



Ina Nitschke, Catherine Kempf, Claudia Ramm, Jörg Bohlender

Tipps zur Behandlung geriatrischer Patienten aus allgemeinmedizinischer Sicht

Konkretes Wissen aus der Allgemeinmedizin und Pharmakologie ist im zahnärztlichen Alltag notwendig, um Komplikationen und Notfälle zu vermeiden. Jede zahnmedizinische Behandlung muss sich immer an die

allgemeinmedizinischen Voraussetzungen und Gegebenheiten des Patienten anpassen – unabhängig vom Untersuchungsort und Alter. Jedoch gibt es bei älteren Patienten mit Pflegebedarf typische Besonderheiten,

auf die jeder Zahnarzt vorbereitet sein muss. Mithilfe der nachfolgenden FAQs werden die wichtigsten Aspekte diesbezüglich angesprochen.

Gibt es eine besondere Herausforderung bei der Behandlung von Pflegebedürftigen in einer Senioreneinrichtung?

Die Besonderheiten bei der Behandlung von Patienten mit Pflegebedarf in Senioreneinrichtungen oder zuhause, bezogen auf die allgemeinmedizinischen Risiken, gleichen denen der Behandlung von Älteren in der Zahnarztpraxis. Generell sind Erkrankungen, vor allem des Herz-Kreislaufsystems,

der Gefäße und der Lungen häufig bei diesem Personenkreis anzutreffen. Zudem muss mit den altersbedingten, krankheitsunabhängigen Veränderungen, wie z. B. dem Abbau kognitiver Fähigkeiten oder möglicher Organfunktionsstörungen, gerechnet werden.

Memo

Die Besonderheiten bei der Behandlung älterer Patienten mit oder ohne Pflegebedarf sind unabhängig vom Behandlungsort immer zu beachten.

Gibt es Besonderheiten bei der allgemeinmedizinischen Anamnese von Pflegebedürftigen? Wie oft sollte sie aktualisiert werden?

Ziel jeder sorgsam allgemeinmedizinischen Anamnese ist es, die Art und den Umfang der diagnostischen sowie therapeutischen Maßnahmen, die der zahnärztliche Befund erfordert, an die individuellen Risiken des Patienten anzupassen. Nur so können Komplikationen oder Notfälle vermieden werden. Da nur aktuelle Anamnesedaten sinnvoll sind, muss die allgemeinmedizinische Anamnese vor jeder Behandlung aktualisiert werden, wie es auch im Patientenrechtegesetz vorgeschrieben ist: „Der Behandelnde ist verpflichtet,

in der Patientenakte sämtliche [...] wesentliche Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen [...]“ Dies muss im „unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung“ umgesetzt werden.

Im Fall einer insuffizienten Anamnese bei dementen Patienten helfen die Diagnose- und Medikationslisten aus der Patientendokumentation, idealerweise schon vorab in Kopie an die Zahnarztpraxis geschickt, weiter.

Memo

Die allgemeinmedizinische Anamnese muss immer in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung aktualisiert und dokumentiert werden. Vorgelegte Diagnose- und Medikationslisten, die bei Pflegebedürftigen in Senioreneinrichtungen vorzufinden sind, erleichtern die Anamneseerhebung sehr.

Wie kann die allgemeinmedizinische Anamnese in Seniorenheimen sinnvoll aktualisiert werden?

Bei jeder Aufnahmeuntersuchung muss eine allgemeinmedizinische Anamnese sorgfältig erhoben werden. Generell ist es sinnvoll, wenn jeder Patient, insbesondere diejenigen, die beim Ausfüllen des Bogens auf Hilfe angewiesen sind, den Anamnesebogen ein paar Tage vor dem ersten Besuch des Zahnarztes zur Bearbeitung erhalten. Sofern der Patient in der Lage ist, sollte er diesen Bogen auch unterschreiben, um die Anamneseerhebung eindeutig zu dokumentieren.

Im Alltag einer Senioreneinrichtung kann es schwierig werden, den Bogen jedes Mal schriftlich aktualisieren zu lassen, obwohl dies, wenn realisierbar und organisierbar, immer zu bevorzugen ist. Zwingend erforderlich ist zumindest eine gründliche und zielgerichtete mündliche Anamnese vor jeder Behandlung, die beim Patienten oder dem betreuenden Personenkreis erfragt werden kann. Können aber

damit nicht alle relevanten Informationen gesammelt werden, hilft oftmals der Blick in die Patientenakte weiter. Eine Einwilligung zur Befragung der pflegenden oder betreuenden Personen, sowie der Akteneinsicht muss zuvor von jedem Patienten oder seinem Rechtsbetreuer eingeholt werden.

Der Medikamentenanamnese sollte immer besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden, da sich daraus unverzichtbare Informationen über die Erkrankungen des Patienten und mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen ergeben sowie belastende Wechselwirkungen vermieden werden können.

Unabhängig von der Art der Anamneseerhebung muss deren Aktualisierung immer durch einen Eintrag in die Patientenakte vom Zahnarzt dokumentiert werden, da sie eine nicht delegierbare ärztliche Pflicht ist.

Memo

Die allgemeinmedizinische Anamnese ist eine nicht delegierbare ärztliche Pflicht, die sowohl schriftlich, als auch mündlich erhoben werden kann, aber immer dokumentiert werden muss.

Die Medikamentenanamnese gibt wichtige Hinweise auf die Erkrankungen und ist im Hinblick auf Nebenwirkungen und zur Vermeidung von belastenden Wechselwirkungen unverzichtbar.

Gibt es Lagerungsbesonderheiten, die bei älteren Patienten beachten werden müssen?

Es gibt Lagerungsbesonderheiten, die unabhängig vom Alter der Patienten, aufgrund von Vorerkrankungen beachtet werden müssen, um diese nicht gesundheitlich oder sogar lebensbedrohlich, zu gefährden. Viele Patienten werden in der aufsuchenden Behandlung im eigenen Sessel, der meistens eine Kopfstütze (Ohrensessel) hat, behandelt. Nur wenigen Zahnärzten steht in den Senioreneinrichtungen ein zahnärztlicher Behandlungstuhl oder eine Rollstuhlkippeinheit zur Verfügung. Insbesondere Patienten mit Herzinsuffizienz, unabhängig ihrer Genese, sind ein typisches Beispiel, dass nicht alle immer, in eine für den Behandler optimal liegende Behand-

lungsposition gebracht werden können. Je nach dem Grad der Herzinsuffizienz (vor allem ab NYHA 3 und 4) kann das Herz, durch die zu hohe Vorlast beim flachen Liegen, dekompensieren.

Bei kooperativen Patienten empfiehlt es sich, diese langsam soweit in die liegende oder halbliegende Position zu bringen, wie sich der Patient noch wohl fühlt. Zu den klassischen Symptomen einer dekompensierenden Herzinsuffizienz, die dem Behandler auffallen können, zählen Atemnot und Beklemmungsgefühle. Um die Herzleistung besser einschätzen zu können, hilft die Frage nach der Anzahl, der für den Schlaf benö-

Memo

Die optimale Lagerung für eine zahnmedizinische Behandlung von Risikopatienten sollte gemeinsam mit diesen und gegebenenfalls mit deren Angehörigen/Pflegekräften herausgefunden werden.

Oft empfiehlt es sich, wenn irgend möglich, die Pflegebedürftigen in der Position, in der sie gerade gelagert sind, zu behandeln. Meist ist dies für den Patienten eine erträgliche und entspannte Haltung.

tigten Kissen. Sollten dabei zwei oder mehr Kissen angegeben werden, liegt in aller Regel nicht nur eine höhergradige Herzinsuffizienz vor, sondern der Patient kann auch nur in sitzender oder halbsitzender Position behandelt werden.

Bei nicht kooperativen oder an schwerer Demenz erkrankten Patienten helfen zunächst die Informationen über Diagnosen und Medikamente aus der Anamnese.

Zudem kann neben der zu beobachtenden erschwerten Atmung, die Füllung bzw. Stauung der Vena jugularis externa am Hals Aufschluss darüber geben, ob der Patient zu flach gelagert wurde (Abb. 1). Normalerweise ist bei 45° Oberkörperneigung noch keine Stauung zu sehen. Ebenso sind die sublingualen Venen bei zu starker kardialer Vorlast prominent. Etwas verfälscht können diese Symptome bei sehr hypovolämischen Patienten sein – eine Gefahr, die insbesondere bei älteren oder demenzkranken Patienten unterschätzt wird.

Natürlich kann eine Stauung der Venae jugulares auch durch chronische Lungenkrankheit, wie z. B. Lungenemphysem, Asthma oder chronisch obstruktive Bronchitis (COPD), hervorgerufen werden. Die Konsequenzen für die Lagerung bleiben vergleichbar. Sollte eine Lungenembolie ursächlich für die Stauung sein, so ist dies meist ein akutes und lebensbedrohliches Ereignis, welches einer sofortigen, notärztlichen Intervention bedarf.

Generell hilft ein Pulsometer (Abb. 2) bei der Behandlung Herz- und Lungenkranker, um einen guten und meist beruhigenden Überblick über die Sauerstoffsättigung, sowie die Herzfrequenz und den Herzrhythmus der Patienten zu erhalten. Eventuell kann eine prophylaktische Gabe von Sauerstoff, der möglicherweise in den Pflegeeinrichtungen bereits vorhanden ist, über eine Nasenbrille oder -sonde dem Patienten spürbare Erleichterung

schaffen und so eine, für die Behandlung etwas günstigere Liegeposition ermöglichen.

Ein weiterer Aspekt der „richtigen“ Lagerung ist die effektive Schmerzlinderung bei Skelett- und Muskelerkrankungen. Sie trägt wesentlich zur Entspannung und damit auch zur Schmerztoleranz der Patienten bei. Gerade bei älteren Patienten mit oder ohne Pflegebedarf sind chronische Rücken-, Schulter- und Wirbelsäulenschmerzen, aufgrund altersbedingter Arthrosen oder Osteoporose sehr häufig. Auch Erkrankungen, wie z. B. M. Bechterew, M. Parkinson oder Lähmungen nach einem Apoplex, erfordern eine besonders umsichtige Lagerung. Wenn irgend möglich ist eine Behandlung der Patienten in ihrer aufgefundenen Position, sitzend oder liegend, zu bevorzugen, da diese erfahrungsgemäß eine einträgliche, schmerzfreie oder entspannte Lagerung darstellt. Oftmals können auch kleine Unterpolsterungen, z. B. mit Kissen oder Nackenrollen, unter den Gelenken oder dem Rücken weitere Erleichterungen bewirken. Aus hygienischen Gründen macht es bei der Benutzung mitgebrachter Kissen Sinn, einen Wegwerfüberzug (z. B. Plastikbeutel, Mülltüte) zu nutzen, der auch sogleich im Zimmer entsorgt werden kann.

Ganz allgemein empfiehlt es sich, jede Umlagerung sehr langsam und mit professioneller Unterstützung der Pflegekräfte durchzuführen. Insbesondere bei herzinsuffizienten Patienten und denen, mit Hyper-, oder ausgeprägter Hypotonie, ist die Reaktion auf die orthostatische Kreislaufbelastung verlangsamt. Je kontrollierter die Umlagerung, desto leichter können eventuell auftretende Probleme und Schmerzen sowie Zwischenfälle, aufgrund von Kreislaufregulationsstörungen, rechtzeitig erkannt und vermieden werden.



Abb. 1 Sichtbare Stauung der Vena jugularis.



Abb. 2 Während der Behandlung wird ein Pulsometer angelegt.



Wann sollte der Patient nicht behandelt werden?

In der Regel sollten zahnmedizinische Behandlungen nicht durchgeführt werden, wenn sich der Patient in einer Phase der progredienten Verschlechterung seines Krankheitsbildes befindet.

Besonders in der Zeit der Symptomverschlechterungen bei Herzerkrankungen (z. B. zunehmende Häufigkeit bzw. Ausprägung der Angina pectoris, Herzinfarkt innerhalb der letzten drei bis sechs Monate), sind die Patienten sehr gefährdet, Zwischenfälle und auch lebensbedrohliche Komplikationen zu erleiden. Ist ein Krankheitsverlauf, selbst bei schwerer chronischer Ausprägung stabil, kann, mit ent-

sprechender Sorgfalt, die Behandlung durchgeführt werden. Ebenso sollte zu Beginn einer Infektionserkrankung, wie z. B. Grippe, Herpes labialis oder Herpes zoster, auf elektive Eingriffe und Therapien verzichtet werden. Bei sehr schweren oder hochansteckenden Infektionen kann neben den notwendigen, individuellen Hygienemaßnahmen vor einer Behandlung die Rücksprache mit dem Hausarzt oder Spezialisten notwendig werden. Selbstverständlich dürfen Notfalleingriffe, trotz des erhöhten gesundheitlichen Risikos, situationsbedingt immer durchgeführt werden.

Memo

Patienten, die sich in einer instabilen, progredienten Verschlechterung ihres Gesundheitszustands oder am Anfang einer Infektionserkrankung befinden, sollten nur im Notfall zahnmedizinisch versorgt werden. Bei schweren oder unklaren Infektionen kann eine Rücksprache mit den behandelnden Ärzten notwendig werden.

Was muss bei der Terminierung eines Praxisbesuches beachtet werden?

Manchmal ist es notwendig, dass auch Bewohner von Senioreneinrichtungen oder ambulant Pflegebedürftige in der Praxis behandelt werden. Dies hängt von dem jeweiligen Praxiskonzept ab. Wie bereits erwähnt, sollte kein Patient in einer Phase der klinischen Symptomverschlechterung behandelt und folglich auch nicht in die Praxis einbestellt werden. Insbesondere in den ersten drei bis sechs Monaten nach Herzinfarkt und Schlaganfall sollte auf jede elektive Behandlung verzichtet werden. Entsprechend den Vorgaben der American Heart Assoziation sollten alle operativen Eingriffe bei KHK-Patienten nach Ballondilatation bzw. Stentimplantation, je nach Art des Eingriffes und Stents, erst nach zwei bzw. sechs Wochen bis zu einem Jahr durchgeführt werden. Notfälle bleiben dabei die Ausnahmen.

Dialysepatienten sollten nicht direkt nach der Dialyse einbestellt werden, da die Blutgerinnung noch gestört sein kann.

Bei allen Patienten mit Antikoagulation muss sich die Terminierung nach der möglicherweise notwendigen Zusammenarbeit mit den Hausärzten (z. B. aktuelle Laborwerte) und der realistischen Verfügbarkeit des Praxisteam für eine sorgfältige Nachsorge richten.

Bei einer diuretischen Medikation (z. B. Lasix, Torasemid etc.), die meistens morgens eingenommen wird, empfiehlt es sich zur Entspannung aller, einen Nachmittagstermin anzustreben. Da die klassischen Indikationen für diese Medikamente oft ältere Patienten mit Herzinsuffizienz, Hypertonie und Niereninsuffizienz betreffen, ist dieser Terminierungsaspekt häufig zu beachten.

Memo

Bei der Terminierung einer zahnärztlichen Therapie in der Zahnarztpraxis müssen Kontraindikationen für den Eingriff und eine eventuell nötige Terminkoordination mit anderen behandelnden Ärzten beachtet werden.



Was muss bei der Medikation älterer Patienten beachten werden?

Die physiologischen Veränderungen im Alter, wie z. B. die Enzymaktivitäten, die Verteilungsräume und die Funktionsfähigkeit vieler Organe, werden oftmals in den Dosierungsempfehlungen der Arzneimittel nicht adäquat berücksichtigt. Daher gilt im Allgemeinen für jede Medikation älterer Patienten das Prinzip: „start low, go slow“.

Insbesondere wird die altersbedingte Nierenfunktionseinschränkung häufig übersehen, die bei jedem vierten Patienten über 65 Jahren und jedem zweiten der über 80-Jährigen nachgewiesen werden kann. Somit zählt der Dosierungsfehler bei Niereninsuffizienz zu den häufigsten Verordnungs- und „Arzt“-Fehlern überhaupt. Deshalb muss vor einer Verordnung von über die Nieren eliminierten Medikamenten, wie z. B. Amoxicilin, die Nierenfunktion überprüft werden (inkl. GFR-Bestimmung, da Kreatinin allein nicht ausreichend ist). Mit den entsprechenden Aussagen des Hausarztes oder auch den Laborparametern (wie GFR, Kreatinin) kann die richtige Dosierung gewählt oder auf ein geeigneteres Produkt umgestiegen werden.

Ein Programm der Abteilung Klinische Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie des Universitätsklinikums Heidelberg hilft hier weiter (<http://www.dosing.de>).

Bei Missachtung adäquater Dosierung oder Kontraindikationen kann es zu teils gravierenden, unerwünschten Arzneimittelwirkungen kommen. Beispielhaft sei der verantwortungsbewusste Einsatz von Ibuprofen bei älteren Patienten mit entsprechenden Vorerkrankungen erwähnt. Zum einen erhöhen alle nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) das Risiko weiterer kardiovaskulärer Zwischenfälle, wie Schlaganfall, Herzinfarkt oder Angina pectoris und sollten bei diesen Risikopatienten nur bedingt angewandt werden. Ibuprofen bis 1200 mg/Tag scheint akzeptabel. Zum anderen kann Ibuprofen bei Patienten mit Niereninsuffizienz und einer Hypovolämie, in der Kombination mit Medikamenten, wie Blutdruckmittel, zu einem akuten Nierenversagen führen. Dieses ist zwar in der Regel reversibel, aber vor allem durch Umgehen dieser Konstellation vermeidbar.

Memo

Bei der Verordnung und Anwendung von Arzneimitteln muss bei älteren Patienten an eine möglicherweise erforderliche Dosisanpassung, insbesondere bei Niereninsuffizienz, gedacht werden. Generell sollte nach dem Motto: „start low, go slow“ verfahren werden. Eine Zusammenarbeit mit den Hausärzten ist insbesondere bei multimorbiden oder mit vielen Arzneimitteln therapierten Patienten sinnvoll.

Gibt es Medikamente, die für ältere Menschen nicht geeignet sind?

Die meisten, bei zahnärztlichen Eingriffen genutzten und verordneten Medikamente können auch bei älteren Patienten angewandt werden. Bei der Anwendung einer Lokalanästhesie, insbesondere mit Vasokonstriktor, sind jedoch bei diesen Patienten viele Kontraindikationen, wie z. B. Herzrhythmusstörungen, zu beobachten und folglich zu beachten. Im Falle einer geplanten Prämedikation oder Se-

dierung ist Vorsicht geboten, da ältere Personen vereinzelt paradox auf Benzodiazepine reagieren können. Durch deren Einfluss auf das Gleichgewicht sowie die Koordination sind sie möglicherweise auch vermehrt sturzgefährdet. Detaillierte Angaben über die potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen werden in der PRISCUS- oder Beer-Liste aufgeführt.

Memo

Die meisten Medikamente, die im zahnärztlichen Alltag angewendet werden, sind auch für ältere Personen unbedenklich. Lediglich bei einer Prämedikation oder Sedierung und der Lokalanästhesie, vor allem mit Vasokonstriktor, sind Kontraindikationen häufiger anzutreffen.



Worauf muss bei der Behandlung von Patienten mit blutgerinnungshemmender Medikation geachtet werden?

Die zahnärztliche Behandlung von Patienten mit Antikoagulation in Senioreneinrichtungen unterliegt den gleichen Anforderungen, wie bei allen anderen Patienten. Mit entsprechender Sorgfalt sind im Allgemeinen, bei guter Vorbereitung und unter Berücksichtigung der vielfältigen Möglichkeiten zur effektiven Blutstillung, die Vor-Ort-Behandlungen ohne jegliche Veränderung der Medikation möglich. Insbesondere das kritiklose „Bridgen“

von Marcoumar auf Heparin ist nicht mehr zeitgemäß. Jede gerinnungshemmende Therapie ist für die Patienten meist lebens- und lebensqualitätsentscheidend, da damit Stent-Stenosen, Herzinfarkte, Schlaganfälle etc. häufiger vermieden werden, als dass es zu Blutungskomplikationen nach zahnärztlichen Eingriffen kommt. Sollte ein zu hohes Blutungsrisiko bestehen, empfiehlt es sich, den Patienten stationär behandeln zu lassen.

Memo

Veränderungen der Antikoagulation bringen ein höheres Risiko für lebensbedrohliche Zwischenfälle mit sich, als diese durch zahnärztlich induzierte Blutungen zu erwarten sind. Gemeinsam mit dem Hausarzt können die Risiken zahnmedizinischer Komplikationen gegenüber allgemeinmedizinischen Zwischen- und Notfällen abgewogen und dann eventuell eine Veränderung der blutgerinnungshemmenden Therapie diskutiert werden.

Welche oralen Befunde können unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)/ Nebenwirkungen sein?

Oftmals sind die Zahnärzte die ersten oder einzigen, die die Mundhöhle der Patienten in Senioreneinrichtungen bewusster untersuchen. Daher gehört es auch zur zahnärztlichen Verantwortung bei auffälligen Befunden, neben den entsprechenden zahnmedizinischen Konsequenzen, der Kausalität der Befunde auf den Grund zu gehen.

Viele Befunde stellen sich als unerwünschte Arzneimittelwirkungen heraus. Die häufigste Nebenwirkung, die Xerostomie, wird besonders bei pflegebedürftigen Patienten durch eine Hypovolämie noch verstärkt. Bei der Halitosisdiagnostik kann, neben den üblichen Ursachen, auch an die Alternative einer UAW, z. B. durch Antihypertensiva, gedacht werden. Veränderungen der Zunge, wie die Haarzunge, und Geschmacksirritationen, sowie Zahnverfärbungen sind typische Nebenwirkungen, die durchaus Medikamenten zugeordnet werden können. Seltener sind medikamentös induzierte Hypersalivation und Zahnhartsubstanzdefekte, wie Karies, Erosionen oder

Attritionen. Mit der häufigen vermehrten Blutungsneigung durch Antikoagulation oder auch durch Medikamente, wie NSAR und Antibiotika, sollte der Zahnarzt heutzutage routinemäßig umgehen können. Bei ausgeprägten, durch Arzneimittel verursachten Veränderungen der Mundschleimhaut, wie Entzündungen durch Zytostatika, NSAR und rheumatologische Medikation oder der, z. B. mit Calcium-Antagonisten assoziierten Gingivahyperplasie, ist oft eine enge Zusammenarbeit mit den behandelnden Hausärzten oder Spezialisten unumgänglich. Veränderungen an der Knochensubstanz, z. B. durch Dauerkortison- oder Bisphosphonat-Therapie, stellen eine besondere Herausforderung für die zahnärztliche Behandlung dar und sind immer in der Therapieplanung zu berücksichtigen. Auf immunologische Reaktionen wie Allergien, die im Alter gehäuft vorkommen, und auch das Angioödem muss entschieden und, eventuell auch notfallmäßig, sofort reagiert werden können.

Memo

Durch aufmerksames Inspizieren der Mundhöhle können orale Befunde entdeckt werden, die eventuell einer unerwünschten Arzneimittelwirkung zugeordnet werden können. Zu deren Therapie wird möglicherweise eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Hausärzten notwendig.



Gibt es relevante Wechselwirkungen zwischen den, von Zahnmedizinern üblich angewandten Arzneimitteln und der Medikation der Patienten?

Es gibt vereinzelt relevante und teils, sehr selten, lebensbedrohliche Wechselwirkungen zwischen der Patientenmedikation und den zahnärztlich angewandten oder verordneten Arzneimitteln. Aufgrund der Vielzahl der potenziellen Kombinationsmöglichkeiten muss für jeden Einzelfall in entsprechend kompetenten, teils kostenpflichtigen, Internetportalen oder Handy-Apps die individuelle Zusammenstellung der Medikation überprüft werden. Auch das MIZ-Programm (Medikamenten-Info für Zahnärzte, www.mizdental.de) kann hier weiterhelfen.

Viele der schwerwiegenden Wechselwirkungen betreffen Kombinationen

von Lokalanästhesie mit Vasokonstriktor, Analgetika und Antibiotika und den von Patienten eingenommenen Psychopharmaka. Da zu dieser Arzneimittelgruppe unter anderem auch Antidepressiva, Antiepileptika und Parkinson-Medikamente zählen, sind sie sehr häufig in der Medikation älterer Patienten mit und ohne Pflegebedarf zu finden. Insbesondere bei den sogenannten MAO-Hemmern (Monoaminoxigenase-Hemmer) sind sogar lebensbedrohliche Wechselwirkungen zu befürchten. Umso wichtiger ist die Kontrolle der aktuellen Medikamentenanamnese vor jeder Verordnung oder Lokalanästhesie.

Memo

Es gibt, wenn auch selten, relevante Wechselwirkungen zwischen den zahnärztlich üblichen Medikamenten und denen der Patienten. Mithilfe entsprechender Arzneimittelportale lassen sich diese sicher im Vorfeld der Verordnung oder Anwendung erkennen.

Wann muss der Kontakt zu den behandelnden Hausärzten/Spezialisten gesucht werden?

Wenn ein pathologischer oder unklarer Befund bei einem Pflegebedürftigen in der Senioreneinrichtung auffällt, unabhängig ob oral, perioral oder woanders, sollte auf die Abklärung dieser Beobachtung Wert gelegt werden. Veränderungen, auch in Hinblick auf demenzielle Wesensänderungen, können bei bewusstem Hinsehen leicht auffallen. Häufig werden Allgemeinerkrankungen, wie Leukämien oder Mangelerkrankungen, zuerst von Zahnmedizinern vermutet und diagnostiziert.

Neben den vielfältigen allgemeinmedizinischen Ursachen dieser Befunde dürfen insbesondere Verletzungen jeglicher Art nicht übersehen werden. Diese sollen immer sorgfältig und möglichst fotodokumentiert wer-

den, denn es besteht (leider) stets die Möglichkeit einer kausalen, häuslichen oder pflegerischen Gewalt. Bei einem solchen Verdacht helfen die rechtsmedizinischen Institute oder Landeszahnärztekammern weiter.

Die Chance, durch Abklärung unklarer Befunde und Einleitung sinnvoller Therapien, die Lebensqualität und -zeit der Patienten zu sichern oder zu verbessern, sollte von jedem Zahnarzt genutzt werden. Bei den notwendigen Gesprächen mit Angehörigen, Betreuern und behandelnden Ärzten muss aber immer an die ärztliche Schweigepflicht gedacht werden, sodass es sinnvoll ist, sich diesbezüglich rechtzeitig befreien zu lassen (s. Beitrag Betreuung S. 167).

Memo

Durch aufmerksame Befunderhebung und Veranlassung notwendiger diagnostischer sowie therapeutischer Schritte übernehmen die Zahnärzte Verantwortung für die Gesundheit ihrer Patienten und tragen dadurch ganz wesentlich zu deren Lebensqualitäts- und Lebenszeitverbesserung bei.

Wie kann ich als Zahnarzt merken, dass ein Patient an einer Demenz erkrankt ist?

Der Zahnmediziner sollte seine Beobachtungsfähigkeit bei der Versorgung von Pflegebedürftigen sehr schärfen und auch bewusst einsetzen. Wenn der Patient sehr abgelenkt wirkt, Dinge nicht erkennen oder benennen kann, und den Besucher, auch den Zahnarzt, nicht begrüßt, kann es sein, dass der Pflegebedürftige in seiner eigenen Welt unterwegs ist. Auch Fragen können helfen, herauszufinden, wie der Pflegebedürftige an diesem Tag an einem Gespräch teilnehmen bzw. dem folgen kann (Seit wann wohnen Sie hier in der Senioreneinrichtung? Wie fühlen Sie sich heute? Wann haben Sie Geburtstag? Haben Sie Kinder, wie alt sind diese? Haben

Sie sonstige Erkrankungen? Wer kümmert sich um Sie? Wie hat das Mittagessen geschmeckt?). Hilfreich kann es auch sein, dem Patienten eine elektrische Zahnbürste mit Aufsatz in die Hand zu geben und das Zusammenbauen zu beobachten.

Die Diagnoselisten und die Pflegekräfte können einen Hinweis geben, ob eine kognitive Einschränkung vorhanden ist. Oft ist es aber schwer, bei einem ersten oder einmaligen Besuch herauszufinden, was die Abwesenheit verursacht, denn Pflegebedürftige können nicht nur aufgrund einer Demenz, sondern auch im Zusammenhang mit Depression oder Delir nicht immer gut zugänglich sein (Abb. 3).

Memo

Befragungen des Pflegebedürftigen, seiner Angehörigen und des Pflegepersonals sowie die eigene Beobachtung können dem Zahnarzt helfen, Pflegebedürftige mit kognitiven Störungen, wie Demenz und Delir herauszufinden. Die Diagnoseliste in der Patientenakte der Senioreneinrichtung sollte immer ausführlich vor dem ersten Zusammentreffen vom Zahnarzt studiert sein.



Abb. 3 Der leere Blick einer Patientin mit Demenz. Sie ist in ihrer eigenen Welt.

Können Menschen mit einer demenziellen Erkrankung den zahnärztlichen Anwendungen folgen?

Die Auswirkung einer demenziellen Erkrankung auf den Alltag ist immer von dem Schweregrad und der Tagesform des Pflegebedürftigen abhängig. Wichtig ist, dass der Zahnarzt und seine Teammitglieder wissen, wie sie Menschen mit Demenz (MmD) am besten begegnen (Abb. 4). Ziel wäre die Entwicklung von Fähigkeiten für den Umgang und die Kommunikation, die die Würde und die Unversehrtheit

des Patienten bewahren. Wichtig ist zu wissen, dass MmD in Interaktionsmomenten, häufig durch Wahrnehmungsstörungen und vermindertes Kommunikationsvermögen, leicht verletzlich und sehr unsicher werden können. Dies kann dann auch zu einem aggressiven Verhalten führen; das einzige Mittel, dessen sich MmD manchmal bedienen können.



Abb. 4 Kontaktsituation zwischen einer Pflegebedürftigen mit demenzieller Erkrankung und einer zahnmedizinischen Prophylaxeassistentin für Senioren (ZMP-S): Körperkontakt zur Orientierung; direkter Augenkontakt, wobei die Patientin nicht hochschauen muss und das freundliche Anlächeln ohne Mundschutz.

Tipps zur Kommunikation sind:

- einen klaren Anfang machen,
- ein klares Ende setzen,
- kurze klare Sätze,
- einfache Ja/Nein-Fragen,
- langsam reden,
- die Antwort abwarten und geduldig sein,
- nonverbale, andere Kommunikationswege zulassen,
- das Stoppen der Handlung (Patient ist sonst außerhalb Kommunikationsebene),
- die Stimulation anderer Sinne, wie Fühlen/Hören,
- die Kontaktaufnahme über die Augen und Körper,
- die Zurückführung des Patienten in die Handlung/Behandlung,
- evtl. das Benutzen eines „Fühlkissens“ oder die Kontaktaufnahme durch Berührung des Patienten, damit er sich besser orientieren kann.

Memo

Menschen mit Demenz können oft nicht verbal ausreichend kommunizieren. Daher sind andere Wege mit einem freundlichen Lächeln zu finden. Fragen Sie die Angehörigen und das Pflegepersonal, welche Kommunikationsart gut funktioniert. Lassen Sie sich Tipps aus deren Alltag geben.

Tipps zum Umgang sind:

- eine klare Struktur im Team, (Wer hat welche Aufgabe?),
- eine klare Struktur für den Patienten (Wie kann er sich einbringen?),
- eine gute Atmosphäre schaffen,
- eine freundliche Klangmelodie beim Sprechen,
- keine ständig verbessernden Töne,
- die positiven Gefühle des Pflegebedürftigen bestärken,
- Anerkennung der grundlegenden Bedürfnisse vermitteln,
- stets zeigen, was zeitnah getan wird,
- Kontakt herstellen (gesehen werden, Aufmerksamkeit zollen),
- Bestätigung geben (Ermutigung, Unterstützung, Lob),
- das Zugehörigkeitsgefühl stärken,
- Schutz und Geborgenheit vermitteln,
- Struktur und Bindung als „Eckpfeiler“ verstehen,
- vorhersehbar sein, d. h. die eigene Initiative benennen,
- einzelne Momente der Situation benennen,
- Abwechslung von Kontakt- und Interaktionsmomenten,
- die Aufnahme der belastbaren Tageszeit,
- eine ruhige Atmosphäre schaffen,
- die Konzentration nur auf den Patienten richten/keine Gespräche zwischendurch im Team führen sowie
- Bezugspfleger/Angehörige an den Patientenstuhl holen
- nur einen aus dem Team sprechen zu lassen.

Ein Biografiebogen kann von großer Wichtigkeit für die erfolgreiche Betreuung von MmD sein. In den Pflegeeinrichtungen wird bei der Aufnahme des Pflegebedürftigen in die Einrichtung diese Biografiearbeit mit dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen geleistet. Hier kann der Zahnarzt auch

Tipps für seine Kommunikation finden. Vielleicht sind zudem Reizwörter oder Gerüche aus der Vergangenheit vermerkt, die ein Abschweifen vom Geschehen verursachen. Angehörige können auch zu Erlebnissen beim Zahnarztbesuch befragt werden.

Welche Wünsche haben Menschen mit Demenz?

Die Wünsche können oft nicht bis ins Detail benannt werden, sodass wir auf unsere Beobachtungen und die Erfahrungen der Angehörigen sowie der Pflegenden angewiesen sind.

Denkbar wäre der Wunsch:

- nach Sicherheit und Führung,
- nach vorhersehbaren Ereignissen,
- nach dem Gefühl, gesehen zu werden,
- vertrauen zu können,
- angstfrei sein zu können und
- schmerzfrei zu sein.

Memo

Die Wünsche der Menschen mit Demenz sind nicht immer offensichtlich. Im Vordergrund ist anzunehmen, dass sie, wie alle Menschen, ohne Schmerzen und ohne Angst leben möchten. Bei großem Vertrauen mit Führung in ihrer Umwelt möchten sie auch wahrgenommen werden.

Wieso schreien Menschen mit Demenz plötzlich und werden aggressiv?

Menschen mit einer starken Demenz können sich manchmal nur noch nonverbal mit Hilfe von Körper und Mimik auszudrücken. Dies ist oft die einzige Möglichkeit des Pflegebedürftigen das eigene Erleben zu übermitteln, wenn er sich überfordert fühlt. Er möchte dem Behandlerteam dann vielleicht sagen: „Ich habe Angst vor der Behandlung, manchmal auch vor euch, den Geräuschen, den Gerüchen, nehmt mich immer ernst, wenn ich dann in eurer Praxis angekommen bin, denn das, was ich fühle, ist mein Ich, ich fühle auch!“

Das zahnärztliche Behandlungsteam sollte um Konzentrationsstörungen, Überforderungsgefühle, rasche kognitive und seelische Ermüdbarkeit wissen, damit es auch die diffusen Ängste verstehen kann (Abb. 5). Begonnen wird die zahnmedizinische Betreuung immer mit dem Mundhygienetraining, um den MmD auf die weitere Behandlung vorzubereiten und ihn mit Dingen wie Watterollen, Finger, Wasser und Instrumenten im Mund bekannt zu machen. Auch die rotierenden Instrumente werden im Mundhygienetraining „geübt“, z. B. im

Rahmen einer unterstützenden Parodontaltherapie.

Das rationale Arbeiten im zahnmedizinischen Team (alle Teammitglieder sollten im Umgang mit MmD fortgebildet sein) und eine sehr gute Vorbereitung sichert, dass das kurze Konzentrationszeitfenster des Patienten dann auch optimal genutzt werden kann. Eine individuelle Betreuung des MmD durch nur ein Teammitglied, welches nicht der Zahnarzt sein muss, kann geübt werden. Nur dieses Teammitglied spricht mit dem MmD und reinigt die Zähne. Diese Person bleibt beim Patienten und übernimmt die gesamte verbale und nonverbale Kommunikation, auch während der Zahnarzt vielleicht eine Füllung legt. Der Zahnarzt hat sich in diesem Augenblick still zu verhalten und zu behandeln. Dies fällt am Anfang im Team oft schwer, aber es bereitet dann auch gemeinsam Freude, wenn es geschafft wurde, Aggression und Schreien des Patienten zu verhindern. Auch das Wissen, diesem Patienten erst einmal eine Narkosebehandlung erspart zu haben, ist ein toller Teamerfolg.

Memo

Menschen mit Demenz schreien oder werden aggressiv, wenn sie sich überfordert fühlen und Angst entwickeln. Ein gut geschultes Team weiß, dass nur eine Person aus dem Team versucht den Kontakt aufzunehmen und alle anderen nur nach dessen Anweisung tätig werden. Ein sehr freundliches Gesicht hilft manchmal, Kontakt herzustellen und den Patienten dadurch zu beruhigen.



Abb. 5 Diese Patientin mit Demenz wirkt sichtlich verloren im Behandlungsstuhl.



Warum können MmD nicht im Wartezimmer warten, sind unruhig und fordernd?

Manchmal kann der Pflegebedürftige nicht allein in der gewohnten Umgebung seiner Senioreneinrichtung oder in seiner Demenzwohngruppe zahnärztlich behandelt werden. Es gibt auch Situationen, wo eine Behandlung unter Sedierung oder ITN in der Zahnarztpraxis notwendig wird. Fremde Men-

schen im Wartezimmer sind manchmal unerträglich, sie können Ängste auslösen. „Merkwürdige Stimmen“ werden gehört, die aus einem Kasten (Radio/Fernseher/Bildschirm) kommen. Es ist laut, verwirrend und die Themen springen ständig hin und her. Die innere Unruhe treibt den MmD an.

Memo

Wartezeiten sollten durch gutes Praxismanagement und zielgerichtete Teamarbeit vermieden werden.

Tipps, um diese Situation zu verhindern sind:

- in Anbetracht der typischen Schwierigkeiten des MmD den reibungslosen Behandlungsablauf vorher im Team zu thematisieren,
- die Berücksichtigung der Tageszeit in der Behandlung (Vermeiden von Wartezeiten, Planung einer realistischen Behandlungsdauer),
- das Ausschließen störender Nebengeräusche im Umfeld,
- das Verhindern von Unterbrechungen jeglicher Art sowie
- Gespräche mit Pflegenden/Angehörigen zum Abschluss an die Behandlung zu tätigen.

Wie kann ich als Zahnarzt merken, dass ein Patient eine Dysphagie hat?

Dysphagie (=Schluckstörung) betrifft in Deutschland laut neuester Schätzung circa 5 Millionen Menschen. Bei der wachsenden Anzahl an älteren Patienten bekommt das Störungsbild „Dysphagie“ eine zunehmende Bedeutung. Schluckstörungen betreffen beispielsweise mehr als 50 % der Pflegeheimbewohner, bei geriatrischen Patienten im Krankenhaus werden bis zu 70 % Schluckstörungen angenommen. Mit zunehmendem Alter wird davon ausgegangen, dass die Schluckstörung mit vital bedrohlichen Komplikationen einhergeht. Pneumonien sind meist gefürchtete und schwerwiegende Komplikationen der Dysphagie. Folgen einer Dysphagie bedeuten für die Betroffenen, dass sie einem erhöhten Risiko qualitativer und quantitativer Mangelernährung ausgesetzt sind.

Viele ältere Patienten sind sich meist nicht bewusst, dass sie unter einer Dysphagie leiden, denn sie kann eine Vielzahl an unterschiedlichen

Symptomen aufweisen. Die Betroffenen selbst, aber auch die versorgenden Institutionen, bagatellisieren dieses symptomreiche Störungsbild häufiger als vermutet. Für die älteren Mitmenschen bedeutet die Dysphagie häufig eine massive Einschränkung der Lebensqualität. Das soziale und kommunikative Miteinander beim Essen und Trinken wird durch die Schluckproblematik zudem stark beeinträchtigt und kann zusätzlich zu sozialem Rückzug und Depression führen.

In der zahnärztlichen Praxis muss bei Patienten mit folgenden Symptomen an eine Dysphagie gedacht werden:

- anhaltender Husten,
- Räuspern bis Atemnot z. B. beim Nachspülen mit Wasser,
- im Gespräch mit dem Patienten imponiert eine veränderte feucht-gurgelige Stimme,
- unvollständiger Lippenschluss mit vermehrtem Speichelverlust über den Mund nach außen,

Memo

Anhaltender Husten, Räuspern bis Atemnot, feucht-gurgelige Stimme und vermehrter Speichelverlust können Hinweise für eine Dysphagie sein.



- beim Trinken eines Glases nimmt der Patient eine Haltungsänderung ein,
- Verbleiben von Essensresten im Mundrachenraum bei der Inspektion.

Welche Fragen sind bei Patienten mit Dysphagie in der Anamnese bzw. im persönlichen Gespräch wichtig?

Da Dysphagien häufig, aber oft auch unbemerkt bei älteren Patienten auftreten, sollte im Eingangsgespräch eine mögliche Schluckstörung thematisiert werden. Im für Senioren abgestimmten Anamnesebogen sollten spezielle Fragen helfen, erste Hinweise für eine Schluckproblematik zu erhalten. Diese lauten:

- Müssen Sie beim Essen und Trinken vermehrt husten und räuspern?
- Vermeiden Sie bestimmte Konsistenz beim Essen?
- Können Sie Ihre Tabletten ohne größere Probleme schlucken?
- Haben Sie in den letzten Monaten eine Lungenentzündung oder unklare Fieberschübe gehabt?
- Haben Sie Schwierigkeiten beim Kauen?
- Können Nahrungsmittel im Mundraum nicht transportiert werden und bleiben hängen?

Memo

Im Anamnesebogen können bereits Hinweise auf eine Dysphagie abgefragt und dann im Anamnesegespräch vertieft werden.

Können Schluckstörungen therapiert werden?

Im Rahmen einer weiterführenden ärztlichen Dysphagie-Diagnostik wird das Ausmaß, der Grad und die zugrundeliegende Ursache der Schluckstörung erhoben und gleichzeitig das therapeutische Procedere festgelegt. Die konservative Therapie der Dysphagie versucht, ein aspirationsfreies Schlucken bei gleichzeitig bedarfsdeckender Ernährung für die Betroffenen zu ermöglichen. Ausgebildete Schlucktherapeuten (in der Regel Logopäden)

verfügen über ein breites Repertoire an therapeutischen Techniken. So lässt sich beispielsweise durch Eindicken von Flüssigkeiten (nektarartig bis breiig) aspirationsarmes Schlucken erzielen. Effizientere Schluckleistungen können aber auch durch Haltungsänderung beim Essen erreicht werden oder durch spezifische Kräftigungsübungen, um den Schluckakt zu verbessern.

Memo

Der Schluckakt kann verbessert werden, wenn Flüssigkeiten eingedickt werden, eine Haltungsänderung beim Essen erfolgt und Kräftigungsübungen der Muskeln, die am Schluckakt beteiligt sind, mithilfe eines Logopäden erfolgen.

An wen muss ich mich wenden, wenn mir bei einem Patienten eine Dysphagie auffällt?

Besteht der Verdacht auf eine Schluckstörung, empfiehlt es sich, eine umfassende ärztliche Dysphagie-Diagnostik durchzuführen. Fachärzte für Phoniatrie sind in der Regel darauf spezialisiert und ausgebildet, ferner sind auch zunehmend mehr HNO-Ärzte und Neurologen mit der Thematik vertraut. Eine Dysphagie-Diagnostik umfasst verschiedene diagnostische Bausteine: Neben einer Anamnese und einer klinisch orientierten Untersuchung

ist eine instrumentelle Diagnostik obligat. Zu den bewährten instrumentellen Verfahren zählt die fiberendoskopische Evaluation des Schluckens (FEES) oder die Videofluoroskopie (Röntgenuntersuchung). So umfasst eine FEES beispielsweise die Verwendung verschiedener Konsistenzen und die Haltungsänderung im Rahmen der Untersuchung. Konkret heißt dies, dass eine FEES nicht mit einer allgemeinen Endoskopie gleichgesetzt werden darf.

Memo

Bei Schluckstörungen ist der Facharzt für Phoniatrie der Kooperationspartner für den Zahnarzt.



Stimmt es, dass ein Patient mit Schluckstörung ein höheres Risiko für eine Pneumonie hat?

Die Hauptaufgabe des Kehlkopfs ist primär nicht die Stimmbildung, sondern der Verschluss des Kehlkopfeingangs beim Schlucken. Dieser Verschluss ist gewissermaßen ein Ventil, das verhindert, dass Speichel, Flüssigkeiten und Nahrungsbestandteile in den „falschen Hals“ gelangen. Sammeln sich nun fehlerhaft geschluckte Substanzen unter-

halb der Stimmlippen des Kehlkopfs an, spricht man von einer Aspiration. Aspirationen können zu vital bedrohlichen Aspirationspneumonien führen. Gefürchtet sind diese speziellen Pneumonien, weil hier der protektive Hustenreflex fehlt und sie zu einer unbemerkten dauerhaften „stillen Aspiration“ führen.

Memo

Schluckstörungen können zu einer vital bedrohlichen Aspirationspneumonie führen.

Wie kann ich den Rachenraum bei einer Abformung vor dem Abformmaterial oder vor Wasser beim Präparieren sowie bei der Zahnsteinentfernung schützen?

Eine sitzende Position der Patienten mit Schluckstörung wäre die idealste Position, um das Verschlucken zu verhindern bzw. wenigstens zu minimieren. Idealerweise sollte der Kopf leicht nach vorne gebeugt (Anteflexion des Kopfes bzw. „chin tuck“) sein, um beispielsweise ein vorzeitiges Abgleiten von Substanzen in den Rachenraum zu vermeiden. Dies ist gerade für die Zahnärzte die Position, in der sie ungern behandeln. Hier sollte ein Kompromiss gefunden werden, der zusammen ausprobiert werden muss.

Sorgfältiges Absaugen während der Behandlung ist eine wichtige Aufga-

be. Dies bedeutet, dass der Zahnarzt bei Patienten mit Schluckstörungen eine sehr erfahrene und aufmerksame Mitarbeiterin an seiner Seite benötigt. Es sind auch immer wieder Pausen während der Behandlung einzulegen, bei denen der Patient wieder aufrecht, leicht nach vorne, den Kopf gebeugt, sitzen sollte. Dies hilft, eine zusätzliche Gefährdung des Patienten zu vermeiden. Ferner bietet es sich an, den Patienten zwischen den einzelnen Behandlungsschritten aktiv zum Husten und Räuspern aufzufordern sowie danach einmal leer zu schlucken.

Memo

Aufmerksam sein! Möglichst sitzende Position, sorgfältiges Absaugen, Pausen einplanen und während der Behandlung anbieten. Zahnarzt und Mitarbeiter sollten beim Behandeln gut kooperieren.

Was mache ich, wenn ein Patient mit einer Dysphagie vielleicht etwas verschluckt hat, ich mir aber nicht sicher bin?

Haben Sie den Eindruck, dass der Patient sich versehentlich verschluckt hat, bedeutet dies nicht, dass sich das verschluckte Material automatisch im Bereich des Kehlkopfs angesammelt hat. Häufig befindet sich das Verschluckte in den sogenannten Valleculae, das heißt am Übergang des Zungengrunds zur lingualen Epiglottisfläche. Der Patient signalisiert möglicherweise durch vermehrtes Hochwürgen, das fehlerhaft

platzierte Material nach oben in Richtung Mundraum zu befördern. Um die Mobilisation zu erleichtern, sollte der Patient im Untersuchungsstuhl in eine aufrecht sitzende Position gebracht werden. Dabei bitten Sie ihn bei leicht nach vorn gebeugtem Kopf, das Verschluckte mit einem kräftigen Hustenstoß aktiv nach oben zu befördern. Diese Prozedur kann durch gleichzeitiges Ballen der Fäuste unterstützt werden.

Memo

Den Patienten beim Verschlucken immer in eine aufrechte sitzende Position mit leicht nach vorn gebeugtem Kopf bringen und auffordern, einen kräftigen Hustenstoß zu produzieren.



Was mache ich, wenn ich weiß, dass der Dysphagie-Patient eine Krone verschluckt hat?

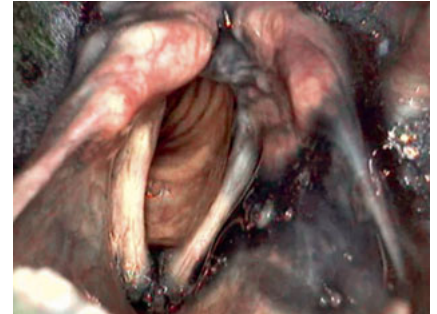
Wenn ein Patient eine Krone versehentlich verschluckt hat, empfiehlt es sich dringend eine ambulante fachärztliche endoskopische Kontrolle (Phoniater oder HNO-Facharzt) durchführen zu lassen, um den Fremdkörper im Rachenraum zu lokalisieren (Abb. 6). Gibt der Patient nach dem Ereignis an, dass er seinen Speichel nicht mehr schlucken kann, muss sogar davon ausgegangen werden, dass sich der Fremdkörper im Bereich des Hypopharynx oder oberen Ösophagusphinkters befindet. Hier kann eine baldige endoskopische Kontrolle den Verdacht bestätigen und bei Bedarf eine fachärztliche Entfernung in Kurznarkose erforderlich machen. Eine digitale Manipulati-

on oder der blinde Versuch den Fremdkörper zu fassen, sind jedoch obsolet und gefährden den Patienten unnötigerweise. In seltenen Fällen kann eine orientierende Röntgenaufnahme veranlasst werden, wenn beispielsweise eine Aspiration vermutet wird.

Memo

Bei Verdacht auf Verschlucken von Fremdkörpern wird eine baldige endoskopische Kontrolle empfohlen. Auf keinen Fall den Fremdkörper blind entfernen!

Abb. 6 Endoskopische Kontrolle ohne Fremdkörper.



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@zzm.uzh.ch



Dr. med. Catherine Kempf

Fachärztin für Anästhesiologie, Pullach

Dr. med. dent. Claudia Ramm

Spezialistin für Seniorenzahnmedizin
Landesbeauftragte Schleswig-Holstein der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin

Dr. Jörg Bohlender

Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie
Facharzt für HNO-Heilkunde
Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie,
UniversitätsSpital Zürich, Schweiz