



Prof. Dr. Karl-Heinz Utz

## Evidenz in der zahnärztlichen Planung?

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Sanierungsplanungen resultieren – beim gleichen Patienten von verschiedenen Zahnärzten ausgeführt – in z.T. stark voneinander abweichenden Ergebnissen. Diese Situation ist in Zeiten einer angestrebten Evidenz-basierten Zahnheilkunde ein wunder Punkt.

Die Ausgangslage unserer Patienten ist völlig unterschiedlich: Schmerzen im Kausystem, Unterkiefer-Fehlfunktion, Attachmentverlust, chronische Parodontitis unterschiedlichen Schweregrades, Periimplantitis, Rezessionen, fehlende attached Gingiva, Zahnlücken, kariöse-, endodontisch infizierte-, gekippte-, stark elongierte-, gelockerte-, frakturierte-, ungünstig platzierte-, retinierte- und/oder verfärbte Zähne, Wurzelreste, Defekte des zahnlosen Kieferkamms, Abweichungen der Okklusionsebene oder/und der Inzisalkantenlinie, sekundäre Unterkiefer-Verlagerungen und/oder ausgeprägte Abrasionen/Erosionen/Abfraktionen, um nur einige Beispiele zu nennen. Der Behandler steht daher fast immer vor sehr komplexen Aufgaben und höchst individuellen Anforderungen. Im Verlauf der Planung ist ja nicht nur für jeden Zahn separat zu entscheiden, ob er gesund ist bzw. auf einfache Weise erhalten werden kann (gleichbedeutend mit voraussichtlich langem Überleben) oder sicher entfernt werden sollte (= hoffnungslos, „rational nicht zu erhalten“), sondern es sind auch diejenigen Zähne zu klassifizieren, deren Zustand man für fraglich hält. Darüber hinaus müssen noch weitere Aspekte berücksichtigt werden, z.B. die vermutliche Mitarbeit des Patienten, seine allgemeine Gesundheit, das Alter, seine Belastungsfähigkeit und die finanziellen Gegebenheiten. Nicht zuletzt spielen auch die Fähigkeiten und die Bereitschaft des Behandlers (*Heners et al., pers. Mitt., Fortbildungskurs Karlsruhe 2002*) eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Bereits der oftmals erste Schritt – die Zuteilung jedes einzelnen Zahnes in die drei „Erhaltungsklassen“ – stellt eine individuelle prognostische Bewertung dar, die insbesondere bei fraglichen Zähnen im Detail nur schwer einzuschätzen ist [3–6].

Ist Zahnersatz für die Therapie notwendig, spielen nicht nur die Überlebensraten der einzelnen Behandlungsoptionen eine Rolle. Patienten [2], Krankenkassen und Gerichte fordern – und das ist sicher unstrittig – die Aufklärung über alternative Behandlungsmöglichkeiten. Auch wenn die Beratung des Behandlers unzweifelhaft eine Schlüsselfunktion darstellt: Vor allem ästhetische und finanzielle Gegebenheiten – also der Pa-

tient selbst – entscheiden letztendlich über die Art des einzugliedernden Zahnersatzes.

Die beschriebenen Überlegungen zeigen deutlich, dass es im Detail schwierig sein wird, den Prozess der Planung insgesamt Evidenz-basiert zu gestalten, denn neben individuellen Bewertungen handelt es sich großenteils um die Einschätzung zukünftiger Entwicklungen, die nun einmal nicht sicher vorauszusehen sind.

Daher kann es bei der zahnärztlichen Sanierungsplanung nur darum gehen, mit strukturiertem und systematischem Vorgehen Behandlungsvorschläge zu erarbeiten und zu dokumentieren, die für Dritte nachvollziehbar sind (*Heners*). Darüber hinaus sollte man sicher besonderen Wert darauf legen, die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien in den Planungsablauf einzubeziehen, wohl wissend, dass diese im individuellen Fall auch nur eine begrenzte Aussagekraft haben können.

Die Basis für eine gelungene Planung bilden eine fundierte Anamnese, eine professionelle extra-(Funktions)screening und intraorale Befunderhebung mit ausführlichem dentalen und parodontalen Befund (PSI, Attachmentverlust) sowie eine Röntgenuntersuchung (wenn indiziert). Bei der Notwendigkeit, Zahnersatz einzugliedern, sind zusätzlich montierte Modelle sinnvoll. Es ist von Bedeutung, sich zunächst ohne den Patienten, mit Ruhe und Zeit der individuellen und alternativen Planung zu widmen, bevor man dem Patienten in einer zweiten Sitzung „partizipatorisch“ [1] die Ergebnisse darlegt (Aufklärungssitzung). Bei dieser Gelegenheit können Befunde erweitert oder nachgeholt (z.B. unklare Sondierungstiefen, Sensibilität, Lachlinie u.a.) und hin und wieder weitere Überlegungen in den Behandlungsplan einbezogen werden.

Schwierigere Fälle erfordern nach Abschluss der Vorbehandlung eine Reevaluation mit einer Nachbefundung mit der Fragestellung, ob die ursprüngliche Planung optimiert werden muss [7].

Leider steht die derzeitige Honorierung oft in keinem angemessenen Verhältnis zu der bei der Planung erforderlichen Sorgfalt, die die Grundlage zu jeder erfolgreichen Behandlung ist.

Ihr  


Prof. Dr. Karl-Heinz Utz

### Literatur

1. Antes G, Türp JC: Partizipatorische Entscheidungsfindung? Dtsch Zahnärztl Z 2012;67:657–676
2. Bückmann B: Gesunde Zähne. Vorsorge, Behandlung, Kosten. Stiftung Warrentest, Berlin 2010
3. McGuire MK: Prognosis versus actual outcome: A long-term survey of 100 treated periodontal patients under maintenance care. J Periodontol 1991;62:51–58
4. McGuire MK: Prognosis vs outcome: Predicting tooth survival. Compendium 2000;21:217–230
5. McGuire MK, Nunn ME: Prognosis versus actual outcome. II. The effectiveness of clinical parameters in developing an accurate prognosis. J Periodontol 1996;67:658–665
6. McGuire MK, Nunn ME: Prognosis versus actual outcome. III. The effectiveness of clinical parameters in accurately predicting tooth survival. J Periodontol 1996;67:666–674
7. Schlagenhauf U: Parodontal hoffnungslose Zähne – stimmen die alten Konzepte noch? Dtsch Zahnärztl Z 2013;68:405–410



*Besinnliche*  
**WEIHNACHTEN**

Wir wünschen Ihnen eine schöne Weihnachtszeit  
und freuen uns auf ein ideenreiches Jahr 2015.