

Was ist ein Problempatient in der zahnärztlichen Praxis?

Einführende Bemerkungen zum Tagungsthema

Marxkors, Reinhard

First published in:

Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift, 47. Jg., Heft 2, S. 75 - 77, Köln 1992

Münstersches Informations- und Archivsystem multimedialer Inhalte (MIAMI)

URN: urn:nbn:de:hbz:6-46489417734

R. Marxkors¹

Was ist ein Problempatient in der zahnärztlichen Praxis?

Einführende Bemerkungen zum Tagungsthema*

Bei der Suche nach den Ursachen, warum jemand zum Problempatienten in der zahnärztlichen Praxis wird, ist das Augenmerk besonders auch auf den Rahmen zu richten, in dem sich die eigentliche Therapie abspielt: Die Anamnese, die Befunderhebung, die Beratung und das Verhalten beim Ausbleiben des Erfolges sind sicher ebenso problemträchtig wie die Therapie selbst.

1 Einleitung

Es ist das Wesen der ärztlichen und zahnärztlichen Tätigkeit, daß man auf der Basis einer exakten Anamnese- und Befunderhebung eine Diagnose stellt und sodann die entsprechende Therapie durchführt. Dieses Vorgehen führt in der großen Mehrzahl der Fälle zum Erfolg. Bleibt aber der Erfolg aus, ist die Verwirrung groß. Damit ist die Basis für die Entwicklung eines Problempatienten schon gelegt. Der erste Konflikt ergibt sich dann, wenn weder gedanklich noch in der zeitlichen Disposition eine Reklamation vorgesehen ist. Reklamationen kosten Zeit. Ist diese nicht einkalkuliert, werden konzeptlos »Korrekturen« vorgenommen mit der Absicht, möglichst schnell die leidige Angelegenheit aus der Welt zu schaffen. Dies kann natürlich nur per Zufall gelingen. Korrekturen haben nur Sinn, wenn man nach gründlicher Analyse der gesamten Behandlungssequenz gezielt den gefundenen Fehler ausräumt. Unter diesen Aspekten sollen die einzelnen Schritte der Behandlung daraufhin untersucht werden, wie »problemträchtig« sie sind. Dies soll hier exemplarisch anhand prothetischer Behandlungen geschehen, was man dem Autor als Prothetiker nachsehen möge.

2 Anamnese

Oft betritt der »geborene« Problempatient die Praxis, man erkennt ihn nur nicht als solchen. Dies zu vermeiden, dient die sorgfältige Anamnese. Diese muß vom Zahnarzt straff strukturiert werden. Das Redenlassen ist noch keine Anamneseerhebung. Solange der Patient Fakten berichtet, muß der Zahnarzt zuhören. Sobald der Patient aber Theorien verkündet, darf der Zahnarzt getrost unterbrechen, um durch gezielte Fragen und mit der Bitte um präzise Antworten zum Kern der Sache vorzustoßen [7]. Man muß an dieser Stelle nicht ins Detail gehen. Sofern überhaupt eine Anamnese erhoben wird, wird sie im allgemeinen keine Null im Produkt der Behandlungssequenz darstellen. Mehrere vom Patienten mitgebrachte, als unbrauchbar bezeich-

nete Prothesen stellen ein eindrucksvolles Stück Vorgeschichte dar. Wer dies ignoriert, verhilft dem Problempatienten zum Durchbruch. Die Tatsache, daß die Prothesen in dem Zustand, in dem sie vom Patienten vorgelegt werden, allesamt objektiv funktionsuntüchtig sind, sagt nichts über deren Primärqualität aus [8].

Im Rahmen der Anamneseerhebung ist das Einordnen von Beschwerden in die Zeit von besonderer Wichtigkeit. Eine Patientin klagt über Schmerzen an den Pfeilern einer kleinen Brücke von 17 bis 15. Die Brücke wurde okklusal so stark beschliffen, daß sie sich in Infraokklusion befindet. Die Krone 15 wurde trepaniert, der Zahn wurde wurzelgefüllt. Geholfen hat diese Maßnahme nicht. Fragt man, weshalb die Brücke angefertigt wurde, erfährt man, daß die ständigen Schmerzen im rechten Oberkiefer auf eine unzureichende Bißabstützung infolge der durch Extraktion des ersten Molaren entstandenen Lücke zurückgeführt wurden. Und warum wurde der erste Molar entfernt? Weil er doch ständig Schmerzen verursachte! Hat denn die Extraktion geholfen? Nein! So erkennt man durch wenige Fragen, daß der Ersatz nicht die Ursache, sondern die Folge von Beschwerden ist. Von einer Neuversorgung kann also keine Linderung erwartet werden, wenn nicht die Ursache erforscht und beseitigt wird.

3 Befunderhebung

Es kann hier nicht der Ort sein, für alle Sparten der Zahnmedizin die wesentlichen Punkte der Befunderhebung aufzulisten. Die *Basisdokumentation* bezüglich Zahnstatus, Karies, Füllungen, Vitalität, Lockerung, parodontalem Zustand und Röntgenbefund ist obligat. Im Hinblick auf die beklagten Beschwerden und/oder auf eine vorgesehene Behandlung muß diese Dokumentation jedoch erweitert werden. Dies gilt insbesondere auch, wenn es um eine prothetische Behandlung geht. Problemträchtige Situationen findet man vornehmlich in der Gebißfunktion und bei Prothesenunverträglichkeiten.

Bezüglich der Verursachung sogenannter *Myoarthropathien* durch kranio-mandibuläre Disharmonien haben sich in den letzten Jahren relative Klärungen ergeben. Aus der Tatsache, daß einerseits auch bei besten okklusalen Beziehungen durch Para-funktionen Beschwerden hervorgerufen werden können und daß andererseits nur bei einem gewissen Prozentsatz okklusaler Disharmonien Beschwerden auftreten, muß man den Schluß ziehen, daß für das Manifestwerden von Beschwerden zusätzlich bestimmte Faktoren eine Rolle spielen, welche im Bereich von Streß und Psyche zu suchen sind. Dennoch darf man nicht übersehen, daß das Auftreten von Beschwerden mit dem Vorhandensein von okklusoartikulären Störungen hochsignifikant korreliert [1, 2, 3, 4, 10, 11]. Eine störungsfreie Okklusion ist daher nach wie vor stets zu fordern.

Patienten mit *Prothesenunverträglichkeitserscheinungen* zählen allesamt zu den Problemfällen, gleichviel, ob stoffliche Noxen

¹ Poliklinik und Klinik für Zahnärztliche Prothetik A (Direktor: Prof. Dr. R. Marxkors), Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Westfälische Wilhelms-Universität Münster.

* Vortrag Jahrestagung DGZMK 1991.

oder psychische Ursachen angenommen werden. Zwei Krankheitsbilder seien beispielhaft erörtert: das Gaumen- und Zungenbrennen und die Schmerzen an gesunden Zähnen.

Gaumen- und Zungenbrennen tritt vornehmlich bei Patienten mit totalen Prothesen auf. An Gaumen und Zunge sind nicht die geringsten Veränderungen zu erkennen. Bei diesen Patienten bringt der Karentest wertvolle Aufschlüsse. Bleibt nach einer Woche Prothesenkarenz das Brennen bestehen, kann der Ersatz nicht die Ursache sein. Auf diese Weise läßt sich jene Gruppe von Patienten ermitteln, denen durch zahnärztliche Maßnahmen allein sicher nicht geholfen werden kann.

Bei den *Schmerzen an gesunden Zähnen* ist die Abklärung mit einer Anästhesie zu beginnen. Bleiben die Schmerzen bestehen, kann deren Ursache nicht peripher gelegen sein, sie muß weiter zentral gesucht werden. Verschwinden die Schmerzen unter der Anästhesie, sollte in einer weiteren Sitzung physiologische Kochsalzlösung gespritzt werden. Hat diese die gleiche Wirkung wie das Anästhetikum, muß eine psychosomatische Störung vermutet werden.

4 Diagnose

Natürlich ist man nicht davor gefeit, aus den erkennbaren Fakten der Anamnese und aus den erhobenen Befunden eine falsche Diagnose zu stellen. Im allgemeinen ist es aber so, daß nämlich eine falsche Diagnose deshalb gestellt wird, weil die Anamnese und/oder der Befund lückenhaft erhoben wurden.

5 Therapieplanung

Besonders in der Prothetik gehört das Herausfinden der richtigen befundadäquaten Therapie zu den ganz schwierigen Aufgaben. Sie ist in vielen Fällen schwieriger als die Therapie selbst. Vor allem muß der Patient mitentscheiden. Das aufklärende Gespräch über differentialtherapeutische Möglichkeiten steht im Mittelpunkt der Therapiefindung [5]. Dabei ist folgendes zu beachten:

- Der Zahnarzt darf eine Behandlung, die der Patient wünscht, die er aber für nicht indiziert hält, nicht vornehmen [9].
- Eine Behandlung, die der Zahnarzt für indiziert hält, der aber der Patient nicht zustimmt, darf nicht durchgeführt werden. Verstößt man gegen diese Grundsätze, sind nicht selten gerichtliche Auseinandersetzungen die Folge.

Der Patient, der das Unerfüllbare wünscht, ist in dem Augenblick kein Problempatient mehr, in dem man erkennt, daß das Gewünschte unerfüllbar ist, sei es, daß es dafür noch keine Lösung gibt, oder sei es, daß die Lösung jenseits der fachlichen Kompetenzen liegt. Gleichviel, ob das Gewünschte *absolut* oder *relativ* unerfüllbar ist, es darf nicht in Angriff genommen werden.

Der Bereich *Aufklärung* und *Beratung* ist im Verhältnis zum fachlichen Vermögen des Behandlers in hohem Maße problemträchtig. Hier fällt oft schon die Entscheidung, ob am Ende ein zufriedener Patient steht oder ein unzufriedener, der zum Problem wird. Beispiele zu diesem Thema erübrigen sich. Jeder praktizierende Zahnarzt kennt die Situation, und jeder hat schon den resignativen Satz formuliert: »Wäre ich doch bloß nicht auf die Vorstellungen des Patienten eingegangen.«

Ausführlich ist mit dem Patienten die Frage der zu verwendenden *Werkstoffe* zu diskutieren. Dies gilt in besonderer Weise für Metalle. Der Informationsstand mancher Patienten bezüglich der Zusammensetzung von Legierungen überrascht und nötigt Bewunderung ab. Fordert ein Patient eine spezielle Legierung einer bestimmten Firma, weil er im Munde eine »Gleichrichtung« wünscht, so muß eben diese Legierung verwendet werden. Das bereitet Schwierigkeiten, wenn das Labor, mit dem man arbeitet, das gewünschte Fabrikat nicht führt. Dennoch darf man nicht

stillschweigend eine Legierung ähnlicher Zusammensetzung und gleicher Qualität eines anderen Herstellers verwenden.

6 Therapie

Indem man eine Arbeit beginnt, dokumentiert man, daß man das Geforderte auch leisten zu können glaubt. Nach Fertigstellung der Arbeit kommt gelegentlich die Überraschung: Der Patient kommt nicht zurecht. Jedermann weiß, was nun folgt: Zahlreiche Sitzungen mit unterschiedlichen Maßnahmen, die alle nicht zum Erfolg führen. Das Ergebnis wird vielmehr schlechter. Der Patient ist verärgert, der Zahnarzt ratlos. Die objektive Frage lautet: Kann der Patient einen korrekt nach dem Erkenntnisstand der Wissenschaft gearbeiteten Ersatz nicht adaptieren oder ist der Ersatz mit Fehlern behaftet? Zu letzterem ergibt sich das Problem, daß der Zahnarzt »stallblind« ist, daß er zu sehr in die eigene Arbeit involviert ist. Um so wichtiger sind Checklisten, von den Fachgesellschaften verabschiedet, die jeweils den Wissensstand und die Mindestqualität von Restaurationen definieren. An Hand derer kann der Zahnarzt seine Arbeit überprüfen.

7 Adaptierfähigkeit

Stellt sich bei der Überprüfung einer Arbeit, mit welcher der Patient nicht zurechtkommt, heraus, daß sie dem definierten Erkenntnisstand entspricht, so handelt es sich wahrscheinlich um das Unvermögen des Patienten, den Ersatz zu adaptieren. Auch der adaptierunfähige Patient ist ein Problempatient, der jedoch den Zahnarzt weit weniger belastet, weil ihn keine Schuld trifft. Das Ausmaß des Problems bleibt auch begrenzt, solange der Zahnarzt sich nicht dazu verleiten läßt, die gute Arbeit zu verändern, gleichviel, aus welchen Gründen der Patient adaptierunfähig ist. Der Zahnarzt schuldet (nur) eine dem Erkenntnisstand der Wissenschaft entsprechende Arbeit, aber nicht den Erfolg, der noch von weiteren Faktoren abhängen kann.

Über das Adaptieren ist erst wenig bekannt. Adaptationsforschung wird in der Bundesrepublik fast nicht betrieben. Allerdings ist inzwischen bekannt, daß das Adaptiervermögen von älteren und alten Menschen reduziert ist. So gesehen kann selbst eine gute Arbeit am Problem des Patienten vorbei gefertigt worden sein, nämlich dann z. B., wenn einem alten Patienten, der über lange Zeit erfolgreich totale Prothesen getragen hat, neue angefertigt werden, statt die alten schrittweise aufzuarbeiten [6].

Es muß betont werden, daß das Adaptiervermögen keineswegs mit psychosomatischer Störung gleichzusetzen ist. Dennoch sind die Übergänge zwischen Adaptiervermögen und psychosomatischer Störung fließend. Alter des Patienten und Umfang der Arbeit helfen zu unterscheiden.

8 Spannungsfeld Allgemeinmedizin – Zahnmedizin

Ein besonderer Sachverhalt verdient Erwähnung: Die Allgemeinmedizin hat die Zahnmedizin entdeckt, besonders bezüglich unklarer Gesichtsschmerzen. Die sich ergebenden Probleme sind deshalb so schwierig, weil die geklagten Beschwerden in die Kompetenzbereiche von unterschiedlichen Fachdisziplinen fallen.

Die Patienten haben schon viele Ärzte aufgesucht; den Allgemeinarzt, den Internisten, den Hals-Nasen-Ohrenarzt, den Augenarzt, den Neurologen, den Dermatologen, den Orthopäden. Sie alle konnten keinen erklärenden Befund für die geklagten Beschwerden erheben. Ihre Reaktion ist daher: es muß wohl von den Zähnen kommen.

Der Zahnarzt darf sich durch solche Vorgaben nicht unter Erfolgszwang gesetzt fühlen. Wird er in die Abklärung solcher

Fälle einbezogen, muß er seinen Part mit Bedacht und nüchterner Einschätzung der zahnmedizinischen Möglichkeiten spielen. Führt sein Verhalten zu Erfolgserwartungen, die sich später als unerfüllbar erweisen, so hat er einen Problempatienten mehr.

Summary

Considering the factors that make a problem patient, we must keep in mind the general setting in which treatment takes place. History-taking, examination, informing the patient, and the dentist's reaction to an unsuccessful treatment result are most certainly as much afflicted with problems as treatment itself.

Literatur

1. Ash, M. M.: Okklusales Einschleifen: Eine kritische Wertung. Philipp J Restaur Zahnmed 2, 131–135 (1985).
2. Carlsson, G. E.: Langzeitauswirkungen der Behandlung craniomandibulärer Störungen. Philipp J Restaur Zahnmed 5, 141–146 (1988).
3. Ferger, P., Schreiner, A.: Okklusion und Dysfunktionssymptome. Zahnärztl Welt 100, 160–163 (1991).
4. Graber, G.: Der Einfluß von Psyche und Stress bei Myoarthropathien. In: Hupfaut et al., Praxis der Zahnheilkunde, Band 8. Urban & Schwarzenberg, München–Wien–Baltimore 1988.

5. Marxkors, R.: Die Therapiefindung als Ergebnis eines aufklärenden Gespräches mit dem Patienten. In: Prothetik heute. – Schriftenreihe der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe. Wessels Verlag, Greven 1989.
6. Marxkors, R., Mayer, K.: Gerontoprothetik. Zahnärztl Welt 99, 282–287 (1990).
7. Müller-Fahlbusch, H.: Wie erkenne ich die Problempatienten? – Die Kunst der Anamneseerhebung. In: Prothetik heute. Schriftenreihe der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe. Wessels Verlag, Greven 1989.
8. Müller-Fahlbusch, H.: Psychopathologische und psychosomatische Aspekte bei der Begutachtung in der Prothetik. In: Müller-Fahlbusch, H., Sergl, H. G. (Hrsg.), Der psychopathologische Fall in der zahnärztlichen Beratung und Behandlung. Verlag Quintessenz, Berlin 1990.
9. Pelz, F. J.: In welchem Umfang folgt der Richter in seinem Urteil den Richtlinien ärztlichen Handelns? Zahnärztl Welt 94, 872–879 (1985).
10. Schreiner, A.: Okklusion und Dysfunktionssymptome: Eine klinische und instrumentelle Studie an jungen Erwachsenen. Med. Diss. Münster 1990.
11. Smukler, H.: Okklusales Einschleifen im natürlichen und im restaurierten Gebiß. Verlag Quintessenz, Berlin 1991.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. R. Marxkors,
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik A,
Waldeyerstr. 30, D-4400 Münster.

(D 1)