

Indikation für Zahnersatz

Marxkors, Reinhard

First published in:

ZWR - Das deutsche Zahnärzteblatt, 95. Jg., Heft 12, S. 1240 - 1243, Stuttgart 1986

Münstersches Informations- und Archivsystem multimedialer Inhalte (MIAMI)

URN: urn:nbn:de:hbz:6-87419453020

R. Marxkors, Münster

Indikation für Zahnersatz

Das beratende Gespräch mit den Patienten nimmt bei der Indikation und Wahl des Zahnersatzes eine zentrale Position ein. Er ist nur dann indiziert, wenn der Patient den Zahnersatz wünscht und wenn der Zahnarzt den Zahnersatz für erforderlich hält. Die Variante einer Therapie und alternative Therapien können nur auf der Basis eines exakten und sorgfältig erhobenen Befundes diskutiert werden.

Die Indikation für Zahnersatz wurde und wird zum Teil auch heute noch allzu sehr numerisch bestimmt. Als Ideal werden vollständige Zahnreihen mit 7 beziehungsweise 8 Zähnen in jedem Quadranten angesehen. Diese Denkweise ist schlicht zu wenig differenziert^{1,2}. Vor allem liegt dem der durch nichts gerechtfertigte Gedanke zugrunde, man könne alles ersetzen.

Ein weiteres Faktum mag die Denkweise beeinflussen: daß Zahnverlust Krankheit bedeutet. So ist es rechtlich definiert. Folglich schließt man daraus, daß das Fehlen von Zähnen schon zwingend die Indikation für Ersatz darstelle. So einfach ist indessen die Indikationsstellung nicht. Die Definition, „Zahnverlust = Krankheit“ wurde erstritten, damit die gesetzlichen Versicherungsträger ihren Zuschuß nicht verwehren können, wenn im Einzelfall der Ersatz für notwendig erachtet wird, damit aus einer *Kannleistung*, basierend auf der Zahl fehlender Zähne, eine *Pflichtleistung* unabhängig von der Anzahl fehlender Zähne wurde.

Ein weiterer Gesichtspunkt hat im letzten Jahrzehnt entscheidende Bedeutung gewonnen: der Wille des Patienten. „Das Recht jedes einzelnen Menschen zur Selbstbestimmung geht auch eindeutiger

Notwendigkeit zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit dieses Menschen vor. Der Arzt darf danach auch eine medizinisch eindeutig indizierte Behandlungsmaßnahme nicht ohne oder gar gegen den Willen des Patienten durchführen.“ (Pelz³).

Somit nimmt das beratende Gespräch mit dem Patienten für die Indikation eine zentrale Position ein. Zahnersatz ist nur indiziert, wenn der Patient Zahnersatz wünscht und wenn der Zahnarzt Zahnersatz für indiziert hält.

Diese beiden Voraussetzungen *müssen* erfüllt sein. Der *Wille des Patienten* und der *Sachverstand des Zahnarztes* sind also Planungsgrößen.

– Wünscht der Patient Zahnersatz, den der Zahnarzt nicht für indiziert hält, ist keine Indikation gegeben.

– Hält der Zahnarzt Zahnersatz für notwendig, der Patient stimmt dem aber nicht zu, so darf kein Ersatz angefertigt werden.

Diese Thesen machen notwendig, daß man auf die *Zustimmung des Patienten* und den *Sachverstand des Zahnarztes* näher eingeht.

Zustimmung des Patienten

Der Patient muß soweit aufgeklärt werden, daß er instand gesetzt wird, mit zu entscheiden. Dazu gehört, daß man ihn informiert, welche Alternativen es gibt, was der jeweilige Ersatz für Vor- und Nachteile hat und welche Erfolgsaussichten bestehen. Zum Erfolg gehört die Funktionstüchtigkeit, die Dauer der Funktionstüchtigkeit, der orale Komfort, der Aufwand sowie die Kosten/Nutzen-Relation. Auch Risiken müssen den Patienten dargelegt werden.

Sachverstand des Zahnarztes

Der Zahnarzt sollte seine Möglichkeiten bescheiden werten. Ersatz ist und bleibt Ersatz, bleibt immer hinter der Natur zurück. Es muß also ein Defekt vorliegen, wenn man Ersatz an die Stelle setzen will. Einen zerstörten Zahn kann man durch eine Krone besser machen als er ist; bei der Überkronung eines gesunden Zahnes bleiben nur Unzulänglichkeiten zurück. Deshalb muß insbesondere bei Überkronungen stets eine Schaden/Nutzen-Abwägung vorgenommen werden. Außerdem sollte sich der Patient nach der prothetischen Versorgung wohler fühlen als vorher.

Der Vorgang, der gleichermaßen der Aufklärung des Patienten wie der gemeinsamen Therapiefindung dient, soll an einem Beispiel abgehandelt werden. Der vorgegebene Befund ist in Abb. 1 dargestellt.

Der erste befundbezogen diskutierenswerte Vorschlag wird erörtert. Sodann muß angegeben werden, was diese Therapie zu leisten imstande ist und welche Nachteile ihr anhaften.

Der zweite Vorschlag muß notwendigerweise auf die Nachteile des ersten eingehen usw.

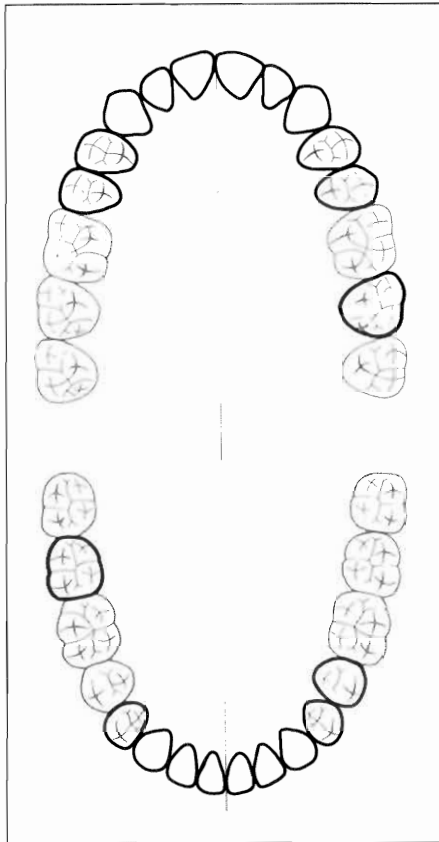


Abb. 1: Vorgegebener Befund

Prämisse: Restgebiß weitgehend gesund, kleine Defekte gut gefüllt, Patient betreibt gute Mundhygiene

1. Vorschlag: Einstückgußprothese im Unterkiefer (Abb. 2)

Vorteile: Komplettierung der Zahnreihe im Unterkiefer, Verhinderung der Elongation von Zahn 27. Säuberung des Restgebisses nach Herausnahme des Ersatzes außerhalb des Mundes gut möglich.

Nachteile: Asymmetrie der funktionellen Bereiche, Kippung der Prothese durch Hebelwirkung bei Belastung des Freundsättels.

Klammern werden möglicherweise als ästhetisch störend empfunden. Reduzierung des oralen Komforts.

2. Vorschlag: Einstückgußprothese in beiden Kiefern (Abb. 3)

Vorteile: Symmetrie der funktionellen Bereiche, gute Hygiene von Ersatz und Restgebiß nach Herausnahme der Prothesen möglich.

Nachteile: Mögliche ästhetische Beeinträchtigung durch Klammern.

Kippung der Prothesen durch Hebelwirkung bei Belastung der Freundsättel. Starke Einschränkung des oralen Komforts.

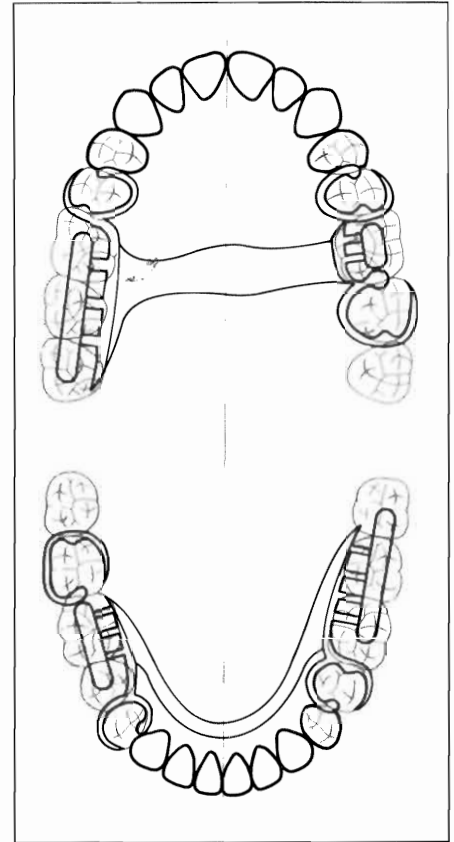


Abb. 3: Einstückgußprothese im Ober- und Unterkiefer

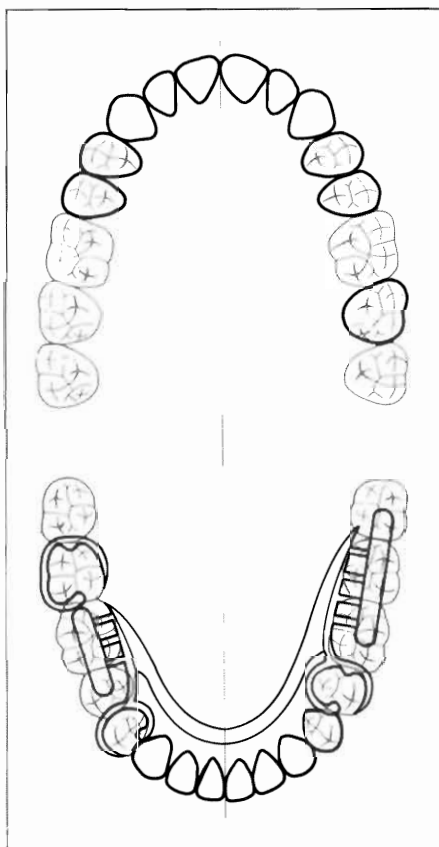


Abb. 2: Einstückgußprothese im Unterkiefer

3. Vorschlag: Brücke von 44–47 (Abb. 4)

Vorteile: Symmetrie der funktionellen Bereiche. Oraler Komfort.

Nachteile: Kein Widerlager für Zahn 27.

Kommentar zu den Vorschlägen 1 und 3

Der Plan, es mit 10 Antagonistenpaaren bewenden zu lassen, muß anhand von wenigstens 4 Entscheidungskriterien abgesichert sein. Diese Kriterien sind: Kaufunktion, Ästhetik, Gebißfunktion, Elongation.

- Man fragt den Patienten, ob er sich in der Kaufunktion beeinträchtigt fühlt.
- Man fragt den Patienten, ob er sich ästhetisch beeinträchtigt fühlt.
- Man untersucht, ob Anzeichen für Myoarthropathien vorliegen.
- Man erörtert, wie man sich zu möglichen Elongationen verhalten soll.

Im Falle des dritten Therapievorschlages kann man bewußt den Zahn 27 elongieren lassen, auch unter dem Aspekt, daß er vielleicht nach 10 Jahren extrahiert werden muß. Vorausgesetzt wird dabei natürlich, daß bezüglich Kaufunktion, Ästhetik

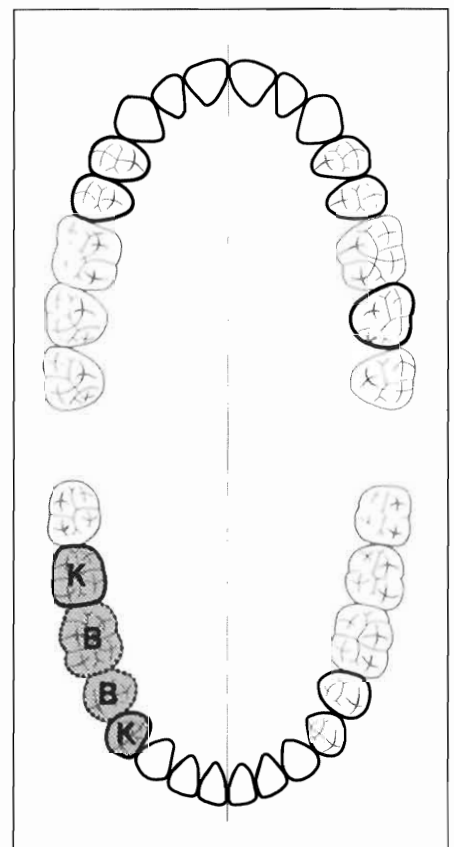


Abb. 4: Versorgung des Unterkiefers durch Brücke

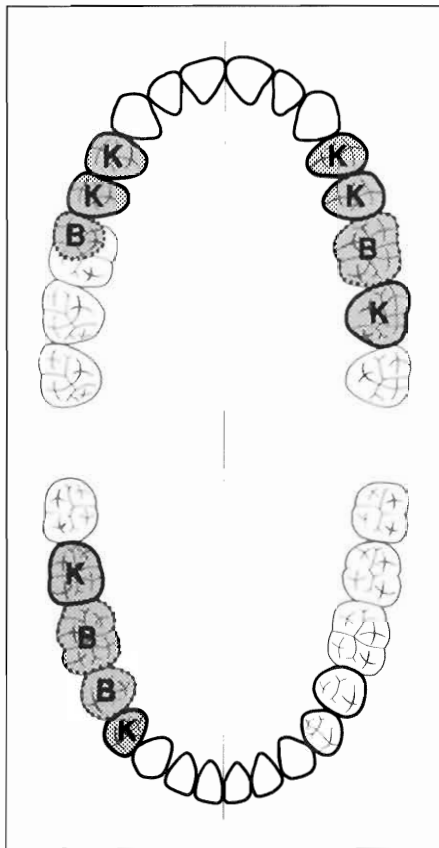


Abb. 5: Freiendbrücke im rechten Oberkiefer, Endpfeilerbrücke im linken Oberkiefer, Endpfeilerbrücke im rechten Unterkiefer

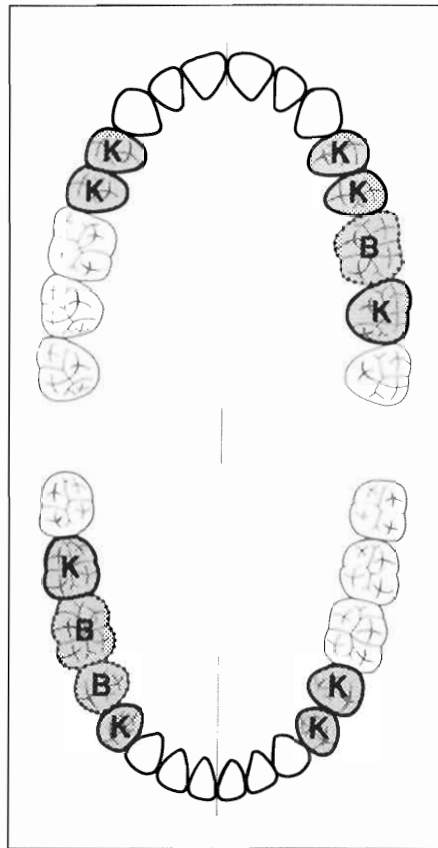


Abb. 6: Kr. 15; Kr. 14; Brücke 24, 25-27, Kr. 35; Kr. 34; Brücke 44-47

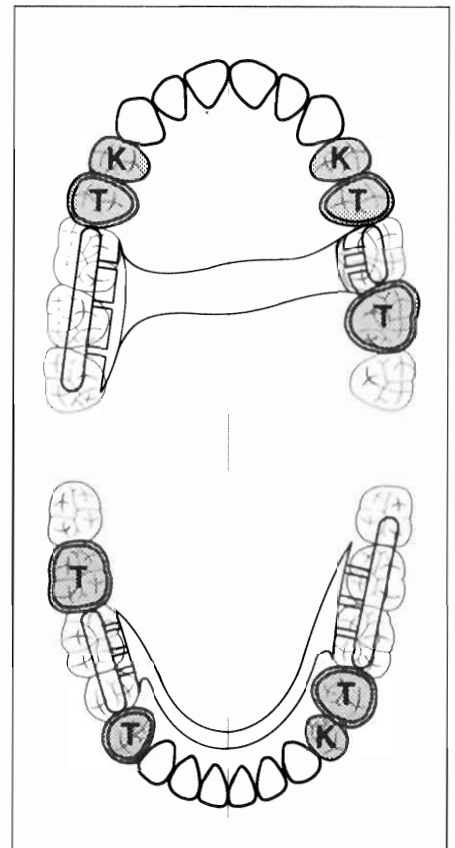


Abb. 7: Kr. 14; Kr. 24; Teleskopprothese im Oberkiefer Kr. 34; Teleskopprothese im Unterkiefer

und Gebißfunktion keine Behandlungsnotwendigkeit vorliegt. Dieses Verhalten wird gerechtfertigt durch die in jedem Fall zu treffende Schaden/Nutzen-Abwägung.

Ist nach 10 Jahren nichts weiter zu beklagen als der Verlust dieses einen Molaren, so ist das als Erfolg anzusehen, wenn man positiv wertet, daß keine gesunden Zähne beschliffen wurden und auch nach dem Verlust des Molaren kein Ersatz notwendig wird. Eine besonders schwierige Situation ergibt sich, wenn der Patient bei mehr oder weniger kariesfreien und form-schönen Zähnen die Verlängerung der Zahnreihe im Oberkiefer aus ästhetischen

Gründen wünscht. Die Einstückgußprothese scheidet dann als Therapeutikum aus, weil der Patient, der die Fassade weiter distal aus ästhetischen Gründen wünscht, die Klammer weiter ventral sicher nicht akzeptiert.

4. Vorschlag: Brücke 16-14 mit den Pfeilern 15 und 14; Brücke 24, 25-27; Brücke 44-47 (Abb. 5)

Vorteile: Ein fraglicher ästhetischer Effekt. Skeptisch muß man diese Therapie deshalb betrachten, weil es schwierig ist,

künstliche Kronen ebenso schön zu gestalten wie schöne natürliche Kronen, insbesondere, wenn die perioprothetische Prophylaxe beachtet wird.

Nachteile: Die Relation Aufwand/Nutzen stimmt nicht. Es werden 5 Zähne beschliffen, damit zwei Facetten installiert werden.

Man sollte dem Patienten alle Risiken aufzeigen und versuchen, ihm die gewünschte Therapie auszureden.

Prämisse: Die vorhandenen Prämolaren und Molaren sind mit mehrflächigen Fül-

lungen versehen und mit Sekundärkaries behaftet, so daß deren Überkronung aus Gründen der Zahnerhaltung sinnvoll ist.

5. Vorschlag: Krone 15; Krone 14; Brücke 24, 25–27; Krone 35, Krone 34; Brücke 44–47 (Abb. 6)

Vorteile: Gute Aufwand/Nutzen-Relation, Symmetrie der funktionellen Bereiche, oraler Komfort, keine Elongation.

Nachteile: keine

6. Vorschlag: Krone 14; Krone 24; T 15, T 25, T 27 und partielle obere Prothese. Krone 34; T 35, T 44, T 47 und partielle untere Prothese (Abb. 7)

Vorteile: falls ästhetische Wünsche und Fehlpositionierung des Unterkiefers vorliegen, mag diese Indikation bestehen.

Nachteile: Reduzierung des oralen Komforts.

Prämisse: der Patient läßt sich nicht zu einer ausreichenden Mundhygiene motivieren.

7. Vorschlag: Brücke 44–47; Kronenränder infragingival

Vorteile: keine

Nachteile: Patienten, die keine ausreichende Mundhygiene betreiben, zählen zu den „Risikopatienten“¹.

Durch die infragingival gelegenen „Kronenränder“ besteht ein temporärer Kariesschutz, Parodontopathien lassen sich nicht vermeiden.

Durch das skizzierte Schema einer Differentialtherapie, das sicher subjektive Aspekte enthält und nicht allgemein verbindlich ist und das auch keineswegs vollständig ist, soll angedeutet werden, wie eine Beratung vorgenommen werden kann. Schließlich einigt man sich weder auf die billigste noch auf die aufwendigste Therapie, sondern auf diejenige, die dem Patienten am besten gerecht wird. Bei Kronen und Brücken ist selbstverständlich mit dem Patienten zu erörtern, wel-

ches Metall verwendet werden soll, wo und womit verblendet werden soll und wo die Präparationsgrenze gelegen sein soll.

Das Beispiel mag weiterhin deutlich machen, daß man Varianten einer Therapie und alternative Therapien nur auf der Basis eines sehr exakten und sorgfältig erhobenen Befundes diskutieren kann.

Literatur:

- 1 Hedegard, B. und H. Landt: Die Erfolgsbeurteilung der partiellen Prothese. Zahnärztliche Welt / Zahnärztl. Rundschau 91 (1982) Nr. 8
- 2 Käyser, A. F., Witter, D. J. und S. Eschen: Wann muß die verkürzte Zahnreihe verlängert werden? Zahnärztliche Welt / Zahnärztl. Rundschau 91 (1982) Nr. 11
- 3 Pelz, F. J.: In welchem Umfang folgt der Richter in seinem Urteil den Richtlinien ärztlichen Handelns? Zahnärztliche Welt / Zahnärztl. Rundschau 94 (1985) Nr. 11

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. R. Marxkors, Poliklinik und Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Westfälischen Wilhelms-Universität, Waldeyerstr. 30, 4400 Münster