

Die zahnärztliche Behandlung des Alterspatienten - eine rechtliche Orientierung

v. Ass. jur. Lutz Barth

Anlass

Folgende Zuschrift erreichte den Autor und soll als eine erste Orientierung für die Problematik der Alterszahnheilkunde bei einem psychisch veränderten Bewohner dienen.

„Immer wieder bekomme ich von Angehörigen zu hören, der Zahnarzt, sagt es lohnt sich nicht mehr. Nun gibt es in München und Sachsen bereits Initiativen, aber eben nur in München und Sachsen, dass Zahnärzte in die Heime kommen, aber eben noch nicht flächendeckend. Nun ist es so, dass ein Bekannter, der ein Zahntechnik-Labor besitzt, für mich schon mal bei Zahnärzten nachgefragt hat, ob sie Behandlungen in Heimen machen würden; die Antwort im Original: Verschone mich damit, da kann man kein Geld verdienen.

*Leider ist ein schlechter Zahnzustand, und dazu noch nicht behandelte, sehr oft die Ursache für eine Mangelernährung. Aber einen Zahnarzt zu finden, welcher einen dementen alten Menschen an den Zähnen behandelt, ist eine Kunst. Kann ein Zahnarzt eigentlich eine solche Behandlung, nur unter dem Kostenaspekt verweigern, eine Frage die ich mir immer wieder stelle?“
C. K. 22.10.05*

Dieser „Befund“ mit Blick auf die zahnärztliche Versorgung der Alterspatienten, die stationär in Alteneinrichtungen betreut und gepflegt werden, scheint kein Einzelfall zu sein; eher das Gegenteil darf angenommen werden, so dass die Bundeszahnärztekammer gerade auch in Anbetracht der demografischen Entwicklung zunehmend Sorgen um die zahnärztliche Versorgung dieser Alterspatienten hegt und das Thema auf die Agenda gesetzt hat¹. Dass dem zahnärztlichen Status nicht nur bei den Alterspatienten eine besondere Bedeutung zukommt, ist in der Fachliteratur hinreichend problematisiert worden, so dass sich hier die Erörterungen auf den zahnärztlichen Pflichtenstatus einer zahnärztlichen Heilbehandlung konzentrieren sollen.

Um es gleich vorweg zu nehmen: auch wenn der Zahnarztberuf ein freier Beruf (§ 1 Abs. 1 MBO für Zahnärzte und Zahnärztinnen)² analog dem der Ärzteschaft im allgemeinen ist, unterliegt jedenfalls der Vertragszahnarzt einer Behandlungspflicht für alle Kassenpatienten (!), während demgegenüber für den Nicht-Vertragsarzt über die Pflicht zur Behandlung im Notfall keine weitergehenden Behandlungspflichten begründet sind. Der oben in der Zuschrift enthaltene Hinweis der Zahnärzte, dass im Rahmen einer zahnärztlichen Therapie bei einem Alterspatienten „kein Geld verdient

¹ Vgl. hierzu den instruktiven Beitrag ZM16/2002, S. 28 v. >>> [S. Priehn-Küpper, Wenn die Zähne in die Jahre kommen, unter ZM-online](#)

² Die >>> Musterberufsordnung: Stand 29. Juni 2002 <<< gilt für alle Kammerangehörigen, die ihren Beruf ausüben, und regelt die Berufsausübung. Vgl. im übrigen die jeweiligen Berufsordnungen der Länder >>> Quelle: Bundeszahnärztekammer mit entsprechenden Verweisen auf länderspezifische Regelungen <<<

werden könne“ ist demzufolge unabhängig von einer ethischen und moralischen Wertung kein Argument, dem stationär untergebrachten Alterspatienten die notwendige Therapie vorzuenthalten!

Wesentlich ist allein der Status als ein an der (zahn)vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Zahnarzt, deren gewichtige Wirkung u.a. darin besteht, dass der Vertrags(zahn)arzt Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung wird und zur Teilnahme an der (zahn)vertragsärztlichen Versorgung nicht nur berechtigt, sondern vielmehr auch **verpflichtet** ist, § 95 Abs. 3 SGB V³.

Einige Überlegungen zum Pflichtengefüge des Zahnarztes

Zunächst kann davon ausgegangen werden, dass über die eigentlichen Erkrankungen aus zahnärztlicher Sicht hinaus sich häufig viele Allgemeinerkrankungen Symptome im orofazialen Bereich zeigen und nicht selten ist der Zahnarzt der erste, der eine Verdachtsdiagnose stellt, die sich freilich aufgrund der Polymorbidität des Alterspatienten durchaus als problematisch erweisen kann. Gerade aber die Multimorbidität des Alterspatienten legt offensichtlich die Vermutung nahe, dass die Alterspatienten der Zahnheilkunde einen geringeren Stellenwert einzuräumen scheinen als der Allgemeinerkrankheit, so dass die zahnmedizinische Prophylaxe ins Hintertreffen gerät⁴.

Dass sich gleichwohl trotz der Verpflichtung des Zahnarztes zur vertragsärztlichen Versorgung die zahnärztliche Therapie als äußerst problematisch erweisen kann, hängt freilich von dem physischen und psychischen Zustand des Alterspatienten ab, zumal dieser meist schwerstpflegebedürftig ist und demzufolge sich nicht als mündiger Patient in der Öffentlichkeit generieren kann, um einen Zahnarzt seiner Wahl in dem Kassenarztbezirk aufsuchen zu können. Hier wird sich in der Zukunft ein Problemfeld auftun, welches besondere Anforderungen auch an die Organisation einer zahnärztlichen Therapie stellen wird, damit die stationär untergebrachten und nicht mobilen Bewohner zahnärztlich therapiert werden können.

Von daher ist die Initiative und das Engagement der Bayerischen Landeszahnärztekammer mit ihrem interdisziplinären Kongress über Zähne im Alter im April diesen Jahres zu begrüßen und die Einsicht in die Notwendigkeit, die Gerostomatologie als ein heilberufliche Disziplin vorzustellen, sollte von allen Zahnärzten mitgetragen werden.

Der demografische Wandel mit einer immer stärker werdenden Alterspyramide stellt das gesamte Gesundheitssystem vor eine große Herausforderung, so dass auch die Zahnärzteschaft hiervon nicht ausgenommen bleibt.

Dies ist zwar keine „neue Erkenntnis“, wenngleich offensichtlich erst jetzt die Zahnärzteschaft im Begriff zu sein scheint, sich für dieses Problem zu sensibilisieren und es ist konsequent, dass mit Blick auf den multimorbiden Alterspatienten die Feststellung getroffen wird, dass sich der Zahnarzt verstärkt in seiner Rolle als Arzt

³ Vgl. auch Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, 1992, § 41 RdNr. 5 mit Hinweis darauf, dass der es keinen Kontrahierungszwang gegenüber den einzelnen Kassenpatienten gebe, so dass eine gewünschte Behandlung in „begründeten Fällen“ abgelehnt werden könne.

⁴ S. Priehn-Küpper, ebenda

verstehen muss, und, sofern er diese Rolle einzunehmen gedenkt, er freilich auch über fundiertes Wissen zwischen den Schnittpunkten allgemeinmedizinischer und zahnmedizinischer Erkrankungen verfügen sollte.

Problem: Die mangelnde Mobilität des Alterspatienten

Das Problem dürfte in erster Linie darin bestehen, wie der multimorbide Alterspatient die zahnärztlichen Leistungen rein tatsächlich in Anspruch nehmen kann, wenn er denn nicht „mobil“ ist.

In erster Linie ist hier in Analogie an die hausärztliche Praxis an eine „hauszahnärztliche Tätigkeit“ zu denken und zwar insbesondere zu Zwecken der Anamnese und Diagnostik (und natürlich der Prophylaxe), sofern nicht schon die Diagnose die Anwendung einer speziell auf die zahnärztliche Heilkunde zugeschnittene Apparatedizin erfordert (z.B. Röntgengeräte). Selbstbewusst hat der KZBV-Vorsitzende Fedderwitz im Rahmen der seinerzeitigen Diskussion um Praxisgebühr beim Zahnarzt denn auch ausgeführt, dass jeder Zahnarzt für seinen Patienten der „Hauszahnarzt“ sei und insofern muss das „Hauszahnarztmodell“ erst gar nicht eingeführt werden⁵. Er weist in diesem Zusammenhang stehend darauf hin, dass mehrere Untersuchungen in den vergangenen Jahren deutlich belegt haben, dass eine hohe Zahnarztentreue und eine geringe Wechselbereitschaft bei den Patienten festgestellt werden konnte.

Dies ist in der Tat ein gewichtiger Umstand, so dass es nahe liegen dürfte, dass gerade der Patient auch in einem hochbetagten Alter, zumal wenn er pflegebedürftig ist, durch „seinen Hauszahnarzt“ zahnärztlich weiter betreut wird und dies ggf. auch in einem „zahnärztlichen Hausbesuch“ münden kann, bei dem dann der Zahnarzt im Rahmen der ihm zur Verfügung stehenden anamnestischen, diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten eine Behandlung einleiten kann.

Dass dies keineswegs ungewöhnlich – wenn auch selten – ist, hat Priehn-Küpper in ihrem instruktiven Beitrag ausgeführt. Sie verweist darauf, dass zumeist „Patenschaften“ von einem der stationären Alteneinrichtung benachbarten Zahnarzt für die „Zähne der Bewohner“ übernommen wird, so dass zwar das „Hauszahnarztprinzip“ durchbrochen wird, gleichwohl aber eine zahnärztliche Betreuung gewährleistet ist. In einigen Landeszahnärztekammern stehen „mobile Behandlungseinheiten“ im Koffer bereit, die für zahnärztliche Einsätze verwendet werden können und es stellt sich daher die Frage, weshalb der Zahnstatus bei den pflegebedürftigen Alterspatienten häufig als ungenügend bezeichnet werden muss.

Priehn-Küpper führt dazu aus:

„Die mangelhafte und vor allem dem stark erhöhten administrativen und Behandlungsaufwand keineswegs entsprechende Honorierung der zahnärztlichen Betreuung ist mit ein Grund, warum der Zahnstatus bei diesen Personen so schlecht ist. Würde die Vergütung des Arbeits- und Zeitaufwandes angemessen erfolgen ..., wäre es viel mehr Zahnärzten möglich, zusammen mit ihrem Personal die zahnärztliche Versorgung in Alten- und Pflegeeinrichtungen sicher zu stellen“⁶.

⁵ J. Fedderwitz zur aktuellen Diskussion um das Hausarztmodell v. 06.07.04, online unter <http://www.kzbv.de>

⁶ Priehn-Küpper, aaO., Fn. 1

Das dem so ist, soll hier nicht bezweifelt werden, wenngleich sich hieran die Frage anschließt, ob die Zahnärzte mit diesem Argument der nicht „auskömmlichen Vergütung“ gehört werden können. Dies wird zu verneinen sein, da den Vertragszahnärzten qua Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung gleichsam die Verpflichtung auferlegt wird, den damit verbundenen Sicherstellungsauftrag zu erfüllen. Es mag durchaus aus der Sicht der Zahnärzte die inadäquate Vergütung ihrer Leistungen angemahnt werden, wenngleich dies nicht zu Lasten der zahnärztlichen Versorgung der Alterspatienten gereichen kann.

Die allgemeine Pflicht des Zahnarztes zur Mitteilung seiner Verdachtsdiagnose?

Sofern also der „Zahnstatus“ auch gewissermaßen als „Spiegelbild“ und des Krankheitspanoramas⁷ und umgekehrt gewertet werden kann, dürfte es eine logische Konsequenz sein, dass der Zahnarzt aufgrund der von ihm gestellten Verdachtsdiagnose durchaus verpflichtet ist, seinen Patienten an einen Arzt, ggf. Facharzt zu überweisen.

Diesem kommt dann die Aufgabe zu, in einen weiteren diagnostischen Prozess einzutreten, um so die Verdachtsdiagnose des Zahnarztes⁸ überprüfen und ggf. unter Einbeziehung der Differenzialdiagnostik revidieren oder bestätigen zu können.

Soweit ersichtlich, ist die soeben beschriebene Pflicht zur Überweisung an einen Facharzt nicht expressis verbis in den berufsrechtlichen Normen des Zahnarztes festgeschrieben. So wie beim „Allgemein- oder Facharzt“ ergeben sich die Pflichten für den Zahnarzt u.a. aus der Musterberufsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen (MBO-ZÄ Stand 29.06.2002). Hiernach ist der Zahnarzt u.a. verpflichtet, sein Wissen und Können in den Dienst der Vorsorge, der Erhaltung und der Wiederherstellung der Gesundheit zu stellen, ohne dass sich hieraus ohne weiteres der Schluss ergibt, dass sich diese Verpflichtung ausnahmslos „nur“ auf eine zahnärztliche Behandlung bezieht.

Sofern sich im Zusammenhang mit einer zahnärztlichen Behandlung bestimmte „Allgemeinerkrankungen“ dem Zahnarzt aufdrängen, die sich typischerweise u.a. im orofazialen Bereich zeigen, hat er zumindestens ein therapeutisches Aufklärungsgespräch mit seinem „zahnärztlichen Patienten“ zu führen, um die Frage abklären zu können, ob der Patient aufgrund der von ihm gestellten Verdachtsdiagnose bereits einen Facharzt aufgesucht hat. Sofern dies der Patient verneint, käme dann in der Folge eine Überweisung an einen Facharzt in Betracht, der dann die Verdachtsdiagnose des Zahnarztes weiter abzuklären hätte.

Eine solche Verpflichtung des Zahnarztes zur Mitteilung und Nachfrage einer Verdachtsdiagnose beim Patienten und einer ggf. nachfolgenden Überweisung an einen Facharzt würde m.E. nach keine Überstrapazierung der berufsrechtlichen Pflichten der Zahnärzteschaft bedeuten, da insoweit mit Priehn-Küpper davon auszugehen ist, dass das Vorliegen bestimmter Allgemeinerkrankungen sich gerade im orofazialen Bereich widerspiegeln, wenn nicht gar dort ausschließlich diagnostiziert werden.

⁷ Vgl. zu den möglichen Allgemeinerkrankungen, Tab. 3 bei Priehn, Küpper, aaO.

⁸ Vgl. zum Panorama allgemeinmedizinischer Verdachtsdiagnosen durch den Zahnarzt Priehn-Küpper, ebenda.

Hierbei steht außer Frage, dass auch der Zahnarzt bei der Behandlung seiner Patienten die beruflich gebotene Sorgfalt und nicht nur die übliche Sorgfalt zu wahren hat. Die berufsspezifischen Sorgfaltspflichten bestimmen sich nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft zur Zeit der Behandlung und vom Zahnarzt ist ebenso wie beim Allgemeinarzt ein Kernbestand eines medizinischen Grundwissens zu fordern⁹, dass ihn in den Stand versetzt, ggf. auch über die „Grenzen seines Faches“ hinweg sachdienliche „erste Hilfe“ zu leisten, mag diese auch zuvörderst in dem Stellen einer Verdachtsdiagnose erblickt werden.

Gerade die Diagnose beinhaltet per definitionem ein dynamisches Element, so dass die vom Zahnarzt getroffene (Verdachts-)Diagnose sich nicht als kausale Diagnose erweisen wird, so dass er auch nicht seinen eigenen Kompetenzbereich, mithin also die Grenzen seines Könnens, überschreitet, woraus ihm dann etwaige Schadensersatzansprüche erwachsen könnten. Vielmehr ist der Zahnarzt aufgrund seines medizinischen Grundwissens durchaus in Lage, bestimmte Symptome im orofazialen Bereich zu deuten, ohne sich pathogenetisch festlegen zu müssen, so dass eine Überweisung an einen Facharzt in Erwägung zu ziehen ist. Diese Verpflichtung dürfte auch sachgerecht sein, da „ganz generell ... der Arzt verpflichtet (ist), die ihm möglichen und zumutbaren Maßnahmen zu treffen, um einen – erkennbar drohenden – gesundheitlichen Schaden von einem Patienten abzuwenden.“¹⁰. Diese Verpflichtung beinhaltet u.a. die Empfehlung oder den ärztlichen Rat an den Patienten, einen Facharzt aufzusuchen¹¹.

Prinzipiell ist also der Zahnarzt verpflichtet, im Rahmen seines primären zahnärztlichen diagnostischen Bemühens hinaus auch sein Augenmerk auf die Möglichkeit anderer Krankheiten zu richten, deren Symptome speziell sich im orofazialen Bereich zeigen¹².

Pharmakotherapeutische Pflichten des Zahnarztes

Auch im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung wird vielfach eine Pharmakotherapie einzuleiten und ggf. im Nachgang hierzu verordnet werden müssen, ohne dass das Gesamtspektrum dieser punktuellen Pharmakotherapie mit dem eines Allgemeinarztes vergleichbar wäre.

Gleichwohl ergeben sich unter pharmakologischen Aspekten betrachtet keine gravierenden Besonderheiten mit Blick auf die besonderen Pflichten bei der Therapie eines multimorbiden Alterspatienten. Der Zahnarzt ist zur umfassenden Medikamentenanamnese verpflichtet, die sich u.a. an der Multimorbidität des Alterspatienten zu orientieren hat, da insoweit in der Regel davon ausgegangen werden kann, dass das polymorbide Krankheitspanorama des Alterspatienten mehrfach pharmakologisch therapiert wird. Der Tatsache einer Polypharmazie ist auch durch Zahnarzt bei der Wahl seiner pharmakologische Therapie aufgrund der Pharmakodynamik und –kinetik hinreichend Rechnung zu tragen, so dass er unter

⁹ Mertens, in Münchener Kommentar zum BGB, 3. Aufl. 1997, § 823 RdNr. 369 für den Arzt ganz allgemein.

¹⁰ Mertens, ebenda, RdNr. 373

¹¹ Mertens, ebenda m.w.H. aus der Rechtsprechung der OLG

¹² So für den Arzt ganz allgemein, Mertens, ebenda, RdNr. 375 mit Hinweis auf BGH, in VersR 1959, S. 448; ebenso OLG Stuttgart, in VersR 1994, S. 313 ff. (315)

Umständen gehalten ist, im Zuge der Medikamentenanamnese Rücksprache mit seinen ärztlichen Kollegen zu halten, um das „richtige“ Pharmakon verordnen zu können.

Dies gilt freilich auch mit Blick auf eine gebotene Lokalanästhesie, sofern nicht schon mit der Wahl des Lokalanästhetikums besondere pharmakologische Obliegenheitspflichten dem Zahnarzt aufzuerlegen sind.

Mit Blick auf die klinische Anwendung der Lokalanästhesie und der damit verbundenen Wirkdauer teilen die Pharmakologen die Lokalanästhetika in drei Gruppen ein: kurz-, mittel- und langwirksam. Hierbei geht man davon aus, dass ohne den Zusatz von Vasokonstringentien (z.B. Adrenalin, Noradrenalin) früher, solange nur kurz- und mittellang wirksame Lokalanästhetika zur Verfügung standen, eine hinsichtlich Grad und Dauer brauchbare Lokalanästhesie nicht zu erreichen war. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Grenzdosierung nicht überschritten wird, zumal die Konzentration des Lokalanästhetikums im systemischen Blut ohne vasokonstriktorisches Zusatz so hoch ansteigen kann, dass Symptome einer Intoxikation auftreten können. Die Vasokonstringentien erscheinen aber ebenfalls im Blut, so dass ihre Anwendung nicht ohne Risiko ist.

„Vor allem Adrenalin und Noradrenalin rufen unter Umständen bedrohliche Nebenwirkungen hervor, die bei Patienten mit zerebralen bzw. kardiovaskulären Schäden verhängnisvolle Folgen haben können: Blutdruckanstieg, Tachykardie, ventrikuläre Arrhythmie und Kammerflimmern. Auch Todesfälle infolge Hirnblutung bei älteren Patienten im Anschluss an eine Lokalanästhesie z.B. beim Zahnarzt können die Folge des Zusatzes von Adrenalin bzw. Noradrenalin sein.“¹³

In diesem Zusammenhang stehend wird insbesondere darauf hingewiesen, dass besondere Gefahren dann drohen, wenn Patienten gleichzeitig mit Pharmaka behandelt werden, die wie die tricyclischen Antidepressiva die Wirksamkeit von Noradrenalin verstärken¹⁴.

Die Lokalanästhesie birgt also durchaus Risiken, auf die der Zahnarzt in seinem Aufklärungsgespräch auch entsprechend hinzuweisen hat, damit der Alterspatient hierauf hin seine Einwilligung in die zahnärztliche Behandlung erteilen kann. Insofern unterscheiden sich die Aufklärungspflichten nicht wesentlich von denjenigen eines Allgemeinmediziners oder Facharztes, gerade auch in Kenntnis dessen, dass die zahnärztliche Behandlung vorbehaltlich der Einwilligung des Patienten nach vorheriger Aufklärung tatbestandlich eine Körperverletzung darstellt.

Resümee:

Auch hier dürfte der Grundsatz gelten:

„Routine schwächt die Wachsamkeit“ und eine „unkritische“ Lokalanästhesie kann aufgrund ihrer verbreiteten Anwendung gerade in der zahnärztlichen Behandlung zu gravierenden und unerwünschten Nebenwirkungen führen¹⁵.

Lutz Barth

¹³ Vgl. Forth/Henschler/Rummel/Starke, Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie, 6. Aufl. 1992, S. 228, 229

¹⁴ Forth et al., ebenda, S. 229 und S. 290

¹⁵ Forth et al., ebenda, S. 230