

Jahrestagung der „Studiengruppe für Restaurative Zahnheilkunde“ präsentiert praktikables Schweizer Praxiskonzept:

Prophylaxe-orientierte Zahnheilkunde schafft neue Perspektiven

Ein in der Praxis gangbares Behandlungskonzept, das besonders auch Patienten mit komplexen perioprothetischen Problemen einbezieht, stellten die Schweizer Dr. Thomas Gaberthuel und Dr. Ueli Grunder den über 200 Teilnehmern der Jahrestagung der „Studiengruppe für Restaurative Zahnheilkunde“ in Nümbrecht vor. Ein Praxiskonzept, das – so Dr. Michael Cramer, Vorsitzender der Studiengruppe – „trotz oder eben wegen der aktuellen Misere im Gesundheitssystem brandaktuell ist, denn es garantiert dem Zahnarzt in Absprache mit dem Patienten einen hohen Qualitätsstandard, indem es in exzellenter Form alle Möglichkeiten moderner und machbarer Zahnheilkunde ausschöpft“.

Gaberthuel und Grunder definieren ihre angestrebte Behandlungsphilosophie wie folgt: Vom **Team** – bestehend aus Zahnärzten, Dentalhygienikerinnen, Prophylaxe-Assistentinnen und zahnmedizinischen Assistentinnen – soll dem Patienten eine optimale Betreuung angeboten werden. Ausgangspunkt jeglicher Behandlungsüberlegungen sollen die **Wünsche des Patienten** sein. Dabei werden aufwendige Behandlungen ebenso akzeptiert wie der Wunsch nach einer rein zweckmäßigen Lösung. Hier gibt es keine Zahnheilkunde erster oder zweiter Klasse. Wichtig ist, daß der Patient mit dem Behandlungsergebnis zufrieden ist.

Vor Beginn der Behandlung soll eine klare Vorstellung über das gewünschte Behandlungsziel formuliert sein, auf welches die einzelnen Behandlungsschritte ausgerichtet sein

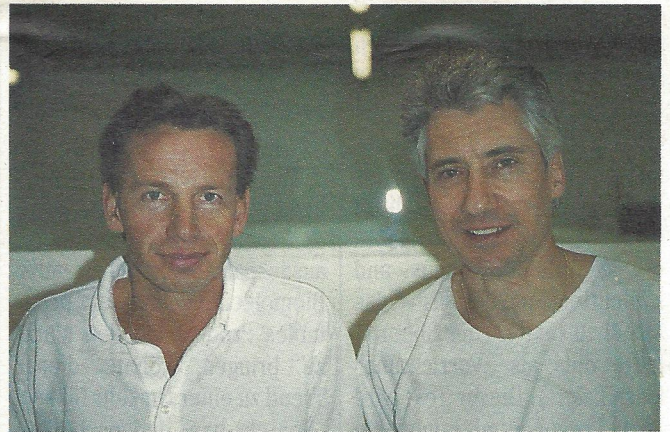
sollen. Die Planung darf dabei nicht starr sein, sondern muß hinsichtlich der Reaktion der Gewebe, aber auch der Mitarbeit des Patienten überprüft werden. Überbehandlungen sollen vermieden und Langzeiterfolge angestrebt werden.

Patientenwünsche – das Nonplusultra

Während der gesamten Behandlung sollen Streßsituationen für den Patienten, aber auch für die Behandler möglichst ausgeschaltet werden. Gaberthuel und Grunder wollen „weg vom Gesundheitspredigen und Bekehren hin zur prophylaxe-orientierten Dienstleistung“, bei der sich der Patient eher als Klient mit den entsprechenden Rechten versteht. Er hat Ansprüche, Wünsche, die ihm, wann immer möglich, erfüllt werden sollen.

Zum Praxis-Marketing gehört ein positives Praxisumfeld, objektive Information und Aufklärung – Anamnese, Befund, Diagnose, Behandlungsvorschlag, Kostenschätzung – und unterstützende Therapie (Recall). Wichtig ist auch eine subjektiv erfolgreiche Information, das heißt, alle Behandlungsschritte sind dem Patienten bewußt gemacht und in mit seinem Einverständnis geplant worden.

Das Praxisteam wird auf diese Behandlungsphilosophie „eingeschworen“. Neue Mitarbeiter erhalten ein schriftliches Praxiskonzept, um sich mit den Ideen auseinandersetzen zu können. Auf Teamarbeit wird in der Praxis Gaberthuel/Grunder besonderer Wert ge-



legt. Dazu gehören wöchentliche Fallbesprechungen mit den Dentalhygienikerinnen und Prophylaxe-Assistentinnen, genauso wie Teamsitzungen, sog. Staff-Meetings. Externe Fortbildungen werden in der Praxis ausgewertet und der Wissensstand regelmäßig mit einigen Fragen überprüft.

Um auch komplizierte Behandlungen transparent und kontrollierbar zu machen, haben Gaberthuel und Grunder das „perioprothetische Behandlungskonzept“ entwickelt (s. Abb. S. 13). Basierend auf dem in der Parodontologie unumstrittenen Vorgehen in vier Einzelphasen – Initialphase, Reevaluation, korrektive Phase, unterstützende Therapie – werden hier neuere Verfahren wie Guided Tissue Regeneration, Implantologie oder ästhetische Parodontaltechniken integriert.

Grunder und Gaberthuel betonen, daß sie nicht von einer Vor-, einer eigentlichen und einer Nachbehandlung ausgehen, sondern daß alle Behandlungsschritte gleich wichtig sind.

Die Wünsche und Bedürfnisse des Patienten sind der Ausgangspunkt aller Überlegungen. Einschränkungen erfahren sie nur dort, wo zahnmedizinisch nicht Vertretbares gefordert wird. Patientenwünsche können differenziert werden in Funktion (Kauleistung), Komfort (beispielsweise festsitzender oder herausnehmbarer Zahnersatz), Ästhetik und Investition, bei letzterer zählt sowohl zeitliches wie finanzielles Engagement.

Ausgehend von den Patientenwünschen und der aus Anamnese und Befund resultierenden Diagnose werden die ersten maßgeblichen Entscheidungen gefällt:

1. Welche Zähne sind unrettbar verloren und müssen extrahiert werden?
2. Welche Patientenwünsche scheinen realisierbar?

Parallel zu diesen ersten Überlegungen verlaufen eventuell notwendige Schmerzbehandlungen und Sofortmaßnahmen.

In einem Gespräch mit dem Patienten wird überlegt, was überhaupt machbar ist. Gaberthuel und Grunder ziehen zu diesem Gespräch noch einen weiteren, in ihrer Praxis beschäftigten Kollegen hinzu – außer der fachlichen Bereicherung sicher auch ein wirksamer Marketing-Aspekt. Die verschiedenen Therapiemöglichkeiten mit den entsprechenden groben Kostenvorgaben werden vorgestellt.

Provisorische Zielsetzung

Gemeinsam mit dem Patienten wird eine zunächst provisorische Zielsetzung definiert. Das angestrebte Behandlungsergebnis soll dabei möglichst genau festgelegt werden, zugleich muß dem Patienten aber auch klargemacht werden, daß der Verlauf der Behandlung eine Änderung des Vorgehens oder auch der angetriebenen Endsituation nötig machen kann. Das so festgestellte

Behandlungsziel und die geschätzten Kosten werden schriftlich niedergelegt und dem Patienten zugestellt.

Erst nach dieser Definition des Zieles folgen Planung und Ausführung der **Initialphase**. Sie umfaßt Extraktionen, Provisorien, Schienungen, Endodontie, Mundhygienefähigkeit, Einschleifen und Scaling/Rootplaning.

Zähne, die unrettbar sind, sollen extrahiert werden, es sei denn, sie können mittelfristig, ohne Schaden anzurichten, als kieferorthopädischer Anker oder zur Befestigung von Provisorien dienen.

Provisorien sollen in der Initialphase möglichst einfach sein (einfache Drahtklammerprothese), um einen möglichst weiten Behandlungsspielraum offenzulassen.

Schienungen sind indiziert bei beeinträchtigtem Kaukomfort des Patienten oder progressiver Zahnbeweglichkeit. Gaberthuel und Grunder empfehlen Adhäsivschienungen als Mittel der Wahl.

Bezüglich der Endodontie sollen in dieser Phase akute Endo-/PAR-Probleme behandelt sowie endodontische Behandlungen eingeleitet werden. Massive Kaustörungen oder okklusale Traumata werden vor parodontalen Maßnahmen durch Einschleiftherapie behandelt.

Die Herstellung der Mundhygienefähigkeit ist ein zentraler Punkt der Initialtherapie. Der Patient wird zunächst von einer Prophylaxe-Assistentin (mindestens zweimal eine Stunde, Arbeitsfeld nur supragingival), dann von einer Dentalhygienikerin betreut. Sie informieren den Patienten über die Zusammenhänge Mundhygiene/Plaque/Zahnstein/Gingivitis/Parodontitis, zeigen ihm seine Krankheitssymptome an Gingiva und Zahnhartsubstanz auf, entfernen Über-/Unterschüsse und stellen damit eine hygienefähige Basis her.

Die Instruktion zur Mundhygiene ist ein heikles Thema. Die Prophylaxe-Assistentinnen und Dentalhygienikerinnen

sind angewiesen, keine negativen Äußerungen über die bisherige Zahnpflege des Patienten zu machen, sondern vielmehr zu versuchen, bereits Erlerntes, die Technik des Patienten zu optimieren. Zur Anschauung und Motivation werden deshalb weniger Materialien als vielmehr der Patient selbst herangezogen.

Sind durch die Arbeit mit dem Patienten hygienische Mundverhältnisse erreicht, kann ein selektives Scaling und Rootplaning durchgeführt werden.

Therapiemodifikation nach Reevaluation

Zwölf Wochen nach Beendigung der Initialphase erfolgt die Reevaluation I. Ein erneuter Befund wird erhoben, der im Vergleich zum ersten schon wesentlich aussagekräftiger ist. Der Patient kann jetzt bezüglich seiner Motivation und Mitarbeit besser eingeschätzt und die Gewebereaktion kann beurteilt werden.

Nun wird die Formulierung der definitiven Zielsetzung möglich sein. In Zusammenarbeit mit dem Zahntechniker wird eine konkrete Rekonstruktionsplanung erstellt. Alle weiteren Behandlungsschritte sind stets im Hinblick auf das angestrebte Endprodukt zu beurteilen. Die Planung umfaßt endodontische und konservierende Maßnahmen, Provisorien, PAR-Therapie, Implantate, kieferorthopädische und kieferchirurgische Maßnahmen. Jeder Therapieschritt soll stets unter besonderer Berücksichtigung ästhetischer Aspekte erfolgen.

In der ersten korrektiven Therapie werden zunächst endodontische und konservierende Behandlungen durchgeführt. Wenn eine festsitzende Rekonstruktion geplant ist, empfehlen Gaberthuel und Grunder den Einsatz eines gehobenen Provisoriums, um funktionelle und ästhetische Möglichkeiten zu prüfen. Auch

Die Zahnarzt Woche 5/94

werden die PAR-Therapieschritte erleichtert. Sie umfassen zu diesem Zeitpunkt die Elimination noch vorhandener entzündeter Stellen und die Schaffung einer optimalen parodontalen Ausgangslage für die Rekonstruktion (Furkationstherapie, Kronenverlängerung, mukogingivale Therapie).

Mit dieser zweiten Reevaluation wird der Erfolg der durchgeführten Behandlungen der ersten korrektiven Phase überprüft. Die Situation wird erneut im Hinblick auf das geplante Endprodukt beurteilt. Falls nötig, wird eine revidierte Rekonstruktionsplanung erstellt. Aus ihr folgt logisch eine zweite korrektive Therapiephase. Hier sind im Normalfall auch implantologische Maßnahmen angesiedelt, nachdem in der korrektiven Therapie I Entzündungs- und Keimreduktion verbessert wurden. Wenn keine lokalen Entzündungen vorlagen, können Implantate wegen der langen Einheilungszeit auch schon in der korrektiven Therapie I gesetzt werden. Gaberthuel und Grunder arbeiten mit dem Branemark System, betonen aber, daß die Erfolgsquote des Behandlers entscheidend von seiner Erfahrung und nicht so sehr von der Benutzung eines bestimmten Implantatsystems abhängt.

Ob kieferorthopädische Maßnahmen notwendig sind, sollte möglichst früh abgeklärt, die Planung mit Hilfe eines Spezialisten durchgeführt werden. Kieferorthopädische Behandlungen dürfen ebenfalls erst nach der Beseitigung entzündlicher parodontaler Pro-

zesse einsetzen. Das gilt ebenso für größere kieferchirurgische Eingriffe, für deren Planung auch möglichst frühzeitig ein Spezialist zu Rate gezogen werden sollte.

Die PAR-Therapie in der korrektiven Therapie II umfaßt nun rein ästhetische Korrekturen wie Gingivaverlauf, Rezessionsdeckungen oder Zwischengliedaufgaben.

Beurteilung der Basis für die definitive Rekonstruktion

Im Rahmen einer dritten Reevaluation wird nach einer Retentions- bzw. Abheilungsphase nun die Basis für die definitive Rekonstruktion beurteilt. Ist die Ausgangslage noch nicht befriedigend, müssen zusätzliche korrektive Maßnahmen durchgeführt werden.

Alle bisherigen Behandlungsschritte wurden im Hinblick auf die anstehende Rekonstruktion durchgeführt, was die Anfertigung nun wesentlich vereinfacht. Der Zahntechniker konnte durch die Verwendung ästhetisch hochwertiger Provisorien bereits wertvolle Hinweise für seine Arbeit gewinnen.

Bereits bei der Behandlungsplanung wird der Patient auf die absolute Notwendigkeit eines regelmäßigen Recalls hingewiesen. Die Abstände sind individuell festzulegen. Das Recallprogramm soll orale, parodontale, dentale und rekonstruktive Parameter berücksichtigen. Nur so ist der Behandlungserfolg langfristig zu sichern.