

Implantatchirurgie zur Verbesserung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität während einer palliativmedizinischen Versorgung – ein Fallbericht

J. Jackowski, K. Benz, P. Dirsch

Abteilung für Zahnärztliche Chirurgie und Poliklinische Ambulanz
 Department für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
 Fakultät für Gesundheit
 Universität Witten/Herdecke
 Alfred-Herrhausen-Str. 45
 58455 Witten

Bei keinem der mitwirkenden Autoren besteht ein Interessenkonflikt.

Fallbericht:

Ein 71-jähriger Patient mit multifokalem hepatozellulärem Karzinom stellte sich mit einer fehlenden Haftung seines totalen Oberkieferzahnersatzes vor. Alle Behandlungsmaßnahmen durch den Hauszahnarzt mit zahntechnischen Modifikationen an der Totalprothese und der Einsatz von Hafthilfen konnten die Funktionsfähigkeit nicht verbessern. Bei der klinischen Untersuchung zeigte sich eine physiologische Salivation und ein abgeflachtes Vestibulum im gesamten Oberkieferbereich. Der Patient beklagte eine extrem belastende Lebensqualitätsminderung aufgrund seiner intraoralen Situation und bat deswegen um eine Implantat-vermittelte Rehabilitation zur Verbesserung der oralen Lebensqualität.

Zwischen dem **20.08.2015** und dem **28.09.2015** wurden in mehrstündigen Gesprächen mit dem Patienten – auf seinen Wunsch ohne Anwesenheit von Familienmitgliedern - ausführlich alle konventionellen und Implantat - chirurgischen Therapieoptionen diskutiert. Im Vordergrund aller Überlegungen stand dabei insbesondere die noch zu erwartende Lebenszeit. Auf der Grundlage einer präoperativen dentalen digitalen volumetomographischen Untersuchung konnte im anterioren Oberkieferbereich ein ausreichend dimensioniertes Knochenlager zur Insertion von Implantatkörpern identifiziert werden. Am **26.10.2015** wurden vier Implantate (iSy 3,8 x 9 mm, Camlog, Basel, Schweiz) in regio 12, 14, 22 und 24 komplikationslos eingebracht, die am **18.12.2015** über Locatoren die Funktionsfähigkeit der vorhandenen, modifizierten Oberkiefertotalprothese gewährleisten konnten. Am **16.01.2016** verstarb der Patient an den Folgen seiner Tumor-Erkrankung.

Diagnosen:

- multifokales hepatozelluläres Karzinom in zirrhotisch-veränderter Leber
- arterielle Hypertonie
- Arrhythmie bei Vorhofflimmern
- Herzinsuffizienz NYHA II
- Hemispasmus facialis links

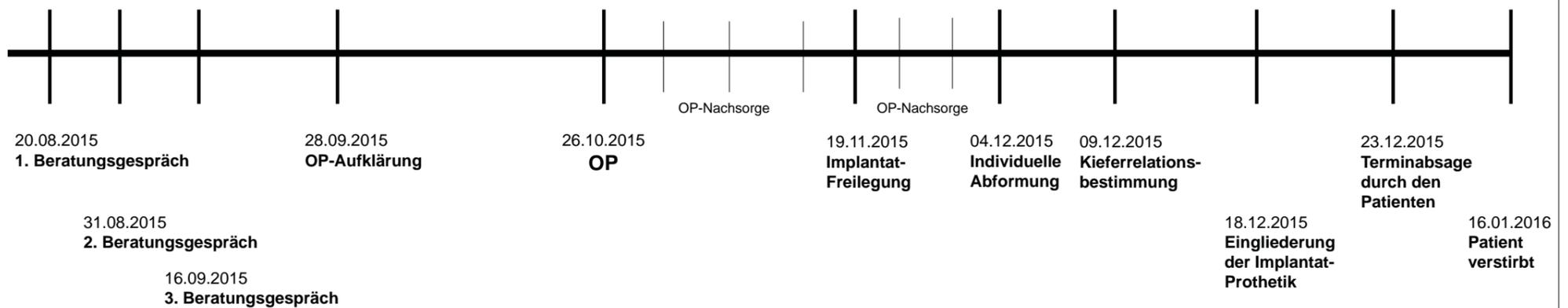
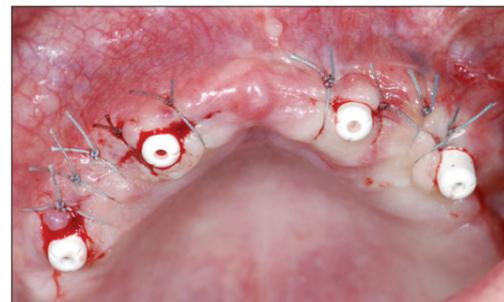
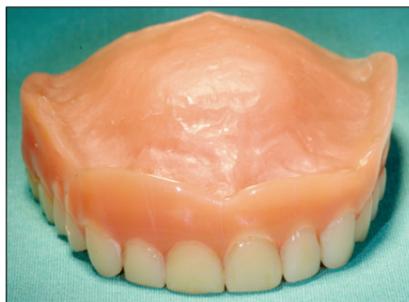
Therapien:

- seit 2014 intraarterielle Chemoembolisation mit Doxorubicin
- Antikoagulation mit Marcumar®
- Injektion von Botulinumtoxin und mikro-neurochirurgische Dekompression nach Jannetta (2011)

Radiologische Diagnose 2014:

MRT Abdomen nativ und mit Kontrastmittel ohne Größenprogress der Leberherde

Therapieverlauf:



Diskussion:

Die ärztliche Indikation ist Ausdruck ärztlicher Fürsorge (Dörner, 2001). Sie drückt das Patientenwohl aus, so wie es sich aus Sicht des Arztes darstellt. Letztendlich entscheidet jedoch der Patient, ob die vom Arzt angebotene Maßnahme durchgeführt wird. Aus der Autonomie und dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten folgt, dass der Patient eine aus ärztlicher Sicht indizierte Maßnahme auch ablehnen kann. Umgekehrt ist der Arzt nicht verpflichtet, eine vom Patienten gewünschte, in seinen Augen aber nicht indizierte Maßnahme durchzuführen.

Die rechtliche Grundlage hierfür bildet in Deutschland das Patientenrechtegesetz, das die Pflichten der Vertragspartner in den §§ 630a ff. definiert. Es gibt unter anderem vor, dass Arzt und Patient zur Durchführung der Therapie zusammenwirken sollen.

Der vorliegende Fall zeigt das außergewöhnliche Spannungsfeld, in dem sich Patienten und Therapeuten gleichermaßen bewegen. Komplexe Therapiestrategien sollten den Vorgaben der Palliativmedizin folgend vermieden werden. Dennoch ist die Planung hochindividuell und ganz entscheidend von den physischen und kognitiven Einschränkungen sowie dem Wunsch des Patienten und gegebenenfalls seiner Familie abhängig (WHO, 2007).

Nach den vier grundlegenden Handlungsprinzipien **Autonomie** (Respekt und Achtung des Patienten), **Gerechtigkeit** (Gleichbehandlung), **Benefizienz** (Abwägen von potentielltem Nutzen zu möglichem Schaden) und **Non-Malefizienz** (grundsätzliche Verpflichtung zur Schadensvermeidung) wurde die dargestellte Implantat-chirurgische Therapie nach sorgfältigem Abwägen aller gemeinsamer Überlegungen durchgeführt (Müller-Busch und Aulbert, 2008).

Literatur:

1. Dörner, K. (2001): Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundlagen. Stuttgart / New York, Schattauer. S. 245-47.
2. WHO. (2007): „WHO Definition of Palliative Care.“ <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (zuletzt geöffnet: 02.05.2016)
3. Müller-Busch, H.C., Aulbert, E. (2008): Ethische Probleme in der Lebensendphase. In: Aulbert, E., Nauck, F., Radbruch, L. (Hrsg): Lehrbuch der Palliativmedizin. 2. Auflage, Schattauer, Stuttgart / New York, S. 46-63.