

Was ist anerkanntes Basiswissen

Marxkors, Reinhard

First published in:

Das Deutsche Zahnärzteblatt, 94. Jg., Heft 11, S. 880 - 884, Stuttgart 1985

Münstersches Informations- und Archivsystem multimedialer Inhalte (MIAMI)

URN: urn:nbn:de:hbz:6-67429416835

Was ist anerkanntes Basiswissen?*

R. Marxkors, Münster

Wenn man im Zusammenhang mit der Heilkunde von „Basiswissen“ spricht, so ist damit nicht nur die Summe von theoretischen wissenschaftlichen Erkenntnissen gemeint, die gewissermaßen abrufbereit im Bewußtsein des Arztes gespeichert sind, es gehört selbstverständlich auch die Umsetzung des theoretischen Wissens in praktisches Können dazu. Wenngleich dieser – verengte – Begriff von „Basiswissen“ schon ein großes, erstrebenswertes Ziel unserer Bemühung um Ausbildung und Fortbildung darstellt, so muß doch deutlich darauf hingewiesen werden, daß der Begriff „Basiswissen“ weit mehr umfaßt, daß er nämlich von Anfang an einer Erweiterung in die Dimension des ärztlichen Ethos bedarf.

An einer alltäglichen Situation in der zahnärztlichen Praxis sollen die Kriterien der Beurteilung der zahnärztlichen Tätigkeit aufgezeigt werden. Wenn ein Patient zum Zahnarzt geht und ihn bittet: „Schauen Sie alles nach, und tun Sie, was notwendig ist“, dann tut er das im Vertrauen auf das Wissen des Zahnarztes, auf sein Können und im Vertrauen auf sein ärztliches Ethos.

Weitere Axiome werden der Beurteilung zugrunde gelegt. Es sind dies der von Hippokrates aufgestellte Grundsatz:

- nil nocere, was bedeutet, daß durch die Therapie kein Schaden gesetzt werden darf,
- das Recht des Patienten auf Information, ein im Grundgesetz verankertes Recht, und
- die Erkenntnis, daß Ersatz in seiner Qualität immer hinter der Natur zurückbleibt.

Aus diesen 6 Faktoren ergeben sich 9 Kreuzungspunkte.

nil nocere / Wissen	nil nocere / Können	nil nocere / Ethos
Information / Wissen	Information / Können	Information / Ethos
Ersatz / Wissen	Ersatz / Können	Ersatz / Ethos

„nil nocere“/Wissen: Zum Wissen gehört die Erkenntnis, daß Karies und Parodontopathien Infektionskrankheiten sind. Also müssen Gebisse geschaffen werden, die pflegeleicht sind. Es müssen Bedingungen geschaffen werden, die dem Patienten die Chance geben, eine erfolgreiche Mundhygiene betreiben zu können. Dies gilt vor allem für die Restaurationen. Für diese trifft ein technisches Prinzip zu, nämlich, daß alle konvexen Flächen kaum Plaque adhären, weil sie glatt sind.

Alle konkaven Flächen hingegen neigen dazu, Plaque zu adhären, weil sie ein Politurdefizit aufweisen und weil sie der Pflege nicht zugänglich sind. Dem Kon-

struktionsdetail kommt also eine besondere Bedeutung zu.

- Zu den Details gehört naturgemäß auch,
- daß alle Interdentalräume durchgängig sind,
 - daß alle Balkone, Überkonturierungen vermieden werden,
 - daß Hohlräume vermieden werden,
 - daß Spalten zwischen Restauration und Zahn bei Füllungen und Kronen so klein wie möglich, zumindest aber unter 100 µm gehalten werden.

Das Wissen bezieht sich natürlich auch auf Zusammenhänge von Okklusion und Myoarthropathien. Suprakontakte sind zu vermeiden. Die richtige Unterkieferpositionierung kann zuverlässig mit hinreichender Genauigkeit ermittelt werden.

nil nocere/Können: Beim Können geht es in diesem Zusammenhang nicht um gelegentliche Mißgeschicke (wer keine Fehler macht, der arbeitet auch nicht), sondern um das grundsätzliche Können. Der Zahnarzt muß in der Lage sein, den Unterkiefer in die zentrale Relation zu bringen; er muß in der Lage sein, Präparationsgrenzen anzulegen; er muß in der Lage sein, Aufklappungen vorzunehmen; usw.

Es ist müßig, den Katalog der Anforderungen zu erweitern. Nur eines muß man deutlich sagen, niemand muß sich inferior fühlen, wenn er nicht mehr alles kann. Nicht beherrschte Bereiche sollte er aber aus seinen Tätigkeiten ausklammern, oder aber er sollte seine Defizite bewußt auffüllen.

Bezüglich des Könnens muß man noch einmal auf die Dienstleistung zurückkommen. Es ist zwar richtig, daß das zahnärztliche Tun unter die Dienstleistung fällt, es handelt sich aber um höhere Dienste. Man kann sich nicht in der Weise selbst exkulpieren, daß man sagt:

* Vortrag gehalten auf der 31. Frühjahrstagung der ZÄK Westfalen-Lippe vom 14. 3. bis 17. 3. 1985 in Bad Salzuffen

„Ich habe meine Dienste angeboten, ich kann es leider nicht besser.“ Man muß sich schon an dem messen, was wissenschaftlicher Standard ist (Abb.1).

nil nocere/Ethos: Im Grunde müßte man zu dieser Kombination keine gesonderten Ausführungen machen. Leider muß man aber doch: Ein Beispiel: Ein Patient hat Karies, Parodontopathien, und außerdem fehlen ihm zwei Zähne. Was tut der Zahnarzt? Er fertigt eine Prothese an und beläßt Karies und Parodontopathien. Er verstößt damit wenigstens gegen 3 Prinzipien

- er mißbraucht das Vertrauen
- er unterläßt die Information
- er setzt neue Schäden

Vertrauen: Der Patient hat darum gegeben, der Zahnarzt möge tun, was notwendig sei. Notwendig war die Kariesbehandlung. Notwendig war eine Parodontalbehandlung. Der Lückenschluß war absolut nachrangig.

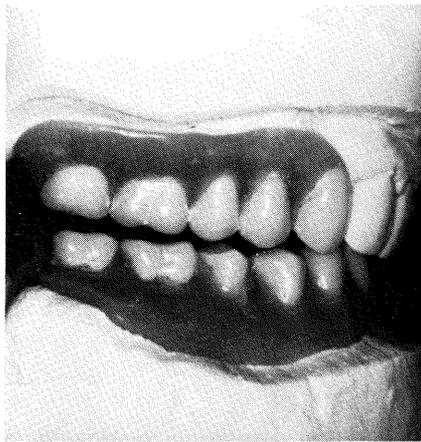
Information: Durch die Anfertigung der Prothese wird dem Patienten suggeriert, daß ansonsten alles in Ordnung sei. Er erhält gar keine Chance, durch Eigenleistung sein Gebiß in Ordnung zu halten. Die Karies schreitet fort, die Parodontopathie auch. Wurde getan was notwendig war? Nein! Das Vertrauen wurde mißbraucht.

Neue Schäden: Das Prinzip ‚nil nocere‘ wurde nicht beachtet. Zum Basiswissen gehört ganz schlicht die Erkenntnis, daß vor der Anfertigung von Zahnersatz die Mundhöhle vorbereitet werden muß. Auch muß die Nachsorge gesichert sein. Beides wurde nicht beachtet. Auch wurde es unterlassen, therapeutische Alternativen aufzuzeigen. Die Prothese, in das verseuchte Millieu gebracht, kann nur dazu führen, daß weitere Schäden verursacht werden.

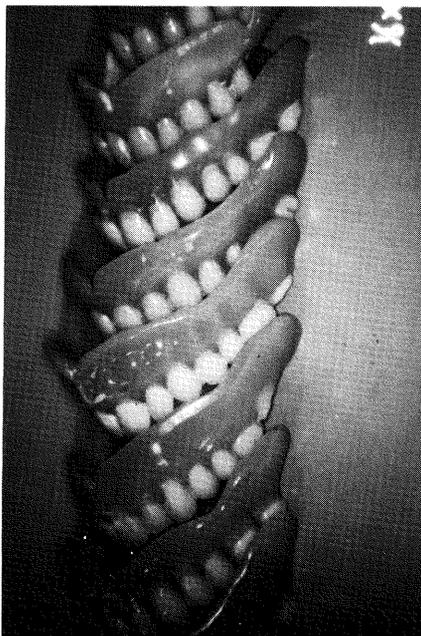
Information/Wissen (Restauration):

Die Fragen zur Information muß man wohl in zweifacher Hinsicht abhandeln, nämlich bezüglich der Restauration und bezüglich der Prophylaxe. Die wesentlich einfacheren Aspekte zur Restauration seien zuerst erörtert.

Für die Anfertigung restaurativer Arbeiten muß die Einwilligung des Patienten auf jeden Fall eingeholt werden. Einwilligung kann er aber nur, wenn er kundig gemacht wurde, wenn er ausreichend detailinformiert wurde. Er muß erfahren, was eine Arbeit kostet, was sie leistet, welchen ästhetischen Effekt sie hat, wie lange sie funktionstüchtig sein kann, wie der orale Komfort ist, und selbstver-



Zu Abb. 1: Okklusion neu angefertigter Prothesen (kombiniert festsitzend/ herausnehmbarer Ersatz), dokumentiert durch Nachregistrierung



Zu Abb. 2: In weniger als 3 Jahren wurden für eine Patientin 10 totale Prothesen angefertigt, weil die Ursache ihrer Probleme nicht erkannt wurde

ständig müssen ihm auch Alternativen aufgezeigt werden.

Auch die möglichen Schäden sind dem Patienten darzustellen. Bezüglich des Beschleifens muß erwähnt werden, daß ein Pfeiler durch ein Schleiftrauma Schaden nehmen kann.

Es kann nicht erwartet werden, daß ungefragt auf schädliche Zusammenhänge hingewiesen wird, mit denen Außenseiter gelegentlich die Patienten verunsichern, ohne daß die Existenz solcher Zusammenhänge wissenschaftlich nachgewiesen ist.

Beispiel: Für eine Patientin wurden keramisch verblendete Brücken angefertigt. Die Gerüste bestanden aus hoch goldhaltigen Legierungen. Kurze Zeit später erschien die Patientin wieder beim Zahnarzt und beschwerte sich darüber, daß er ihr Arbeiten eingesetzt habe, die unedle Metalle enthalten, insbesondere Indium, das dem Metall zur Haftung der Keramik beigefügt sei, und dieses Indium könne ihre Gesundheit negativ beeinflussen. Hätte sie dieses gewußt, hätte sie sich kunststoffverblendete Brücken anfertigen lassen, mit Gerüsten aus normalen Goldlegierungen.

Natürlich kann man unter solchen Aspekten keine Beratung durchführen. Leider aber waren der Patientin überhaupt keine Alternativen aufgezeigt worden.

Information/Können (Restauration):

Man mag angesichts dieser Kriterien den Eindruck haben, als würde man nun ins Kathederhafte abgleiten, denn reden könne doch schließlich jeder. Leider muß man dem zustimmen, reden kann jeder, aber ein Gespräch mit dem Patienten führen, können nur ganz wenige. Zum Gespräch gehören zwei; es muß ein Dialog werden. Jeweils einer muß zuhören. Auch der Zahnarzt. Das Zitat von Goethe „Man sieht nur, was man weiß“ kann man getrost abwandeln in „man hört nur, was man weiß“. Ein Gespräch muß strukturiert werden. Beschwerden müssen in die Zeit eingeordnet werden. Man muß durch das Gespräch das eigentliche Problem des Patienten herausfinden. Nichts ist unärztlicher, als am Problem des Patienten vorbeizubehandeln. Hätte man im Falle der Abbildung 2 gelegentlich eine Anamnese erhoben, es wären in 2 Jahren nicht 10 Prothesen angefertigt worden.

Information/Ethos (Restauration):

Ein Zitat: „Der Zahnarzt hat mich wie folgt beraten: man kann bei Ihnen Brücken machen, man kann eine einfache herausnehmbare Metallbasis anfertigen, man kann eine Kombinationsarbeit anfertigen. So, und nun gehen Sie nach Hause und entscheiden sich.“ Die Patientin war völlig hilflos. Dies war keine Information, dies war eine Demütigung, eine patientenverachtende Demütigung. Man möchte eben diesen Zahnarzt erleben, wenn er sich einen Blazer, ein Fernsehgerät oder eine Stereoanlage kaufen will. Natürlich kann man einen Patienten nur so weit aufklären und informieren, wie sein Verständnis reicht. Dies aber ist alsbald herauszufinden.

Extreme Beispiele wirken oft verzerrend, ebensooft sind sie aber zur Verdeutlichung sinnvoll: Eine etwa 40jährige Patientin hatte im Oberkiefer noch 11 Zähne, von denen keiner erhaltungswürdig war. Durch einige Füllungen, durch eine Wurzelfüllung an einem seitlichen Schneidezahn und durch eine kleine Brücke war der Oberkiefer bestens zu sanieren.

Im Unterkiefer befand sich ein fast kariesfreies anteriores Restgebiß vom zweiten Prämolaren der einen bis zum ersten Prämolaren der anderen Seite. Nach einigen unklaren Informationen über Prothesen mit Druckknopfverankerungen wurde ihr gesagt, daß noch einige Zähne entfernt werden müßten, und dies geschähe am besten in Narkose. Als die Patientin aus der Narkose wach wurde, war sie im Oberkiefer zahnlos, im Unterkiefer waren nur noch die Zähne 34, 33, 43 und 44 verblieben.

Man muß dieses Beispiel wohl deshalb unter „Ethos“ besprechen, weil es deutlich zeigt, daß der Patient in einer erschreckenden Weise zum Objekt herabgewürdigt wurde. Er wurde gnadenlos in ein Prokrustesbett gezerrt.

Solches Betragen macht betroffen.

Es geht nicht um die Vorstellungen des Zahnarztes, sondern um das Problem des Patienten. Handelt man an diesem vorbei, weil es am Wissen fehlt, so setzt man sich berechtigterweise der Kritik aus. Der Volksmund macht sich lustig über den Dr. Eisenbart, der Blinde gehend und Lahme sehend macht.

Wird aber das Wissen durch Mißachtung des Patienten blockiert, so handelt man bewußt gegen ärztliches Ethos.

Information/Wissen (Prophylaxe): Die Fragen zur Information müssen noch einmal hinsichtlich der Prophylaxe erörtert werden. Die Pflichten bezüglich der Er-

läuterungen zu Restaurationen liegen klar auf der Hand. Wie aber steht es mit weitergehenden Informationen? Es ist unstrittig, daß Befund und Diagnose dem Patienten mitgeteilt werden müssen, z. B. „Zahnverlust durch Karies und/oder Parodontopathien.“ Und in beiden Fällen ist dem Patienten auch zu sagen, daß man Karies und Parodontopathien weitgehend vermeiden kann. Erkennt der Zahnarzt die Parodontopathie und sagt es dem Patient nicht, handelt er gegen den Erkenntnisstand, weil er dem Patienten die Chance versagt, eine Behandlung vornehmen zu lassen und selbst einen Beitrag zur Bekämpfung zu leisten. Bezüglich der Karies gilt das Gleiche. Der Zahnarzt kann z. B. sagen: „Diese Krone oder diese Brücke müssen wir jetzt anfertigen wegen der Karies, Karies aber ist im wesentlichen vermeidbar.“ Bis hierher muß die Aufklärung wohl erfolgen. Wünscht nun der Patient eine weitergehende Information, Instruktion und Anleitung, so entspricht das einem neuen Auftrag, der auch honoriert werden muß. Den Patienten zu trainieren, kostet erheblich Zeit.

Auch das Gespräch zur Prophylaxe muß gekonnt sein. Durch Vorwürfe und Beschimpfungen wird keine Motivation erreicht. Sachliche Argumente, bestimmtes Auftreten und eine klare Diktion überzeugen den Patienten. Keineswegs darf man den Patienten von oben herab anfahren: „Sie müssen sich aber die Zähne besser putzen!“ Wie soll er denn wissen, wie man es besser macht. Man sollte etwa sagen: „Wir – wir Zahnärzte – haben inzwischen herausgefunden, wie man die Mundhygiene verbessern kann.“

Natur-Ersatz/Wissen: Ersatz ist seinem Wesen nach in der Qualität immer schlechter als das Original, sonst wäre es kein Ersatz. Deshalb muß vor jeder Planung von Restaurationen eine Schaden-Nutzen Abwägung erfolgen. Wird

ein zerstörter Zahn überkront, ist der Nutzen größer als die der Überkronung anhaftenden Unzulänglichkeiten. Überkront man aber einen gesunden Zahn, bleiben nur Unzulänglichkeiten zurück.

Natur-Ersatz/Können: Der technischen Genauigkeit sind Grenzen gesetzt. Aus den Nachuntersuchungen von extrahierten überkronten Zähnen geht dies besonders deutlich hervor. Man erkennt aber auch aus den Nachuntersuchungen, daß man durch Anlegen exakter Präparationsgrenzen Kronenrandfugen von durchschnittlich nur 100 µm erreichen kann. Da dieser Wert einen Mittelwert darstellt, wird deutlich, daß auch eine Reihe besserer Ergebnisse erzielt wird, nämlich dann, wenn neben dem Anlegen einer exakten Präparationsgrenze auch alle weiteren Schritte mit höchster Sorgfalt durchgeführt wurden.

Natur-Ersatz/Ethos: Nach dem vorher Gesagten muß man konstatieren, daß das unnötige Beschleifen von gesunden Zähnen eine Körperverletzung darstellt. Daher keine Krone ohne zwingende Indikation. In diesem Zusammenhang muß man auch die Verblockung überdenken. Wertet man bei einer Kombinationsarbeit mit Freiendsattel die Faktoren: Belastungsausgleich, Okklusion, Mundhygiene und Verblockung bezüglich ihrer Erfolgsrelevanz, so ist die Blockbildung der Faktor, der am wenigsten den Erfolg bestimmt.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Reinhard Marxkors,
Direktor der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Westfälischen Wilhelms-Universität. Abteilung: Zahnärztliche Prothetik, Waldeyerstraße 30, 4400 Münster