

**Der ältere Mensch im Behandlungsstuhl –
Referat bei der SMD-Fachtagung ZMK am 23.3.2002 in Marburg**

Dr. Joachim Kauffmann, Kernen

Junge wollen Spaß, Alte suchen Sinn – zu diesem Ergebnis kommt der Freizeitforscher Prof. Horst Opaschowski. Er teilt die Gruppe der Älteren in drei Generationen ein: Jungsenioren – 50 plus, Senioren – 65 plus und Hochaltrige – 80 plus. Diese Gruppen seien Wachstumsfelder der Zukunft: Die Jugend wird Vergangenheit und Älterwerden eine Zukunftsvision. Man müsse Abschied nehmen vom Zeitalter der Kids-Kultur und sich mehr öffnen für die Welt der neuen Senioren, die doch Autokäufer und Theaterbesucher, Buchleser und Golfer, Kur- und Kurzurlauber, Kirch- und Kneipengänger – und ich füge hinzu – Patienten in der Zahnarztpraxis zugleich sind. Opaschowski bezifferte die Kaufkraft der Senioren auf 180 Milliarden Euro. Der Ruhestand werde abgelöst durch eine nachberufliche Lebensphase – das ist ein Novum in der Menschheitsgeschichte.

Der demographische Wandel sei ein weltweites Phänomen. Das Durchschnittsalter der Weltbevölkerung liege derzeit bei 28 Jahren, im Jahr 2030 bei ca. 35 Jahren. In Deutschland hat sich in den letzten 100 Jahren die Zahl der über 60 jährigen von 4,4 Millionen auf 18 Millionen vervierfacht. Im Jahr 2030 wird voraussichtlich jeder 3. Bundesbürger über 60 Jahre alt sein.

Aus Umfragen geht hervor, dass man sich in Deutschland erst mit 76 Jahren alt fühle. Das gefühlte Alter koppelt sich dabei immer mehr vom biologischen Alter ab: Die 60 jährige wirkt wie eine Powerfrau mit 48, und die 70 Jährigen entdecken Abenteuerreisen in die Antarktis.

Die beste Altersversicherung seien intakte familiäre Beziehungen. Die Generation der Singles und Doppelverdiener von heute werde eine enkellose Generation sein. Dies werde gravierende soziale Folgen haben. – Soweit die wichtigsten Fakten aus dem IDEA Artikel.

Der ältere Mensch im Behandlungsstuhl – seitdem mir dieses Thema gestellt wurde, meine ich auch festzustellen, dass die demographische Entwicklung meine Feld- Wald- und Wiesenpraxis in Kernen eingeholt hat. Ganz subjektiv nimmt die Zahl der jüngeren Patientinnen und Patienten ab – erstens gibt es weniger und zweitens greift glücklicherweise die Prophylaxe so gut, dass die jungen Patienten oft nur noch zur Kontrolle kurz vorbeischauen. Das Hauptkontingent stellt tatsächlich die Patientengruppe der über 50 Jährigen – wie gesagt, das war mein, auch durch die Medien verstärkter Eindruck, bis ich meinen Computer für eine Statistik qualte: Das Ergebnis war überraschend: In den Altersgruppen 20-49 (40,8%), 50-64 (22%), 65-79 (15,1%) und 80>> (2,7%) ist eine geringe Abnahme seit 1995 zu erkennen. Einzig die Anzahl der Patienten Altersgruppe der 0-19 jährigen steigt (von 12,5% auf 19,90%). (% Zahlen: Stand 2001, durchschnittliche Summe von 01, 001 und Ä1: 2953 pro Jahr) Vielleicht machen Sie auch einmal eine statistische Erhebung in der Weise, dass Sie die Summe von „01“, „001“ und „Ä1“ über einige Jahre hinweg altersbezogen aufschlüsseln und so eine grobe Übersicht über die Altersstruktur ihrer Praxis bekommen.

Wie begegne ich den älteren Patienten – das ist meine erste Fragestellung. Begegne ich dieser Person nur im Verhältnis Arzt / Patient oder nicht auch im Gegenüber als Person, sozusagen auf Augenhöhe, in der Begegnung Mensch zu Mensch?

Vor einigen Jahren meldete die Ehefrau ihren Mann bei uns in der Praxis an mit der Bitte, wir sollten noch nach OK Prothese schauen, sie hielte nicht mehr so recht. Wir bestellten den Patienten noch am Abend ein. Ich kannte ihn von früher. Er war Oberförster und als Kinder durften wir einmal mit ihm in den Wald. Jetzt saß dieser einst hühnenhafte Mann gebeugt und schwach vor mir im Behandlungsstuhl und atmete schwer. Der erste diagnostische Blick führte bei mir zu der Reaktion: Vorsicht, schau genau hin, mach nur das absolut notwendige. Das eingefallene und fahle Gesicht verbunden mit der schweren Atmung, der sehr langsamen Sprechweise usw. – alle diese ersten Eindrücke ließen den Schluss zu: sehr stark reduzierter Allgemeinzustand, geringe Lebenserwartung. Die prothetische Diagnose war einfach: Schwund der palatinalen Fettpolster, fehlende Mimik, hohl liegende OK Prothese. Therapie: Unterfütterung. Ich machte noch den Abdruck und entließ das Ehepaar. Eine halbe Stunde später kam der Anruf – die Reparatur braucht nicht mehr ausgeführt zu werden, da der Patient gerade gestorben sei... Und ich hatte gerade das Gipsmodell fertiggestellt.

Der alte Patient im Behandlungsstuhl – wer sitzt mir hier gegenüber? Nach diesem etwas dramatischen Einstieg möchte ich das Thema breiter, also unter der vorhergenannten Fragestellung angehen – die Begegnung mit dem älteren Patienten - und daher meine Ausführungen in 2 Hauptpunkte aufteilen:

1. Der ältere Mensch, wie ihn die Bibel sieht – grundsätzliche Gedanken
2. Der ältere Patient in der Praxis – also auch im Behandlungsstuhl

Ab wann ist eine Person alt? Jeder ist so alt, wie er sich fühlt, oder wie er aussieht? Albert Schweizer hat formuliert: „Niemand wird alt, weil der eine bestimmte Anzahl von Jahren gelebt hat. Menschen werden alt, wenn sie ihre Ideale verraten.“ Das ist eine Definition, über die man nachdenken müsste, die aber, so glaube ich, nicht nur mit Altsein zusammenhängt.

Ist man z.B. dann alt, wenn das Parodont nicht mehr im kieferorthopädischen Sinn auf eine Krafteinwirkung reagiert, nämlich mit funktionellen Aufbau, sondern nur noch mit Abbau, mit parodontaler Destruktion – dies wäre eine - wohlgerneht nur eine zahnmedizinische Definition. Sie ist sicher individuell genug und beinhaltet Funktion, Diagnostik und Prognose. Sie allerdings im Einzelfall festzulegen, dürfte auf praktische Schwierigkeiten stoßen. Und in der Tat nehmen spätestens mit dem 25. LJ die degenerativen Prozesse zu, so dass wir im biologischen Sinn spätestens dann altern.

Biblische Aspekte zum Thema des alten Menschen

Ich möchte hier – wie vorher angedeutet – zuerst die Bibel zu uns reden lassen. In unseren ethischen Leitlinien geben wir diesen Gedanken erste Priorität und daher möchte ich meine Ausführungen auch so beginnen. Außerdem denke ich, dass es zu unserem Selbstverständnis als Christen gehört, dass wir uns von Gottes Gedanken leiten lassen wollen.

Die Bibel sieht das Alter positiv und verleiht ihm eine hohe Würde: Bei Greisen ist Weisheit und Einsicht bei hohem Alter – so Hiob 12,12.

Alt ist eine Person im Sinn der Bibel, wenn sie eine gewisse Reife hat und sich von Gottes Geist erfüllen lässt. In Hiob 32, 6 sagt Elihu zu Hiob: Ich bin jung an Jahren, ihr aber seid alt; darum hab ich mich gescheut und gefürchtet, mein Wissen euch kund zu tun. Ich dachte: Lass das Alter reden und die Menge der Jahre lass Weisheit beweisen. Aber der Geist ist es im Menschen und der Odem des Allmächtigen, der sie verständlich macht.

Paulus schreibt in Epheser 4,13, dass sich die Alters bzw. volle Mannesreife, in der Einheit des Glaubens und Erkenntnis des Sohnes Jesus Christi zeigt, und sich dadurch absetzt von der Unmündigkeit, die durch Suchen und Labilität gekennzeichnet ist. Alt bedeutet reif, d.h. geistlich gefestigt. Dies wäre ein wichtiger Indikator für eine geistliche Definition.

Die Bibel fordert Hochachtung vor dem Alter. 3. Mo. 19, 32: „Vor einem grauen Haupt sollst du aufstehen und die Alten ehren und sollst dich fürchten vor deinem Gott.“

„Graue Haare sind eine Krone der Ehre; auf dem Weg der Gerechtigkeit wird sie gefunden“ – so Sprüche 16, 31.

Besonders bemerkenswert ist die Aufforderung des Paulus an Timotheus, was den Umgang mit den Generationen anbelangt: 1. Tim. 5,1-2: „Einen Älteren fahre nicht an, sondern ermahne ihn wie einen Vater, die jüngeren Männer ermahne wie Brüder, die älteren Frauen wie Mütter, die jüngeren wie Schwestern – mit allem Anstand.“

Die älteren Männer wie den eigenen Vater, die älteren Frauen wie die eigene Mutter – natürlich ist hier eine positive Elternbeziehung die Voraussetzung. Diese Vorgabe sollte uns im Gedächtnis bleiben.

Noch ein paar Gedanken zu den negativen Seiten des Altwerdens:

Die Bürde des Alters und die Probleme des alten Menschen werden z.B. in Psalm 71 beschrieben. Die schwindenden Kräfte, die harte Mühsal, die Furcht vor dem Altern und damit die Furcht, gemobbt zu werden und zu vereinsamen. Missmut und Unzufriedenheit quälen alte Menschen zunehmend, auch schwindet die Entscheidungskraft. Essen und Trinken schmecken nicht mehr und der Schlaf flieht. Die Lebensplanungszeiträume werden immer kürzer: Jahre – Monate – Tage. Neben Psalm 71 befasst sich auch Psalm 90 mit dem Altwerden.

Seit dem Sommer letzten Jahres habe ich einen sterbenden Menschen begleitet. In der letzten Januarwoche haben wir ihn beerdigt. Dabei wurde mir ein Text des NT sehr lebendig: 2. Kor. 4, ab 16: *Darum werden wir nicht müde, denn wenn auch unser äußerer Mensch verfällt, so wird doch der innere von Tag zu Tag erneuert. Denn unsere Trübsal, die zeitlich und leicht ist, schafft eine ewige und über alle Maßen gewichtige Herr-*

lichkeit, uns, die wir nicht sehen auf das Sichtbare, sondern auf das Unsichtbare. Denn was sichtbar ist, ist zeitlich, was unsichtbar ist, das ist ewig. Auf was kommt es also an? Dass wir in dem alten Menschen – hoffentlich – einen geistlich gewachsenen Menschen erkennen können. Und das war bei dem alten Bruder so: Sein geistliches Haus war bezugsfertig. Er hatte ein Haus, nicht mit Händen gemacht, das ewig ist im Himmel. (2. Kor. 5, 1)

Aus einer Ansprache von Horst Marquardt am 27.1.2002 in Berlin zitiert idea-spektrum: „Der Segen des Alters für Christen: In dem Maße, wie die körperlichen Kräfte abnehmen, wachsen oft die geistlichen.“ Besonders bei der Behandlung von älteren Patienten stellt sich für uns die Frage nach dem Sinn unseres Tuns. Natürlich ist es ein hohes Ziel, Leid zu lindern, Schmerzen zu beseitigen, oder auch auf lange Dauer auszuschalten, Kaufähigkeit wieder herzustellen, ein befreites Lachen zu ermöglichen, die Speisekarte wieder nach Lust und nicht nach Kaufkraft zu studieren, soziale Einbindung zu erhalten und ohne Zähne eben nicht alt auszusehen - also Lebensqualität in breiter Form zu realisieren. Aber letztlich, wenn ich bei uns über den Friedhof gehe, wie viele Kronen, Brücken und Prothesen sind den Weg alles Vergänglichen gegangen... Es muss uns immer Bewusst sein: Wir arbeiten an den Symptomen der Vergänglichkeit, wir können bestenfalls den Zerfall stoppen, aufhalten, mildern, vielleicht wieder auf ein höheres Niveau heben und mit viel Mühe und Prophylaxe auch dort halten. Aber letzten Endes bleiben wir immer Verlierer.

Im Umgang mit dem alten Patienten kann sich also die Blickrichtung auch verändern und es ergeben sich Anfragen an mich selbst in einer Weise, wie ich sie vielleicht sonst so nicht erwarten würde.

Wir reparieren nur – Gott aber erneuert! Jesus Christus gibt uns als der neue Mensch auch die Hoffnung auf ein neues und ewiges Leben. Es wird der Tag kommen, da Gott selbst bei den Menschen wohnt und alle Tränen abwischen wird. Der Tod und damit auch Krankheit wird nicht mehr sein, kein Leid, kein Geschrei, kein Schmerz. Dies ist die biblische Sicht der Vollendung aus Offenbarung 21. Und durch diese Sicht haben wir eine Ethik der Hoffnung – das ist mehr als alle Heilkunst vermag. Unser christlicher Glaube schenkt uns eine Sinnerfüllung gerade angesichts der Vergänglichkeit und letzten Endes auch Vergeblichkeit unseres Tuns. Und diese Haltung wird auch nicht durch irgend welche Art von Stammzellen verändert, auch sie unterliegen der Vergänglichkeit.

Die Botschaft der Bibel hat hier eine ganz andere Qualität: *Es wird gesät verweslich und wird auferstehen unverweslich, es wird gesät in Niedrigkeit und wird auferstehen in Herrlichkeit; es wird gesät in Armseligkeit und wird auferstehen in Kraft, es wird gesät ein natürlicher Leib und wird auferstehen ein geistlicher Leib.* So Paulus in 1. Kor. 15, 42 – 44. „Nicht von der „Kunst des Sterbens“, sondern von der Auferstehung Christi her kann ein neuer, reinigender Wind in die gegenwärtige Welt wehen.“ – Dietrich Bonhoeffer.

Diese Ethik durch Hoffnung oder Ethik der Hoffnung ist für mich zur persönlichen Basis meine Berufsausübung geworden und muss sich immer wieder neu bei der Behandlung alter Patienten bewähren. Bei älteren Patienten sind wir oft Überbringer schlechter Nachrichten: mehr Extraktionen, mehr Zahnersatz, die Einschränkungen der Lebensqualität nehmen zu. Diese Inhalte zu übermitteln kostet Kraft, Überzeugungskraft, manchmal Trost und besondere Zuwendung. Diese Ethik der Hoffnung ist die eigentliche Kraft, neben der Liebe zum Menschen, die gerade angesichts der Vergänglichkeit trotzdem nichts unversucht lässt, alles für den Patienten zu tun, was seinen Zustand verbessert.

In Prediger 12 findet sich eine außergewöhnliche Beschreibung des alten Menschen – eine in der Literatur einmalige Allegorie: Das Alter wird dort als Zeit von bösen Tagen beschrieben, als Jahre, die sich einstellen und von denen der alte Mensch sagt: *„Sie gefallen mir nicht!. Wo sich die Sonne verfinstert und das Licht, und der Mond, und die Sterne und nur die Wolken nach dem Regen kommen. Zu der Zeit zittern des Hauses Hüter – **gemeint sind die Arme**; und die starken Männer krümmen sich – **gemeint sind die Beine**; und müßig stehen die Müllerinnen, weil sie so wenig geworden sind – **gemeint sind die Zähne**; und dunkel werden, die durch die Fenster schauen – **gemeint sind die Augen**; wenn sich die Türen zur Gasse hin schließen – **gemeint sind die Ohren**; und die Stimme der Mühle leiser wird - **gemeint ist die Stimme**; wenn sie dünn wird und ansteigt zur Vogelstimme und alle Töchter des Gesangs gedämpft werden – **der Gesang wird beschwerlich**; auch vor der Anhöhe fürchtet man sich und Schrecknisse sind auf dem Weg – **das Herz droht zu versagen**. Und der Mandelbaum blüht – **das Haar wird weiß und grau**; und schwer schleppt sich die Heuschrecke – **das Gehen macht Mühe und das Springen hört auf**; und die Kaper platzt auf – **selbst stimulierende Mittel helfen jetzt nicht mehr**.*

Nun folgen **Vergleiche mit dem Sterben**: *Denn der Mensch geht zu seinem ewigen Haus und die Klagen ziehen auf der Straße umher. Die silberne Schnur zerreißt, die goldene Schale zerspringt, der Krug zerbricht an der Quelle, und das Schöpfrad fällt zersprungen in den Brunnen. Dann kehrt der Leib zur Erde zurück, aus der er entstanden ist und der Lebensodem geht zu Gott, der ihn gegeben hat. (Siehe Schöpfung des Menschen 1. Mose 2,7)*

Entscheidend ist, wie dieser Abschnitt beginnt: So freue dich, junger Mensch, in deiner Jugend und lass dein Herz guter Dinge sein in deinen jungen Jahren. Tu, was dein Herz gelüstet und deinen Augen gefällt, aber vergiss nicht, dass du für alles vor Gott Rechenschaft ablegen musst. Halte dir den Ärger von der Seele und die Krankheit vom Leib.

Denke an deinen Schöpfer in den Tagen deiner Jugend – K. 11, 9!!

Und da wären wir bei den Tipps: Die beste Lebensversicherung ist die, dass wir frühzeitig mit dem Bau unseres geistlichen Hauses beginnen. In der Jugend legt man die Grundlagen für das Leben, die dann für das Alter bestimmend sind. Die Konsequenz: Suchen sie sich eine Gemeinde, die einer persönlichen, lebendigen Gottesbeziehung Raum lässt und sie nicht durch Gesetzlichkeit und anderer Einengungen, die letztlich zu einer neurotischen Religiosität führt, verbiegt und ihnen die Freude am Glauben raubt.

2. Der alte Mensch im Behandlungsstuhl

2.1. Wie kommt der ältere Patient eigentlich in meinen Behandlungsstuhl?

Wie kommt der alte Mensch überhaupt in meinen Behandlungsstuhl? Ist der Zugang barrierefrei, d.h. ohne Stufen und Hindernisse? Wenn dies nämlich nicht so ist, sortiert der Zugang zur Praxis die Patienten von vornherein, was ja nicht sein muss, wenn ich an älteren Patienten überhaupt Interesse habe. Barrierefreier Zugang ist für alte Menschen Pflicht. Und wenn die Praxis nicht ebenerdig liegt, benötigen sie dazu eine Rampe oder eben einen Aufzug, was dieser doch meist gehbehinderten Patientengruppe das Kommen sehr erleichtert. Achten sie darauf besonders beim Kauf, aber auch beim Mieten von Praxisräumen und schauen sie bei der Praxismöblierung auch darauf, dass sie mit einem Rollstuhl bis zu Behandlungsstuhl durchkommen.

Schulen sie ihr Personal, dass der erste Kontakt am Telefon und in der Praxis entsprechend gut läuft. Ein klares und deutliches Deutsch am Telefon – Termin und Uhrzeit nochmals wiederholen lassen, wenn man nicht sicher ist. Und eine sichere Führung in der Praxis ist für älteren Patienten, vor, manchmal bei Jüngeren auch nach der Behandlung, unabdingbar. Dabei ist kein Fehler, wenn eine der Helferinnen selbst etwas älter ist. Lebenserfahrung und Takt in entsprechenden Situationen sind hier eher vorauszusetzen - die Lufthansa hat aus diesem Grund das Endalter für Stewardessen angehoben.

Und wie sieht unser Stuhl aus? Kommen auch ältere Leute damit zurecht? Ist die Wirbelsäule gut unterstützt und noch wichtiger, lässt sich die Kopflage individuell einstellen? Wenn ich auf den Messen mit die Stühle anschau, frage ich mich oft, ob ich selbst darin behandelt werden möchte. Vor allem die individuelle Kopflagerung halte ich für den Schlüssel zu einer entspannten Behandlung für Patient und Behandler, beim älteren Patienten umso mehr, als die starre Halswirbelsäule oder die nach vorn gebeugte Körperhaltung sich dem Superdesign der Behandlungsstühle nicht unterordnet. Das nächste Ärgernis ist die oft fehlende rechte Armlehne. Die Hersteller argumentieren in der Regel immer nur für die linke Armstütze, die der Patient fürs Aufrichten beim Spülen oder aufstehen brauche, was ja zutrifft. Aber in der Regel schiebt ihn ja die Hydraulik oder der Stellmotor nach oben – nein, die rechte Armlehne bietet einfach mehr Halt, und Sicherheit und Komfort – oder haben sie einmal in einem Möbelhaus einen Sessel für 10.000 Euro gesehen, der nur eine Armlehne hat?

2.2. Das ärztliche Gespräch

Der älteren Patient betritt das Behandlungszimmer. Wie er das tut und wie er uns die Hand gibt - daran können wir schon ermessen, in welchem Zustand er sich befindet. Und wir können daraus bereits die ersten Fragen ableiten. Der ältere Patient nimmt Platz und wir wenden uns ihm zu. Diese Zuwendung an Zeit ist sicher der entscheidende Punkt – es beginnt das ärztliche Gespräch. Und dazu ist es oft notwendig, dass wir den Mundschutz abnehmen (Schwerhörigkeit) und mit dem sitzenden (!) Patienten auf Augenhöhe reden, um mit dieser Geste seine Würde zu unterstreichen. Wir wollen nicht über ihm stehen, sondern ihm beistehen.

In diesem 1. Teil des ärztl. Gesprächs geht es vor allem darum: Was will der Patient! Und ältere Patienten erzählen oft so viel, alte Erfahrungen aus Behandlungsvorgängen vor 50 Jahren, traumatische Erlebnisse in der Zahnarztpraxis aus der Jugendzeit, dass es manchmal einiger Energie bedarf, das Gespräch zielgerichtet auf die jetzt oder später vielleicht notwendig werdenden Schritte zu richten. Die Eingangsfrage: „Wie geht es Ihnen?“ Oder: „Was führt sie zu mir?“ wirkt bei älteren Menschen manchmal wie das Öffnen einer Schleuse zu einem nicht mehr enden wollenden Redeschwall. Trotz allem sollten wir die Gesprächsführung behalten, indem wir mit Fragen dazwischen gehen.

Mit gezielten Fragen die krankheitsrelevanten Fakten zu erfassen – das wäre bei der Anamnese das Entscheidende. Naturgemäß ist die Anamnese bei einem älteren Patienten länger wie bei einem jüngeren Patienten – das sollten wir einplanen. „Der Patient trägt seine Diagnose auf der Zunge“ – man muss nur genau genug hinhören! Wichtig erscheint mir, dass wir auch nachfragen, ob sich seit der letzten Behandlung etwas verändert hat, ob neue Medikamente eingenommen werden müssen, ob sie in Kur oder im Krankenhaus

waren, ob sie derzeit in ärztlicher Behandlung sind usw. . Die internistischen Komplikationen nehmen ja zu und betreffen unsere Maßnahmen immer stärker.

Es folgt die Befundaufnahme, die bei älteren Menschen immer wieder für Überraschungen gut ist: Kälteun-sensible Zähne, die aber doch vital sind; Zähne, die nach dem Röntgenbild eigentlich aus der Alveole fallen müssten, im Mund aber verblüffend fest sind; Karies, die sich kavernenartig ausbreitet, die tief approximal liegt, oder schwarzbraun und hart ist; Risse in Schmelz und Dentin, längs und quer zur Wurzelrichtung, Spalten und Frakturen aller Art; Varizen an der Zungenunterseite, die fast platzen, usw. Und denken Sie bei Druckstellen, die nicht aufgrund seiner aktuellen Änderung entstanden sein können, immer an Neoplasmen oder verlagerte Zähne – manchmal kommt mit 70 Jahren noch ein 8 er!
Mancher Zahnersatz scheint dem Museum entliehen und trotzdem kaut der Patient damit alles kurz und klein. Hüten wir uns in solchen Fällen vor vorschneller Kritik!

Schwierig wird es, wenn Befund und Befinden weit auseinander liegen. Gerade dann ist ein sorgfältiges Abklären, auch mit Überweisung, nötig. Hier denke ich an Patienten mit psychosomatischen Syndromen unter Einbeziehung von depressiven Störungen, hypochondrischer Einstellung oder Seniler Demenz.

Bei der Erklärung meiner Befunderhebung ist für mich das digitale Röntgenbild eine große Hilfe: hier kann ich hoffentlich das zeigen, was die Leute spüren, und sie auch von anderen Maßnahmen überzeugen, die sie als nicht notwendig ansehen, für die aber eine klare Indikation vorliegt.

Nach dem Befund erfolgt das ärztliche Gespräch Teil 2. Hier ist für mich der Kernpunkt des ärztlichen Gesprächs: Was will ich als Arzt – also die Erklärung der Diagnose und der Therapie, oder anders formuliert: die Erklärung des Ziels und des Wegs dorthin.

Es handelt sich bei diesem 2. Schritt um den Versuch, die Vorstellungen des Arztes deutlich zu machen – der Patient möchte ja unseren Rat, den Rat des Fachmanns und der Fachfrau hören. Aber es gilt auch immer abzuwägen, wie unser Therapievorschlag mit den Lebensverhältnissen des Patienten in Einklang zu bringen ist. Hier ist das Bewährungsfeld für die vorher angesprochene Ethik der Hoffnung.

Wenn ich hier ausführlich diesen 2. Teil des ärztl. Gesprächs beleuchte, dann bezieht sich dies vor allem auf einen größeren Behandlungsgang ZE, chirurg. Sanierung, PA; OP mit oder ohne Überweisung beim älteren Patienten, aber natürlich genauso anwendbar auf Kons.-Maßnahmen.

In diesen 2. Teil des ärztlichen Gesprächs muss alles reingepackt werden: Risiken, Nebenwirkungen, Kosten, Prognose. Und ist hier das Gesprächsthema offen, öffnen sich die Patienten manchmal sehr weit: Es werden Fragen gestellt: Wie lange lebe ich noch? Lohnt sich das alles? Hält mich das aus? Oder: das hält mindestens 5 Jahre – ja wenn ich solange überhaupt lebe usw. – da antworte ich mit Luther: Auch wenn morgen die Welt unterginge, würde ich noch heute einen Apfelbaum pflanzen. Wir müssen ehrlich und offen argumentieren, hilfreich ist durchaus das Darstellen von wenigen Alternativen. Drängen sie nie auf eine schnelle Entscheidung. Alte Leute brauchen Zeit.

Grundsätzlich bin ich der Meinung, dass die Zeit, die sie in Gespräche investieren, die Motivation und Mitarbeit des Patienten so verstärken, dass sie am Ende Zeit sparen, weniger Nacharbeit und mehr Verständnis haben.

In diesem Teil des ärztlichen Gesprächs sollten – wie angesprochen - auch die medizinischen Rahmenbedingungen angesprochen werden. Ich möchte hier nur wenige konkrete Punkte nennen: Absprache bei Marcumar Patienten über die Vorgehensweise bei chirurgischen Eingriffen, bei Patienten mit schlecht einstellbarem Diabetes sollte über die nächste Nahrungsaufnahme gesprochen werden, bei Patienten mit Parkinson über die Ruhephasen bzw. wann die beste Tageszeit für die Behandlung gegeben ist. Besondere Sorgfalt und interdisziplinäre Konsultation ist bei Patienten mit immunsuppressiven Medikamenten notwendig.

Kernpunkt des ärztlichen Gesprächs ist für mich also eine **möglichst klare Zielvorgabe** und die **Beschreibung des Weges zu diesem Ziel**. Geben sie ihren Patienten ein Behandlungsziel – das motiviert gerade die älteren Patienten. Beschreiben sie realistisch, eben auch mit den Risiken, wie der Zustand nach der Behandlung sein wird. Und beschreiben sie den Weg dorthin, so wie sie die Arbeitsschritte und die Zeit dafür planen.

Die Wertschätzung, die in solch einem Gespräch beim Patienten ankommt, ist ein entscheidende Vertrauenszuwachs. Und wenn sie dann ihre Therapie so ausführen, wie sie es vorher erklärt haben, so kommen sie mit ihrer Praxis ganz sicher auf Erfolgskurs.

Das Problem ist, sie müssen vielleicht erst das ärztl. Gespräch erlernen und hier viel Zeit investieren, die mit einer Ä1 natürlich nicht bezahlt werden kann. Bei privater Liquidation gibt es hier mehr Möglichkeiten. Grundsätzlich halte ich diesen Weg, als den einzig gangbaren Weg überhaupt, eine Praxis langfristig erfolgreich zu führen – und beim alten Patienten werden sie dabei speziell auf die Probe gestellt, weil hier die

- Prothetik und PA und Chirurgie zunehmend miteinander vernetzt sind,
- Weil allgemeinärztliche Komplikationen zunehmen,
- Weil der menschliche Aspekt – reduziertes Allgemeinbefinden, Angewiesensein auf andere Menschen, Fragen der Lebenserwartung eine zunehmende Rolle spielen und weil
- Persönliche Fragen nach Sinn, nach Seelsorge, persönlicher Rat usw. einen viel größeren Raum einnehmen können.

2. 3. Anmerkungen zur Behandlung

2. 3. 1. Allgemeine Überlegungen:

Eine Beobachtung, die ich auch bei anderer Gelegenheit mache, ist die, dass Probleme, die in jungen Jahren vorhanden sind und nicht radikal beseitigt werden können, im Alter meist stärker werden.

Knirscht ein Patient mit großer Hingabe, dann wird er, wenn sein Parodont mitmacht, eben im Alter weiterknirschen, egal, was sie ihm für Hindernisse einbauen.

Hat er als Jugendlicher nicht gelernt, sich eine vernünftige Mundhygiene anzueignen, wird er im Alter dies vielleicht nicht mehr können, weil die Finger, Gelenke, Mikromotorik nicht mehr mitmachen.

Für die Behandlungsmaßnahmen gilt auch beim alten Patienten das Primat der Zahnerhaltung. „Die Extraktion stellt in jedem Fall auch bei älteren Menschen für den Patienten den auf Dauer gesehen schwerwiegendsten zahnärztlichen Eingriff dar“ (Ketterl). Alle Behandlungsmaßnahmen, die von zahnärztlicher Seite aus notwendig sind, sollten sich dieser Forderung unterordnen: Füllungstherapie, besonders endodontische Maßnahmen, parodontale Therapie, prothetische Maßnahmen. Die statistische Auswertung meiner Praxis ergab, dass für Personen zwischen 20 und 49 doppelt so viele Kanäle abgefüllt wie Zähne extrahiert wurden. Bei Patienten zwischen 50 und 64 ist das Verhältnis ungefähr 1:1,3 zugunsten der Extraktionen, bei der Gruppe 65 – 79 verschiebt sich dieses Verhältnis auf 1,7 und bei den über 80 jährigen auf 3,2. (Zeitraum 95 – 01, durchschnittl. Extraktionen / Jahr 450, durchschnittl. WF / Jahr 278)

2. 3. 2. Anmerkungen zu prothetischen Behandlungsmaßnahmen

Da ich größere prothetische Behandlungsgänge am häufigsten beim älteren Menschen durchführe, möchte ich dieses als Beispiel heranziehen und dazu einige Punkte bemerken.

Zur Prothetik: Denken Sie immer dran, dass es permanent anatomische Um- und Abbauprozesse gibt. Das pelzige Gefühl oder auch der Stich in der Lippe sind das Ergebnis eines Foramen mental auf dem Kieferkamm. Die Schleimhäute werden manchmal papierdünn und bedürfen besonderer Lagerung. Die Kiefergelenksposition sollte bei jeder denkbaren Unsicherheit überprüft und korrigiert werden. Ich habe schon Adaptationen durch Abrasionen gesehen, die einem die Tränen in die Augen treiben und man sich fragt, wie hat dieser alte Mensch die letzten Jahre gekaut!

2. 3. 2. 1. Planung:

ZE unter prognostischen Gesichtspunkten: Eigentlich eine Selbstverständlichkeit, aber trotzdem möchte ich diesen Punkt kurz streifen: Versorgen sie die Pfeiler nach ihrer Wertigkeit und achten sie gegebenenfalls schon bei der Planung auf eine spätere Erweiterbarkeit. Ich bespreche dies meist mit meinem Techniker bereits anhand des Planungsmodells: wie ändert sich die Situation, wenn Fall 1., 2., oder 3. eintritt! Grundsätzlich bewährt haben sich Teleskoparbeiten. Etwa 80 % meiner ZE Arbeiten sind Teleskoparbeiten.

Patienten mit Erkrankungen des rheumatischen Erkrankungs benötigen speziell beim Zahnersatz unser intensives Mitdenken. Sie sind nämlich oft nicht in der Lage, ihren Ersatz mit den Fingern aus dem Mund zu nehmen, das Einsetzen geht oft einfacher. Prüfen sie genau mit welcher Hand und welchen Fingern diese Patienten noch tätig sein können und legen sie entsprechend die Halteelemente usw. Manchmal stehe ich mit meinem Techniker im Labor zusammen und suchen nach der optimalen Lösung, indem wir nur mit den Fingern tätig werden, die auch der Patient benützen kann. Oft stelle ich auch ein Instrument zu Verfügung, mit dem der Patient seine Prothese dann lösen und herausnehmen kann. Dafür eignen sich oft stumpf gewordene Sonden, die man entsprechend abwinkelt und formt.

2. 3. 2. 2. Durchführung

Spezielle Punkte beim alten Menschen sind:

Bisshöhe und UK Relation, Falten des Gesichts, Farbe und Form der Zähne, Phonetik. Bei allen Behandlungsgängen, die diese Punkte betreffen, spielt die Frage des Alters und vor allem, wie der Patient sein Alter annimmt, eine entscheidende Rolle.

Sie kennen das Sprichwort: Außen Lyzeum, innen Museum. Manche alten Menschen kommen mit ihrem Aussehen nicht zurecht und wir sollen dann mit der neuen Prothese, oder Brücke dann das Gesichts-Lifting des kleinen Mannes / der Frau machen. Sicher lässt sich auch damit manches verbessern – aber wir sollten dann jede Gelegenheit nutzen, und den Leuten ihr Alter auch annehmbar machen.

Schwierig sind manchmal Rekonstruktionen der 3. oder 4. Generation. Wie war es früher? Was hat sich verändert? Bei langen Zeiträumen spielen die Abrasionswerte der unterschiedlichen Materialien (Schmelz, alte Kunststoffe, Edelmetall, Keramik) oft eine erhebliche Rolle. Für die Rekonstruktion der Frontzähne hilft oft ein Bild weiter, und wenn es das Hochzeitsbild ist, auf dem man wenigstens die Zähne sieht. Zahnform und Lippenverlauf lassen sich dann recht gut rekonstruieren. Ehepartner oder andere Begleitpersonen können ebenfalls eine Hilfe sein – ist aber sehr abzuwägen!

Wichtig halte ich auch die Vorankündigung der wichtigsten Arbeitsgänge beim nächsten Besuch. Sie machen dadurch die Behandlung für die alten Leute zu einer ereignisreichen Angelegenheit in ihrer oft einsamen Umgebung: sie können sich nämlich mit dem Vorgang schon befassen und sind motiviert und innerlich vorbereitet.

Palliative Maßnahmen

Wenn sich bei älteren Patienten besonders die Rahmenbedingungen verändern – wenn also das Kommen und Gehen beschwerlich wird, sind sicher keine aufwendigen Maßnahmen für langfristige Funktion erforderlich. In solchen Fällen sollten wir Kompromisse suchen, die wir verantworten können.

Für den Bereich konservierende / chirurg. ZHK möchte ich folgende Beispiele nennen:

Ziel ist: Eine angemessene Versorgung und ein funktioneller Nutzen möglichst in einem Arbeitsgang.

Ein Schrauben- oder Stiftaufbau muss nicht in jedem Fall mit einer Krone versehen werden – ein stabiler Kunststoffaufbau selbst unter einer Gussklammer kann verantwortet werden.

Anstatt einer notwendigen Krone kann auch eine 4 flächige Füllung mit parapulpären Stiften gelegt werden. Gelockerte UK Frontzähne lassen sich mit Ribbond Band und Tetric-Flow hervorragend schienen. Und muss dann 41 extrahiert werden, dann kann man dies mit einer horizontalen Wurzeltrennung in Höhe der Gingiva durchführen und die geschiente Krone als Brückenglied gleich im Schienungsverband belassen.

Palliative ZE: Sicher ist bei dieser Patientengruppe auch keine aufwendige Prothetik gefragt. Auch hier ist das Ziel: Den Patienten in seinem Zustand vom Zeitaufwand und den von Rahmenbedingungen her funktionell optimal zu versorgen.

Beispiele: eben noch eine Reparatur, wo längst eine Neuanfertigung nötig wäre, eben noch eine Unterfütterung, vielleicht sogar direkt ausgeführt, anstatt dem Auswechseln von abradieren Zähnen das Auftragen von Füllungskunststoff, eine Korrektur der Verblendungen im Mund mit Kunststoff für den 80. Geburtstag usw.. In allen diesen bietet das Praxislabor einen großen Vorteil.

Ich denke, dass wir bei alten Patienten das Regelwerk der BEMA human und daher etwas großzügiger auslegen dürfen, weil die Lebensumstände andere Prioritäten setzen. Wichtig aber ist, dass wir die Vorgänge genau dokumentieren und sie auch begründen können. Palliative ZE wird aber um so seltener nötig, je eher sie in der Planung und der Ausführung weiter denken als nur bis zum Einzementieren. Und ich denke, dass hier eine der größten Herausforderungen liegt, prothetische Versorgung für den immer älter werdenden Menschen zu planen und herzustellen.

Service für ältere Patienten: Unterrichten sie ihre älteren Patienten über die notwendigen Reinigungsmaßnahmen und geben sie dazu Hilfestellung: z.B. profess. Prothesenreinigung

Empfehlungen für einen Therapieplan

Oraler Befund	Allgemeiner Zustand des Patienten		
	Gut	Reduziert	Schlecht
Zahn-Mund-Kiefer-System ohne größere Schäden	Chirurg. Sanierung, Karies- und Parodontaltherapie, ZE: Kronen	Chirurg. Sanierung, Kariestherapie <i>Parodontaltherapie fraglich</i> ZE: Kronen <i>fraglich</i>	Einfache chirurgische und konservierende Maßnahmen, Schmerz-beseitigung
Lückengebiss, resistent	Festsitzender ZE, kombiniert festsitzend abnehmbare ZE (Teleskopkronen + Ersatz)	Modellgussprothese	Kunststoffprothese Korrektur oder Erweiterung der vorhandenen Prothese
Lückengebiss, parodontal geschädigtes Restgebiss	Resilienzteleskope, Modellgussprothese	<i>Resilienzteleskope ??</i> Modellgussprothese	
Zahnlosigkeit	Totalprothese	Totalprothese, Umarbeiten vorhandener Prothesen	Korrektur vorhandener Prothesen

2. 4. Und was ist mit den alten Menschen, die nicht mehr in den Behandlungsstuhl sitzen können, die unsere Praxis nicht mehr aufsuchen können?

Da müssen wir eben zu den Patienten gehen und einen Hausbesuch machen. Dazu folgende Erfahrungen:

1. Sehen Sie immer selbst nach, was los ist. Bisher hat keine Angabe gestimmt, die ich z.B. von den Mitarbeitern eines nahegelegenen Altersheims bekommen habe. Ich schaue mir also den Patienten selbst an oder überlasse diese Aufgabe einer versierten Helferin.
2. Machen Sie sich eine Tasche zurecht, in der sie alles Wichtige unterbringen. Und packen sie alles in doppelter Menge ein! Wenn ihnen nämlich etwas runterfällt, müssen sie wegen dieser Ungeschicklichkeit die Behandlung abbrechen.
3. Nehmen sie auch eine Taschenlampe mit, kaufen sie sich einen kleinen batteriebetriebenen Mikromotor für Druckstellen oder Abrundung von Kanten,...
4. Scheuen sie sich nicht vor Extraktionen ohne Saugung. Die Zähne, die sie im Altenheim oder Krankenzimmer extrahieren, sind meist durch ein degeneriertes Parodont so gelockert, dass sich der Zahn ohne zu große Probleme extrahieren lässt. Mir ist jedenfalls noch kein Zahn abgebrochen!
5. Regeln sie mit unbekanntem Angehörigen und vor allem den Mitarbeitern von Altenheimen alles schriftlich. Leider sprechen nicht alle Personen des Pflegepersonals ausreichend deutsch und oft wird geschickt. Geben sie also alle Anweisungen schriftlich weiter.

2. 5. Noch ein paar Schlussbemerkungen:

Bei einem Kongress in Stuttgart fiel der Satz: Ran an die Rentner! „Die Rentner haben Zeit und Geld. Bieten sie als Leistungsanbieter im Gesundheitswesen den Rentnern Abwechslung in ihrem oft einsamen Alltag, und tragen sie so dazu bei, dass ihre Praxis läuft.“

In dieser Bemerkung steckt viel Richtiges drin. Aber seien sie bitte sorgfältig, wenn es um die Motivation geht: Wer die Gruppe der älteren Patienten zum Abkassieren benutzt, wird sicher bald eine leere Praxis haben. Nur die ganzheitliche Zuwendung, die durch Liebe und Barmherzigkeit gekennzeichnet ist, nur die Zuwendung, die eine Wertschätzung erkennen lässt, wird auch zu einem wirtschaftlichen Erfolg führen.

Zahnlos glücklich – so der Slogan mit Fragezeichen auf dem Einladungsblatt? Wir machten bei einem bettlägerigen Gemeindeglied einen Besuch, um mit ihm das Abendmahl zu feiern. Beim Lesen der Abendmahlsworte aus 1. Kor.11 machte dieser Bruder bei dem Vers: „Ein jeder prüfe sich selbst“ ganz plötzlich eine Handbewegung in Richtung seines Mundes und ich stoppte mit dem Vorlesen. Seine Frau verstand die Geste, lief ins Bad und holte die Prothesen, die sie dann vor allen reinigte und ihm in den Mund einsetzte. Die Lesung konnte weitergehen und das Abendmahl mit eingesetzten Gebiss eingenommen werden – zahnlos glücklich – ja mit, aber mit Gebiss.

Glücklicherweise war die Situation so ernst, dass ich mir das Lachen verkneifen konnte. Die Selbstprüfung, die in diesem Bibeltext angesprochen wird, ist ja die Prüfung des eigenen Gewissens und nicht der Zahnlosigkeit. Aber, wie man sieht, die Assoziationen sind manchmal sehr unterschiedlich und das macht das Leben spannend, tolerant und humorvoll.

Zahnlos glücklich? In letzter Konsequenz muss man diese Frage mit Ja beantworten. Es gibt Wichtigeres als Zähne.

Man kann zahnlos glücklich sein, siehe letztes Beispiel. Aber unvergleichlich besser ist, eigene Zähne bis ins hohe Alter zu haben und um das persönliche Heil in Jesus Christus zu wissen.