwendig ist? Hat ein Zahnarzt das Recht oder die Pflicht, eine gesetzliche Betreuung beim Betreuungsgericht anzuregen, obwohl er nur einen kleinen Einblick in das Leben des Ehepaares nimmt? Unsicherheiten gibt es sowohl bei gebrechlichen als auch bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen der Zahnarzt in der aufsuchenden Betreuung in Kontakt kommt (s. Beitrag Betreuungsrecht S. 167). Die Konfrontation mit palliativen Patientensituationen und dem Tod kann einen Zahnarzt auch emotional belasten, da es nicht in den üblichen zahnärztlichen Alltag gehört. In besonderem Maße gilt dies alles bei der zahnmedizinischen Versorgung von Menschen mit Demenz, sodass hier eine eingehende Analyse der verschiedenen normativen Implikationen geboten erscheint. Häufig führen gerade in der Seniorenzahnmedizin spezifische Konstellationen (z. B. stark reduzierte zahnmedizinische Therapiefähig-

keit, fehlende Mundhygienefähigkeit, fehlende Eigenverantwortlichkeit des Patienten) in Kombination mit akuter Behandlungsnotwendigkeit und der notwendigen Miteinbeziehung dritter Personen zu dilemmatischen Behandlungssituationen, die vielfach zusätzliche fachliche und normative Ansprüche an die Zahnmediziner stellen. Dabei wird deutlich, dass in der Seniorenzahnmedizin an die Stelle einer klassischen lege-artis-Therapie der Schulmedizin in vielen Fällen eine Kompromissbehandlung tritt, die abweichenden diagnostisch-therapeutischen Regeln folgt, veränderte kommunikative Anforderungen stellt und spezifische klinisch-ethische Herausforderungen und Fallstricke bietet.

Wichtig ist, dass der Zahnarzt sich zunächst einen guten Überblick verschafft. Dies betrifft nicht nur die orale Situation des Patienten, sondern ebenso die grundsätzliche Frage, welche Personen in welcher Weise in das Behandlungsgeschehen von der Therapieentscheidung bis zur Nachsorge einzubeziehen sind. So sollte der Behandler auch mithilfe seines Anamnesebogens eine Versorgungsdiagnose (s. Beitrag Partner Seniorenzahnmedizin S. 181) stellen⁴. Das häusliche Leben kann sich stark unterscheiden (allein, mit Partner oder zuhause mit oder ohne Kinder lebend) und auch eine ambulante Pflegesituation beinhalten oder diese erwarten lassen. Neben der Option einer ambulanten Pflege besteht auch die Möglichkeit, dass sich der Patient in einer stationären Pflegesituation, einer größeren Senioreneinrichtung oder in einer Wohngemeinschaft, z. B. für Menschen mit Demenz, befindet oder dass diese bereits angedacht oder geplant ist. Weiterhin sollte geklärt sein, ob eine gesetzliche Betreuung für den Patienten erforderlich bzw. bereits eingerichtet ist (s. Beitrag Betreuungsrecht S. 167), wer als Betreuer fungiert und inwieweit der Patient (noch) in den

diagnostischen und therapeutischen Entscheidungsprozess einbezogen werden kann. Auch die Frage nach etwaigen Vorsorgevollmächtigten ist zu klären. Da sich die Sachlage in diesem auch rechtlich relevanten Bereich rasch verändern kann, sollte der Anamnesebogen in regelmäßigen Abständen überprüft und ggf. aktualisiert werden – sei es durch den Patienten oder durch dessen Begleitpersonen.

Die Nachsorgekompetenz, die der Behandler ebenfalls im Blick haben sollte, beschreibt die Fähigkeit des Patienten (Eigen-Nachsorgekompetenz) oder einer Person aus seinem Umfeld (Fremd-Nachsorgekompetenz), die Mundhöhle und den Zahnersatz zu reinigen und eine kontrollorientierte zahnmedizinische Dienstleistung regelmäßig, auch engmaschig, in Anspruch zu nehmen³. Auch diese Punkte sind in der aufsuchenden Betreuung oft zu klären, denn ohne Unterstützung in der Nachsorge durch Dritte ist der Erfolg zahnärztlicher Maßnahmen (langfristig) häufig infrage gestellt.

Umgang mit dilemmatischen Situationen in der geriatrischen Zahnmedizin

Es gibt verschiedene Empfehlungen, wie sich ein Behandler in Situationen, in denen ein ethischer Konflikt zu lösen ist, verhalten sollte. Die Prinzipienethik nach Tom L. Beauchamp und James F. Childress¹ ist insbesondere im klinisch-ärztlichen Bereich weit verbreitet, weil sie den Behandlern einfache normative Kriterien an die Hand gibt und so eine gute Orientierung bietet. Insgesamt sind hierbei vier Prinzipien zu beachten:

1. Respekt vor der Autonomie des Patienten

Das erste Prinzip lenkt den Fokus auf die Frage, ob der Behandler den Willen des Patienten (bzw. des gesetzlichen Betreuers) eruiert und berücksichtigt hat und somit

dessen Selbstbestimmung achtet. Freilich muss der Zahnarzt keine Maßnahme durchführen, für die er keine medizinische Indikation sieht. D. h. nicht jedem möglichen Patientenwunsch muss nachgekommen werden. Andererseits darf der Patient eine gebotene Behandlung ablehnen, auch wenn dies zu seinem gesundheitlichen Nachteil ist bzw. dem Zahnarzt unvernünftig oder unverständlich erscheint.

Die Einrichtung einer Betreuung sollte dann angeregt werden, wenn sich der Patient nicht mehr ausreichend selbst artikulieren kann bzw. wenn berechtigte Zweifel an seiner Entscheidungsfähigkeit bestehen, d. h. wenn zu erwarten ist, dass der Patient die Tragweite einer zu treffenden Entscheidung nicht mehr übersehen kann (s. Beitrag Betreuungsrecht S. 167). Gerade Patienten mit fortgeschrittener Demenz können nur noch selten eigenverantwortliche Entscheidungen treffen. Hier ist es oft notwendig, Angehörige resp. den gesetzlichen Betreuer und/oder emotionale Verwandte einzubeziehen. Dabei ist darauf zu achten, dass die betreuenden Personen bei der Entscheidungsfindung auf der Grundlage des mutmaßlichen Patientenwillens (natürlicher Wille) argumentieren und nicht etwa einen persönlichen Blickwinkel einnehmen: Nicht die eigene Überzeugung oder persönliche Kriterien wie Betreuungsaufwand oder Zeitbedarf, sondern allein der Patientenwille sollte hierbei leitend sein. Dabei gilt es, soweit möglich, früher gelebte Verhaltensweisen im Sinne der Patientenautonomie beizubehalten: Wenn der Patient z. B. nie die „unbequeme“ obere Totalprothese getragen und die Restzähne im Unterkiefer nicht geputzt hat, sollte dem Patienten in einer Pflegesituation das Tragen der Prothese und das Zähneputzen nicht auferlegt werden – zu-

mal das Risiko besteht, dass der Patient den Zahnersatz nicht toleriert.

2. + 3. Benefizienz-/

Nichtschadensgebot

Die beiden Prinzipien Fürsorge (Benefizienz) und Schadensvermeidung (Non-Malefizien), können beitragen, eine ethische Herausforderung zu bestehen. Im Mittelpunkt steht das Abwägen zwischen einem potenziellen Schaden durch das Durchführen einer fraglichen bzw. das Unterlassen einer gebotenen Maßnahme versus dem potentiellen Nutzen derselben.

Hier kann, auf die geriatrische Zahnmedizin bezogen, das Narkoserisiko mit seinen Nachwirkungen bei einer Behandlung eines (ggf. multimorbiden) Menschen mit Demenz beispielhaft genannt werden. Ist die Behandlung in Intubationsnarkose sowie das Narkoserisiko (allgemeines Narkoserisiko, Gefahr eines Delirs, Stresssituation, Verstärkung der Demenz, ggf. kardiale Dekompensation) mit der oft darauffolgenden Unruhe in der Pflegesituation für die Entfernung eines klinisch unauffälligen Wurzelrestes im Sinne der Schulmedizin gerechtfertigt? Auch in Kenntnis der Tatsache, dass eine Behandlung in einem akuten Notfall (z. B. Schmerzen aufgrund eines Abszesses) möglich wäre und dass eine nachfolgende prothetische Versorgung – mit oder ohne Wurzelrest – nicht angefertigt bzw. vom Patienten nicht mehr adaptiert werden kann? Bei Betrachtung des Non-Malefizien- und des Benefizienz-Prinzips relativiert sich der Nutzen einer Entfernung eines klinisch ohne Symptome vorhandenen Wurzelrestes – unbeschadet der Tatsache, dass dieses Vorgehen im zahnärztlichen Alltag bzw. in Routinefällen als lege-artis-Maßnahme anzusehen ist. Es ist natürlich vom Behandler sicherzustellen, dass über diesen Wurzelrest und etwaige Komplikationen aufgeklärt und eine

Vorgehensweise im Falle eines zahnärztlichen Notfalls verabredet wird.

4. Gerechtigkeit

Ein weiteres ethisches Prinzip, die Gerechtigkeit, ist nicht nur auf den einzelnen Patienten, sondern auf alle Umstände, die eine Versorgung und deren Akteure beeinflussen können, bezogen. Grundsätzlich sollte der Zugang zu einer medizinischen Versorgung jedem Bürger gewährt werden, was auch für zahnmedizinische Interventionen gilt. Dies bedeutet für die aufsuchende Betreuung, dass auf der Makroebene (z. B. Gesetzgebung im Gesundheitswesen) und Mesoebene (z. B. Krankenkassen, Verbände) Voraussetzungen geschaffen werden, die dann auf der Mikroebene des Gesundheitswesens, also z. B. in der Patienten-Zahnarzt-Beziehung die Möglichkeiten eröffnen, einen für die Pflegebedürftigen und ihren Bedürfnissen entsprechenden Leistungskatalog zur Verfügung zu haben. Hierbei ist u. a. die Politik gefordert, eine gerechte Verteilung der Ressourcen zu gewährleisten (Verteilungsgerechtigkeit), was sicherlich eine große (und fortgesetzte) Herausforderung darstellt. Auf der Mikroebene sollte der Zahnarzt für sich und sein Team die Frage klären, ob er sich im Rahmen des Versorgungsauftrages aller Zahnärzte in diesem Segment der Seniorenzahnmedizin besonders einsetzen möchte. Behandlungsbedarf besteht auch im Bereich der aufsuchenden Betreuung, wobei nur ein gut ausgebildetes Team in enger Kooperation mit der Pflege und/oder dem Betreuer die zielorientierte Umsetzung eines Behandlungskonzeptes erwarten lässt. Gerechtfertigt verteilt sollten dabei auch die Präventionsleistungen sein, denn oft kann der Pflegebedürftige aufgrund seiner Erkrankungen den Präventionsgedanken in Anbetracht einer eingeschränkten Mundhygienefähigkeit nicht mehr (eigenständig) umsetzen.

Daher sollten dem Pflegebedürftigen auch Prophylaxe-Leistungen zustehen, da diese hier an die Stelle einer häuslichen Mundhygiene treten müssen.

Bei der Anwendung der Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress¹ gibt es keine Rangordnung der vier

oben beschriebenen Prinzipien. Sofern einzelne dieser Prinzipien konfliktieren, muss der Zahnarzt eine eigenverantwortliche Abwägung vornehmen. Dennoch hat die Prinzipienethik erkennbare Vorteile: Alle ethischen Probleme können nach diesem Schema fallbezogen bearbeitet werden und das strukturierte Vorgehen im Rahmen der

Prinzipienethik kann auch in schwierigen Situationen das Finden einer Lösung erleichtern. Eine wiederholte Beschäftigung mit Fallanalysen, wie im Lehrbuch Ethik in der Zahnmedizin² beschrieben, wird zudem die Lösungskompetenz des Zahnarztes rasch und nachhaltig stärken.

Fazit

Die geriatrische Zahnmedizin ist ein Teilgebiet der Seniorenzahnmedizin, das besondere Aufmerksamkeit verdient. Da das Fach in Deutschland in der Grundausbildung nur sehr eingeschränkt gelehrt wird, sieht sich der Zahnarzt in diesem Bereich mit

Situationen konfrontiert, die ihm wenig vertraut sind. Zahnärzte und ihre Teams sind jedoch aufgefordert, sich diesen Situationen zu stellen und sie als fachliche und ethische Herausforderung zu begreifen. Assessment-Elemente und ethische Werkzeuge zur Bearbeitung erschwerter Patientenumstände können hierbei wertvolle

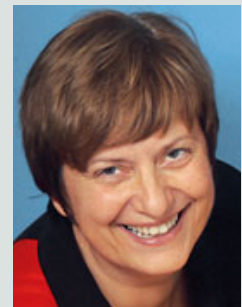
Hilfen darstellen. Die Möglichkeit, den Pflegebedürftigen in der aufsuchenden Betreuung fachkompetent versorgen zu können und so seinen Alltag maßgeblich zu erleichtern, ist nicht nur eine Ausweis von professionellem Handeln, sondern bringt oft auch eine große Befriedigung für das zahnmedizinische Team mit sich.

Literatur

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 6. Auflage. Oxford/New York: Oxford University Press, 2009.
2. Gross D. Ethik in der Zahnmedizin. Berlin: Quintessenz, 2012.
3. Nitschke I. Nachsorgekompetenz. Zeitschrift für Senioren-Zahnmedizin 2014;3:181.
4. Nitschke I. Versorgungsdiagnose. Zeitschrift für Senioren-Zahnmedizin 2014;2:126.
5. Nitschke I, Kunze J. Partizipation in der Zahnmedizin. In: Rosenbrock R, Hartung S. (Hrsg.). Handbuch Partizipation und Gesundheit, 1. Auflage, Bern: Hans Huber, 2012:355–364.
6. Nitschke I, Kunze J, Hopfenmüller W, Reiber T. Die zahnmedizinische funktionelle Kapazität – ein Instrument in der Gerostomatologie. Quintessenz 2012;63:207–210.
7. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt in Deutschland nach Geschlecht in den Jahren von 1950 bis 2060. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/273406/umfrage/entwicklung-der-lebenserwartung-bei-geburt-in-deutschland-nach-geschlecht>. Letzter Zugriff: 28.09.2017.
8. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung nach Bundesländern, Altersaufbau 2015. <https://service.destatis.de/laenderpyramiden>. Letzter Zugriff: 28.09.2017.
9. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. Bevölkerungsvorausberechnung. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Gesellschaft>
10. Staat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Tabellen/2015_2A_AltersgruppenBis2060_.html. Letzter Zugriff: 28.09.2017.
11. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2016. Sterbetafel 2013/2015: Methoden- und Ergebnisbericht zur laufenden Berechnung von Periodensterbetafeln für Deutschland und die Bundesländer, Seite 13 oder <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbetaefeln/Tabellen/LebenserwartungDeutschland.html>. Letzter Zugriff: 28.09.2017.

Autoren

Prof. Dr. Ina Nitschke, MPH
Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für
AlterszahnMedizin
Klinik für Allgemein-, Behinderten- und
Seniorenzahnmedizin
Zentrum für Zahnmedizin, Universität Zürich
Plattenstrasse 11, 8032 Zürich, Schweiz
E-Mail: ina.nitschke@zsm.uzh.ch



Siri Nitschke

Prof. Dr. med. Dr. med. dent.
Dr. phil. Dominik Groß
Universität Aachen, Institut für Geschichte,
Theorie und Ethik der Medizin