PROF. DR. MED. DENT. DOMINIK GROSS

Im Interview

Ethik in der Zahnheilkunde

ÄRZTIN: Sie sind Direktor des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der Uniklinik RWTH Aachen und Autor eines Buches über Ethik in der Zahnheilkunde. Welche ethisch relevanten Probleme und Konflikte gibt es in der Zahnheilkunde?

Prof. Dr. med. dent. Dominik Groß: Viele Probleme stellen sich in der Zahnheilkunde in ähnlicher Weise wie in der Medizin – denken Sie etwa an den herausfordernden Umgang mit vulnerablen Patienten wie minderjährigen oder gesetzlich betreuten Menschen (hier vor allem Demenzkranke). Es gibt aber durchaus auch Behandlungssituationen mit spezifischen ethischen Implikationen – wie etwa der Umgang mit Patienten, die an Zahnbehandlungsphobie leiden, die Frage der Indikationsstellung von Zahnsanierungen in Narkose oder der Umgang mit der „Zwei-Klassen-(Zahn) Medizin". Nicht jeder Patient hat beispielsweise Zugang zu einer Implantatversorgung. Ein weiteres ethisch relevantes Beispiel ist die „Wunscherfüllende Zahnmedizin" mit den Bereichen „cosmetic dentistry" und „dental wellness". Man denke auch an das grundsätzliche Problem von zahnärztlichen Therapieempfehlungen bei schlechter Evidenzlage oder an die derzeitige Diskussion über die Indikation kieferorthopädischer Leistungen und deren Kostenübernahme durch die Krankenkassen.

Weder übersehen noch bagatellisieren

ÄRZTIN: Können Sie einen solchen Konflikt an einem Fallbeispiel aus dem zahnärztlichen Alltag schildern?

Prof. Dr. med. dent. Dominik Groß: Da kann ich viele Beispiele nennen: Was tun, wenn eine Zahnärztin bei einer 16-jährigen zierlichen Jugendlichen aufgrund massiver oraler Erosionen die Diagnose „Bulimie" stellt, das Mädchen aber keine Krankheitsansicht zeigt und einem von der Zahnärztin vorgeschlagenen Gespräch mit den Eltern unter Verweis auf die ärztliche Schweigepflicht vehement entgegentritt? Und was ist das adäquate Vorgehen, wenn ein fünfjähriges Kind Zeichen einer Kindesvernachlässigung (multiple Zahnkaries, Haarverfilzung, Hautveränderungen, Körpergeruch) zeigt und der Zahnarzt trotz wiederholter Elterngespräche eine Verschlechterung der Situation feststellt? Was ist einem Praxisteam anzuraten, das gewohnheitsmäßig demenzkranke Bewohner einer benachbarten geriatrischen Pflegeanstalt zu Schmerzbehandlungen „dazwischenschiebt", ohne dass hierbei regelhaft Rücksprachen mit den gesetzlichen Betreuern erfolgen – und sich mit diesem Ad-hoc-Vorgehen selbst zunehmend unwohl fühlt? Und was tun, wenn eine Patientin mit der Selbstdiagnose „Zahnarztphobie" konventionelle Behandlungsversuche verweigert und vehement eine Zahnsanierung in Narkose einfordert?

ÄRZTIN: Welche Fallstricke haben Sie bei der zahnärztlichen Kommunikation mit Patientinnen und Patienten ausgemacht?

Prof. Dr. med. dent. Dominik Groß: Das sind zumeist dieselben wie in der Medizin, mit Ausnahme der Sondersituation, dass das Kommunikationswerkzeug des Patienten – der Mund – in der Zahnheilkunde zugleich Untersuchungs- und Behandlungsgegenstand ist, was die Kommunikation hier grundsätzlich erschwert. Weitere Fallstricke sind eine ungeeignete Sprachwahl („Fachchinesisch") und eine unidirektionale Gesprächsführung („Monologisieren") des Zahnarztes, die fehlende Beachtung nonverbaler Signale des Patienten, das wechselseitige Totschweigen peinlicher Phänomene wie zum Beispiel Foetor ex ore („Schweigepakt" und „Schweigespirale"), das Ausweichen bei heiklen Nachfragen des Patienten, der Gebrauch von Totschlagargumenten oder Killerphrasen, die Bagatellisierung von Patientenängsten („Lassen Sie das ruhig meine Sorge sein") oder die leichtfertige Andeutung von Gefahr, ohne diese aufzulösen („Über diesen Zahn müssen wir bei Gelegenheit noch mal reden").

Foto: privat

Prof. Dr. med. dent. Dominik Groß

ÄRZTIN: Welchen Stellenwert räumen Sie der Gender Dentistry im Rahmen der Zahnheilkunde ein?

Prof. Dr. med. dent. Dominik Groß: Das Thema wird immer noch stiefmütterlich behandelt. Dabei bietet auch die Zahnheilkunde geschlechtsspezifische Unterschiede: So haben Männer im Durchschnitt häufiger bzw. mehr Plaque als Frauen und damit ein größeres Risiko für Plaque-assoziierte Folgeerkrankungen. Dies hat wiederum damit zu tun, dass Männer zwischen 20 und 60 seltener zum Zahnarzt gehen als Frauen – ein weiterer geschlechtsspezifischer Unterschied. Ein anderes Thema ist bei Patientinnen die postmenopausale Osteoporose, die wiederum negative Auswirkungen auf den Kieferknochen zeigt. Hormonelle Umstellungen in den Wechseljahren verstärken zudem eine gegebenenfalls bereits bestehende Gingivitis und begünstigen die Entstehung von Parotitiden. Natürlich fällt auch die Schwangerschaftsgingivitis unter den Bereich „Gender Dentistry". Männer haben dagegen ein höheres Risiko, im Laufe ihres Lebens an Rachen- und Mundhöhlenkrebs zu erkranken – wobei unterschiedlicher Alkohol- und Tabakkonsum wiederum wichtige Rollen spielen. All diese Beispiele zeigen, dass es sich lohnt, eine genderbezogene Zahnheilkunde zu betreiben.

Das Gespräch führte Gundel Köbke.