

In Vorbereitung des 8. Brandenburgischen Zahnärztetages:

# Synopsis der Zahnheilkunde-

Behandlungskonzepte heute und morgen

Unsere beruflichen Vorfahren und so mancher ältere Kollege kennen es noch so: Keine Termine, die Patienten kommen in der Regel mit Schmerzen, man kann sich vor Patienten nicht retten und behandelt einen nach dem anderen. Das hatte sicherlich positive Seiten: Der Patient konnte – in der Regel – von einem akuten Problem befreit werden. Patient und Zahnarzt – auch wenn letzterer vielleicht am Ende des Tages geschafft war – waren zufrieden.

Manch ein Zahnarzt hat dennoch versucht, sein Verständnis von Zahngesundheit zu verwirklichen und war darin sicher mehr oder weniger erfolgreich. Es war – alles in allem – ein relativ gesunder Mikrokosmos. Zumindest wurde er von den meisten Beteiligten so verstanden.

Viel hat sich seither getan. Viele äußere Einflüsse haben die zahnärztliche Behandlung von Grund auf verändert: ein erweitertes Verständnis des Begriffes „Mundgesundheit“, die Fortschritte der Wissenschaft, höhere Komfortexpectationen der Bevölkerung, längere Lebenserwartung, und nicht zuletzt politische Einsichten – gute oder schlechte.

## Blick zurück

Was hat sich geändert? - Relativ wenig bei den gewohnten Techniken. Hier stehen uns in den kommenden Jahren voraussichtlich die entscheidenden Neuerungen noch bevor. Viel hat sich jedoch in der Denkweise geändert. Blicken wir noch einmal zurück: Wie ist die Behandlung ohne Konzept? Für den Patienten ist diese Vorgehensweise am einsichtigsten, befreit sie ihn doch in der Regel dann von einem Problem, wenn es ihm auch gewärtig ist. Vorausschauende Behandlung ist hier nur eingeschränkt möglich, eher punktuell und zufällig. Eine Beratung erfolgt zeitbedingt nur zufällig. Für den Zahnarzt ergibt sich das Problem, daß er jederzeit in der

Lage sein muß, unterschiedlich zeit- und materialaufwendige Behandlungen relativ kurzfristig durchführen zu müssen. Er ist gezwungen, eher zu schnellen und gegebenenfalls radikaleren Lösungen zu greifen, da sich lange Vorbehandlungszeiten in ein solches System schlecht integrieren lassen. Eher kostspielige und seltener vorkommende Behandlungen verbieten sich ebenso, da es nicht möglich sein wird, die hierfür nötigen Ressourcen jeweils vorzuhalten und spezifische Fertigkeiten zu erwerben.

Wir alle kennen Patienten, die einer anderen Therapie als der hier beschriebenen nicht zugänglich sind. Wir können zwar versuchen, sie auf den „Pfad der Tugend“ zu führen, doch wird dies nicht immer gelingen. Wichtig ist für uns, diese Patienten in dieser ihrer Einstellung zu erkennen und – falls alle Versuche zur Bekehrung fehlschlagen – auch zu akzeptieren. So kann es auch auf dieser Basis zu einem Arzt-Patientenverhältnis kommen, das eine dauerhafte – wenn auch häufig unterbrochene – Beziehung erlaubt.

Es kann natürlich auch passieren, daß der Patient zu der Einsicht kommt, daß er für sich einen anderen Zahnarzt braucht.

## Wem nutzen Konzepte?

Konzeptionelles Vorgehen nützt zunächst einmal dem Patienten: Die Chance, ursächlich therapiert zu wer-

den ist größer, die Chance, einen dauerhaften Behandlungserfolg zu erleben ist größer und die Chance, ein qualitativ höheres Behandlungsergebnis zu erhalten, nimmt ebenfalls zu. Der meßbare Nutzen besteht für den Patienten in einem längeren Erhalt seiner Zähne, Kiefer und übrigen Funktionsteile des Kauorgans und in der Vermeidung oder zumindest dem Hinausschieben möglicher Folgeerscheinungen von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen. Natürlich hat dies auch einen Preis: Es wird in der Regel ein höherer Zeit- und Kostenaufwand nötig sein.

Nutzt ein Konzept jedoch auch dem Zahnarzt? Sicher ist es ein Nutzen für den Arzt, wenn er zufriedene Patienten hat und damit die persönliche Bindung zwischen Arzt und Patient größer ist. Und sicher ist es auch befriedigender, ein hohes Niveau in seiner Arbeit zu halten. Aber auch der Arzt zahlt den Preis des höheren Aufwands, und zwar in jeder Beziehung: mehr Zeit für den einzelnen Patienten – in der Beratung und in der Behandlung, häufig größerer technischer Aufwand, mehr Fortbildung und mehr Investitionen. Und nicht immer ist die Entschädigung für den höheren Aufwand adäquat.

Wie wirkt sich ein konzeptionelles Vorgehen auf das Gesundheitssystem aus? Hier muß man insbesondere innerhalb der gesetzlichen Versicherungssysteme zu dem Schluß kom-



Um den Patienten gut beraten und damit sein Behandlungskonzept durchsetzen zu können, eignet sich die Atmosphäre einer Besprechungszone besser als der Behandlungsstuhl. (Fotos: Volker Döring)

men, daß konzeptionelles Vorgehen – sobald es einen gewissen Rahmen sprengt – nicht erwünscht ist. Beispiele hierfür gibt es viele: Denken Sie an die Durchschnittswerte der Krankenscheine, die man nicht überschreiten soll oder an die Prophylaxe oder Parodontaltherapie und vieles mehr. Dies bedeutet, daß sowohl Patient als auch Arzt einen hohen Überzeugungsgrad von der Richtigkeit ihres konzeptionellen Vorgehens benötigen, um über das gesetzlich vorgegebene Gesundheitssystem hinaus gute Medizin zu verwirklichen. Und wahr ist sicher auch, daß ein Behandlungskonzept nicht nur primär durch die in der Regel aufwendigeren Maßnahmen höhere Kosten verursacht, sondern daß auch der länger am Leben erhaltene Zahn über die restliche Zeit seines Daseins leicht höhere Kosten kumulieren kann als wenn er früh entfernt und ersetzt würde. Dies wird allerdings relativiert, wenn der Zahnlose später durch implantologisch-augmentative Maßnahmen die Vollbezahnung wieder herstellen will. Dabei muß hier auch der kritische Einwand kommen: Nicht jeder Aufwand ist sinnvoll und nicht jede erdenkliche Maßnahme, die sich z. B. auf die Erhaltung eines Zahnes bezieht, erlaubt ein vernünftiges Aufwand-Nutzen-Verhältnis.

## Welche Konzepte gibt es ?

### Das Basiskonzept der Behandlung

Bevor man mit der Diagnose beginnt, ist heute mehr denn je die Anamnese entscheidend. Hier erfährt man, was der Patient überhaupt vom Behandler will, ob für ihn eher kosmetische Punkte wichtig sind, funktionelle oder einfach nur eine Schmerzbeseitigung. Diese Wünsche muß man sich sehr gut merken, denn wenn der vermeintliche Schmerzpatient später ein regelmäßiger Patient wird, so wird er immer von den ersten Wünschen und Erlebnissen in der Praxis in seinem Verhalten beeinflusst. Es ist wichtig, sich darüber im Klaren zu sein, ob der Patient Einsicht in akute Behandlungsnotwendigkeiten, ob er das Bedürfnis nach einer Neuversorgung hat und ob er Einsichten in eine langfristige, prophylaktische Betreuung mitbringt (Tab. 1).

| <b>Anamnese</b>                                                                                                                                                                      |                                                      |                               |                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Patientenwünsche</b>                                                                                                                                                              | <b>„Zahnbefinden“</b>                                | <b>Aktuelle Entwicklungen</b> | <b>Soziokultureller Hintergrund</b>                                                      |
| Was will der Patient eigentlich?                                                                                                                                                     | Sieht der Patient Handlungsbedarf bei seinen Zähnen? | Hat der Patient Beschwerden?  | Wie wichtig ist für den Patienten die Zahngesundheit?<br>Was kann/was will er dafür tun? |
| <b>Spezifische Anamnesen (fakultativ):</b><br>z.B. Schmerzanamnese, Prophylaxeanamnese, implantologische Anamnese, Knochenanamnese, funktionsanalytische Anamnese, Ästhetik-Anamnese |                                                      |                               |                                                                                          |

Tab. 1

Jedem ist klar, daß jetzt eine sorgfältige Diagnostik kommen muß. Wie oft jedoch werden gerade jetzt Fehler begangen, die sich über die gesamte weitere Behandlung fortsetzen. Immer wieder muß man sich bewußt machen, welches große Spektrum an diagnostischen Möglichkeiten wir heute besitzen und daß die Qualität der späteren Versorgung nicht besser sein kann wie die Diagnostik. Man kann die Diagnostik grob in vier Stufen einteilen: 1. Die Schmerzdiagnostik, 2. die Standarddiagnostik, 3. die ausführliche Diagnostik und 4. die gezielte Spezialdiagnostik (siehe Tab. 2).

Mit den so gewonnenen Unterlagen kann man jetzt eine solide

ten in die Entscheidung miteinzubeziehen, ihn mit Hilfe von Informationsmaterial wie z.B. Fotos, Modellen, Handzeichnungen oder intraoraler Kamera, in die Lage zu versetzen, die Entscheidung mitzutragen.

Es gibt eine klassische Stufenleiter der Behandlung, die man als Richtschnur für alle Behandlungen nehmen kann. Sie beginnt und endet mit Prophylaxe (Tab. 3 - siehe nächste Seite).

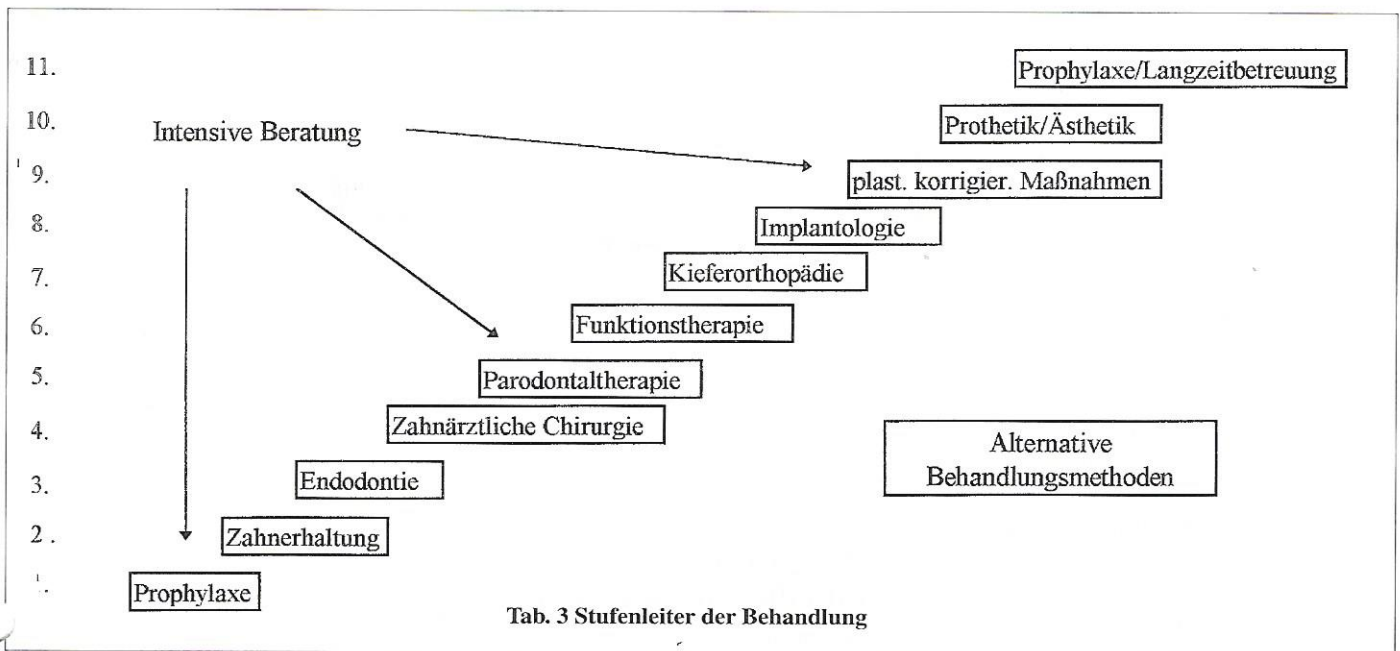
Natürlich werden nur die jeweils nötigen Teilgebiete durchgeführt, die Reihenfolge der Behandlungsschritte wird der hier gezeigten in der Regel entsprechen. Zu Beginn ist es jedoch erst einmal nötig, ein Konzept

| <b>Die vier Stufen der Diagnostik</b> |                            |                                      |                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Schmerzdiagnostik</b>              | <b>Standarddiagnostik</b>  | <b>ausführliche Diagnostik</b>       | <b>Spezifische Diagnostik</b>                                                                                                                                                                                                              |
| Inspektion                            | DMF-Diagnostik             | Mundhygienestatus                    | Parodontaluntersuchung<br>Klinische Funktionsanalyse<br>Apparative Funktionsanalyse<br>Implantatuntersuchung<br>gezieltes Röntgen: z.B. Bißflügel, Spezialaufnahmen des Schädels, Schichtaufnahmen, Gelenkaufnahmen, Kontrastaufnahmen ... |
| Perkussion                            | Parodontaldagnostik (grob) | manuelle Funktionsdiagnostik         | Krebsvorsorgeuntersuchung (Inspektion, Abstrich, PE)<br>Speicheltests, Pilznachweis<br>Materialprüfungen (Haut, Schleimhaut, Blut)<br>Fotodokumentation                                                                                    |
| Vitalitätsprobe                       | Schleimhautinspektion      | Beurteilung vorhandener Versorgungen |                                                                                                                                                                                                                                            |
| gezieltes Röntgen                     | Röntgenübersicht           | Vitalitätsproben<br>Modelldiagnostik |                                                                                                                                                                                                                                            |

Tab. 2

Behandlungsplanung durchführen. Fast immer wird es mehrere Möglichkeiten geben; wenn dies so ist, dann sollte man auch mindestens zwei Alternativen ausarbeiten und mit dem Patienten besprechen. Nicht selten werden es sogar mehr Alternativen sein. Wichtig ist es, den Patienten

zu entwickeln. Dieses kann nur individuell sein. Es dürfte kaum zwei identische Behandlungspläne geben. Demzufolge ist es sehr schwierig, die Patienten nach einem Schema weiterzubetreuen. Doch man kann die Stufenleiter (Tab. 3) zur Einteilung der Patienten nehmen und sie danach



klassifizieren, ob sie nur bis Stufe 2 eine Behandlung benötigen (der zahn- und parodontgesunde Patient) oder ob beispielsweise alle 10 Stufen durchlaufen werden müssen. Wichtig ist es, jede Stufe auch konsequent abzuschließen, bevor man mit der Behandlung fortfährt.

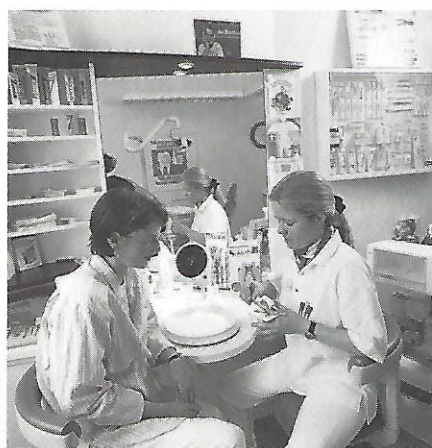
Innerhalb der Behandlungsstufen gibt es jeweils eine mehr oder weniger große Vielzahl von Behandlungsalternativen. Hier seien nur ein paar wenige Beispiele herausgegriffen:

### Zum Beispiel Zahnerhaltung:

Das Behandlungsspektrum reicht hier von der Amalgamfüllung über die Kunststofffüllung in Schichttechnik bis hin zu Gold- und Vollkeramikfüllungen. In Abhängigkeit vom Zerstörungsgrad der Zähne und dem Aufwand der Therapie wird man entweder sofort endgültig versorgen oder provisorische, gegebenenfalls auch langzeitprovisorische Lösungen anbieten. So ist beispielsweise bei aufwendigen Therapien zu empfehlen, bei einer zu erwartenden Überkappung generell eine provisorische Phase einzuhalten. Bei der Vielzahl der therapeutischen Möglichkeiten macht es durchaus Sinn, für die eigene Praxis ein Konzept auszuarbeiten, auch wenn man den Patienten umfassend beraten und ihm umfassend Alternativen anbieten will. Jeder Zahnarzt sollte für sich entscheiden, ob er aus irgendwelchen Überzeugun-

gen heraus bestimmte Behandlungen überhaupt nicht anbieten möchte. So zum Beispiel Amalgam wegen des Materials oder verblendete Inlays wegen der großen Reparaturhäufigkeit oder das zweiflächige Inlay am ersten Prämolaren wegen der problematischen Retentionsgewinnung. Für den Patienten ist es eher verwirrend, wenn ihm zu viele Möglichkeiten dargestellt werden. Schließlich erwartet er von uns Fachkompetenz, die er häufig mit dieser Frage abfordert: „Und was würden Sie tun?“.

### Zum Beispiel zahnärztliche Chirurgie:



Mit Prophylaxe sollte jedes Behandlungskonzept beginnen und enden. Mehr und mehr Praxen richten ihr Angebot zudem auf verstärkte professionelle Prophylaxe aus. Neben einer Zahnmedizinischen Prophylaxe sollte ein gut ausgestatteter Mundhygienebereich nicht fehlen.

Viele Wege gibt es heute, Zähnen auf chirurgischem Wege eine längere Lebensdauer zu verleihen: Wurzelspitzenresektionen, auch mit avancierten technischen Verfahren wie die bidirektionale Ultraschallaufbereitung unter dem Mikroskop oder regenerative Verfahren. Dieser Bereich stellt ein Musterbeispiel für den hohen Wert der klinischen Erfahrung dar. Trotz Sicherheit suggerierender modernster Methoden ist unbestritten die seriöse Prognose chirurgisch behandelter Zähne zum einen sehr schwierig, zum anderen aber auch extrem wichtig für den gesamten weiteren Behandlungsverlauf, wenn diese Zähne in eine Gesamtrehabilitation einbezogen werden. Hier wird auch die Bedeutung des fachlichen Austausches klar, die über die Präsentation neuer Operationsmethoden weit hinausgeht.

### Spezifische Behandlungskonzepte

Noch gar nicht erwähnt wurden alternative Behandlungsmethoden wie Hypnose, Kinesiologie, Akupunktur, die je nach Fortbildung des Behandlers weitere Bestandteile der Therapie werden können. Und damit sind wir beim letzten Therapiekonzept angelangt, dem behandlerbezogenen Konzept. Damit sind Konzepte gemeint, die an eine spezifische Ausbildung bzw. Fortbildung des Behandlers

gebunden sind, was langfristig immer zu einer Konzentration der Patienten führt, denen diese spezifische Therapie helfen kann.

Ein Konzept steht über allen diesen Schritten, das Konzept der durchgängig präventivorientierten Zahnmedizin. Ohne dieses Grundprinzip zahnärztlichen Tuns sind die meisten anderen Behandlungen nichts. Dies beinhaltet auch die Ernährungs- sowie Pflegeberatung.

In Abhängigkeit von der gestellten Diagnose kann man die jeweils zu verfolgende Behandlungsstrategie weiter verfeinern (**diagnosebezogenes Konzept**). Dabei werden die Patienten in drei Hauptkategorien eingeteilt in den:

1. nahezu vollbezahnte Patienten
2. Patienten mit Verlust von Stützzonen
3. parodontalerkrankten Patienten.

Manche bevorzugen **ergebnisorientierte Konzepte**. Hier sind das präventiv/konservative Konzept (Zahnerhaltung um jeden Preis), das prothetisch / rekonstruktive / funktionelle Konzept und das parodontal / zahnerhaltende Konzept zu nennen. Andere **Konzepte sind zahnarztbe-**

**zogen**, betreffen die Denkweisen, die Einstellung des Arztes:

- Konservativ/Gegenwart/Zukunftsbezogen
  - Materialbezogen
  - High Tech
  - Nischensuche
  - Fortschrittlich/Konservativ
- Und letztendlich ist die Vorgehensweise, das **Marketingkonzept** entscheidend:
- Problemorientiert – Prophylaktisch Kosmetisch
  - Einzelproblem / Gesamtproblematik

## Die Megatrends der Zahnheilkunde Konzepte der Zukunft

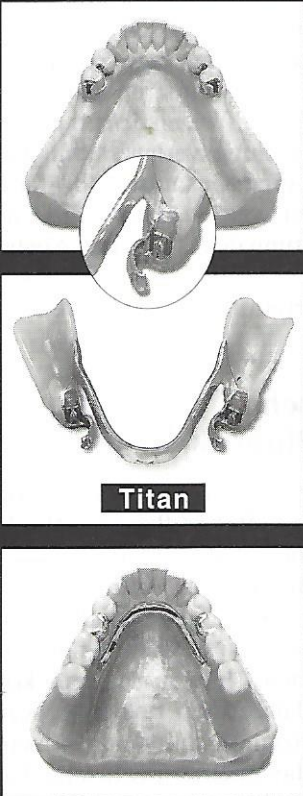
Auch die Zahnmedizin, die lange einen wissenschaftlichen Dornröschenschlaf führte, entwickelt sich nun rasant weiter. Und so muß man sich immer wieder fragen, in welche Richtung es weiter geht, wie man sich auf die kommenden Megatrends vorbereitet. Eines ist klar: Die herkömmliche zahnärztliche Tätigkeit wird sich verändern:

- Zahnheilkunde wird sich immer näher an die Allgemeinmedizin anbinden müssen, da sich immer mehr Behandlungsmaßnahmen eher biologischer denn technischer Lösungswege bedienen und somit mehr Patienten mit multifaktorieller Krankengeschichte in die Praxis kommen werden. Dies wird sich insbesondere in der an Bedeutung gewinnenden Gerontostomatologie zeigen. Dabei werden medikamentöse und molekularbiologische Behandlungsmethoden klassische Methoden verdrängen.
- Die Kariesprävalenz wird weiterhin und immer stärker abnehmen.
- Die Komplexität der Methoden und damit die Standards werden zunehmen. Insbesondere minimalinvasive Techniken werden verstärkt entwickelt werden und substanzschonendes Arbeiten ermöglichen.
- Biomaterialien werden zunehmend Behandlungsergebnisse ermöglichen, die zu einer restitutio ad integrum führen. Dies geht einher mit höheren Ansprüchen der Bevölkerung nach solchen Lösungen wie Gentechnologie, Restitutio ad integrum, Biomaterialien, mehr festsitzend.
- Der wissenschaftliche Umgang mit dem subjektiven Faktor der zahnmedizinischen Behandlung wird mehr und mehr in die Praxis Eingang finden (Compliance, Coping, Empowerment).

Schon aus dieser kurzen Betrachtung wird klar: Behandlungskonzepte sind nichts statisches. Sie unterliegen einer dynamischen Entwicklung. Der Fortschritt wird zwar durch die Wissenschaft vorgegeben, aber nur durch unsere Köpfe in der Praxis und bei jedem Patienten auf's neue realisiert. Beim 8. Brandenburgischen Zahnärztetag werden viele Konzepte und Problemlösungen für die tägliche Praxis vorgestellt werden. Eine kollegiale Diskussion ist wünschenswert.

**Dr. Dr. Peter A. Ehrl**

Wissenschaftlicher Leiter des 8. Brandenburgischen Zahnärztetages



**Statt Gold**

**Biokompatibler Zahnersatz**

lotfrei aus  
Cr Co Mo  
oder Titan

- steuerbare Friktion
- grazile Ausführung
- perfekte Passform

*Deutsche Qualität*

- kostengünstig
- mit SAE Funkenerosion

**Titan**



Rübeling + Klar Dental Labor  
12681 Berlin  
Telefon: 030 / 549934-0  
Telefax: 030 / 549934-111  
E-Mail: ruebeling\_und\_klar\_dentallabor@t-online.de  
Internet: <http://www.ruebeling.globaldent.com>

**Fordern Sie Info an!**