

**Heners, M. und Walther, W.: Befundblatt zur Befunddokumentation und prothetischen Therapiefindung. In: Heners, M.; Walther, K. (Hrsg.) Dokumentation und Planung zahnärztlicher Praxis. Quintessenz Berlin 1983. ArchNr. 031**

## **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 Regeikreises, der die ärztliche Arbeit steuert, die Bedeutung eines Meßfühlers zu. Dieser Zusammenhang ist schon früher dargestellt worden. Der Befund, der die Therapiebedürftigkeit des Patienten ausdrückt, muß aus verschiedenen Gründen dokumentiert werden:

- Die vertragliche Verpflichtung zur Befunddokumentation muß erfüllt werden.
- Der dokumentierte Befund stellt die Unterlage zu einer systematischen Therapiefindung dar.
- 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 Sprachgebrauch 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. 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.

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:

- Ein Schema zur zahnbezogenen Dokumentation verschiedener Einzelbefunde.
- Ein Zahnschema zur Aufnahme der Informationen über Sondierungstiefe des marginalen Parodontiums und Grad des Knochenabbaus.
- **Ein Schema zur Dokumentation des PSI.**
- Ein Schema zur Dokumentation der Sichtbarkeit der Zähne.
- Ein Schema zur Erfassung der vom Patienten geäußerten Behandlungsgründe und Behandlungswünsche.
- Ein Schema zur Erfassung der Bedeutung der Zähne und des herausnehmbaren Zahnersatzes für das Selbstwertgefühl des Patienten.

## **Der für die prothetische Therapiefindung notwendige Befund setzt sich zusammen aus:**

- Kronenbefund (**Krone**)
- Lockerungsgrad (**LG**)
- Vitalität (**Vit**)
- Blutung auf Sondierung (**BAS**)
- Plaque Index nach Quigley (**PIQ**)
- Furkationsgrad (**Furk**)
- Sondierungstiefe des marginalen Parodontiums
- Knochenabbau (**im Röntgenbild sichtbar**)

Das Befundblatt soll den Behandler bei dieser Erhebung anleiten, einen vollständigen Befund aufzunehmen. Die Untersuchung beginnt mit der dem Zahnschema übergeordneten Zeile "Kronen-befund" und wird dann gemäß den vom Schema geforderten Einzelbefunden fortgesetzt. Die Reihenfolge der Dokumentation entspricht auch der Reihenfolge der klinischen Befundaufnahme.

### **Kronenbefund**

Der Kronenbefund wird mit Hilfe von Abkürzungen festgehalten. Dabei ist es für die prothetische Therapiefindung erforderlich, den Befund genauer auszudrücken, als dies mit den vom Krankenschein her bekannten Abkürzungen möglich ist. Gerade solche Informationen, die durch Modell und Röntgenbild nicht wiedergegeben werden können, wie z. B. die Verfärbung einer Zahnkrone, müssen auch dokumentiert werden.

Folgende Befunde müssen festgehalten werden:

- Zahnstatus **v**
- ersetzte Zähne **e**
- falsch stehende Zähne **fs**
- Karies **c**
- Füllung **0**
- Füllung erneuerungsbedürftig **co**
- Füllung umfangreich **u**
- Füllung umfangreich,  
• erneuerungsbedürftig **cu**
- zerstörte Krone, aber erhaltungs  
• fähiger Zahn **w**
- zerstörte Krone, nicht erhaltungsfähiger Zahn **z**
- verfärbte Krone **v**
- elongierte Krone **el**
- Ersatzkrone **k**
- Ersatzkrone mit Halteelement **t**
- Ersatzkrone, erneuerungsbedürftig **ck**
- Brückenglied **b**
- geschlossene Lücke **)(**

## **Befund über den Zustand der Pulpa und des Parodontiums**

In den dem Kronenbefund benachbarten Spalten werden Lockerungsgrad (LG), die Vitalität (Vit), die Blutung auf Sondierung (BAS), 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. Im Befundschema wird die vorhandene (+) oder nicht vorhandene (-) Blutung dokumentiert [3].

Der Furkationsgrad wird für jeden Furkationseingang gesondert dokumentiert. Deswegen gibt es bei den oberen Molaren 3 Kästchen, die der Eintragung des Funktionsgrades der mesio-palatalen, der disto-palatalen 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.

## **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 (5) sichtbar werden. Es ergibt sich folgende Einteilung:

SOG Beim Sprechen sind die Oberkieferzähne und die Gingiva sichtbar

SOA Beim Sprechen sind die Oberkieferzähne und der Alveolarfortsatz sichtbar

LOG Beim Lachen sind die Oberkieferzähne und die Gingiva sichtbar

LOA Beim Lachen sind die Oberkieferzähne und der Alveolarfortsatz 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 (0), 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 (0), 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.