

Peter Hünnebeck

Ein- und Ausgliederungshilfen am abnehmbaren Zahnersatz für gebrechliche Senioren

Nach Eingliederung einer neuen Zahnprothese klagen Patienten über Probleme vornehmlich beim Herausnehmen der Prothese. Hier ist der Zahnarzt und/oder das zahntechnische Labor zur Nachbesserung verpflichtet. Der Gedanke, in dieser Situation den Mehraufwand abrechnen zu wollen, wird aus vielen guten Gründen verworfen. Die Problematik ist entschärft, wenn in der Planungsphase einer Prothesenversorgung die Einschätzung der Feinmotorik des Patienten und dessen Lebensumstände berücksichtigt sind. Es können dann zusätzliche Ein- und Ausgliederungshilfen für die Neuversorgung geplant werden.

Einleitung

Mit einer guten prothetischen Versorgung sollen eine möglichst unsichtbare Verbindung zum Restzahnbestand erreicht und die verloren gegangenen Strukturen des Alveolarkammes sowie der Zähne in ihrer Natürlichkeit wiederhergestellt werden.

Das Tragen einer Zahnprothese ist für junge und jung gebliebene Patienten wichtig und von verschiedensten Emotionen begleitet, sodass die Funktionsteile einer Versorgung intensiv hinterfragt werden:

- Sind die Klammern sichtbar?
- Beschädigen diese meine eigenen Zähne oder reiben sie mir die Wange auf?
- Kann man damit bedenkenlos lachen?
- Hat man eventuell Sprachprobleme aufgrund der Gaumenplatte oder des Unterzungenbügels?
- Gibt es geschmackliche Einschränkungen durch die Ausdehnung der Versorgung?
- Stellt man Ekel vor der eigenen Prothese fest?
- Kann die „Länge“ der Prothese Brechreiz hervorrufen?

Die eingespielten Standardverfahren in einer Praxis, geprägt von den Vorgaben der Krankenkassen und der Gutachterrichtlinien, nehmen dabei wenig Rücksicht auf die manuelle und kog-

nitiv Geschicklichkeit des Patienten. Kombinationsprothesen können beim Aus- und Eingliedern die Geschicklichkeit des Patienten schnell überfordern. Bei folgenden Erkrankungen ist die Planung von Ein- und Ausgliederungshilfen vorausschauend zu berücksichtigen:

- Demenz
- Alzheimer
- Hypertonus, Spasmus der Kaumuskulatur
- Obstruktive Atemwegserkrankungen und Schluckstörungen
- dauernde Unterstützung Hilfsbedürftiger bei der Zahn- und Mundpflege
- Patienten mit reduziertem Sehvermögen, korrigiert und nicht korrigiert
- Patienten mit geringer Lernbereitschaft oder Anpassungsfähigkeit

Die derzeitigen Empfehlungen der Alterszahnmedizin zielen bei motorischen und geistigen Beeinträchtigungen auf einen einfachen Zahnersatz im Sinne einer Klammerprothese ab. Eine Prothesenkonstruktion kann bei unsachgemäßer Anwendung durch die Klammern eventuell Weichteilverletzungen wie Stich- und Quetschwunden verursachen. Zudem ist es eine Versorgungsform, die – siehe Aufzählung oben – viel Überzeugungsarbeit braucht und auch im Alltagsleben des Patienten große Probleme bereiten



Abb. 1 Materialbeispiele Oral B® Superfloss® (Procter & Gamble Service GmbH, Schwalbach am Taunus) und elmex® multi-floss (CP GABA GmbH, Hamburg).



Abb. 2 Ausgliedern mit interdental eingeführter Zahnseide in der Praxis.



Abb. 3 Zahnersatzheber® von Helmut Zepf, Medizintechnik GmbH, Seitingen-Oberflacht (mit freundlicher Genehmigung von Zepf Dental).

kann. Hingegen stellt eine Überkronung einzelner oder aller Restzähne zur Herstellung eines leicht ein- und ausgleitenden Zahnersatzes den Zahnarzt durch die Lebenssituation des Patienten (krankheitsbedingt wie wirtschaftlich) mitunter vor unlösbare Aufgaben. Mit dem vorausschauend geplanten Einsatz von Ein- und Ausgliederungshilfen können die Möglichkeiten des modernen Zahnersatzes besser ausgenutzt werden. Verschiedene Griffhilfen, die durch Patienten angenommen sind, werden hier als Planungsbeispiele vorgestellt.

Prothese ausgliedern mit Zahnseide

In der Praxis benutzen wir gerne Interdentalseide (Abb. 1) mit einem verstärkten Teil als Fädelhilfe, die interdental eingeführt und verknotet mit zusätzlichem Abzugsgewichten versehen wird (z. B. Arm des Patienten) und somit das Ausruckeln der Arbeit erleichtert (Abb. 2). Dies stellt eine Lösung mit hohem Schulungs- und Übungsbedarf dar, weshalb sie in der häuslichen Pflege selten anwendbar ist.

Ausgliedern mit Zahnersatzheber® nach Wietzörke

Dieser wird im Interdentalraum ange-setzt. Über die Knopfverdickung gibt er dem Benutzer ein sicheres Gefühl beim Abziehen. Beliebte ist er auch in der Praxis zum Aushebeln von Provisorien (Abb. 3).

Dentolifter® nach Dr. Johnki

Der Dentofilter® setzt am Sattelkunststoff an. Eine entsprechende Einrastkerbe wird am Prothesenrand eingeschlif-fen. Sie sollte nah am Verbindungselement liegen, um keine zu großen Hebel- statt Abzugskräfte zu entwickeln. Das Design, das mit variablen Griffformen angeboten wird, zielt auf den Gebrauch in häuslicher Umgebung ab (Abb. 4).

Die umgearbeitete Zahnprothesenbürste als Griffhilfe

Die derzeit am Markt erhältlichen Zahnprothesenbürsten besitzen einen kräftigeren Griff, in den der Techniker leicht eine Abzugshilfe einschleifen kann (Abb. 5).

Die Griffrihle

Der Einschliff in Höhe der Zahnhäse stellt gerade bei nachlassender Feinmotorik noch eine gute Ausgliederungshilfe dar und ist mit dem geringsten Aufwand verbunden (Abb. 6).

Eingearbeiteter Metallknopf und aufgetragene Griffhilfe

Ein Knopfanker als Abzugshilfe ist wohl die eleganteste Art das Lösen der Prothese aus den Verbindungselementen zu steuern. Die Knöpfchen können direkt benachbart an Geschiebeteilen gestaltet werden und werden auch von Junggebliebenen als Hilfe angenommen (Abb. 7).



Abb. 4 Dr. Johnki Dentolifter® (mit freundlicher Genehmigung von Dr. Johnki, Borken).



Abb. 5 Umgearbeitete Zahnprothesenbürste.



Abb. 6 Prothese mit Griffrihle.



Abb. 7 Cover-Denture-Prothese mit Griffknöpfen Regio 24, 25.



Abb. 8 Modellguss mit Koni: Griffhilfe aufgebracht mit klarem Kunststoff.



Abb. 9 Hakenschlüssel.

Kunststoff vestibulär überhöhen

Mit dieser breiten Griffkante kann auch der Patient mit schwachen Händen noch ausreichend Kraft aufbringen, um die Prothese zum Reinigen auszugliedern (Abb. 8).

Sofortprothese mit Hakenschlüssel

Für diese Patientin war es unvorstellbar eine sichtbare Klammer auch nur vorübergehend tragen zu müssen. Eine dankbar angenommene Weiter-

entwicklung aus den vorgestellten Möglichkeiten ist der Hakenschlüssel für eine Einzahnprothese mit palatinalen Halteelementen (Abb. 9).

Mit dem Eingliedern einer Prothese muss auch eine Einweisung in die Pflege verbunden sein sowie das Üben des Ein- und Ausgliederns der Versorgung. Bei fortgeschrittenem Alter der Patienten sind dafür ein höherer Zeitbedarf vorzusehen und neben den Hilfsmitteln zur Reinigung auch die möglichen Ein- und Ausgliederungshilfen vorzustellen. Ein laminiertes Pflegeplan im Bad in Spiegelnähe hat

sich bewährt und ist auch für den Pfleger eine gute Hilfe.

Für die Anwendung von flexiblen Nylonprothesen, die speziell mit dem Hinweis auf leichteres Ein- und Ausgliedern beworben werden, fehlen dem Autor Erfahrungswerte und sind derzeit (Stand April 2016; 16. KZV Bereich Hessen) keine Kassenleistung.

Abrechnungshinweise

Im Rahmen der GKV besteht bei der Neuanfertigung kein Honoraranspruch

Tab. 1 Abrechnung von Neuanfertigungen.

Lösungshilfe	GKV	Labor	PKV	Labor
Griffrielle Prothesenrandwelle	–	–	Steigerung	– Praxisshop-Heber
Metallknopf bukkal	–	BEL 380 0	analog	BEB + Mat.
Klarsichtkunststoffauftrag	–	Mat.	analog	Mat.

Tab. 2 Abrechnung von Nachbearbeitungen bei veränderter Lebenssituation.

Lösungshilfe	GKV	Labor	PKV	Labor
Griffrielle	–	–	Steigerung	–
Metallknopf bukkal	100a	BEL 380 0	5250	BEB + Mat.
Klarsichtkunststoffauftrag	–	Mat.	5250	Mat.

seitens des Zahnarztes. Das Labor rechnet nach BEL-Nr. 380 0 gebogene Lösungshilfe für Kombinationszahnersatz ab. Für eine nachträgliche Einarbeitung steht dem Zahnarzt eine Abrechnung als Rep. kleineren Umfang Bema 100a zu.

Im Rahmen der GOZ empfiehlt sich eine entsprechende Steigerung oder analoge Abrechnung für den Behandler. Die Laborleistung werden nach BEB berechnet. Die Abgabe der Hilfsmittel ist über den Praxisshop in Rechnung zu stellen (Tab. 1 und 2).

Autor

Peter Hünnebeck

Zahnarzt

Nerotal 6

65193 Wiesbaden

E-Mail: huennebeck@wiesbadent.de

