

Die Therapiefindung als Ergebnis eines aufklärenden Gesprächs mit dem Patienten

Marxkors, Reinhard

First published in:

Prothetik heute : [in Bad Salzuflen, 3. bis 5. März 1989], hrsg. von der Zahnärztekammer
Westfalen-Lippe, Greven 1989, S. 101 - 108

ISBN: 3-924120-03-X

Die Therapiefindung als Ergebnis eines aufklärenden Gesprächs mit dem Patienten

R. Marxkors*

Der Rahmen, in dem sich heute die Beratung eines Patienten abzuspielen hat, nimmt immer festere Konturen an. Die beiden klarsten und am wenigsten variablen Größen in diesem Rahmen sind:

- Der Wille des Patienten und
- der Sachverstand des Zahnarztes.

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 der Patienten durchführen.“ Das ist der Tenor höchstrichterlicher Entscheidung. Der Patient kann seinen Willen nur kundtun, wenn er weiß, was mit ihm geschehen soll. Der Patient muß also soweit aufgeklärt werden, daß er imstande ist, mit zu entscheiden. Dazu gehört, daß man ihn informiert, welche Behandlungsmöglichkeiten es bei ihm auf der Basis eines sorgfältig erhobenen Befundes gibt.

Es reicht nicht aus, daß man ihm nur einen Therapievorschlag macht, man muß ihm – sofern es welche gibt, was bei Lückengebissen immer der Fall ist – auch Alternativen aufzeigen.

Es muß aufgezeigt werden, was die einzelnen Konstruktionen leisten und welche Nachteile ihnen

anhaften, m.a.W., welche Erfolgsaussichten jeweils bestehen. Zum Erfolg gehört nicht nur die Funktionstüchtigkeit, sondern auch die Dauer der Funktionstüchtigkeit, sowie der orale Komfort.

Weiterhin muß dargelegt werden, mit welchen Kosten jeweils zu rechnen ist, und welche Risiken im einzelnen vorliegen.

Aufgrund des Charakters des Patienten, seiner Auffassungsgabe, seines Interesses an seinem Gebiß und seiner Einstellung zu dem ihn behandelnden Zahnarzt und dem ärztlichen Stand überhaupt kann die Beratung recht unterschiedlich ausfallen.

Sagt z. B. ein Patient: „Herr Doktor, ich vertraue Ihnen, machen Sie, was Sie für richtig halten“, dann kann man sich längere Ausführungen sparen. Andere können sich nicht entscheiden, man muß ihnen gewissermaßen die Entscheidung abnehmen, etwa so: „Wenn es mein Gebiß wäre, ich würde...“, wieder andere wollen alles genau wissen. Hier bleibt nichts anderes übrig, als auf alle Fragen Antwort zu geben. Schließlich muß noch jene Gruppe von Patienten erwähnt werden, bei der man sehr bald merkt, daß man an ihnen vorbeiredet, weil sie entweder die Sachverhalte nicht begreifen oder weil sie gar kein Interesse am Detail haben. In diesen Fällen kann man das Verfahren getrost abkürzen.

Kurz und zusammenfassend kann man folgendes formulieren:

- Wer viel fragt, bekommt viele Antworten
- Wer uninteressiert ist, kann kürzer beraten werden
- Wer zaudert, braucht Entscheidungshilfen
- Wer vertraut, darf nicht enttäuscht werden

*) Prof. Dr. R. Marxkors, Direktor der Abtlg. für zahnärztliche Prothetik A, Poliklinik und Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Waldeyerstraße 30, 4400 Münster.

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 Unzulänglichkeiten zurück. Deshalb muß insbesondere bei Überkronungen eine Schaden-/Nutzen-Abwägung vorgenommen werden. Außerdem sollte man nur dann eine Indikation für Zahnersatz sehen, wenn man ganz sicher ist, daß sich der Patient nach der Behandlung wohler fühlt als vorher. Es versteht sich von selbst, daß für den Fall, daß unterschiedliche Therapien die gleiche Erfolgswahrscheinlichkeit haben, diejenige favorisiert wird, die den geringsten Aufwand verursacht.

Wiederum kann man kurz und zusammenfassend formulieren:

- Eine Indikation für Zahnersatz ergibt sich nur, wenn der Patient ihn wünscht und der Zahnarzt ihn für sinnvoll hält.
- Wünscht der Patient Zahnersatz, den der Zahnarzt nicht für angezeigt hält, ist keine Indikation gegeben.
- Hält der Zahnarzt Zahnersatz für indiziert, zu dem der Patient seine Einwilligung nicht gibt, so darf dieser Ersatz nicht angefertigt werden.

Der Vorgang, der gleichermaßen der Aufklärung des Patienten wie der gemeinsamen Therapiefindung dient, soll zunächst dem Prinzip nach dargestellt werden. Auf der Basis einer exakten Untersuchung wird ein erster befundbezogen diskutierenswerter Vorschlag gemacht. Sodann werden die

Vor- und Nachteile dieses Vorschlages erläutert (Abb. 1). Der zweite Vorschlag muß notwendigerweise auf die Nachteile des ersten eingehen (Abb. 2) usw. Wird der Vorschlag in die nähere Erwägung gezogen, werden die Details erörtert.

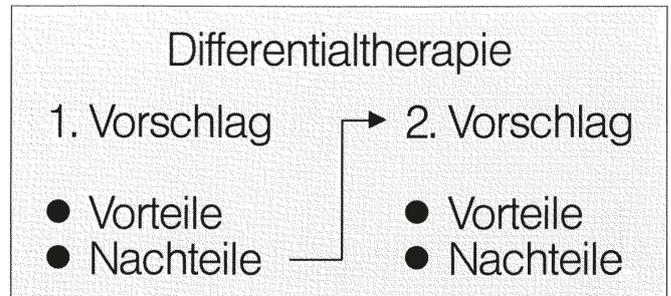


Abb. 2:
Differentialtherapie: Der zweite Vorschlag muß auf die Nachteile des ersten eingehen.

Beispiel 1

Befund: .7..4321 | 1234...8 (Abb. 3)

Befundprämissen I:

Zähne kariesfrei, keine Kronen erforderlich. Parodontal vorbehandeltes gesundes Gebiß. Gute Mitarbeit des Patienten.

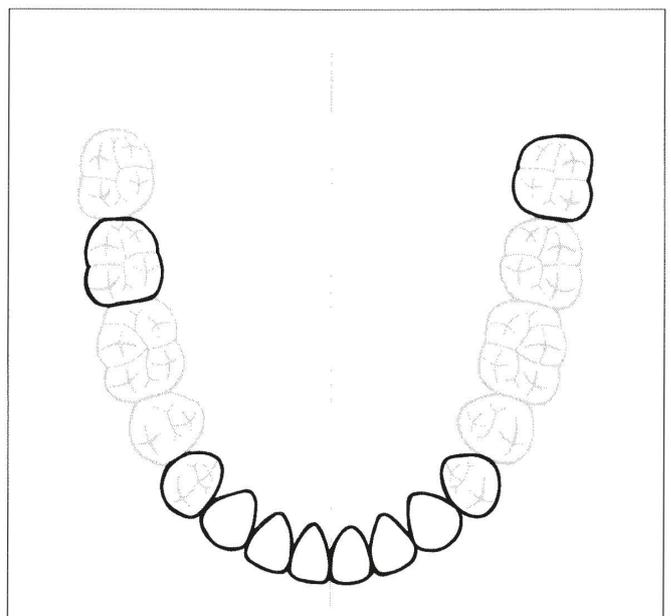


Abb. 3:
Befund Kennedy-Klasse III, zweifach unterbrochene Zahnreihe.



Abb. 1:
Differentialtherapie: Struktur der Beratung.

1. Therapievorschlag:

Einstückgußprothese (Abb. 4)

Vorteile:

Restgebiß ohne Prothesen gut sauber zu halten. Prothese außerhalb des Mundes plaquefrei zu halten. Kein Beschleifen gesunder Zähne. Geringe Kosten.

Nachteile:

Klammern können ästhetisch störend wirken. Reduzierter oraler Komfort durch Sublingualbügel. Besonders für junge Menschen psychische Belastung.

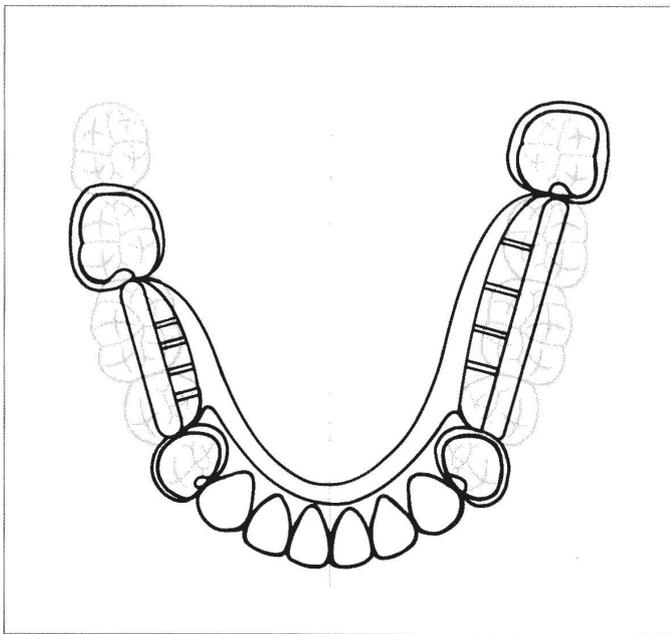


Abb. 4: Befund Kennedy-Klasse III₁. Lücken durch Einstückgußprothese geschlossen.

2. Therapievorschlag:

Brücken (Abb. 5)

Vorteile:

Oraler Komfort. Rein parodontale Lagerung. Hohe Erfolgserwartung.

Nachteile:

Sofern man die Gefahr eines Schleiftraumas ausschließt, keine.

2a: Vollgußbrücken

Vorteile:

Optimaler Ersatz, durch nichts zu überbieten. Geringster Hartsubstanzverlust. Robust, keine Bruchgefahr.

Nachteile:

Keine, außer ästhetischen; Metallglanz wird von vielen als störend empfunden.

2b: Verblendbrücken

Vorteile:

Ästhetisch gute Wirkung.

Nachteile:

Größerer Hartsubstanzverlust. Häufig Balkoneffekte. Weniger robust. Gewisse Gefahr der Absprengung von Keramik. Keramikbruch nicht reparabel.

2c: Legierungswahl

Unabhängig von der gewählten Brückenart muß die zu verwendende Legierung mit dem Patienten besprochen werden, da manche an Ionophobien leiden. Gleichviel, ob die Vorstellungen der Patienten sachlich haltbar sind oder nicht, wünscht er eine Legierung, die bestimmte Ionen nicht enthält, so muß diese genommen werden. Man muß sogar, falls dies gewünscht wird, ein bestimmtes Fabrikat verwenden. Es reicht nicht aus, eine artgleiche Legierung eines anderen Herstellers zu verarbeiten.

2d: Lage der Präparationsgrenze

Vorteile supragingival:

Größere Präzision, pflegewilliger Patient hat die Chance, Zähne plaquefrei zu halten.

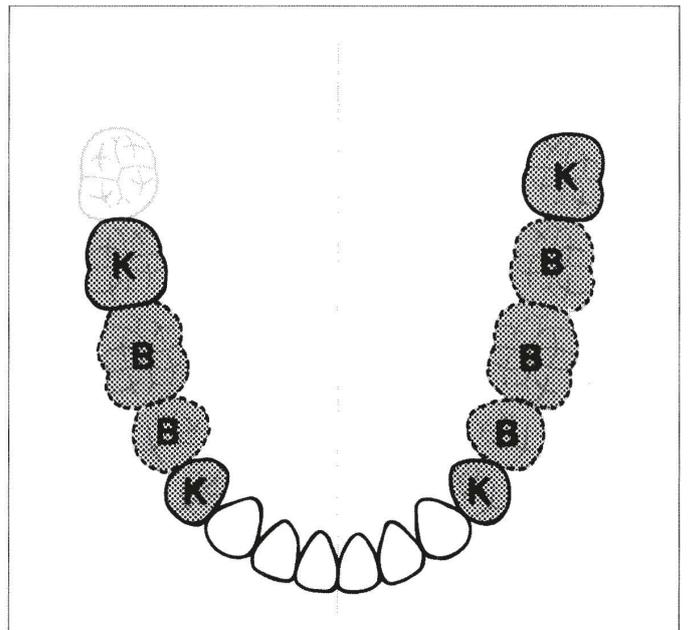


Abb. 5: Befund Kennedy-Klasse III₁. Lücken durch Brücken geschlossen.

Nachteile supragingival:
Im direkt sichtbaren Bereich ästhetisch störend;
geringer mechanischer Halt bei kurzen Zähnen.

Befundprämissen II:

Die in Frage kommenden Pfeilerzähne sind mit mehrflächigen Füllungen und Sekundärkaries behaftet, so daß dessen Überkronung aus Gründen der Zahnerhaltung sinnvoll ist.

Therapievorschlag:

In diesem Fall ist es zweckmäßig, von vornherein Brücken vorzuschlagen.

Befundprämissen III:

Von den 4 Pfeilerzähnen sind 3 als Risikopfeiler einzustufen. Zahn 38 ist von schwächlicher Konstitution, Zahn 44 ist wurzelkanalgefüllt und wurzelspitzenreseziert, Zahn 47 ist parodontal geschädigt mit Bifurkationsbefall.

Therapievorschlag:

Die Risiken für Brückenersatz sind dem Patienten darzulegen. Ist er nicht bereit, die Risiken mitzutragen, ist erweiterbarer kombiniert feststehend herausnehmbarer Ersatz indiziert, z.B. in Form einer Teleskopprothese (Abb. 6).

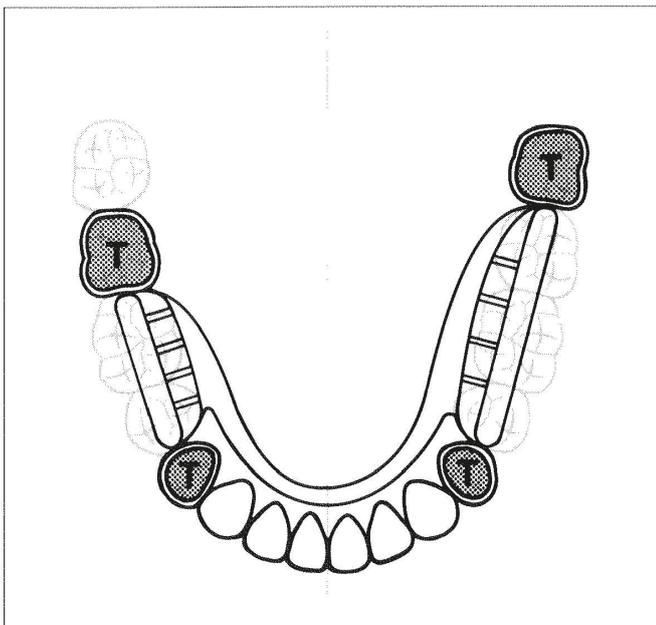


Abb. 6:
Befund Kennedy-Klasse III₁, Lücken durch Teleskopprothese geschlossen.

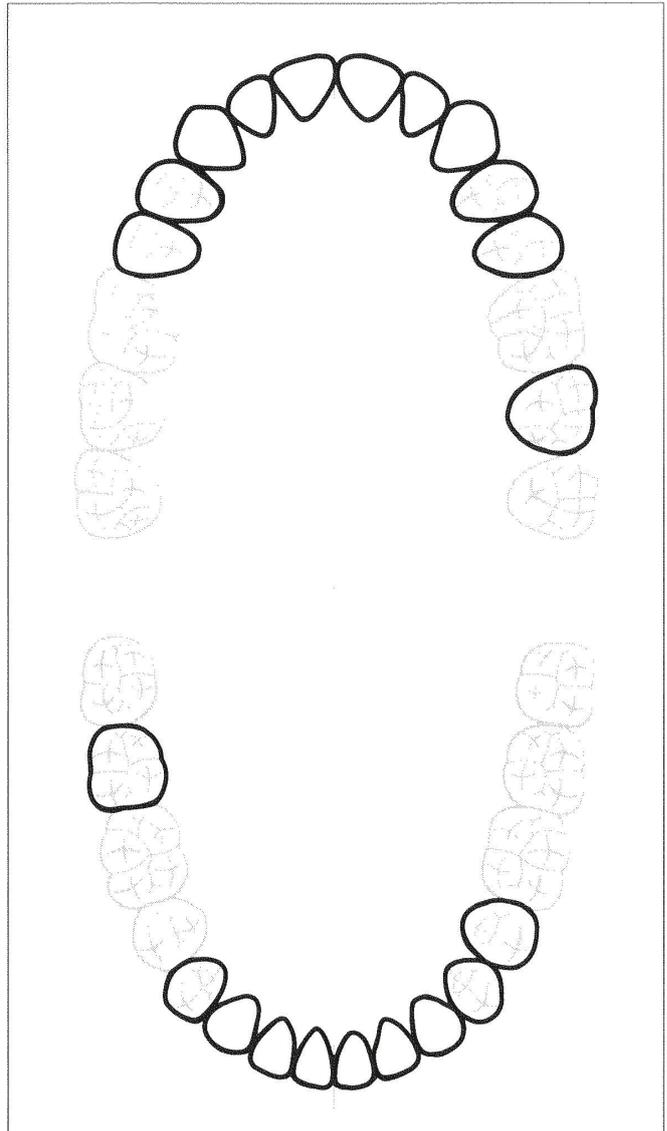


Abb. 7:
Befund Kennedy-Klasse II₁ (einseitig verkürzte Zahnreihe mit einer zusätzlichen Unterbrechung) in beiden Kiefern. Zähne gesund.

Beispiel 2

Befund: wie in Abb. 7 dargestellt.

Befundprämissen I:

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

1. Therapievorschlag:

Einstückgußprothese im Unterkiefer (Abb. 8).

Vorteile:

Komplettierung der Zahnreihe im Unterkiefer, Verhinderung der Elongation von Zahn 27. Säuberung

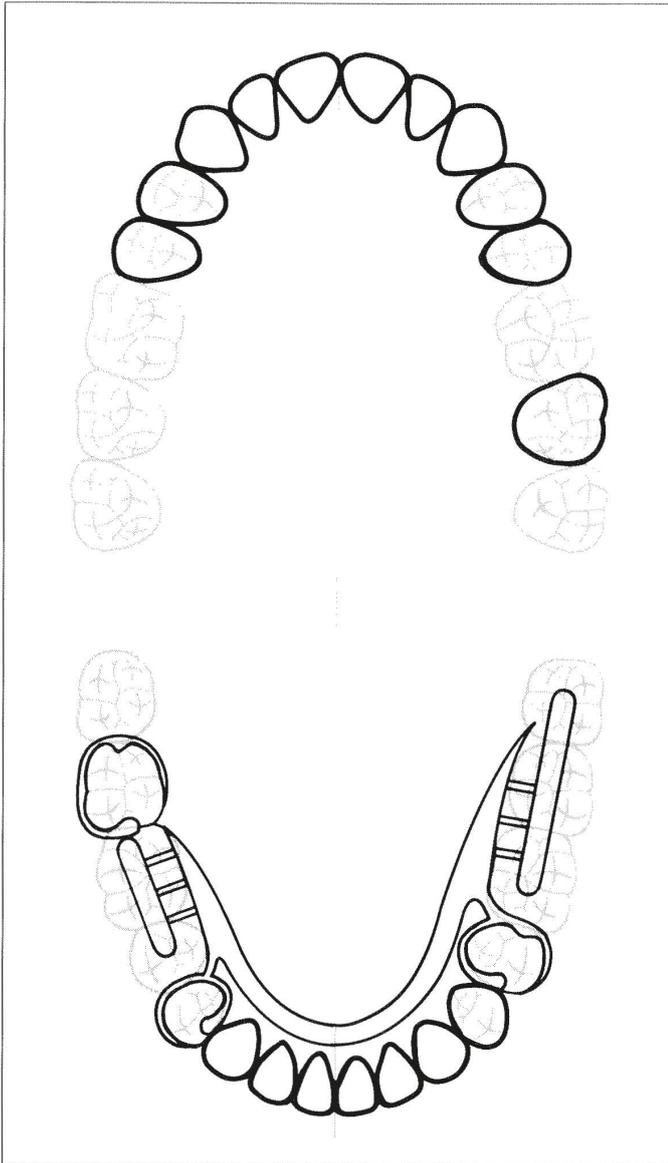


Abb. 8:
Befund wie Abb. 7: Einstückgußprothese im Unterkiefer.

des Restgebisses nach Herausnahme der Prothese gut möglich; Prothese kann außerhalb des Mundes plaquefrei gehalten werden.

Nachteile:

Kippung der Prothese bei Belastung des Freundsattels. Klammern können ästhetisch störend wirken. Reduzierter oraler Komfort durch Sublingualbügel.

2. Therapievorschlagn:

Einstückgußprothesen in beiden Kiefern (Abb. 9)

Vorteile:

Pflegbarkeit von Restgebiß und Prothesen nach Herausnahme des Ersatzes. Keine Elongationen.

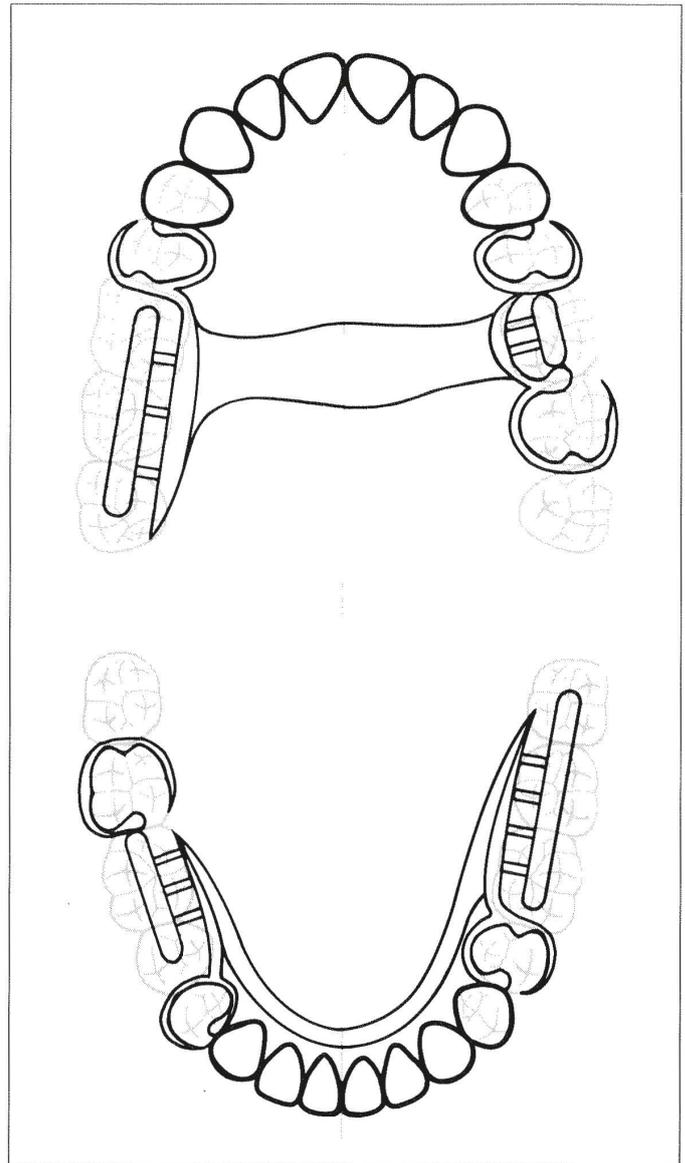


Abb. 9:
Befund wie Abb. 7: Einstückgußprothese in beiden Kiefern.

Nachteile:

Ästhetische Beeinträchtigung durch Klammern. Hebelwirkung durch Freundsättel. Stärker reduzierter Komfort.

3. Therapievorschlagn:

Brücke von 44 bis 47 (Abb. 10)

Vorteile:

Symmetrie der funktionellen Bereiche. Oraler Komfort.

Nachteile:

Kein Antagonist für Zahn 27.

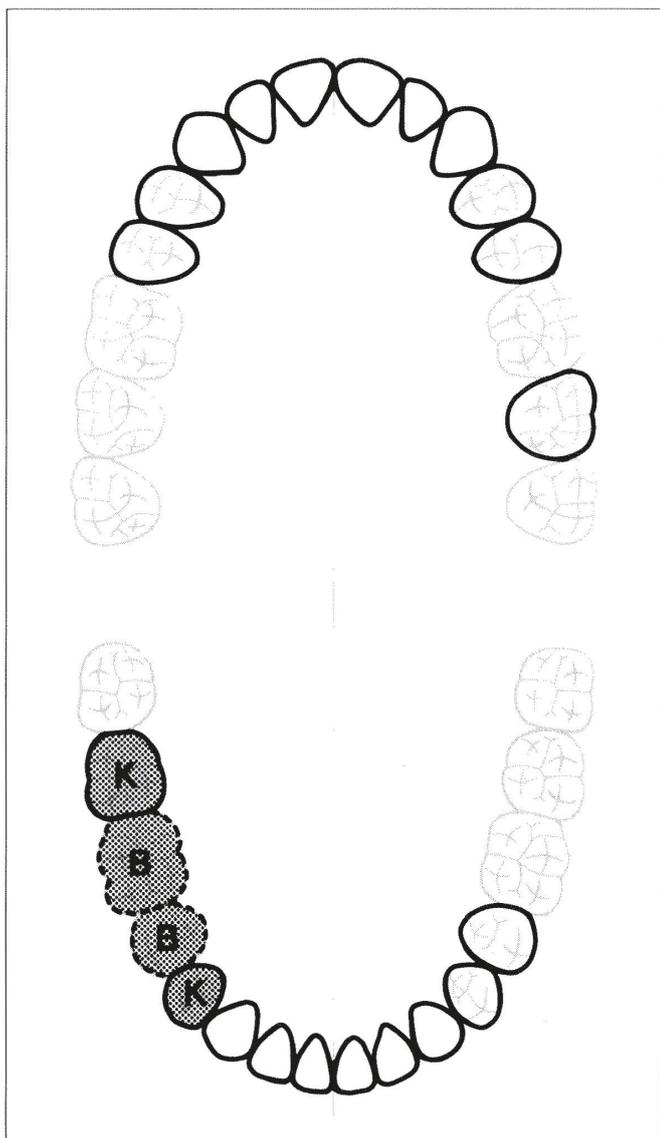


Abb. 10:
Befund wie Abb. 7: Brücke im rechten Unterkiefer.

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. Die Überlegung hierzu sind im Beitrag, Aspekte zur verkürzten Zahnreihe, niedergelegt.

Eine besonders schwierige Situation ergibt sich, wenn der Patient bei mehr oder weniger kariesfreien und formschönen Zähnen die Verlängerung der Zahnreihe im Oberkiefer aus ästhetischen Gründen wünscht.

4. Therapievorschlag:

Brücke 44 und 47

Brücke 16 und 14 (Pfeiler: 15 und 14)

Brücke 24, 25 – 27 (Abb. 11)

Vorteile:

Ein fraglicher ästhetischer Effekt. Man muß diese Therapie deshalb skeptisch betrachten, weil es schwierig ist, künstliche Kronen ebenso so schön zu gestalten wie formschöne gesunde natürliche Kronen, insbesondere, wenn die perioprothetische Prophylaxe beachtet wird.

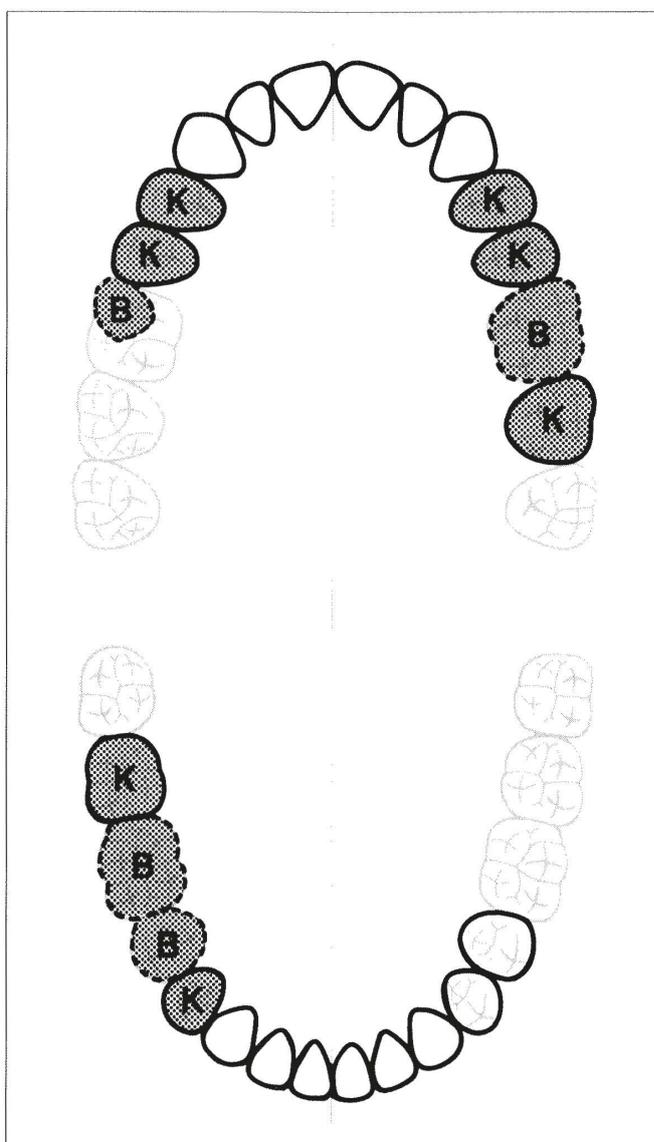


Abb. 11:
Befund wie Abb. 7: Therapie: Extensionsbrücke im rechten Oberkiefer; Endpfeilerbrücke im linken Oberkiefer; Endpfeilerbrücke im rechten Unterkiefer.

Nachteile:

Die Relationen Aufwand – Nutzen und Schaden – Nutzen stimmen nicht. Es werden 5 gesunde Zähne beschliffen, damit zwei Facetten installiert werden. Man sollte dem Patienten alle Risiken aufzeigen und versuchen, ihm die gewünschte Therapie auszureden.

Befundprämisse II:

Die vorhandenen Prämolaren und Molaren sind mit mehrflächigen Füllungen und mit Sekundärkaries behaftet, so daß ihre Überkronung aus Gründen der Zahnerhaltung sinnvoll ist.

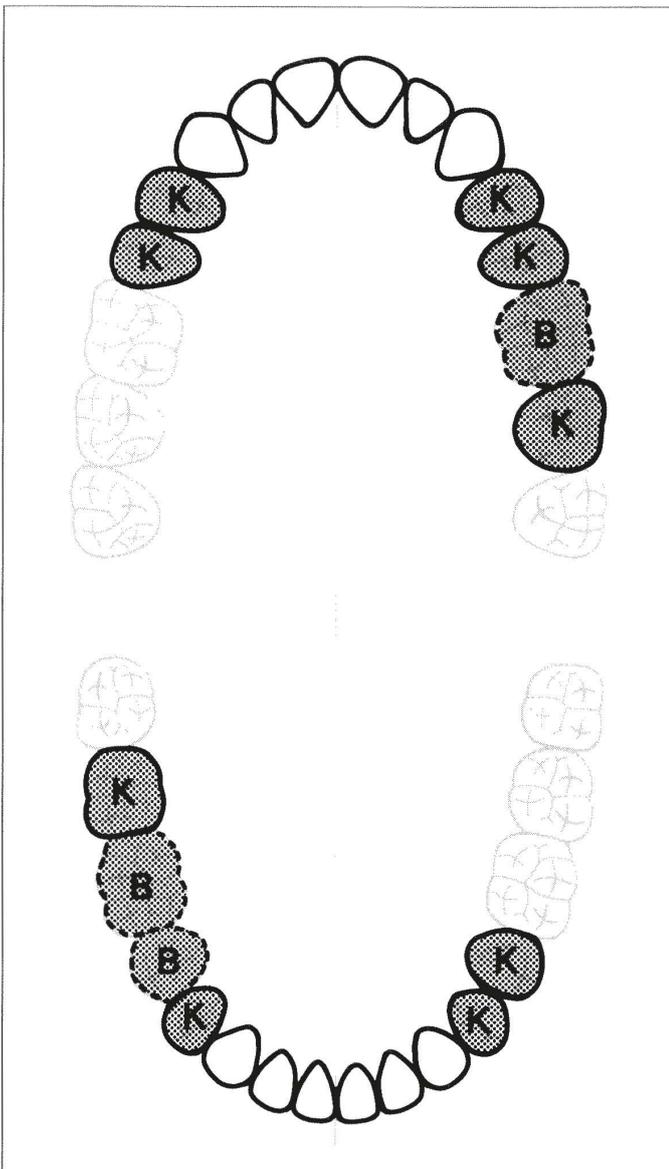


Abb. 12: Befund wie Abb. 7: Molaren und Prämolaren bedürfen einer Überkronung. Therapie: Kronen im rechten Oberkiefer; Brücke im linken Oberkiefer; Kronen im linken Unterkiefer; Brücke im rechten Unterkiefer.

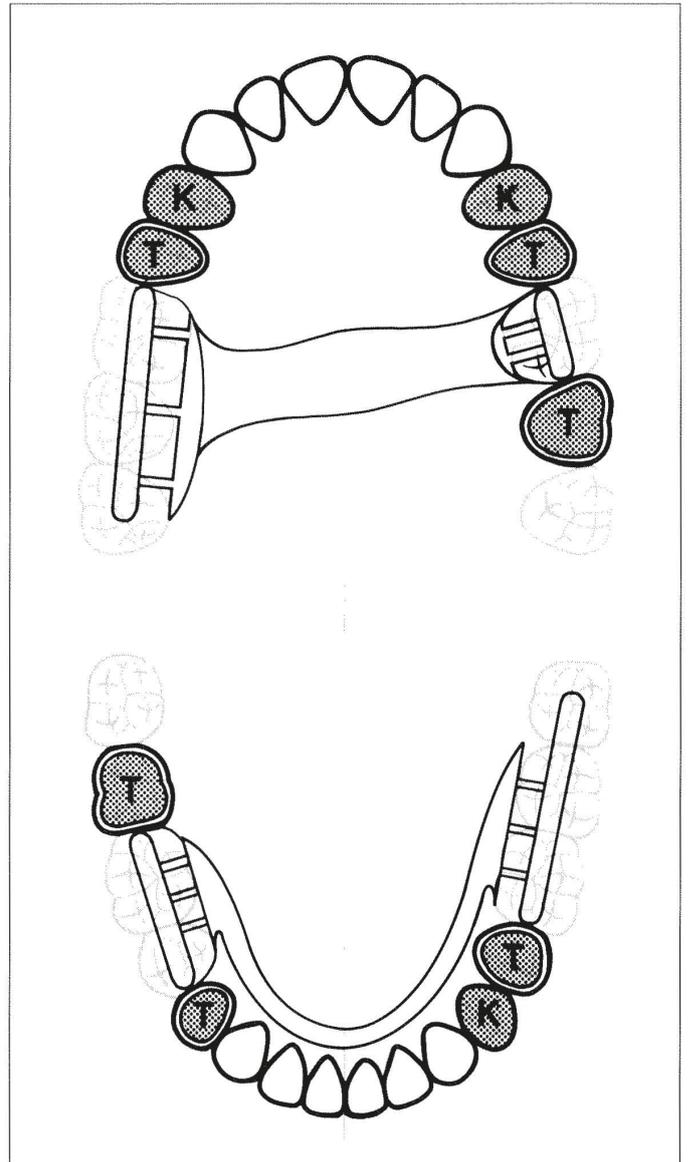


Abb. 13: Befund wie Abb. 7: Teleskopprothese in beiden Kiefern, zusätzliche Kronen auf den Zähnen 14, 24 und 34.

5. Therapievorschlagn:

- Krone 15 und Krone 14
- Brücke 24, 25 – 27
- Krone 35 und Krone 34
- Brücke 44 – 47 (Abb. 12).

Vorteile:

Richtige Schaden-/Nutzen-Relation, Symmetrie der funktionellen Bereiche, oraler Komfort, keine Elongation.

Nachteile:

Keine

6. Therapievorschlagn:

Krone 14, Krone 15

T 15, T 25, T 27 und Teilprothese

Krone 34

T 35, T 44, T 47 und Teilprothese (Abb. 13)

Vorteile:

Vorteile ergeben sich nur bei bestimmten Befunden, wenn Komplettierung aus Gründen einer Myoarthropathiebehandlung (Unterkieferpositionierung) notwendig ist, und wenn Risikofaktoren vorhanden sind. Zusätzlich ergibt sich ein ästhetischer Vorteil.

Nachteile:

Verminderter oraler Komfort.

Befundprämisse III:

Der Patient läßt sich nicht zu einer ausreichenden Mundhygiene motivieren.

7. Therapievorschlagn:

Brücke 44 – 47; Kronenränder infragingival.

Vorteile:

Stabilisierung der Unterkieferposition. Temporärer Kariesschutz.

Nachteile:

Patienten, die keine zureichende Mundhygiene betreiben, zählen zu den „Risikopatienten“. Die Prognose hinsichtlich Parodontopathien ist ungünstig.

Schlußbetrachtung

Durch das skizzierte Schema einer differentialtherapeutischen Beratung, die keineswegs erschöpfend ist, soll angedeutet werden, wie eine Aufklärung vorgenommen werden kann. Schließlich einigt man sich weder auf die billigste noch auf die aufwendigste, sondern auf diejenige, die der individuellen Situation des Patienten am besten gerecht wird. Dabei sind auch geriatrische Aspekte sorgfältig zu beachten. Relativ häufig scheiden heutzutage festsitzende Restaurationen aus, weil sich Patienten weigern, Zähne beschleifen zu lassen. Die Beispiele mögen u. a. deutlich machen, daß man Varianten einer Therapie und alternative Therapien nur auf der Basis eines sehr exakten, sorgfältig erhobenen Befundes diskutieren kann.