

## DENTISTA FOKUS

# HERAUSNEHMBARE PROTHETIK

Herausnehmbarer Zahnersatz ist Schnee von gestern? Keinesfalls! Neue Materialien und Techniken bieten viele Möglichkeiten, um Funktionalität, Ästhetik und Komfort herausnehmbarer Prothetik signifikant zu verbessern. Die Prothese von heute, implantat- oder zahngetragen, hat nur noch wenig mit der Totalen im Wasserglas auf dem Nachttisch unserer Großeltern gemein. Trotzdem sind auch die psychischen Aspekte für den Patienten nicht außer Acht zu lassen. Mit diesem Thema starten wir in den Fokus dieser Ausgabe. Die Liste an Beiträgen ist lang und umfasst das gesamte Spektrum herausnehmbarer Prothetik. Lesen Sie aufmerksam, informieren Sie sich. Was hat Ihnen gefallen? Was haben Sie vermisst? Schreiben Sie uns Ihr Feedback, wir sind gespannt!



Ihre  
Dr. Kristin Ladetzkı  
Chefredakteurin  
E-Mail: ladetzkı@quintessenz.de

## Psychologische Aspekte herausnehmbarer Prothetik

**Die Erwartung, einen Patienten mittels eines schönen Zahnersatzes so rehabilitieren zu können, dass die Funktion wiederhergestellt und der Zahnverlust nahezu unsichtbar ist, ist ein positiver und erfreulicher Aspekt der zahnärztlichen Behandlung. Für die Patienten hingegen bedeutet Prothetik meist den vorangegangenen Verlust eigener Zähne.**

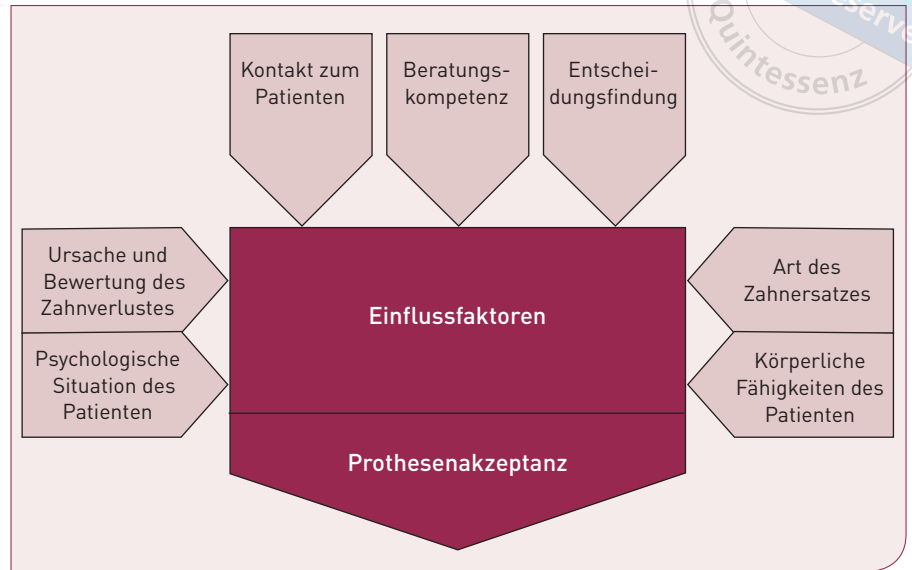
Ursache und Bewertung des Zahnverlusts durch den Patienten stellen einen nicht zu unterschätzenden Einflussfaktor für die prothetische Versorgung dar. Bei Patienten mittleren oder höheren Alters wird der erste Zahnverlust häufig mit dem Beginn des Alterns assoziiert. Wenn dann die Lücke nicht mehr durch festsitzenden Zahnersatz zu schließen ist, werden zusätzlich Kindheitsbilder von Gläsern mit Prothesen der Groß-

eltern wachgerufen. Die Entscheidung, einem Zahnersatz zuzustimmen, hat daher zumindest zum Teil etwas mit der Akzeptanz des Älterwerdens zu tun. Nicht jedem Patienten fällt dieser Schritt leicht.

Insgesamt stellt die psychologische Ausgangssituation des Patienten einen wichtigen Einflussfaktor für die prothetische Versorgung dar. Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Einflussfaktoren. Je besser die psychologische Gesamtsituation des Patienten ist, desto wahrscheinlicher wird er sich auch an eine neue Prothese gewöhnen. Eine schwierige psychische Situation begünstigt hingegen nach Marxkors und Müller-Fahlbusch die Entwicklung einer somatoformen Prothesenunverträglichkeit<sup>1</sup>. Eine herausnehmbare Prothese erfordert nach Wolowski, dass Kauen,

Sprechen und die oralen Reflexmuster neu erlernt werden müssen<sup>2</sup>. Dabei erfolgt die Adaptation gemäß Langen in drei Schritten<sup>3</sup>:

- **Reizstadium:** Die Prothese wird als Fremdkörper wahrgenommen. Der Speichelfluss ist erhöht, Sprechen und Kauen sind z. T. beeinträchtigt. Selten tritt auch Würgereiz auf.
- **Partielle Drosselung der Störreize:** Die Funktionen normalisieren sich, teilweise wird das Fremdkörpergefühl schon „vergessen“.
- **Vollständige Drosselung der Störreize:** Die Prothese wird nur noch beim Einsetzen und Herausnehmen und in besonderen Situationen bewusst wahrgenommen. Der Patient hat sich an die Prothese adaptiert (üblicher Zeitraum: zwei Wochen)<sup>3</sup>.



**Abb. 1** Überblick über wesentliche Faktoren, die das Eingliedern von herausnehmbarem Zahnersatz beeinflussen. Dabei wird vorausgesetzt, dass der Patient in einem altersgemäß guten Allgemeinzustand ist.

Je stärker die psychische Gesamtbelastung des Patienten ist, desto weniger Kapazität besteht für diesen Lernvorgang und desto langsamer erfolgt die Adaptation: Bei aktuell schwieriger psychischer Situation des Patienten kann es durchaus sinnvoll sein, eine prothetische Neuversorgung zu verschieben.

Für die Vorbereitung auf die Protheseneingliederung sind guter Patientenkontakt und hohe Beratungskompetenz wichtige Voraussetzungen: Je besser und vertrauensvoller der Kontakt ist, desto eher wird der Patient den Inhalten der Beratung Glauben schenken. Auch erhält der Behandler nur dann die wesentlichen Informationen über die psychische Gesamtsituation des Patienten und kann sich so in der Beratung adäquat auf ihn einstellen. Gute Beratung erfordert in einer patientengerechten Sprache:

- Informationen über die medizinischen Aspekte, insbesondere über die Vorteile, Risiken und Alternativen,
- Informationen über die wirtschaftlichen Aspekte sowie
- die Darlegung von individuellem Aufwand und Nutzen des Patienten durch die Versorgung.

Je präziser beraten wird, desto besser kann anschließend die heutzutage geforderte partizipative Entscheidungsfindung erfolgen (PEF oder SDM, Shared Decision Making). Hierbei wird – gemeinsam mit dem Patienten – die Versorgung unter Berücksichtigung seiner individuell optimalen Kosten-Nutzen-Relation ausgewählt.

Geringe psychische Belastung und Therapietreue sind in der Prothetik wichtige Faktoren. Härter et al. konnten zeigen, dass onkologische Patienten, die umfassend beraten wurden und ihre Entscheidung mittels partizipativer Entscheidungsfindung getroffen hatten, weniger Ängste und Depressionen zeigten<sup>4</sup>. Auch konnte gezeigt werden, dass die Therapietreue von Patienten nach derartigen Entscheidungen deutlich besser ist.

Die optimale Vorbereitung einer Eingliederung beschreibt dabei bereits in der Beratungsphase in positiven Formulierungen den typischen Vorgang der Eingewöhnung. Während der Adaptationsphase werden dann sowohl Fortschritte als auch typische Schwierigkeiten dem normalen Eingewöhnungsprozess zugeordnet. Dann ist im Verlauf von zwei bis drei Wochen mit der Adaptation zu rechnen.

## Literatur

1. Marxkors R, Müller-Fahlbusch H. Psychogene Prothesenunverträglichkeit – ein nervenärztliches Consilium für den Zahnarzt. München: Hanser, 1976.
2. Wolowski A. Psychogene Prothesenunverträglichkeit. In: Wolowski A, Demmel HJ. Psychosomatische Medizin und Psychologie für Zahnmediziner. Stuttgart: Schattauer, 2010.
3. Langen D. Psychosomatische Aspekte beim Einfügen von Zahnersatz. Praxis der Zahnheilkunde. München: Urban & Schwarzenberg, 1969.
4. Härter M, Buchholz A, Nicolai J et al. Shared decision making and the use of decision aids—a cluster-randomized study on the efficacy of a training in an oncology setting. Dtsch Arztebl Int 2015;112: 672–679.



**Dr. Anke Handrock**  
Coaching & Training, Berlin  
E-Mail: info@handrock.de