

Konzepte zum Umgang mit schwierigen Patienten

Ein Beitrag von Prof. Dr. Anne Wolowski



Es ist nachvollziehbar, wenn Patient/-innen nach prothetischen Neuversorgungen über Beschwerden im Sinne erster Eingewöhnungsschwierigkeiten klagen. Was aber, wenn diese Klagen nicht enden wollen und mit zunehmender Dauer erheblich eskalieren. Diese Patient/-innen können zu einer extremen Belastung für das zahnärztliche Team werden. Nicht selten enden diese Behandlungsverhältnisse in zeit- und kostenintensiven gerichtlichen Auseinandersetzungen. Angesichts solcher Eskalationen stellen sich immer wieder die Fragen, was der Grund für solche Beschwerden bei nachweislich gutem Behandlungsergebnis ist, welche Möglichkeit der Früherkennung es gibt und wie man damit umgeht.

Problembeschreibung

Der Umgang mit Patient/-innen gestaltet sich immer dann als schwierig, wenn differenzialdiagnostisch festgestellt werden muss, welche bzw. in welchem Ausmaß Beschwerden als somatisch verursacht erklärt werden können und wo die Grenzen hin zu einem psychosomatischen Leiden überschritten werden. Diese „schwierigen Patient/-innen“ sind allgegenwärtig.^{3,6-8} Sie können bereits als solche in die Behandlung hineinkommen oder sich im Verlauf der Behandlung mehr oder weniger unerwartet zu solchen Patient/-innen entwickeln. Erkennt man zu spät, dass „nicht zahnmedizinische“ Ursachen Einfluss nehmen, besteht die Gefahr, dass das Beschwerdebild sich chronifiziert, weil die

Betroffenen durch zahlreiche erfolglose zahnärztliche Behandlungsversuche ausschließlich auf eine somatische Verursachung ihres Leidens fixiert wurden. Am Ende einer für alle Beteiligten frustrierenden Ursachensuche wird die Erwähnung einer z. B. psychischen Komponente am Krankheitsgeschehen als Kränkung erlebt. Mangelnde Einsicht macht eine entsprechend interdisziplinär ausgerichtete Therapie unmöglich und die Prognose auf Heilung wenig realistisch.

Will man die Chance auf Heilung wahren, so ist ein stringentes Diagnose- und Therapiekonzept dringend erforderlich. Die Führung dieser Patient/-innen erfordert immer eine frühzeitige distanzierte und wertfreie strukturierte Analyse aller

infrage kommenden Einflussfaktoren. Dieses setzt neben zahnmedizinisch-behandlerischen Fähigkeiten ebenso Kompetenzen in Gesprächsführung, Erhebung der psychosozialen Anamnese und Patientenführung voraus. Da die Verdachtsdiagnose „Psychosomatische Störung“ erst berechtigt ist, wenn positive Hinweise auf ein solches Krankheitsgeschehen festgestellt werden, müssen typische Auffälligkeiten psychosozialer Krankheitsbilder auch der Zahnärztin/dem Zahnarzt bekannt sein. Eine letzte Schwierigkeit ergibt sich dann in dem „richtigen“ Umgang mit dieser Erkenntnis. Konzepte einer für alle Beteiligten „tolerierbaren“ Vorgehensweise im Kontext einer zahnmedizinischen Behandlung vermeiden Irritationen und belastende Auseinandersetzungen.



© Krakenimages.com – stock.adobe.com

Typische Patientenkarrieren schwieriger Patient/-innen

Eine 78-jährige Patientin stellte sich vor und berichtete weinend, dass sie mit ihren Totalprothesen nicht zurechtkomme. Sie könne es nicht mehr aushalten, habe ständig Druckstellen, die jedoch nicht objektivierbar waren, verspüre ein Brennen im Bereich der gesamten Mundhöhle, könne nicht richtig zubeißen und kauen und fühle sich auch insgesamt stark beeinträchtigt. Seit Jahren sei sie auf der Suche nach Hilfe. Immer wieder seien Korrekturen durchgeführt worden. Alles sei gut gewesen bis zu dem Zeitpunkt als ihr neue Prothesen angefertigt wurden. Die Patientin wirkte körperlich wie geistig ausgesprochen fit. Detailliert konnte sie alle zahnärztlichen Termine beschreiben. Ihre Tochter, die sie begleitete, wirkte in hohem Maße belastet, da sie berufstätig war und es daher schwierig war, für alle Terminabsprachen ihrer Mutter verfügbar zu sein. Die Patientin betonte immer wieder, dass sie ein „alter Prothesenhase“ sei und mit ihren alten Prothesen, die sie Jahrzehnte getragen hatte, absolut keine

Probleme gehabt habe. Da diese Prothesen erhebliche Gebrauchsspuren aufwiesen und mehrfach repariert waren, war eine grundlegende Änderung gerechtfertigt. Im Rahmen einer gutachterlichen Beurteilung konnten keine Mängel am neu angefertigten Zahnersatz festgestellt werden. Mundschleimhautveränderungen und Befunde am Prothesenlager sowie systemische Erkrankungen oder Mangelzustände konnten gleichfalls ausgeschlossen werden.

Was ist der Grund für solche Beschwerden bei nachweislich gutem Behandlungsergebnis?

Angesichts der geklagten Beschwerden und vor dem Hintergrund der somatischen Ausschlussdiagnostik müssen bei einer älteren Patientin verschiedene Ursachen diskutiert werden. Diese sind eine Adaptationsstörung oder eine somatoforme Prothesenunverträglichkeit.

Altersbedingte Adaptationsstörung:

Hierbei handelt es sich um eine Diskrepanz zwischen sensorischer Wahrnehmung und motorischer Bewegung während der Anpassungsphase in Abhängigkeit von der zur Verfügung stehenden „Trainingszeit“ und darüber hinaus. Die Eingliederung von Zahnersatz ist in der Regel mit einer Anpassungsphase verbunden. Während dieser Zeit wird die Veränderung in der Mundhöhle bewusst wahrgenommen. Ansonsten unterbewusst ablaufende Bewegungen wie z. B. der Schluckvorgang werden in dieser Phase bewusst wahrgenommen. In der Regel handelt es sich dabei um einen kurzen Zeitraum bis gewohnte muskuläre Aktivitäten nicht mehr registriert werden. Dabei stellt die Eingliederung einer totalen Prothese besondere Anforderungen, weil deren Lagestabilität vor allem muskulär gesteuert ist. Diese motorischen Abläufe funktionieren auf der Basis des Erkennens bzw. Wiedererkennens der Prothesen. Dieses „Muskelprogramm“ passt sich einer möglicherweise über die Tragedauer schlechter werdenden Passgenauigkeit an. Wenn dann nach einer langen Tragezeit diese „Hardware“ ausgetauscht wird, passt das Muskelprogramm nicht mehr zu der neuen Prothesenoberfläche. In der Folge führt das zu Schwierigkeiten in der Anpassungs-

phase. Musste z. B. zuvor die inkongruente Prothesenbasis mit abradierten Zähnen während des Schluckvorgangs durch die Zunge stabilisiert werden, beißen sich Betroffene nach Neueingliederung mit rekonstruierten Kauflächen in richtiger Bisshöhe auf die Zunge, was schmerzhaft ist und zur Unzufriedenheit führt. Mit zunehmendem Alter ist der Adaptationsprozess verlangsamt und oft nicht mehr in Gänze erfolgreich.⁹ Patient/-innen fordern den alten Zahnersatz zurück, womit sie dann aber auch nicht mehr so zurechtkommen wie zuvor. Das liegt daran, dass durch die Behandlungsmaßnahmen und die Umgewöhnungsphase einerseits ein neues Muskelprogramm nicht erfolgreich erlernt wurde, andererseits aber die gewohnten Abläufe in Teilen verlernt wurden.

Somatoforme Prothesenunverträglichkeit:

Als weitere Ursache für Beschwerden in der Mundhöhle muss die sogenannte somatoforme Prothesenunverträglichkeit diskutiert werden. „Das Charakteristikum einer somatoformen Störung ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ereignisse und Versicherungen der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Ist aber irgendeine Organpathologie vorhanden, dann erklärt sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome oder das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten.“¹ Hierbei handelt es sich weder um eine Materialunverträglichkeit, noch bezieht sich dieser Begriff ausschließlich auf herausnehmbaren Zahnersatz. Es sind Patient/-innen mit allen Versorgungsarten davon betroffen, was streng genommen auch der Bedeutung des Begriffes „Prothese“ entspricht: Künstlicher Ersatz eines fehlenden Körperteils. In diesem Sinne ist damit jegliche Ersatzform einbezogen. Die Betroffenen klagen in der Regel über einen sehr langen Zeitraum (> sechs Monate) über Schmerz, Mundschleimhautbrennen und oft auch weitere weit über die Mundhöhle hinausgehende Beschwerden. Die Beschwerden sind hinsichtlich ihrer Intensität individuell unterschiedlich. Die Betroffenen sind der festen Überzeugung, dass die Ursache allen Leidens im Zahnsystem verankert ist und auch nur



eine entsprechende Zahnbehandlung Heilung verschaffen wird. Der Weg der Patient/-innen auf der Suche nach Entlastung ist somit gekennzeichnet von „doctor hopping, doctor shopping“. Betroffene wie auch nahestehende Personen unterwerfen das gesamte Leben dem Diktat der Beschwerden. Die Lebensqualität wird als deutlich reduziert bewertet.^{5,11}

Somit weisen die Patient/-innen alle Merkmale einer somatischen Belastungsstörung auf. Unabhängig davon, ob eine somatische Ursache zugrunde liegt oder nicht, beschreibt die somatische Belastungsstörung die individuellen Auswirkungen der Beschwerden. Diese Diagnose ist gerechtfertigt auf Basis einer Symptombdauer von mehr als sechs Monaten, der auffälligen Beschäftigung mit den Beschwerden auf kognitiver, emotionaler und Verhaltensebene sowie der Störung des Alltagslebens.^{2,4}

Welche Möglichkeit der Früherkennung gibt es und wie geht man damit um?

Die beste Möglichkeit der Vorbeugung ist, dass man die Risiken vor Behandlungsbeginn erkennt. Auf dieser Basis ist eine angemessene Therapie möglich sowie die

eingehende Aufklärung hinsichtlich der Ursachen von Beschwerden, möglichen Schwierigkeiten und einer oft fraglich positiven Prognose im Sinne von erhoffter Beschwerdefreiheit.

Altersbedingte Adaptationsstörung:

Die Gruppe der älteren und alten Menschen ist heterogen. Es gibt „alte Alte“ und „junge Alte“. Hier stellt sich die Frage, ob vor einer notwendigen größeren zahnärztlichen Maßnahme, wie z. B. der Neuanfertigung einer totalen Prothese, diesbezüglich differenziert werden muss. Das ist nicht erforderlich, solange die Grundlage für das Behandlungskonzept die Kompetenz der „Schwächsten“ ist, man also von einer verlangsamen Adaptationsfähigkeit ausgeht. Daher sollte der ältere Mensch nicht mit einer Neuanfertigung in kurzer Zeit überfordert werden, sondern die Möglichkeit haben, sich schrittweise mit entsprechend verfügbarer Zeit an Veränderungen in Richtung Neuanfertigung zu gewöhnen.

Dies gelingt bei extraktionswürdigem Restgebiss in der Form, dass zunächst nur die Zähne entfernt werden, die akut nicht mehr erhalten werden können und eine sogenannte Aufbauprothese eingegliedert wird, die bereits alle Merkmale einer

Totalprothese trägt, an den Restzähnen über gebogenen Klammern befestigt ist und bei Bedarf mit geringem Aufwand erweitert werden kann. Auf diese Weise werden Betroffene langsam an die totale Prothese herangeführt. Das hat zudem den Vorteil, dass vor allem initial Patient/-innen nicht mit umfänglichen Extraktionsmaßnahmen überrumpelt werden. Oft besteht die Einsicht dafür nicht, weil trotz schlechtem Zahnbefund keine Beschwerden verspürt werden und man sich mit der insuffizienten Situation gut arrangiert hat.

Muss hingegen eine Totalprothese erneuert werden, kann das über eine Umarbeitung des vorhandenen Zahnersatzes direkt oder auf Basis eines Duplikats erfolgen. Es wird zunächst die Inkongruenz ausgeglichen. Die der Mundhöhle (oralen Muskulatur) zugewandten Flächen bleiben dabei unverändert, sodass diese „wieder-erkannt“ werden. So verändert wird die Prothese getragen, damit das ursprünglich stabilisierende Muskelprogramm langsam zurückgefahren werden kann, weil es durch die verbesserte Adhäsion nicht mehr in der trainierten Komplexität erforderlich ist. Nach einer entsprechenden Phase der Gewöhnung wird im folgenden Schritt die Bisshöhe und Okklusion rekonstruiert. Diese Veränderung stellt die größte Herausforderung dar und kann in Abhängigkeit vom Verlust an Bisshöhe auch in kleinere Schritte mit sukzessiver Bisserrhöhung aufgeteilt werden. Eine oft damit einhergehende ästhetische Verbesserung kann sich positiv auf die „Adaptationsbereitschaft“ auswirken. Nach Abschluss dieser Maßnahme inkl. eines ausreichenden Adaptationszeitraumes kann z. B. mithilfe einer Langzeitabformung die funktionelle Randgestaltung erfolgen. Wird die Umarbeitung auf der Basis der vorhandenen alten Prothesen und nicht auf Basis eines Duplikates durchgeführt und somit Patient/-innen nach Abschluss der Maßnahmen nicht eine alte und eine neue Prothese besitzen, muss im Vorfeld ausführlich darüber aufgeklärt werden. Hier sollten vor allem die Vorteile dieser Vorgehensweise aufgezeigt werden.

Somatoforme Prothesenunverträglichkeit: Diese Patient/-innengruppe fällt zu meist durch einen hohen Leidensdruck auf. Aufgrund von orofazialen Beschwerden

suchen sie in der Regel eine zahnärztliche Praxis auf. Entscheidend im Umgang mit Betroffenen ist, dass diese sich ernst genommen fühlen. Das erreicht man zum einen dadurch, dass zahnmedizinische Befunde objektiviert und Betroffene in die Diagnostik einbezogen werden. Parallel dazu sollten frühzeitig Hinweise auf weitere über die Zahnmedizin hinausgehende Auffälligkeiten aufgedeckt und darüber aufgeklärt werden. Unterstützend können Patientenleitlinien und Aufklärungsbroschüren eingesetzt werden.¹³ Auf diese Weise besteht die Chance, dass man einer ungezielten und teils Angst verursachenden Recherche im Internet vorbeugt.

Eine Auffälligkeit im Sinne einer über die Zahnmedizin hinausgehenden Verursachung ist vor allem eine Tendenz zur Somatisierung. Selbstbeurteilungsfragebögen/Beschwerdenliste¹² dazu bieten den Vorteil, dass der somatische Kontext zunächst nicht verlassen werden muss. Mit dem Hinweis darauf, dass es wichtig ist zu erfahren, welche Beschwerden, in welchem Ausmaß bestehen, aber auch dass es wichtig ist zu erfahren, welche Beschwerden nicht bestehen, erhält man zumeist eine sehr realistische Selbsteinschätzung. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass der Bogen ohne Begleitung ausgefüllt wird. Typisch für Patient/-innen ist auch der Bericht, dass in der Vergangenheit bestehende Beschwerden nicht durch therapeutische Maßnahmen gelindert, sondern diese nicht mehr verspürt wurden, weil Beschwerden an anderer Stelle auftraten („Zielorganverschiebung“). Eine Einschätzung über das Ausmaß der Belastung durch die orofazialen Beschwerden bietet der Chronic Pain Status.¹⁰ Hier wird der Leidensdruck beschwerdebezogen abgefragt. Eine Technik, die auch für das ärztliche Gespräch gut geeignet ist. Mit Bezug auf die Beschwerden wird dabei abgefragt, wie berufliche Ansprüche erfüllt werden können oder wie die Familie mit den Beschwerden umgeht, wie man sich das tägliche Leben angesichts der Beschwerden vorstellen muss. Eine weitere Grundlage für ein aufklärendes Gespräch bietet ein Beschwerdetagebuch. Dieses sollte während eines therapiefreien begrenzten Zeitraumes (eine Woche bis ca. einen Monat) geführt werden. Die Frequenz der Eintragungen zu Intensität

der Beschwerden und stattfindenden Tätigkeiten kann individuell festgelegt werden. Bei der Besprechung einer in der Regel zu erwartenden Modulation hinsichtlich der Intensität kann herausgearbeitet werden, dass es andere als zahnmedizinische Gründe dafür gibt, da der Befund während des gesamten Zeitraumes unverändert war. Auf diese Weise kann der Weg für eine ggf. notwendige interdisziplinäre Betreuung geöffnet werden. Entscheidend ist, dass Betroffene beschwerdeunabhängig weiterhin regelmäßige Kontrolltermine erhalten, da es für die Patient/-innen zumeist wichtig ist, dass die Befundsituation „überwacht“ wird, weil die Angst, dass etwas übersehen wird bzw. Befunde neu entstehen, immer wieder im Raum steht. Durch eine solche regelmäßige „Anbindung“ kann ein „doctor-hopping“, doctor shopping“ und damit das Risiko einer iatrogenen Schädigung deutlich gemindert werden.

Sollten Behandlungsmaßnahmen notwendig sein, sollte das immer nur mit strenger lokaler Indikationsstellung erfolgen und kritisch hinterfragt werden, ob ggf. „nur“ eine beschwerdegesteuerte Maßnahme vorgenommen wird. Letzteres sollte in jedem Fall unterbleiben und auch den Betroffenen ausführlich mit allen sich aus einer solchen Maßnahme ergebenden Risiken erläutert werden. Es empfiehlt sich, vor Beginn einer indizierten Maßnahme per visueller Analogskala (VAS) die Intensität von Beschwerden zu dokumentieren. Da zu erwarten ist, dass durch ausschließlich zahnmedizinische Maßnahmen das komplette Ausmaß von Beschwerden nicht gelindert wird, kann nach Abschluss der Maßnahme und nachweislich objektiv verbesserter Befundsituation anhand einer erneuten Abfrage per VAS überprüft werden, welche Auswirkungen diese Maßnahme auf den Leidensdruck hat und das ausführlich besprochen werden. Wichtig in jeder Phase ist die maximale Transparenz. Patient/-innen und ggf. Angehörige sollten in die Diagnostik einbezogen werden. Man muss ihnen abverlangen, dass sie sich aktiv für und ggf. auch gegen eine Therapie entscheiden. Damit verlassen sie ihre „Opferrolle“ und werden aktiv und eigenverantwortlich eingebunden. Prognosen von Maßnahmen sollten im Vorfeld mit aller Deutlichkeit

aufgezeigt werden. Interdisziplinär ist es entscheidend, dass alle Beteiligten informiert sind. Daher sollte jede Überweisung mit einem schriftlichen Überweisungsschreiben begleitet werden, welches auch Betroffene erhalten sollten. Auf diese Weise vermeidet man Redundanzen und nicht zielführende Verdachtsdiagnosen fachfremder Kolleg/-innen. Zudem gibt diese Vorgehensweise Betroffenen die weitere Möglichkeit, sich zu entscheiden, ob Empfehlungen angenommen werden.⁴

Fazit

Schwierige Patient/-innen sind omnipräsent. Die Betreuung dieser Patient/-innengruppe erfordert nicht nur eine zahnmedizinisch befundadäquate Therapie. Individualität und psychosoziale Aspekte nehmen großen Einfluss auf die Behandlung und Betreuung. Vor diesem Hintergrund ist es für eine erfolgreiche Behandlung hilfreich, über die Zahnmedizin hinausgehende Einflussfaktoren frühzeitig zu identifizieren, dieses zu besprechen und ggf. zur Wiedererlangung einer zufriedenstellenden Lebensqualität den interdisziplinären Weg anzustoßen.

Die Verfasserin des Textes pflegt keinerlei wirtschaftliche oder persönliche Verbindung zu den genannten Unternehmen.

Prof. Dr. Anne
Wolowski



Literatur



PROF. DR. ANNE WOLOWSKI

Poliklinik für Prothetische Zahnmedizin
und Biomaterialien
Universitätsklinikum Münster
Albert Schweitzer Campus 1/W30
48149 Münster
Tel.: +49 251 8347077
Fax: +49 251 8347182
wolowski@uni-muenster.de