

Zahnmedizinische Aspekte in der Palliativmedizin

Möglichkeiten und Grenzen zahnmedizinischer Betreuung und die speziellen Anforderungen an den Zahnarzt

Schlüsselwörter: Palliative Zahnmedizin, Palliativmedizin, mundgesundheitsbezogene Lebensqualität, OHRQoL, zahnärztliches Berufsbild, Gerodontologie

MARTIN SCHIMMEL¹
PATRICIA SCHOENI²
FRAUKE MÜLLER¹

¹ Abteilung für Gerodontologie und abnehmbare Prothetik des Zahnärztlichen Institutes der Universität Genf

² Universitätsklinik für Rehabilitation und Geriatrie der Universitätskrankenhäuser Genf

Korrespondenzadresse

Dr. Martin Schimmel
Section Médecine Dentaire
Division de Gérontologie et Prothèse adjointe
19, rue Barthélemy-Menn
CH-1205 Genève
Tel. +41 223 79 40 98/60
Fax +41 223 79 40 52
martin.schimmel@medecine.unige.ch

Zusammenfassung Die Rolle der Palliativmedizin ist es, Patienten zu betreuen, die so schwer erkrankt sind, dass keine Aussicht auf Heilung besteht. Belastende kurative Behandlungsmassnahmen sollten in dieser Phase unterbleiben und das Augenmerk auf die Verbesserung der Lebensqualität des Patienten gerichtet werden. Sie sollten eine Behandlung erfahren, die sich darauf konzentriert, ihre physischen, psychischen und spirituellen Bedürfnisse anzusprechen und eventuelle Schmerzen zu lindern. Gegebenenfalls sollten auch die Wünsche der Angehörigen berücksichtigt werden. Die Palliativmedizin bedarf eines interdisziplinären Behandlungsansatzes, in dem die zahnmedizinische Betreuung nicht fehlen sollte. Die Infektionsprophylaxe, die Behandlung von Xerostomie, Mucositis, Candidiasis, die Beseitigung von Druckstellen sowie scharfen Kanten sind einige der Behandlungsmassnahmen, die einen wesentlichen Einfluss auf die Lebensqualität haben können. Auch kleinere ästhetische Verbesserungen können angezeigt sein. In der Palliativmedizin tätige Kollegen sollten geduldig und einfühlsam sein sowie über eine mehrjährige Berufserfahrung verfügen.

Einführung

Patienten, die so schwer erkrankt sind, dass keine Aussicht auf Heilung besteht, sollten eine Behandlung erfahren, die sich darauf konzentriert, ihre Beschwerden und eventuelle Schmerzen zu lindern. Überflüssige und belastende kurative Versuche sollten in einer solchen Situation unterbleiben (LEFEBVRE-CHAPIRO & SEBAG-LANOË 1999).

Die Weltgesundheitsorganisation definiert diese Form der Medizin, die Palliativmedizin, als «... einen Ansatz, der die Lebensqualität von Patienten und ihren Familien verbessern

soll, die sich mit den Problemen konfrontiert sehen, die mit einer lebensbedrohlichen Krankheit assoziiert sind. Dies geschieht durch Prävention und Linderung des Leidens, durch frühzeitige Erkennung und fehlerfreie Diagnostik sowie die Behandlung des Schmerzes und anderer Probleme, seien sie physischer, psychosozialer und spiritueller Natur» (WHO 2007).

Die Palliativmedizin hat sich aus der medizinischen Versorgung krebskranker Patienten entwickelt. Ihr Schwerpunkt liegt daher noch immer in der Versorgung von Tumorpatienten, denn auch heute noch stellen die bösartigen Neubildungen in der Schweiz die zweithäufigste und in der Altersgruppe der

45- bis 64-Jährigen sogar die häufigste Todesursache dar (Frauen 55% und bei den Männer 41%) (BFS 2007). Das Anwendungsfeld der Palliativmedizin bleibt jedoch nicht auf diese Patientengruppe beschränkt. So werden auch Patienten, die beispielsweise an AIDS, Demenz, Morbus Parkinson, kardialer oder renaler Insuffizienz sowie anderen Krankheiten im finalen Stadium leiden, unter den Prämissen der Palliativmedizin betreut (VAN NEES 1996).

Konkret bedeutet dies, dass die Palliativmedizin einen ganzheitlichen und multidisziplinären Ansatz verfolgt. Schmerz und opportunistische Infektionen müssen kontrolliert werden, sowohl physische, funktionelle, psychosoziale als auch spirituelle Einschränkungen bzw. Bedürfnisse berücksichtigt werden (WALSH 1994). Palliative Pflege können Patienten stationär in speziellen Palliativstationen oder ambulant im Rahmen spezieller Hospizprogramme erhalten. Das Behandlungsteam beinhaltet traditionell Krankenpfleger, Seelsorger, Sozialarbeiter, Pharmazeuten und Ärzte.

Oftmals fehlen trotz dem multidisziplinären Anspruch in allgemeinmedizinischen palliativen Behandlungsteams Zahnärzte und Dentalhygieniker. Bei Patienten, die unter einer Tumorerkrankung im Kopf-Hals-Bereich leiden, ist eine zahnmedizinische Betreuung besonders wichtig, sodass sie meist in spezialisierten Mund-, Kiefer und Gesichtskliniken behandelt werden (MAHAFFEY 1997). Es ist offensichtlich, dass bei oralen Neoplasien die Mundhöhle einerseits durch die Neubildung an sich, andererseits aber auch durch die oft aggressiven Therapien schwer in Mitleidenschaft gezogen wird. Folglich sind Schmerzen und Funktionsverlust häufig anzutreffende Begleiterscheinungen. Neben Defekten an sich können Narbenbildung und Trismus, aber auch Xerostomie, opportunistische Infektionen, Strahlenkaries oder mangelhafte Mundhygiene ursächlich beteiligt sein. Zudem ist die Kaufunktion oft massiv eingeschränkt. Die Folgen können Appetitlosigkeit, Unterernährung und Kachexie sein, die die Lebensqualität der Patienten sehr stark und unmittelbar beeinträchtigen (JOBIBNS ET AL. 1992a, JOBIBNS ET AL. 1992b).

Anders als bei traditionellen kurativen Behandlungsansätzen konzentriert sich die Palliativmedizin theoretisch über die Grunderkrankung hinaus auf den Funktionserhalt der Körpersysteme, wie etwa der Mundhöhle. In der Praxis muss leider trotzdem beobachtet werden, dass die Mundhygiene bei Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren oft mangelhaft ist. Ausserdem kann gezeigt werden, dass der Zahnstatus verglichen mit einer Kontrollgruppe signifikant schlechter ist (MAIER ET AL. 1993). Multicenter-Studien legen dar, dass 33% der AIDS-Erkrankten (LARUE 1994) und 31% bis 42% der untersuchten Palliativpatienten orale Symptome aufweisen (ALDRED ET AL. 1991, JOBIBNS ET AL. 1992a). Am häufigsten werden Xerostomie und schlecht sitzende Prothesen als Hauptursache für die Beschwerden genannt (Tab. I).

Zahnärztliche Möglichkeiten und Grenzen in der Palliativmedizin

Zahnärzte werden selten mit sterbenden Patienten konfrontiert, können jedoch eine integrale Rolle in der Palliativmedizin spielen. Diese kann beschrieben werden als «... das Management von Patienten mit progressiven, weit fortgeschrittenen Erkrankungen, deren Mundhöhle durch die Erkrankung oder deren Behandlung kompromittiert wurde. Der Fokus der Behandlung liegt in der unmittelbaren Verbesserung der Lebensqualität.» (WISEMAN 2000) Darüber hinaus können terminal erkrankte Patienten auch ganz unabhängig von ihrer Grund-

Tab. I Prävalenz oraler Symptome von Patienten im terminalen Stadium einer Erkrankung. (nr=nicht registriert; * für Patienten mit Zahnersatz). Zitiert aus WISEMAN 2000.

Symptome	Studie 1 (LARUE 1994)	Studie 2 (JOBIBNS ET AL. 1992a)	Studie 3 (ALDRED ET AL. 1991)
Xerostomie	77%	58%	97%
Orale Schmerzen	33%	42%	31%
Candidiasis	85%	70%	nr
Dysphagie	35%	37%	51%
Sprachschwierigkeiten	nr	nr	66%
Probleme mit abnehmbarem Zahnersatz*	45%	71%	40%

erkrankung zahnmedizinischen Behandlungsbedarf aufweisen.

Die zahnärztliche Behandlungsplanung muss zum einen die allgemeinmedizinischen Befunde sowie den Progressionsgrad der Grunderkrankung in Betracht ziehen und zum anderen den tatsächlichen zahnärztlichen Behandlungsbedarf. Der Prämisse der Palliativmedizin folgend sollte bei der zahnärztlichen Behandlung die Schmerz- und Infektionsbehandlung im Vordergrund stehen, um die angestrebte intakte orale Funktion und Schmerzfreiheit zu gewährleisten. Komplizierte und umfangreiche Behandlungspläne sind zu vermeiden, jedoch ist die Planung hochindividuell und hängt ganz wesentlich von den physischen und kognitiven Einschränkungen sowie dem Wunsch des Patienten und gegebenenfalls seiner Familie ab. Ist der Tod bereits sehr nahe, sind in der Regel nur noch Schmerzbehandlungen, Infektionsprophylaxe und falls gewünscht ästhetische Verbesserungen indiziert.

Mundhygiene

Die grundlegende zahnmedizinische Strategie sollte die Aufrechterhaltung der oralen Hygiene sein. Die allgemeinen positiven Effekte einer guten Mundhygiene sowie der Prävention von Infektionen, Schmerzen und Zahnverlust sind bekannt und dürfen natürlich bei den schwerstkranken Patienten nicht vernachlässigt werden.

Darüber hinaus mehrte sich in den letzten Jahren die Evidenz, dass Infektionen der Mundhöhle auch einen Einfluss auf die allgemeine Gesundheit haben, wobei wissenschaftlich nicht gesichert ist, ob es sich hierbei um eine Kausalität oder gemeinsame Risikofaktoren handelt. So scheint es, dass einige Plaquekeime eine Rolle bei der Entstehung und Progredienz von vaskulären Erkrankungen und Schlaganfällen spielen (JANKET ET AL. 2003). Der oralen Hygiene kann also die Rolle einer Tertiärprophylaxe, zum Beispiel bei Schlaganfallpatienten, zufallen. Weiterhin verlaufen orale Infektionen und Parodontalerkrankungen bei Diabetikern schwerwiegender als bei Nichtdiabetikern (KHADER ET AL. 2006). Zudem ist der Glucosespiegel bei vorliegender Parodontalerkrankung schwerer zu kontrollieren (TAYLOR ET AL. 1996). Eine gute Plaquekontrolle ist bei Diabetespatienten daher auch unter diesem Blickwinkel wichtig. Besonders bei bettlägerigen Patienten mit geschwächtem Allgemeinzustand besteht die Gefahr von Aspirationspneumonien, die durch die mikrobielle Flora der Plaque verursacht werden können (IMSAND ET AL. 2002). Ein konsequentes orales Hygieneregime scheint die Häufigkeit von Pneumonien zu vermindern (YONEYAMA ET AL. 1999).

Das zahnärztliche Team kann mit vergleichsweise einfachen Mitteln positive Effekte erzielen, welche die allgemeine Ge-

Tab. II Übersicht von möglichen Mundhygienemassnahmen bei Patienten der Belastbarkeitsstufe 3 (GABA 2003, NITSCHKE 2000).

Allgemeine Hinweise

- Den Patienten motivieren, seine Autonomie zu erhalten, aber die Mundhygiene trotzdem überwachen
- Hilfsmittel an die individuellen Funktionseinschränkungen anpassen

Mundhygiene

- Patient im Bett aufrecht setzen (geringere Aspirationsgefahr)
- Nierenschale unter das Kinn halten
- Bei Bettlägerigen: hinter den Patienten auf das Bett setzen, Kopf mit der linken Hand halten bzw. stabilisieren. Zähne putzen mit der rechten Hand (eigene Technik anwenden)

Minimale Anforderung an die Prothesenpflege

- Einmal am Tag herausnehmen und komplett reinigen
- Nach jeder Mahlzeit unter fließendem Wasser abspülen

Tab. III Übersicht von möglichen Mundhygienemassnahmen bei Patienten der Belastbarkeitsstufe 4 (GABA 2003, NITSCHKE 2000).

Allgemeine Hinweise

- Lagerung des Patienten bei völliger Passivität: z. B. seitliche Kopflage, Nierenschale, Munddusche mit Spüllösung, Flüssigkeit in Nierenschale herauslaufen lassen

Mundhygiene

- Mehrmals täglich Mundspülungen (z. B. Meridol®) – Reinigung der Mundhöhle mit Mullkompressen, die in Tee oder Spüllösungen getränkt sind
- Bei sehr schlechter Mundhygiene maximal 2–3 Wochen mit Chlorhexidin spülen
- Schleimhäute befeuchten mit Ananasstäbchen
- Mehrmals täglich die Lippen eincremen (Bepanthen®)
- Bei Mundtrockenheit ⇒ künstlichen Speichel verwenden

Minimale Anforderung an die Prothesenpflege

- Einmal am Tag herausnehmen und reinigen
- Professionelle Reinigung alle 2 Monate

sundheit sowie die Lebensqualität der Patienten günstig beeinflussen können. Hierzu zählen Zahnreinigungen, Verschreibung antibakterieller Mundspüllösungen, aber vor allem auch die Instruktion des Pflegepersonals (KINLEY & BRENNAN 2004) (Tab. II und III).

Xerostomie

Wie bereits erwähnt, ist die Mundtrockenheit ein weitverbreitetes Problem in der Gruppe der Palliativpatienten. Meist ist sie ein Resultat der Multimedikation oder einer Bestrahlung im Kopf-Hals-Bereich. Sie kann durch die sorgfältige Anamneseerhebung diagnostiziert werden, weil eine Xerostomie nicht immer objektiv zu verifizieren ist. Sie stellt oft ein subjektives Symptom dar. Der Arzt sollte jedoch in jedem Fall auf diese Beschwerden eingehen (DORMENVAL ET AL. 1999, SREEBNY & VALDINI 1988).

Entgegen weitverbreiteter Praxis sollte dem Patienten nicht empfohlen werden, mineralölbasierte Salben wie etwa Vaseline aufzutragen, da diese wasserfrei sind und hygroskopisch wirken, d. h. dem Gewebe Wasser entziehen.

Speichelersatzmittel sollten die Mundschleimhäute befeuchten, ohne dabei die Zahnhartsubstanzen zu schädigen. Bei gering ausgeprägter Mundtrockenheit kann ein fluoridhaltiges Mineralwasser empfohlen werden. Bei hochgradiger Xerostomie sollten Mittel zur Anwendung kommen, die ähnliche rheologische Eigenschaften wie Speichel aufweisen. Diese wasser-

basierten Speichelersatzlösungen enthalten Moleküle (z. B. Muzin), die die Oberflächeneigenschaften und Viskosität von Speichel imitieren (CHRISTERSSON ET AL. 2000, KIELBASSA & MEYER-LUECKEL 2001). Bei bettlägerigen Patienten kann auch das Befeuchten der Mundhöhle mit Ananas- oder Teekompressen Linderung verschaffen. Unbedingt zu vermeiden sind alkoholhaltige Mundspüllösungen, da diese austrocknen und ein Mundschleimhautbrennen auslösen können (WISEMAN 2006).

Mucositis und Stomatitis

Stomatitiden sind bei Patienten nach einer Radio- oder Chemotherapie häufig anzutreffen. Nach Chemotherapie weisen bis zu 75% der Patienten eine Mucositis auf (DODD ET AL. 1996). Chemotherapeutische Massnahmen zur Behandlung von Neoplasien greifen Gewebe an, die eine hohe Mitoserate aufweisen, wie etwa auch das verhornende Schleimhautepithel der Mundhöhle. Der verminderte Zellumsatz resultiert in einer Atrophie der Schleimhäute. Ulzerationen, deren Verlauf durch bakterielle Superinfektion erschwert werden können, treten gehäuft auf (LADOR ET AL. 2006). Eine Stomatitis kündigt sich vorwiegend durch Mundschleimhautbrennen an (GRAHAM ET AL. 1993). Die klassischen fünf Entzündungszeichen einer Mucositis (Rötung, Überwärmung, Schwellung, Schmerz, eingeschränkte Funktion) sowie Ulzerationen treten meist 7 bis 14 Tage nach Beginn einer Chemotherapie auf (MADEYA 1996).

Eine Behandlung ist meist auf die Linderung der Schmerzen beschränkt. Xylocain-haltige Sprays können die Beschwerden vermindern, sollten aber zurückhaltend verwendet werden, da diese neben der bekannten Toxizität zusätzlich den Würgereiz unterdrücken und somit die Gefahr einer Fremdkörperaspiration erhöhen. Auch 0,2-prozentige Morphiumlösung wird gelegentlich empfohlen (CERCHIETTI ET AL. 2002). Begleitend sollten jedoch immer lokale traumatische Faktoren (gebrochene Füllungen oder Zähne, scharfe Prothesenkanten, abstehende Prothesenklammern etc.) eliminiert werden.

Candidiasis

Candida-Spezies werden in bis zu 40% einer gesunden Bevölkerungsgruppe gefunden, jedoch steigt der Anteil auf bis zu 80% bei Patienten mit einer terminalen Tumorerkrankung (JOBINS ET AL. 1992b). Die Infektion ist opportunistisch und hängt mit dem reduzierten Immunstatus der Patienten zusammen. Sie entwickelt sich rasch, Reinfektionen sind häufig und oft schwer zu beherrschen (SWEENEY & BAGG 1995) (Abb. 1).

Eine Behandlung umfasst dreimal täglich eine Spülung mit einer Bicarbonatlösung (ein Teelöffel Bicarbonat auf ein Glas Wasser); zusätzlich sollte ein 2-prozentiges Miconazole-Gel (Daktarin®) verschrieben werden (DUPONT 2006). Führt dies nicht zum gewünschten Erfolg, sollte ein Abstrich der betroffenen Schleimhautareale erfolgen und eine Zellkultur angelegt werden. Die Auswahl des Antimykotikums kann dann erregerspezifisch erfolgen. Falls der Patient Prothesen trägt, müssen diese täglich desinfiziert werden. Eine einfache Vorgehensweise ist, die Zahnersatzlösung abends für 15 Minuten in eine 50-prozentige Eau-de-Javel® einzulegen. Nach dieser Desinfektion muss er jedoch sehr gründlich abgespült werden. Des Weiteren soll eine nächtliche Prothesenkarenz eingehalten werden, wobei die Prothese trocken zu lagern ist.

Äusseres Erscheinungsbild

Ein weiterer zahnärztlicher Aspekt in der Palliativmedizin kann die Wiederherstellung des oralen Erscheinungsbildes des Patienten sein, beispielsweise wenn Zähne gebrochen sind oder fehlen (Abb. 2). Nicht selten passt auch der abnehmbare Zahn-

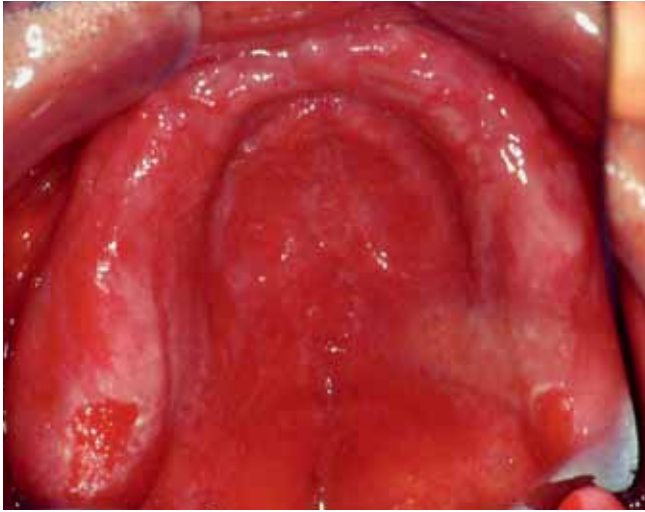


Abb. 1a, b Candidainfektion der maxillären Schleimhäute (a). Der Oberkieferzahnersatz wurde durch das Pflegepersonal weder entfernt noch gereinigt (b).



Abb. 2 Klinisches Beispiel für den desolaten Mundbefund einer Patientin, das in der zahnärztlichen Sprechstunde gesehen wurde.

ersatz nicht mehr, da er lange nicht getragen wurde, oder er ging sogar verloren. Dies betrifft etwa 10% der Patienten (SCHIMMEL ET AL. 2008). Innerhalb weniger Wochen werden Familie, Freunde und Bekannte den Kranken besuchen, um Abschied zu nehmen. Dies ist eine Zeit, in der Würde und Selbstrespekt für den Patienten sehr wichtig sind. Schon die Erstellung einer einfachen, rein ästhetischen Prothese, und sei es nur einer Oberkieferprothese, kann dem Patienten viel Selbstwertgefühl geben, und er vermag Freunden wie Angehörigen mit Würde zu begegnen. Gelegentlich wird der Wunsch nach einer neuen Prothese auch von der Familie des Patienten geäußert, da sie einerseits dem geliebten Menschen Gutes tun will und ihn andererseits in Würde in Erinnerung behalten möchte.

Fallbeispiele

Die im Folgenden beschriebenen Patientenfälle wurden von Patricia Schoeni im «Centre de Soins Continus des Hôpitaux Universitaires de Genève» (CESCO) betreut und stehen exemplarisch für die Möglichkeiten und Grenzen der zahnärztlichen Versorgung von Palliativpatienten.

Fall 1

Patientin, weiblich und 93 Jahre alt, Hauptdiagnose Rezidiv eines vesikulären Karzinoms.

Die Patientin stellte sich aufgrund einer schmerzhaften Cheilitis angularis und oro-pharyngealer Candidose vor. Die

Candida-Infektion wurde kombiniert systemisch mit Fluconazol (Diflucan®) und topisch mit Nystatin (Mycostatin®) behandelt. Da die Patientin des Weiteren aufgrund ihrer Xerostomie über ihren unkomfortablen Zahnersatz klagte, wurde ein Speichelersatzmittel (Glandosane®) verschrieben. Sie wünschte ausserdem eine Unterfütterung ihres abnehmbaren Zahnersatzes. Die Patientin verstarb sieben Tage nach Beginn der antifungalen Therapie.

Fall 2

Männlicher Patient, 91 Jahre alt, Hauptdiagnose chronische obstruktive Bronchitis.

Der Patient vereinbarte einen Termin in der zahnärztlichen Sprechstunde, obwohl er sich der terminalen Phase seiner Erkrankung bewusst war. Er wurde untersucht und ein Kostenvoranschlag für die Unterfütterung seiner Prothesen erstellt, wohl wissend, dass die Therapie wahrscheinlich nicht mehr ausgeführt werden kann. Er verstarb vier Tage später.

Fall 3

Männlicher Patient, 74 Jahre alt, Diagnosen alkoholinduzierte Leberzirrhose, Aszites, metastasierendes Colonkarzinom.

Die Konsultation erfolgte im Krankenhausbett. Der Patient konnte aufgrund seines reduzierten Allgemeinzustandes nicht in die zahnärztliche Praxis transferiert werden. Sein Hauptanliegen war ein lockerer oberer Schneidezahn. Es wurde vorgeschlagen, den Zahn zu extrahieren und auf der vorhandenen Teilprothese zu ergänzen. Entsprechend wurde eine Alginateabformung des Oberkiefers genommen. Der Patient verstarb an dem Tag, an dem die Extraktion vorgesehen war. Die Witwe wünschte, dass die Prothese für die Beerdigung wieder eingesetzt werden sollte. Der neu hinzugefügte Prothesenzahn musste hierfür wieder entfernt werden.

Rechtliche Aspekte der Betreuung von Pflegepatienten mit eingeschränkter Entscheidungsfähigkeit

In der Schweiz ist die formal festgestellte Urteilsunfähigkeit das Ergebnis einer juristischen Entscheidung. Patienten, die Gedächtnislücken aufweisen, Schwierigkeiten haben Sachverhalte logisch nachzuvollziehen, oder ihre Entscheidungen nicht ausdrücken können, werden deshalb nicht unbedingt als urteilsunfähig eingestuft. Dies ist häufig der Fall bei an Demenz

erkrankten Patienten. Der behandelnde Arzt ist in diesen Fällen verpflichtet, den Patienten an den Entscheidungen teilhaben zu lassen. Es ist zwar nicht gesetzlich vorgeschrieben, das Einverständnis der Angehörigen einzuholen, jedoch wird empfohlen, sie über die Behandlung zu informieren und ihre Meinung zu erfragen, da der behandelnde Zahnarzt sich in einer rechtlichen Grauzone bewegt. Ebenso wie jeder gesunde Patient, haben auch Patienten mit einer leichten oder mittelschweren Demenzerkrankung selbstverständlich das Recht, eine Behandlung abzulehnen.

Ist ein Patient urteilsunfähig (Unfähigkeit, eine Situation korrekt einzuschätzen bzw. zu bewerten und/oder seinen Willen zu äussern), muss ein Arzt zunächst versuchen, die Urteilsfähigkeit wiederherzustellen, damit der Patient über seine Behandlung selbst bestimmen kann. Sollte dies nicht möglich sein oder wenn der Zustand der Urteilsunfähigkeit vermutlich länger andauert, sollte der Arzt die zuständige Behörde informieren, damit ein Sachverwalter, der die Interessen des Kranken schützt, eingesetzt werden kann (Schweizerisches Zivilgesetzbuch 392, Kapitel 1).

Ist ein Patient urteilsunfähig und eine medizinische Behandlung erforderlich, muss der Arzt im Interesse oder angenommenen Willen des Patienten handeln (Obligatenrecht, Artikel 419). Auch bei rein konsiliarischer Tätigkeit sollten in dieser Situation die Angehörigen zu Rate gezogen werden.

Der Arzt verfügt über einen grossen Ermessensspielraum, falls die Behandlung eines akuten Notfalls notwendig ist. Hier kommt das Wohltätigkeitsprinzip zur Anwendung. Der Arzt muss dann im therapeutischen Interesse des Patienten handeln, ausser er kennt den Patienten gut und weiss, dass der Patient die Behandlung verweigern würde (Obligatenrecht, Artikel 41). Falls die vorgeschlagene Therapie nicht die Zustimmung der Angehörigen findet, muss der Arzt im angenommenen Willen des Patienten handeln. Der Arzt entscheidet dann allein, oder er kann sich mit einem Kollegen über die notwendige Behandlung beraten.

Eine wirkliche lebensbedrohliche Akutsituation ist im zahnmedizinischen Behandlungsalltag jedoch selten, es kann also meist das Einverständnis der Angehörigen eingeholt werden (Ausnahmen: akute Blutungen, Sepsis dentaler Genese oder akute Aspirationsgefahr von Zähnen oder Zahnersatz).

Bei Verdacht auf Urteilsunfähigkeit muss zunächst festgestellt werden, ob der Patient einen Repräsentanten bestimmt hat oder ob für ihn ein Sachverwalter nominiert worden ist. Eventuelle Behandlungen müssen in diesem Fall vorab besprochen werden um das notwendige Einverständnis zu erhalten (RIESEN 2001).

Anforderungen an Zahnärzte im Palliativteam

Zahnärzte, die als Teil eines Behandlungsteams an der palliativen Betreuung terminal erkrankter Patienten tätig sind, haben ein vollkommen anderes Arbeitsprofil als etwa niedergelassene Allgemein Zahnärzte (KZBV 2004, SCHIMMEL ET AL. 2008). Neben der Konfrontation mit Schwerstkranken ist das hohe Durchschnittsalter der Patienten eine weitere Besonderheit. Diesbezügliche Angaben in der Literatur schwanken zwischen 66 und 83 Jahren (ALDRED ET AL. 1991, JOBBINS ET AL. 1992a, SCHIMMEL ET AL. 2008, SWEENEY ET AL. 1998). Weitere Besonderheiten wurden in einer Studie über das Arbeits- und Behandlungsumfeld in der Abteilung für Palliativmedizin des CESCO über ein Jahr untersucht. Die Eingriffe waren zu einem grossen Teil reine Schmerzbehandlungen (über 30% der Behandlungstermine). Oft konnte auch aufgrund des reduzierten Allge-

meinzustandes überhaupt keine Behandlung durchgeführt werden (17% der Behandlungstermine). Etwa 10% der vereinbarten Termine wurden nicht wahrgenommen, da akute allgemeinmedizinische Probleme, Schwierigkeiten beim Patiententransport oder auch das Ableben der Patienten die Vorstellung in der zahnärztlichen Sprechstunde verhinderte. Ansonsten konnten nur kleinere Behandlungsmassnahmen vorgenommen werden (Extraktionen, Druckstellenentfernung, Unterfütterungen, Aufklärungsgespräche, Zahnreinigung und Mundhygieneinstruktionen etc.). Trotz teilweise grossem dentalen Behandlungsbedarf darf man die Belastbarkeit und das Adaptationsvermögen der Patienten nicht überschätzen. Je weniger der Patient zum Erfolg der Behandlung beitragen kann, umso sorgfältiger und genauer müssen die zahnärztlichen Massnahmen geplant und durchgeführt werden (MÜLLER & SCHIMMEL 2007). Auch die eingeschränkte Mobilität der Patienten begrenzt das Behandlungsspektrum. Nur etwa ein Drittel der Patienten konnte ohne fremde Hilfe auf dem zahnärztlichen Behandlungsstuhl Platz nehmen. Viele mussten im Rollstuhl oder sogar im Krankenbett behandelt werden (ca. 30%) (SCHIMMEL ET AL. 2008).

Palliativ tätige Zahnärzte sollten ein angemessenes Mass an Empathie zeigen, ohne dabei offenes Mitleid zu bekunden. Sie sollten über das normale Mass hinaus sehr gut mit dem Patienten und den Angehörigen kommunizieren können. Dies beginnt mit der Körpersprache, wie etwa dem Gesichtsausdruck, der Körperhaltung oder der Handposition. Zum einen sollte man sich keinesfalls ausschliesslich auf die Untersuchung der Mundhöhle konzentrieren, sondern ein Gespräch, auch mit den eventuell anwesenden Angehörigen, suchen. Oft ist es hilfreich, die räumliche Distanz zum Patienten zu verringern. Erst wenn eine gute Kommunikationsbasis erreicht ist, sollte man mit der eigentlichen Untersuchung beginnen (WISEMAN 2000, WISEMAN 2006).

Zusammenfassung

Zahnmedizinische Aspekte spielen in der Palliativmedizin leider immer noch eine untergeordnete Rolle, obwohl eine zahnärztliche Betreuung dem Patienten in der Endphase seiner Erkrankung viel Leiden und Schmerzen ersparen kann. Dabei stehen neben der reinen Schmerzbehandlung vor allem die Infektionstherapie und -prophylaxe sowie der Erhalt von Funktionen im Vordergrund. Mundhygienemassnahmen sowie Verbesserungen des oralen Erscheinungsbildes können darüber hinaus wesentlich zum Selbstwertgefühl beitragen. Ein Zahnarzt, der in der Palliativmedizin tätig ist, sollte geduldig und einfühlsam sein. Er muss auf die speziellen physischen, psychosozialen und spirituellen Belange eines Patienten, der am Ende seines Lebens steht, eingehen können.

Danksagung

Frau Dr. Martine Béatrix Riesen möchten wir herzlich für Ihre kompetente und freundschaftliche Unterstützung bei der Verfassung des Textes über die rechtlichen Aspekte der Betreuung von Pflegepatienten mit eingeschränkter Entscheidungsfähigkeit bedanken.

Abstract

SCHIMMEL M, SCHOENI P, MÜLLER F: **Oral Care of Palliative Patients** (in German) Schweiz Monatsschr Zahnmed 118: 851–856 (2008)

Palliative medicine deals with patients in the final phase of their life. These terminally ill patients should receive a treatment which focuses on the prevention and relief of suffering by means of early identification and assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. The treatment should focus on the improvement of the Quality of Life (QoL) instead of straining curative treatment approaches. It should also deal with the needs of the families.

In palliative medicine an interdisciplinary approach is inevitable and imperative. Although an oral care provider should

be a member of the palliative care team this is not always the case in palliative care settings.

The prevention of infections, treatment of xerostomia, mucositis and candidiasis as well as the removal of sore spots are some of the important aspects of palliative oral treatment. They can have an immediate positive impact on the patients OHRQoL and their comfort in general.

The particular dental work profile requires a practitioner with empathy and professional experience.

Literatur

- ALDRED M J, ADDY M, BAGG J, FINLAY I G:** Oral health in the terminally ill: a cross-sectional pilot survey. *Spec. Care Dentist.* 11 (2): 59–62 (1991)
- BFS:** Todesursachenstatistik – Ursachen der Sterblichkeit 2003 und 2004. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS 2007
- CERCHIETTI L C, NAVIGANTE A H, BONOMI M R, ZADERAJKO M A, MENENDEZ P R, POGANY C E, ROTH B M:** Effect of topical morphine for mucositis-associated pain following concomitant chemoradiotherapy for head and neck carcinoma. *Cancer* 95 (10): 2230–2236 (2002)
- CHRISTERSSON C E, LUNDH L, ARNEBRANT T:** Film-forming properties and viscosities of saliva substitutes and human whole saliva. *Eur. J. Oral Sci.* 108 (5): 418–425 (2000)
- DODD M J, LARSON P J, DIBBLE S L, MIASKOWSKI C, GREENSPAN D, MACPHAIL L, HAUCK W W, PAUL S M, IGNOFFO R, SHIBA G:** Randomized clinical trial of chlorhexidine versus placebo for prevention of oral mucositis in patients receiving chemotherapy. *Oncol. Nurs. Forum* 23 (6): 921–927 (1996)
- DORMENVAL V, MOJON P, BUDTZ-JORGENSEN E:** Associations between self-assessed masticatory ability, nutritional status, prosthetic status and salivary flow rate in hospitalized elders. *Oral Dis.* 5 (1): 32–38 (1999)
- DUPONT B:** Use of topical antifungal agents. *Therapie* 61 (3): 251–254 (2006)
- GABA:** Gesund im Alter auch im Mund (Fortbildungs- und Lern-CD-ROM für Pflegekräfte, Ärzte und pflegende Angehörige.); 2003
- GRAHAM K M, PECORARO D A, VENTURA M, MEYER C C:** Reducing the incidence of stomatitis using a quality assessment and improvement approach. *Cancer Nurs.* 16 (2): 117–122 (1993)
- IMSAND M, JANSSENS J P, AUCKENTHALER R, MOJON P, BUDTZ-JORGENSEN E:** Bronchopneumonia and oral health in hospitalized older patients. A pilot study. *Gerodontology* 19 (2): 66–72 (2002)
- JANKET S J, BAIRD A E, CHUANG S K, JONES J A:** Meta-analysis of periodontal disease and risk of coronary heart disease and stroke. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.* 95 (5): 559–569 (2003)
- JOBBINS J, BAGG J, FINLAY I G, ADDY M, NEWCOMBE R G:** Oral and dental disease on terminally ill cancer patients. *Br. Med. J.* 304 (6842): 1612 (1992a)
- JOBBINS J, BAGG J, PARSONS K, FINLAY I, ADDY M, NEWCOMBE R G:** Oral carriage of yeasts, coliforms and staphylococci in patients with advanced malignant disease. *J. Oral Pathol. Med.* 21 (7): 305–308 (1992b)
- KHADER Y S, DAUOD A S, EL-QADERI S S, ALKAFJAEI A, BATAYHA W Q:** Periodontal status of diabetics compared with nondiabetics: a meta-analysis. *J. Diabetes Complications* 20 (1): 59–68 (2006)
- KIELBASSA A M, MEYER-LUECKEL H:** (Effects of saliva substitutes and mouthwash solutions on dentin). *Schweiz. Monatsschr. Zahnmed.* 111 (9): 1060–1066 (2001)
- KINLEY J, BRENNAN S:** Changing practice: use of audit to change oral care practice. *Int J Palliat Nurs* 10 (12): 580–587 (2004)
- KZBV:** Statistische Basisdaten zur vertrag Zahnärztlichen Versorgung. Köln: Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung 2004
- LADOR N, POLACHECK I, GURAL A, SANATSKI E, GARFUNKEL A:** A trichomycosis of the mandible: case report and literature review. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.* 101 (4): 451–456 (2006)
- LARUE F:** Pain and Symptoms during HIV disease – A French nation study. *J. Palliat. Care* 10: 95 (1994)
- LEFEBVRE-CHAPIRO S, SEBAG-LANOË R:** Soins palliatifs chez les personnes âgées. *Rev. Prat.* 49: 1077–1080 (1999)
- MADEYA M L:** Oral complications from cancer therapy: Part 1 – Pathophysiology and secondary complications. *Oncol. Nurs. Forum* 23 (5): 801–807 (1996)
- MAHAFFEY W:** Research-based mouth care in palliative care patients in the community setting. *Int J Palliat Nurs* 3 (6): 330–334 (1997)
- MAIER H, ZOLLER J, HERRMANN A, KREISS M, HELLER W D:** Dental status and oral hygiene in patients with head and neck cancer. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 108 (6): 655–661 (1993)
- MÜLLER F, SCHIMMEL M:** Der multimorbide Patient – Konsequenzen für die prothetische Therapie. *Quintessenz* 58 (11): 1171–1179 (2007)
- NITSCHKE I:** Zahnmedizinische Grundlagen zur geriatrischen Rehabilitation – eine Einführung in die Alterszahnmedizin. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie* 33 (Suppl. 1): 45–49 (2000)
- RIESEN M B:** Aspects éthiques et juridiques des soins bucco-dentaires chez les personnes âgées dépendantes ou affaiblies. *Genf: Universität Genf*, 2001
- SCHIMMEL M, SCHOENI P, ZULIAN G, MÜLLER F:** Utilisation of Dental Services in a University Hospital Palliative and Long Term Care Unit in Geneva. *Gerodontology* 25 (2): 107–113 (2008)
- SREEBNY L M, VALDINI A:** Xerostomia. Part I: Relationship to other oral symptoms and salivary gland hypofunction. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 66 (4): 451–458 (1988)
- SWEENEY M P, BAGG J:** Oral care for hospice patients with advanced cancer. *Dent. Update* 22 (10): 424–427 (1995)
- SWEENEY M P, BAGG J, BAXTER W P, AITCHISON T C:** Oral disease in terminally ill cancer patients with xerostomia. *Oral Oncology* 34 (2): 123–126 (1998)
- TAYLOR G W, BURT B A, BECKER M P, GENCO R J, SHLOSSMAN M, KNOWLER W C, PETTIT D J:** Severe periodontitis and risk for poor glycemic control in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *J. Periodontol.* 67 (10 Suppl): 1085–1093 (1996)
- VAN NEES M C:** Les soins palliatifs dans un service aigu de gériatrie. *Infokara* 41: 33–39 (1996)
- WALSH D:** Palliative care: management of the patient with advanced cancer. *Semin. Oncol.* 21 (4 Suppl 7): 100–106 (1994)
- WHO:** WHO Definition of palliative care (cited 21.8.2007); Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- WISEMAN M:** Palliative care dentistry. *Gerodontology* 17 (1): 49–51 (2000)
- WISEMAN M:** The treatment of oral problems in the palliative patient. *J. Can. Dent. Assoc.* 72 (5): 453–458 (2006)
- YONEYAMA T, YOSHIDA M, MATSUI T, SASAKI H:** Oral care and pneumonia. *Oral Care Working Group. Lancet* 354 (9177): 515 (1999)