

Befundblatt zur Befunddokumentation und prothetischen Therapiefindung

von *Michael Heners* und *Winfried Walther*, Karlsruhe

Zu Beginn jeder ärztlichen Maßnahme steht die Aufnahme des Befundes. Der Befundaufnahme kommt innerhalb des Regelkreises, der die ärztliche Arbeit steuert, die Bedeutung eines Meßfühlers zu (Abb. 1). Dieser Zusammenhang ist schon früher dargestellt worden [2]. Der Befund, der die Therapiebedürftigkeit des Patienten ausdrückt, muß aus verschiedenen Gründen dokumentiert werden:

1. Die vertragliche Verpflichtung zur Befunddokumentation muß erfüllt werden.
2. Der dokumentierte Befund stellt die Unterlage zu einer systematischen Therapiefindung dar.
3. Der Ausgangsbefund muß aus forensischen Gründen dokumentiert werden.

Da durch die Erhebung eines zahnärztlichen Befundes eine große Anzahl von Einzelinformationen gefunden werden, stehen dem Zahnarzt vorbereitete Schemata zur Verfügung wie z. B. das Befundzahnschema auf dem Krankenschein, die ihm das Ordnen der einzelnen Daten erleichtern.

Der Befunderhebung folgt die Befundauswertung. Erst danach kann die operative und zeitliche Planung erfolgen. Im Gegensatz zum allgemeinen Sprachge-

brauch soll also unterschieden werden zwischen Therapiefindung und Therapieplanung. Die Therapiefindung wägt alle möglichen Behandlungsalternativen ab und findet die bestmögliche Behandlung heraus. Im Gegensatz dazu ist die Therapieplanung ein rein organisatorischer Vorgang. Den Zusammenhang zeigt die Abbildung 2.

Ein prothetisches Befundblatt muß also alle diejenigen Daten dokumentieren, die die prothetische Therapie bestimmen und dem Zahnarzt dadurch eine systematische Therapiefindung ermöglichen. Diese Daten müssen *systematisch* geordnet und *übersichtlich* erfaßt sein. Schließlich darf nicht vergessen werden, daß auch verwaltungstechnische Anforderungen erfüllt sein müssen (Ausfüllen des Befundschemas von Heil- und Kostenplan, Parodontalstatus). Das Befundblatt muß Bestandteil des Krankenblattes sein (Patientenkarteikarte).

Voraussetzung für die Konzeption des Befundblattes ist, die für die prothetische Therapie benötigten Einzelbefunde festzulegen. Für diese Informationen muß auf dem Befundblatt ein entsprechender Raum für den Dateneintrag geschaffen werden, so daß der Behandler veranlaßt wird, immer alle notwendigen Daten zu erheben und zu dokumentieren.

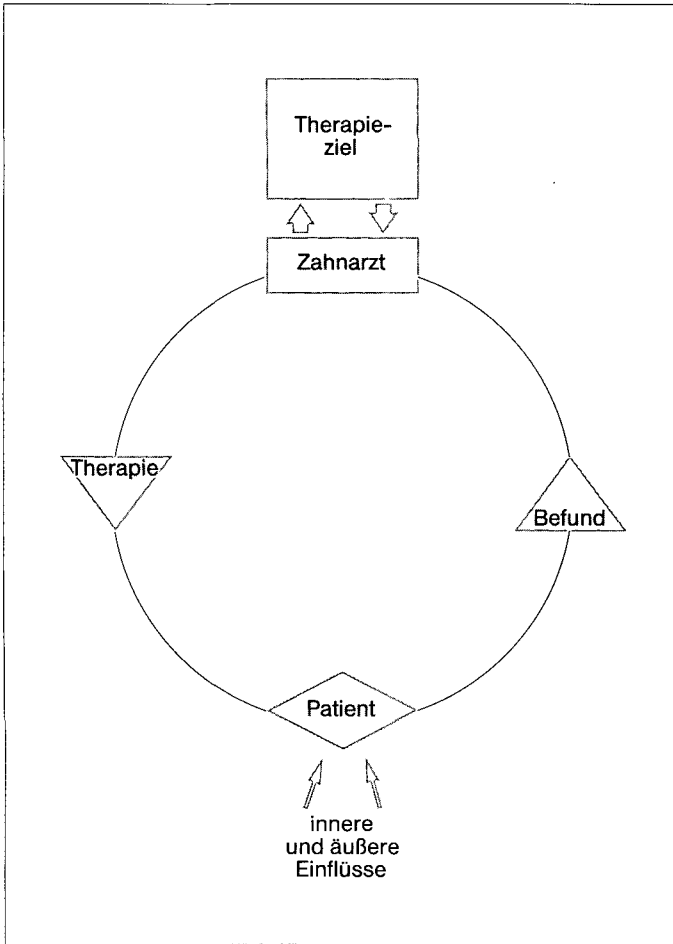


Abbildung 1

Auch die Anamnese ist bei der prothetischen Therapiefindung nicht ohne Bedeutung. Denn gerade die Frage, *warum* ein Patient sich behandeln lassen will und *welche Bedeutung* er der Behandlung zumißt, bestimmt ganz entscheidend die zu wählende Therapie und Prognose.

Formgebung

Um diese Forderung zu erfüllen, trennt das Befundblatt fünf Bereiche:

1. Ein Schema zur zahnbezogenen Dokumentation verschiedener Einzelbefunde.
2. Ein Zahnschema zur Aufnahme der Informationen über Sondierungstiefe des marginalen Parodontiums und Grad des Knochenabbaus.

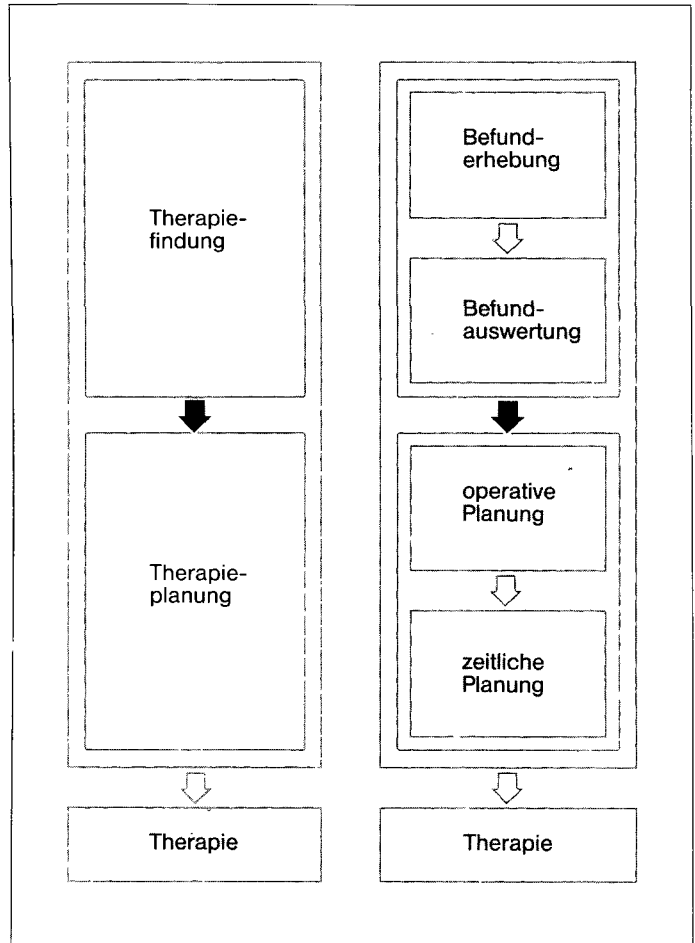


Abbildung 2

3. Ein Schema zur Dokumentation der Sichtbarkeit der Zähne.
4. Ein Schema zur Erfassung der vom Patienten geäußerten Behandlungsgründe und Behandlungswünsche.
5. Ein Schema zur Erfassung der Bedeutung der Zähne und des herausnehmbaren Zahnersatzes für das Selbstwertgefühl des Patienten.

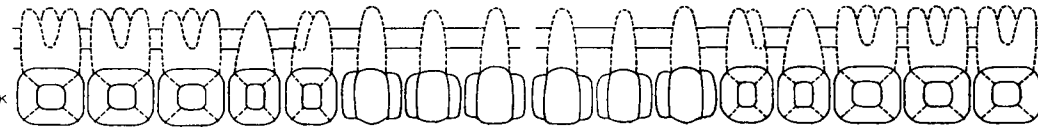
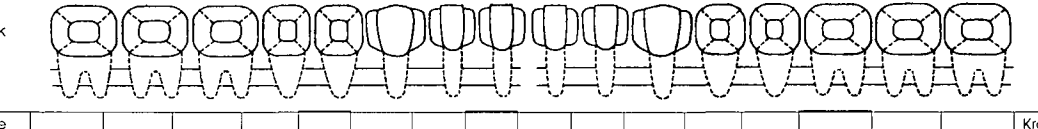
Das Blatt hat DIN-A5-Format und wird in die Karteikarte eingelegt (Abb. 3a und b).

Befundgrößen

Der für die prothetische Therapiefindung notwendige Befund setzt sich zusammen aus

1. Kronenbefund (Krone)
2. Lockerungsgrad (LG)
3. Vitalität (Vit)
4. Papillenblutungsindex (PBI)
5. Plaque Index nach Quigley (PIQ)
6. Furkationsgrad (Furk)
7. Sondierungstiefe des marginalen Parodontiums

1	Furk		Furk
	PIQ		PIQ
	PBI		PBI
	Vit		Vit
	LG		LG
	Krone		Krone

2	OK		OK
	rechts		links
	UK		UK

1	Krone		Krone
	LG		LG
	Vit		Vit
	PBI		PBI
	PIQ		PIQ
	Furk		Furk

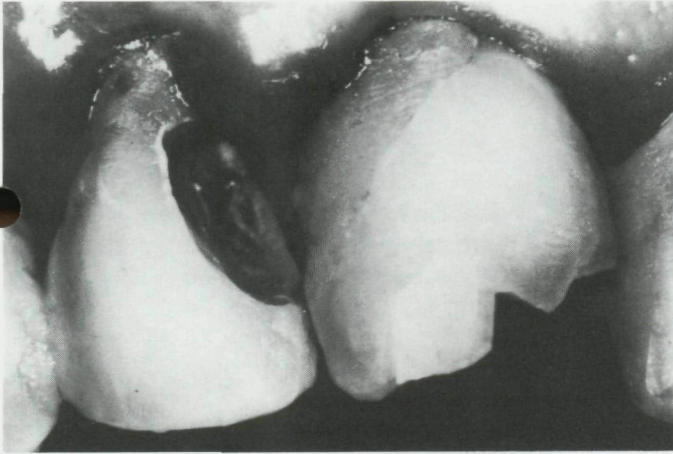
3	Sichtbarkeit			
	SO	SOG	SOA	
	SU	SUG	SUA	
	LO	LOG	LOA	LOS
	LU	LUG	LUA	LUS

4	Anamnese	
	Routineuntersuchung	Gutachter
	Parodontale Ereignisse	
	Kariessymptome	
	Aesthetische Korrekturen	
	Psychische Faktoren	
Einschränkung der Kaufunktion		
Mängel am Zahnersatz		

5	Wertigkeit der Zähne			
	Bedeutung der Zähne	○	1	2
	Herausnehmbarer Zahnersatz			
	○	1	2	

1. Schema zur zahnbezogenen Dokumentation verschiedener Einzelbefunde
2. Zahnschema zur Aufnahme der Sondierungstiefe des marginalen Parodontiums
3. Schema zur Dokumentation der Sichtbarkeit der Zähne
4. Anamneseschema für den Behandlungswunsch
5. Anamneseschema für die Wertigkeit der Zähne

Abbildung 3 a



		Furk
3	2	PIQ
+	+	PBI
+	+	Vit
I	I	LG
C	C	Krone

Abbildung 5

Befund über den Zustand der Pulpa und des Parodontiums

In den dem Kronenbefund benachbarten Spalten werden Lockerungsgrad (LG), die Vitalität (Vit), die Papillenblutung (PBI), der Plaque-Index nach Quigley (PIQ) und der Furkationsgrad eingetragen.

Die Blutung der Papille nach Sondierung des marginalen Parodontiums ist für die prothetische Therapiefindung besonders wichtig. Da die Papillenblutung insbesondere abhängig ist von der sorgfältigen Mundhygiene, gibt dieser Befund Auskunft über den mundhygienischen Zustand des Patienten. Entsprechend der Gepflogenheit der Klinik in Göteborg wird aber im Gegensatz zu den Autoren des Index [4] nur die vorhandene (+) oder nicht vorhandene (–) Blutung dokumentiert [3]. Als Erstbefund wird der Papillenblutungsindex, Taschentiefe und Plaque-Index nach Quigley nur an den von Ramfjord angegebenen Zähnen gemessen [4]. Diese Zähne sind im Be-

fundsche durch eine stärker gezeichnete Linie des Befundschemas gekennzeichnet.

Der Furkationsgrad wird für jeden Furkationseingang gesondert dokumentiert. Deswegen gibt es bei den oberen Molaren 3 Kästchen, die der Eintragung des Funktionsgrades der mesio-palatinalen, der disto-palatinalen und der bukkalen Furkation dienen. Bei den unteren Molaren und Prämolaren sind nur zwei Befunde notwendig.

Der Befund der Furkation wird in 4 Grade unterteilt:

Furkationsgrad nicht palpabel	: 0
Furkationseingang palpabel	: 1
Furkation deutlich sondierbar, aber nicht durchgängig	: 2
Furkation sondierbar und beidseitig durchgängig	: 3

Auch dieser Befund erfolgt in Anlehnung an Lindhe [4].

Marginale Taschen und Röntgenbefund

Die Tiefe der marginalen Taschen wird im mittelständigen Zahnschema eingetragen. Die Dokumentation erfolgt in der Weise, wie dies beim deutschen Parodontalstatus angegeben ist [4].

Der im Röntgenbild festgestellte Knochenabbau wird ebenfalls in das Zahnschema eingezeichnet. Die Wurzeln sind durch horizontale Linien dreifach unterteilt, so daß ausgedrückt werden kann, ob der Knochenabbau sich im koronalen, im mittleren oder im apikalen Drittel befindet. Abb. 5 zeigt ein Behandlungsbeispiel mit klinischem Bild.

Die Sichtbarkeit der Zähne

Die Sichtbarkeit der Zähne ist für die therapeutische Entscheidung, ob herausnehmbarer Zahnersatz oder festsitzender Zahnersatz geplant werden kann, von großer Bedeutung.

Festgehalten wird die Sichtbarkeit der Zähne beim Sprechen (S) und beim Lachen (L). Dabei können nur die Zähne, die Gingiva (G) oder aber auch der Alveolarfortsatz (A) und die Seitenzähne (S) sichtbar werden. Es ergibt sich folgende Einteilung:

- SO Beim Sprechen sind die Oberkieferzähne sichtbar
- SOG Beim Sprechen sind die Oberkieferzähne und die Gingiva sichtbar
- SOA Beim Sprechen sind die Oberkieferzähne und der Alveolarfortsatz sichtbar
- LO Beim Lachen sind die Oberkieferzähne sichtbar
- LOG Beim Lachen sind die Oberkieferzähne und die Gingiva sichtbar

LOA Beim Lachen sind die Oberkieferzähne und der Alveolarfortsatz sichtbar

LOS Beim Lachen sind die Oberkieferzähne und die Seitenzähne sichtbar

Die Sichtbarkeit der Unterkieferzähne wird ebenso dokumentiert, nur daß an Stelle des Buchstaben O die Bezeichnung U für Unterkiefer steht.

Anamnese zur prothetischen Behandlung

Die auf dem Befundblatt standardisierte Anamnese soll dem Zahnarzt die Möglichkeit geben, die Gründe, die den Patienten zur Konsultation bewegt haben, festzuhalten. Auf diese Weise soll gesichert werden, daß der aktuelle Wunsch des Patienten durch die Behandlung auch erfüllt wird. Die Antwort des Patienten auf die Frage des Zahnarztes, weshalb er die Behandlung aufsucht, muß deshalb in einen der sieben Blöcke durch Ankreuzen eingeordnet werden. Es ist Platz für Antworten, die nicht in das Schema passen.

Eng einher mit der Frage nach dem Grund der Behandlung steht auch die Frage nach der Einstellung zum Zahnersatz und zu den Zähnen. Da gerade die Möglichkeit, in Zukunft mit herausnehmbarem Zahnersatz leben zu müssen, das Selbstwertgefühl eines Patienten [1] stark beeinträchtigen kann, ist die Beantwortung dieser Frage für die prothetische Therapiefindung unumgänglich. In direktem Zusammenhang steht mit dieser Problematik aber auch die Frage nach der Einstellung eines Patienten zu seinen Zähnen. Kostspieliger Zahnersatz und zahnärztliche Therapie müssen

erfolglos bleiben, wenn der Patient die Bedeutung seiner Zähne nicht weiß und nicht empfindet. Beide Fragekomplexe stehen daher in enger Beziehung zueinander.

In erster Näherung wurde diese Problematik mit folgenden Festlegungen gelöst. Die Einstellung zum Zahnersatz wird mit der Frage nach der Einstellung zum herausnehmbaren Zahnersatz herausgefunden. Drei Gruppen wurden festgelegt:

Herausnehmbarer Zahnersatz ohne Widerstand angenommen (O), wird toleriert (1) oder wird ganz und gar abgelehnt (2).

Ähnlich ist die Beantwortung zur Klärung der Stellung des Patienten zu seinen Zähnen standardisiert. Die Zähne können für das Selbstwertgefühl des Patienten gar keine (O), eine gleichgültige (1), eine große (2) und eine sehr wichtige (3) Bedeutung einnehmen. Entsprechend ist die Ankreuzung im Befundblatt.

Schlußbemerkung

Das Befundblatt zur prothetischen Planung bewährt sich seit über einem Jahr in der klinischen Praxis. Abb. 6 zeigt ein klinisches Beispiel.

Zusammen mit den Röntgenbildern und den Planungsmodellen bildet es die Dokumentation für eine systematisch gefundene Therapie.

Voraussetzung für einen erfolgreichen Einsatz dieses Hilfsmittels ist jedoch, daß der Zahnarzt seine Therapie nicht am Behandlungsstuhl entscheidet, sondern der prothetischen Therapiefindung, losgelöst vom klinischen Betrieb, einen besonderen zeitlichen Einsatz einräumt. Auf diese Weise kann erreicht werden, der vielfältigen Problematik, die dem Ersatz von Zähnen innewohnt, mit der erforderlichen Sicherheit gerecht zu werden.

Literaturverzeichnis

1. *Heners, M.*
Die prothetische Behandlung von Spaltpatienten nach kieferorthopädischer Behandlung. Dtsch. zahnärztl. Ztschr. 496-498 (1978).
2. *Heners, M.*
Nutzwertanalyse der Therapie des zahnlosen Kausystems. Dtsch. zahnärztl. Ztschr. 30, 44, 51 (1975).
3. *Lindhe, J.*
Mündliche Information. Kursprogramm der Akademie für Zahnärztliche Fortbildung, Karlsruhe. 1981/82/83.
4. *Rateitschak, K.-H.*
Parodontologie. Georg Thieme Verlag Stuttgart, 1978.