

Die Allgemeine Anamnese als Grundlage voraussetzungs- orientierter zahnmedizinischer Qualitätspflege

mit Maximen heilkundlicher Behandlungsführung



Heinz Spranger

Geleit von Dietmar Haake

Graz 2003

Heinz Spranger

ist Absolvent der Studienrichtung Zahnmedizin, Dr. med. dent. habil., Dr. h. c. und Univ.-Prof. a.D.

Sein komplementäres Vertiefungsfach ist die Wissenschaftliche Arbeit im Bereich Naturheilkunde

MAS (Master of Advanced Studies, integrative Gesundheitsförderung)

heinz.spranger.staff@inter-uni.net

ZUSAMMENFASSUNG (ABSTRACT).....	4
EINLEITUNG.....	6
ANAMNESEFORSCHUNG ALS QUALITÄTS-SICHERUNGSZIEL	7
EIGENES FORSCHUNGSANLIEGEN	7
KONKRETE FORSCHUNGSFRAGE.....	8
ARBEITSHYPOTHESE	9
ANSATZ DER METHODIK.....	9
METHODIK DER PILOTSTUDIE.....	10
METHODIK DER ERMITTLUNG DES ‚RISIKO-ANSATZES‘ DER ALLGEMEINEN ANAMNESE.....	10
METHODIK DER ZUORDNUNG VON PATIENTENGEFÄHRDENDEN MAßNAHMEN ZU DEN ASA-KÜRZELN IM RAHMEN DER FRAGESTELLUNGEN DES RISIKO-ANAMNESEBOGENS – QUALITÄTS-SICHERUNG	12
ERGEBNISSE	15
ERGEBNISSE DER PILOTSTUDIE.....	15
ERGEBNIS-TABLEAUS DER VORLIEGENDEN STUDIE	16
DARSTELLUNG DER FRAGEN ALLGEMEINER ANAMNESE MIT DEN ERMITTELTEN KOMMENTAREN:	16
1. <i>Angina pectoris</i>	16
2. <i>Herzinfarkt</i>	17
3. <i>Herzklappenfehler</i>	18
4. <i>Herzrhythmusstörungen</i>	18
5. <i>Herzmuskelschwäche</i>	19
6. <i>Bluthochdruck</i>	19
7. <i>Blutungsneigung</i>	20
8. <i>Schlaganfall</i>	22
9. <i>Fallsucht (Epilepsie: in anderen Sprachen Anfallsleiden)</i>	22
10. <i>Brochial-Asthma</i>	23
11. <i>Bronchitis</i>	24
12. <i>Allergien</i>	25
13. <i>Diabetes</i>	25
14. <i>Schilddrüsenerkrankung</i>	26
15. <i>Lebererkrankung</i>	27
16. <i>Nierenerkrankung</i>	27
17. <i>Tumor</i>	28
18. <i>Infektionskrankheit</i>	29
19. <i>Hyperventilation</i>	30
20. <i>Ohnmacht</i>	30
21. <i>Antibiotika-Prophylaxe zur Therapievorbereitung</i>	30
22. <i>Ärztlich angeordnete oder auch Selbstmedikation</i>	31
23. <i>Zustände im Verlauf der Schwangerschaft</i>	31
DISKUSSION	33
KLIENTELBEZOGENE DISKUSSION	33
ANAMNESEBEZOGENE DISKUSSION	34
DISKUSSION DER ERGEBNISSE DIESER ABHANDLUNG	36
ABSCHLIEßENDE DISKUSSION DER PROBLEME AUS DER ALLGEMEINEN ANAMNESTIK	37
MAXIMEN HEILKUNDLICHER BEHANDLUNGSFÜHRUNG.....	38
REFERENZEN	46

ZUSAMMENFASSUNG (Abstract)

Die Allgemeine Anamnese als Grundlage voraussetzungsorientierter zahnärztlicher Qualitätspflege. Die Erkennung und die Berücksichtigung von Wechselwirkungen allgemeiner, generalisierter (systemischer) Gesundheitsstörungen, Krankheiten und Leiden unserer Patienten mit allen zahnärztlichen Tätigkeiten ist zum Schutze des Patienten nötig. Die Sorge um das sog. Anamnestiche Profil des Patienten schützt vor Zwischenfällen in der Praxis bei Befunderhebungen, nicht-invasiven und invasiven Eingriffen. Dies ist besonders in einer Zeit wichtig, in der immer weitergehende medizinische Kompromisse bei Leidenslinderung durch Medikation eingegangen werden. Zugleich sind wir in einer Zeit, in der Auswirkungen multikultureller Migrationen zum Sprachverständnis übliche Kommunikationen behindern. Fachliche Grundlage des Anamnese Profils ist die Allgemeine Anamnese. Eine sorgfältig erhobene und befolgte Anamnese schützt den Patienten vor Gefahren und die Praxis vor Fehlern zum derzeitigen Stand des Wissens. Die hier vorgestellte Anamnese wurde bereits im Rahmen von 11 europäischen Pilotstudien auf ihre Validität hin untersucht. Dadurch konnte das Expertenwissen konsensual untermauert werden. Dabei sind die in unterschiedlichen Ländern auch unterschiedlichen Praxisbedingungen berücksichtigt worden. Die nun geleistete Arbeit des Verfassers ist die weitere Einordnung von zahnärztlichem Tun in Risiko-Werte. Die Zusammenstellung der strukturellen und prozeduralen Optionen einzelner Fragen und deren möglicher Antworten im Verhältnis zu ihrer Risikowertigkeit sind ein Ertrag aus vorherigen Konsensuskonferenzen. Die Richtlinien und deren publikationsrelevante und erfahrene Hintergründe sind Substrat aus der Evaluation der Wissenschaftlichkeit und Praxis des Verfassers. Die Arbeitshypothese, ob anamnestiche Befunde mit Vorsichtsmaßnahmen der Praxis zu verbinden sind, wird sowohl expertisenbasiert, als auch konsensual bestätigt. Das Ergebnis, also die oralmedizinischen Folgerungen für die Praxis, ist in Form von ‚Tableaus‘ vorgestellt. Im Interesse des Wissens um den Lebensentwurf, das Leben und den Lebensstil der Klienten und Patienten sollten besonders unterschiedliche Expertenmeinungen ausgewiesen werden, was auch im Rahmen der Ergebnisse in der Tableau-Form erfolgt. Unter der speziellen Berücksichtigung der Tatsache, dass der Zahnarzt professionsverpflichtet ebenso wie der Arzt für Allgemeinmedizin Lebensbegleiter seiner Patienten ist, wird sich die Arbeitshypothese erhalten lassen, nach der zwischen diesen Heilberufen und den Klienten/Patienten physische und infolge der Vorkehrungen auch psychische Sicherheit gepflegt werden kann.

Geleitwort

Jedes Thema hat ein eigenes Umfeld, jede Arbeit ihre Zeit und Wirkung. Die vorliegende Arbeit erscheint zu einer Zeit, in der sich ein Umbruch anbahnt. Es hat eine Orientierungssuche eingesetzt, vielleicht wird diese Suche auch zu einem neuen Konzept von Medizinpraxis und Heilkunde führen. Beide stehen sich bisher in einem unausgegorenen Spannungsverhältnis gegenüber, im wesentlichen unreflektiert. Es ist für alle europäischen Gesellschaften sicher, dass medizinische Behandlung neue Werte und Orientierungen braucht. Ein wichtiger Grund dafür ist, dass immer mehr Ressourcen in die "Gesundheitswirtschaft" gehen werden, ohne dass automatisch Effektivität und Folgenutzen wachsen werden. Die (ärztliche) Behandlungsführung muss in solchen Umständen Werte klar definieren und ihre eigene Werthaltigkeit demonstrieren. Das kann sie nur, wenn die sie praktizierenden Professionellen diese Werte erkennen, leben und kommunizieren.

Heinz Spranger befasst sich in der vorliegenden Arbeit mit einer praktischen Konzeption zur Risikoanamnestik in der Zahnarztpraxis, die er inzwischen über fünfzehn Jahre hinweg als deutscher zahnärztlicher Vorreiter mit europäischen Kollegen zusammen bis zur Umsetzung gebracht hat. Seine Thesen behandelt eines der ersten Elemente einer Kette von Ereignissen, Befunden, Konsultationen und Eingriffen, die die Pfade der Patientenversorgung repräsentieren. In ungewohnter, nämlich in der Tradition von Philosophie und Systemlogik nennt Spranger "voraussetzungsorientierte Qualitätspflege" das, was allzu leicht ungeprüft oder nach allzu unkritischem ersten Augenschein unterstellt wird: dass Patienten bei eng umschriebenen Eingriffsgebieten (wie in der Zahnmedizin) praktisch ohne Folgerisiko behandelt werden können. 'Qualität' in der Behandlung kann es aber nur geben, wenn eine derartige Eignungsbeurteilung Substanz und 'Voraussetzungen' hat und damit adäquaten Prüfungen standhält (vgl. die Debatte um heilkundliche Behandlungsführung, evidence based medicine in anderen klinischen Fächern).

Die (Selbst-) Verpflichtung auf Ideen der Erhaltung von Wert und Qualität ärztlicher Eingriffe prägt Spranger's Arbeit seit sehr vielen Jahren und bringt sie in verschiedene Richtungen. Die ärztliche Praxis mit ihrer oftmals hohen Variabilität bei Patienten, Befunden und(!) Behandlern braucht sehr robuste Handreichungen, wenn diese ihren behaupteten Zweck erfüllen und den besonderen Bedingungen und etwaigen Überraschungen im Einzelfall gewachsen sein sollen. Heinz Sprangers Arbeiten über Qualitätssicherungen solcher Bedingungen der Zahnarztpraxis sind zur Grundlage mehrerer amtlicher Verlautbarungen deutscher Zahnärztekammern geworden.

Die Entwicklung des europäischen Council EMRRH, der multinationalen Arbeit über die European Medical

Risk Related History, ist ein weiterer Meilenstein in der Praxis für die Praxis. Unter dem Vorsitz der Niederlande werden von der WHO-assoziierten EMRRH Gruppe europäische Kurzanamnesebögen für die Zahnarztpraxis (weiter-) entwickelt und gleichzeitig auf die besonderen Anforderungen einzelner Kulturräume und Länder abgestellt. Herausgekommen ist eine verbindliche Basisanamnese zur Direktbefragung von Patienten, auf die Einigung innerhalb der Arbeitsgruppe, in der Heinz Spranger der einzige deutsche Vertreter der Zahnheilkunde ist, erzielt wurde.

Spranger misst der Risikoeinstufung von Behandlungen und Eingriffen durch eine Mindestanamnestik zu Recht große Bedeutung bei. Jeder klinisch erfahrene Behandler weiß, dass neben einzelnen dramatischen Behandlungszwischenfällen zahlenmäßig größere Graubereiche gefährlicher, aber noch kompensierbarer Störungen und Verläufe die klinische Praxis beeinträchtigen, wenn sie nicht durch systematisches Vorgehen auf Erfahrungsbasis ausgeschlossen werden. Spranger bringt dabei nahezu zwanzig Jahre Erfahrung als Sachverständiger deutscher Körperschaften Öffentlichen Rechts ein, u.a. als Mitautor des Weißbuches der Bundeszahnärztekammer zur Qualitätssicherung.

Als Anlass zum Handeln erübrigt sich die Forderung nach schlüssig "verbesserten Katastrophen-Statistiken". Risiko- und Zwischenfall- Statistiken werden allerdings in Zukunft obligater Bestandteil des EMRRH Systems sein, wenn der Projektvorstoß des Council dank Spranger's deutscher zahnärztlicher Beteiligung für eine europaweit konsolidierte Basisanamnestik in der Zahnarztpraxis den Weg frei macht zur einheitlichen Registrierung von unerwünschten Verläufen und Zwischenfällen, die auch durch den Einsatz der EMRRH nicht kontrolliert werden konnten. Diese Statistik sollte unter Einsatz moderner Datennetze sehr schnell, übernational und sehr zuverlässig und sicher funktionieren.

Die EMRRH Beurteilungsergebnisse stützen sich auf ein sehr robustes Praxisinstrument, das vor mehreren Jahrzehnten in der Anaesthesie eingeführt wurde: den "ASA-score" (American Society of Anesthesiology). Die ASA Beurteilung erfasste primär die physische Belastbarkeit von Patienten für Narkose und damit indirekt für den chirurgischen Eingriff, stellt aber auch gleichzeitig auf erfahrungsmäßige Risikoimplikationen ab und ist deshalb für Einzelfragestellung wie in der Zahnmedizin bedingt brauchbar. Es wird gleichzeitig deutlich, dass mit Risikobewertungen im ASA score massive akutmedizinische Komplikationen abgefangen, nicht aber Behandlungschancen und -Optimierungen angegangen werden. Deshalb ist die Arbeit im Sinne einer Abfangstrategie eine Optimierung voraussetzungsorientierter Qualitätssicherung.

In der EMRRH Logik für zahnärztliche Eingriffe wurden verschiedene Anpassungen des ASA score für die besonderen Frage- und Problemstellungen vorgenommen. Daran hat Spranger unter den verschiedenen Sprachenausgaben des EMRRH in den letzten Jahren erheblichen Anteil gehabt. Das Anamneseproblem ist dabei nicht nur ein sprachliches Übersetzungsproblem, sondern ein ggf. "transkulturelles Entsprechungsproblem". Eine Vorstellung bzw. Denkkonzeption zu Gesundheitsstörungen, die in einer Kultur nicht oder in ganz anderer Form existiert, kann auch nicht einfach Wort für Wort übersetzt, sondern muss in Werte- und entsprechenden Verhaltensmodellen kommuniziert werden.

Nachdem das WHO basierte EMRRH Council die Richtung vorgegeben hat und mit Spranger seinen Teil zu einer funktionsfähigen Version des EMRRH, basierend auf Prozeduren in den zahnärztlichen Praxen getan hat, kommt es in den nächsten fünf Jahren darauf an, europaweit in Fort- und Ausbildung die notwendigen Instrumente einzubringen und eine sichere Routinenutzung der EMRRH im Repertoire der Behandler zu verankern. Einen wesentlichen Beitrag zu einer produktiven, d.h. zeitsparenden und sicheren Anwendung sollten Abbildungen des EMRRH in digitalen Dokumentations- und Kommunikations- Systemen leisten.

Der EuGH (Europ. Gerichtshof) hat vor mehreren Jahren die Freizügigkeit für gesetzlich versicherte Patienten in der EU entschieden. Die Behandler dieser Patienten brauchen eine gesicherte europäische Basis für eine nachhaltige professionelle Kommunikation. Mit der EMRRH für Zahnärzte kann jetzt damit begonnen werden.

Dr. med. Dietmar Haake, Internist, Hygieniker
Medizin Vorstand RVi Institut (Rudolf Virchow)
Freiburg- Basel- Potsdam

Im August 2003

EINLEITUNG

Europa wächst in den ersten Jahren des 21. Jahrhunderts zusammen. Damit kommen auch Probleme für Heilberufler und deren Klienten und Patienten auf, die sich auf mehreren Ebenen widerspiegeln:

Ebene 1: Sie spielt ihre Rolle bei der globalen Ermittlung der Bedürftigkeit an hygienischen und medizinischen Notwendigkeiten unter besonderer Berücksichtigung der Krisen- und Konfliktforschung (Genfer Konventionen 1864, 1906, 1929 und 1949) und deren Auswirkungen auf transdisziplinäre Weltpolitik.

Ebene 2: Es bedarf der Angleichung der sogenannten Gesundheitssysteme europäischer Länder aneinander. Patientenrechte sind Menschenrechte. Sie wurden seit 1945 wichtiger mit der Gründung der Vereinten Nationen (UN), in deren Statuten der Glaube und die daraus resultierende Forderung an die Menschenrechte verankert sind. Die Bundesrepublik Deutschland hat in §1 GG aufgenommen, die Würde des Menschen sei unantastbar. Die semantische Definition ‚Würde‘ schließt die Gesundheit ein. Die WHO (Weltgesundheitsorganisation, Copenhagen, Genf und Washington) und die PAHO (PanAmericanHealthOrganisation, Lima und Washington) haben in die Grundlagen ihrer Beurteilung von Gesundheit und Krankheit auch epidemiologische Studien aufgenommen, die zunächst mittelbar, später aber unmittelbar, den realen Interventionsbedarf zur Gesunderhaltung oder zur Krankenbehandlung von Pilot- und Bevölkerungskohorten, sozialer und kommunaler Schichten ermitteln sollten.

Dieser epidemiologisch ermittelte Interventionsbedarf ist von mehreren Autoren in Einzelprogrammen erhoben worden, um Planungen zum Einsatz von Gesundheits-Systemelementen, wie z.B. von Vorstellungen über die Dichte medizinischer Einrichtungen in Beziehung zu Bevölkerungszahlen und der Bevölkerungs-Struktur vornehmen zu können.

Solche Auflistungen wurden von Körperschaften Öffentlichen Rechts dazu benutzt, um Korrekturen an dem Bedarf ärztlicher und zahnärztlicher „Ermächtigung zur Durchführung von heilberuflichen Versorgungen“ zu planen.

Dieses Vorgehen gestattet, durch Longitudinalstudien *quantitative Bedarfsplanungen* vorzunehmen. 1977 hat eine Arbeitsgruppe der WHO (Technical Report Series 1978 No. 621) die Konformität dieses Vorgehens erweitert *und den Begriff des Behandlungsbedarfes („Treatment Need“)* in die *Studiendesigns eingeführt* (WHO Oral Health Surveys 1987). In Beziehung zu dieser haben wir im Auftrag der Bundesregierung Deutschland, Auswärtiges Amt, Sitzung in San José 1982, Untersuchungen durchgeführt und berichtet (SENKEL, BERGSTRÖM, SPRANGER 1991, SPRANGER et al. 1992).

Die Dateien sind aufgenommen worden in die ‚World Health Global Data Bank‘. Dadurch kann seither eine global vergleichbare Datensammlung benutzt werden, um neben der quantitativen Bedarfsplanung eine *qualitative Bedarfsplanung* vorzunehmen.

Die hier angeführte Qualität beschreibt allerdings nur den bereichsspezifischen Bedarf an Versorgung und mithin an Heilberuflichkeit. Unter dem Eindruck der Qualitätssicherungs-Diskussionen aller Tätigkeitsfelder im Gesundheitssystem sind weitere Schritte geplant.

Unter der Leitung der Niederlande (Regionalbüro WHO-EURO) wurden dann die in den letzten zwei Jahrzehnten bereits akzeptierten und die zum Eintritt eingeladenen Mitgliedsstaaten der EU aufgefordert, förderungswürdige Strategien zu entwerfen, um Patientenrechte zu sichern. Das war notwendig geworden, weil die Gesundheitssysteme in Europa auseinanderdriften. Patientenrechte spielen mithin die entscheidende Rolle bei der WHO-geführten Angleichung der Gesundheitssysteme. Diese Medizin-Ethik ist dem Heilberufler vertraut.

Ebene 3: Es bedarf der Verbesserung heilberuflicher Möglichkeiten im Sinne eines Patientenschutzes und des Schutzes der Verantwortung der Heilberuflerpraxen. Diese Aufgabe ist in Deutschland unter dem Begriff des Einsatzes von *voraussetzungsorientierter Qualitätssicherung* bearbeitet und formuliert worden. Zu dieser Qualitäts-Sicherung gehören die *strukturelle, die prozedurale und die ergebnisorientierte Qualität*, die zu pflegen sind.

Anamneseforschung als Qualitäts-Sicherungsziel

Eine der Strategie-Gruppen wird von Frau ABRAHAM-INPIJN, AMC (Academisches Zentrum der Medizin), Amsterdam, geleitet. Die Benennung ihres Council ist das für die *European Medical Risk Related History*. Diese Gruppe europäischer Wissenschaftler tagt seit 1995 jährlich. Die deutschsprachigen Mitglieder sind Frau Prof. Dr. BAUM, Allgemeinmedizin Marburg, und der Verfasser, Oralmediziner in Dersum. Diese Gruppe hatte die Thematik risikobezogener Anamnese als vorrangig vor anderen Themen erachtet und unter die *Forschungsfrage* gestellt, wie in einem vielsprachigen Europa dennoch vergleichbare Risikoerhebungen zum Schutz der Patienten und der Praxen *in den heilberuflichen Praxen* stattfinden und ausgewertet werden könnten.

Aber nicht allein der Arzt wird zum Bezugspunkt des Patienten für Gesundheitsfragen; viele andere Berufe prägen den „Gesundheitsmarkt“. Daher gilt die vorliegende Arbeit allen Heilberufen und deren praktischen Bedingungen.

Die Zahnarztpraxis wird für den Verfasser zum Beispiel.

Das Ergebnis einer Umfrage 1995/96 in Zahnarztpraxen Baden-Württembergs zeigt den dringenden Bedarf an Ausstattung für Notfälle und Information über deren Beherrschung (ALFTER 1997). Es sind aus 6000 mit n=530 Praxen sogar 15 schwerwiegende Notfälle mit Todesfolge berichtet worden.

Zwei andere wegweisende Publikationen beschäftigen sich mit akuten medizinischen Komplikationen in einer Rasterfahndung ärztlich eingestellter Patienten (SMEETS et al. 1998) und solchen in 277 holländischen Zahnarztpraxen (SMEETS et al. 1999) und legen damit die Begründung für die im folgenden zitierten Veröffentlichungen, einschließlich der vorliegenden Arbeit.

Eigenes Forschungsanliegen

Die oben erwähnten Formulierungen der Qualitäts-Sicherungen stammen aus der hochtechnisierten Medizin und deren Reglementierungen.

Technokratische Medizin fasziniert sowohl medizinische Laien, als auch Klienten und Patienten der Heilberufler. „Neues“ aus der Medizin ist in der Regel technologisch, apparativ oder aktuell anwenderbezogen. Selbst Approbations-Ausbildungsordnungen und die Gebührenordnungen der Ärzte bevorzugen besonders den Einsatz von Medizintechnik. Sie impliziert die Anerkennung der großen Bedeutung von Technologie. Die heilberufliche Praxis wird unter den Aspekten ihrer Einrichtung, ihrer Struktur und der Bevorratung von Funktionseinheiten und Materialien beurteilt. Diese Sichtweise ist juristisches Regulativ für Grundlagen der Anerkennung von gesetzlichen Bestimmungen, Verordnungen und prüfbaren Regeln (HEYMER & WEITKAMP 1993). Arbeitsstätten- und Medizin-Geräte-Verordnungen gehören in das Berufsrecht. Das Gesundheitsreformgesetz 1988 regelt in den §§ 135/136 Qualitätssicherungsmaßnahmen für die ärztlichen und zahnärztlichen Versorgungen sozialversicherter Patienten. Diesen Forderungen haben die Körperschaften Öffentlichen Rechts Rechnung getragen und stringente Verordnungssammlungen vornehmen lassen (SPRANGER 1990 für die Amtlichen Mitteilungen der Zahnärztekammern Westfalen-Lippe, Baden-Württemberg und Sachsen).

Der Verfasser hat für ein Standardwerk der Zahnärztlichen Praxis Richtgrößen für die Dokumentation in der Zahnarztpraxis ermittelt (SPRANGER 1994).

Zugleich sind zwei andere Ansätze realisiert worden: 1. Die Wissenschaftliche Kommission der Zahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Deutschlands (für DDV, Das Dental Vademekum, Vorsitzender war der Verfasser) hat eine Produktvergleichsliste zur indikationsgerechten Auswahl und Anwendung von Materialien und Stoffen in Zahnarztpraxis und Zahntechnischem Labor vorgelegt und ihre Neuauflagen betreut (BZÄK/KZBV/IDZ 1989, 1998). Durch sie wurden qualitätsbezogene Auswahlstandards ermöglicht. 2. Unter dem Begriff der Ergebnisgrößen Zahnärztlicher Qualitätssicherung ist die Präventive Therapieorientierung in das Weißbuch der BZÄK - Bundeszahnärztekammer (unter deren jetzigen Präsidenten Dr. Dr. Jürgen Weitkamp) eingeführt worden (SPRANGER & WEITKAMP 1994).

Damit liegen für die Zuordnung von ärztlichen Inhalten eines Verhaltenscodes zwischen Qualitäts-Sicherungs-Merkmalen und Individualität des Umganges mit dem Patienten ausreichend Substanzen bereit, die zu einer Konkretisierung von Maßnahmen für die Umsetzung der Risiko-Anamnese auf die tägliche Praxis zuzuschneiden sind.

Konkrete Forschungsfrage

Die Historie des Klienten bzw. Patienten ist vor allem für die Einschätzung ihrer Konsequenzen sowohl für Befunderhebung, Therapieansatz und Prognose des Patienten selbst wichtig. Die Historie des Patienten ist aber auch mögliche Grundlage für Vorsichtsmaßnahmen vor, während und nach der zahnärztlichen Versorgung, die als strukturelle, prozedurale und sogar deterministische Kriterien in Beziehung zur Zahnarztpraxis stehen. Meist sieht auch der Patient sein augenblickliches Beschwerdebild als vorrangig an. Heilberufler sind Dienstleister, die ebenso danach zu fragen pflegen, was sie für den Patienten tun können.

Leider geraten dabei sehr wichtige Merkmale von Gesundheitszuständen der Patienten aus deren Vergangenheit in Vergessenheit, sodass sich Heilberufler und Patient unmittelbar der augenblicklich vorrangig erscheinenden Leistung zuwenden, selbst trotz Kenntnissen von früheren leidigen Gesundheitsstörungen verschiedenster Art. Da sehr viele Befundbesonderheiten aber eine bedeutungsvolle Vorgeschichte haben, entstehen Mängel in der Zuwendung zum Patienten, die vermeidbar wären. Eines der bedeutendsten Lehrbücher der Inneren Medizin (FRITZE 1985) kommt auf Seite 1 der Gesamtabhandlung zu der medizinisch unmissverständlichen Aussage: *„Bis zu 70% aller Diagnosen werden allein oder überwiegend aufgrund anamnestischer Angaben erstellt“*. Dies heißt, das ermittelnde Gespräch mit dem Klienten bzw. Patienten zu einer diagnose- und therapiebestimmenden Aufgabe zu qualifizieren. Das bedeutet fernerhin, zu berücksichtigen, welche Informationen aus dem Lebensentwurf, dem Erleben oder dem Lebensstil des Klienten, bzw. Patienten im derzeitigen Rahmen der professionellen Sorge um ihn von Bedeutung sein könnten. Dabei wird sich der Heilberufler nicht nur auf die typischen Symptomzusammenhänge stützen, sondern das Wissen um das bisherige Leben des Patienten vertiefen müssen.

Umgekehrt bedeutet dies, dass Mängel in der Erhebung der Anamnese Gefahren für Patienten und Zahnarztpraxen bis hin zu Fehlern im Verhältnis der Intervention zum derzeitigen Stand des Wissens (früher: „Kunstfehler“) heraufbeschwören könnten. In der vorliegenden Studie wird untersucht, welche Mittel, Möglichkeiten und Aussichten der Zahnarzt hat, um seinen heilberuflichen Verpflichtungen nachzukommen, unter Berücksichtigung der verbalen Kommunikation mit dem Patienten, die auf die Risiko-Profile heilberuflichen Tuns abgestimmt sind. Die Forschungsfrage lautet also:

Was ist Expertenmeinung unter besonderer Berücksichtigung der strukturellen und prozeduralen Praxisvoraussetzungen: Welche anamnestischen Eigenheiten sollten mit welchen medizinischen und zahnmedizinischen Vorgehen verknüpft werden? Wo und wie sind besondere Vorsichtsmaßnahmen angebracht, um akute Notfallsituationen, oder auch weitere Krankheitsgeschehen zu vermeiden?

Die Strategie-Gruppe Council *EMRRH* hat im Verlaufe seiner Konsensuskonferenzen zunächst den Wert der bisher in Zahnarztpraxen üblichen Anamneseerhebung in Beziehung zu medizinischen Risiken für den Patienten und die Praxis ermittelt. Ärztliche Vertreterin Deutschlands ist Frau Prof. Dr. Erika Baum, Allgemeinmedizinerin der Universität Marburg. Zahnärztlicher Vertreter Deutschlands ist der Verfasser selbst. In vielen Arbeitsgruppensitzungen sind Verhaltenskodizes besonders – abgehoben auf dieselbe Fragequalität in unterschiedlichen europäischen Sprachen und deren typischen Redewendungen – auf ein einheitlich einfaches sprachliches Inventar ermittelt worden. Konsens besteht über die Bedeutung der Fragen. Eine Skizze der Verhaltenskodizes reicht aber noch nicht aus. Anpassung an die Praxisrichtlinien ist notwendig, wobei im Sinne der Qualität in der Medizin sowohl strukturelle, als auch prozedurale Voraussetzungen betrachtet werden müssen. Die Aufgabe des Verfassers bestand darin, Möglichkeiten und Grenzen der Forderungen an die Zahnarztpraxis kompetent zu beurteilen und aus Determinismen, also den Versorgungszielen des Patienten, Konsequenzen für dessen weitere Betreuung abzuleiten.

Der Verfasser hat den Wunsch, mit dieser Arbeit zur Partnerschaftlichkeit der Heilberufe beizutragen. Aufgrund der durch den Verfasser bereits vorgelegten Untersuchungsergebnisse sollen in den Rahmen der Allgemeinen (Risiko-)Anamnese der Patienten Merkmale struktur-, prozedur- und ergebnisorientierter Qualitäten zahnärztlichen Handelns eingeführt werden. Sie müssten sowohl die Forderungen nach der Sicherheit des Patienten des Zahnarztes dienen, als auch – wenngleich in spezieller Form - auf andere Heilberufe übertragen werden können (vgl. ENDLER 2003).

Arbeitshypothese

Der Verfasser geht davon aus, dass zwischen vielen Expertenmeinungen ein Konsens gefunden werden kann. In diesen Konsens müssen sowohl Praxisvorkehrungen, technische Daten, Praxisabläufe, Dokumentationsweisen und medizinische Verhaltenskodizes eingebunden werden. Es kann durchaus sein, dass bestimmte Anamnesefelder divergierende Expertenmeinungen zulassen. Im Interesse des Wissens um den Lebensentwurf, das Leben und den Lebensstil der Klienten und Patienten sollten besonders unterschiedliche Expertenmeinungen ausgewiesen werden, was auch im Rahmen der folgenden Ergebnisfassungen in der Tableau-Form versucht wird.

ANSATZ DER METHODIK (unter Berücksichtigung der Referenzen)

Die methodischen Ansätze bedürfen deswegen zunächst einer Begründung, weil aus der internistischen Feststellung, 70% der Diagnosen (die zur Therapie und Heilung, bzw. Linderung führen) würden allein oder überwiegend aufgrund anamnestischer Angaben erstellt, eine sehr einfache Folgerung hervorginge: Der Arzt möge sich der Anamnese bedienen und dann unter Hinzufügen einfacher diagnostischer Merkmale das Therapiedesign entwerfen, konsequent verfolgen und mit damit die Qualität seines heilberuflichen Tuns sichern. Jeder Heilberufler muss wissen, dass eine solche Ableitung nicht der heilberuflichen Realität entspricht. Anamnese hat eine Struktur, hat eine Prozedur und läuft deterministisch aus (SPRANGER 1990). In praxi „entwirft“ die Anamnese ein mehrdimensionales Profil:

Das anamnestische Profil der Patienten ist in der Allgemeinen Medizin damit Grundlage von Befunderhebung, Diagnostik und Therapie, der Rehabilitation, Katamnestik und Prävention folgen. Dieses Profil setzt sich aus drei Komponenten zusammen:

Biographische, Berufliche, Soziale, Psychosomatische und Medizinische Familienanamnese: Sammlung von medizinisch wichtigen Daten aus der Vergangenheit des Patienten (auch der Katamnese), um z.B. Merkmale oder Dispositionen herauszufinden. Diese Anamnese hat eine Siebfunktion. Sie erfordert eine gezielte Nacharbeit, um Verdacht auf Gesundheitsstörungen zu erhärten oder zu verwerfen,

Allgemeine Anamnese: Sammlung von erkrankungsbegünstigenden Faktoren, die Auswirkungen auf den Gesundheitszustand haben könnten,

Spezielle Anamnese: Sammlung von Daten und Fakten, die zu dem derzeitigen Gesundheitszustand des Patienten geführt haben.

Für das Team der heilberuflichen Praxis ist die *Allgemeine Anamnese* von großer Bedeutung, weil sie den Kontakt zwischen HeilberuflerIn, Mitarbeiter und Patient erheblich beeinflussen kann:

Die Aufgaben der MitarbeiterInnen setzen insofern bereits bei der Erhebung und jeder weiteren Kontrolle ein, als sie Dokumentationsverantwortung innerhalb einer Individualbetreuung ebenso tragen, wie jeder Arzt. Aufgabe der MitarbeiterInnen der Heilberufler für den Patienten und auch den Arzt ist daher die Rohdatensammlung. Diese wird aber erst durch ärztliches Wissen und Erfahrung auswertbar.

Methodik der Pilotstudie

Der erste methodische Ansatz zur Fragestellung dieser Arbeit ging von folgenden Tatsachen aus:

Im anamnestischen Profil des Patienten spielt die Allgemeine Anamnese die Schlüsselrolle.

Sie wird aber entweder vernachlässigt, oder durch Fachtermini so verkompliziert, dass der Patient keine Möglichkeit findet, schlüssig zu antworten. Deshalb haben verschiedene Autoren versucht, die Allgemeine Anamnese in Frage-und-Antwort in der Umgangssprache zu ermitteln.

Die Aufgabe einer Basis-Sammlung kann man nämlich zunächst „an den Patienten delegieren“. Viele Publikationen zeigen, dass die Schriftform außerhalb des eigentlichen „Stressgeländes“ Heilberuferspraxis, z.B. während des Wartens im Wartezimmer o.ä., einfacher umzusetzen ist, als die Befragung während des persönlichen Kontaktes. Der Patienten-Fragebogen soll möglichst alle medizinischen Tatsachen und Risiken erfassen, die für Untersuchung und Therapie relevant sind.

Auf dem Markt der Anbieter von Anamnese-Fragebögen existieren viele Formen, die einander deswegen ähnlich sind, weil sie Fragen in plakativer Form enthalten (siehe auch: Organisations-Hilfsmittel in: BZÄK/KZBV/IDZ 1998).

Es wird in allen entwickelten Fragebögen weitgehend auf Fachtermini verzichtet und auf persönliche Gesundheits-Berichterstattung abgehoben. Die Fragen sind für eine JA/NEIN-Beantwortung bereitet und haben einen Inhalt, der dem Heilberufler kritische Exploration signalisiert.

Die auf eine Fragenbeantwortung durch den Patienten aufgebaute medizinische Detail-Befragung und die logische Einordnung der Untersuchung (alle ½ Jahre) der Allgemeinen Anamnese, aber auch der Medikationsanamnese, geht später in die Tagesarbeit der Ärzte ein. Diagnostik, Behandlung, Nachsorge, Rehabilitation und Linderung von Leiden ist ohnehin eine Aufgabe des umsorgenden Arztes, der auch die näheren Umstände der Lebensentwürfe seiner Patienten und deren Realisation im Lebensfluss kennt. Ein Anamnesefragebogen kann also nur für die erste Informationsstufe gelten, die dem Heilberufler erlaubt, mit gezielter Weiterbefragung zu beginnen.

Solche Rohdatensammlungen haben ein Ziel. Meistens dienen sie sowohl der Einleitung zur Befunderhebung, als auch der Erkennung von Risiken.

Frau DeJONG hat einen solchen Fragenkatalog entworfen, der in Umgangssprache alle diejenigen Merkmale krankhafter Prozesse erfasst, die eine zahnärztliche Behandlung beeinflussen, oder die einen krankhaften Zustand durch zahnärztliche Behandlung erschweren könnten (DeJONG 1992 und DeJONG & ABRAHAM-INPIJN 1994).

Dieser Katalog war Diskussionsinhalt für Konsensuskonferenzen des Council *EMRRH* mit dem Verfasser dieser Abhandlung, um die Fragestellungen verständnisgerecht und im Umgangston für alle Patienten zu formen. Dabei ist berücksichtigt worden, dass dieser Fragenkatalog in vielen europäischen Sprachen gleichen Inhalt, gleiche Bedeutung und gleiche Aussage haben möge. Die Experten dieser Sitzungen, Hochschullehrer aus 11 Staaten Europas mit 7 unterschiedlichen Sprachen, haben sich auf einen Katalog geeinigt, der zu folgendem methodischen Ansatz führte.

Methodik der Ermittlung des ‚Risiko-Ansatzes‘ der Allgemeinen Anamnese

Es gibt Risiko-Bedeutungen der Allgemeinen Anamnese (SPRANGER, BAUM & DOTZEL 1999):

Dazu gehört die Ermittlung von „Risikopatienten“. Hier steht das ‚Risiko‘ für die Vorsicht, mit heilberuflichen Maßnahmen wegen des Grundleidens des Patienten, seiner ärztlichen Behandlung und/oder seiner Medikation (Dauer der Medikation?) Schäden auszulösen oder/und den Kranken in Gefahr zu bringen. Es ist übrigens bekannt, dass unter den Risiken, die heilberufliche Maßnahmen mit sich bringen, die Angst des Patienten als erheblicher Stressor und damit als noch potenzierender Faktor an erster Stelle steht. Eine andere Einschätzung von ‚Risiken‘ gilt der Ermittlung von Faktoren, die eine lokale Gesundheitsstörung auslösen können. Hier steht ‚Risiko‘ für die Warnung, die Verschärfung der Symptomatologie und damit die Schwere einer örtlichen Erkrankung durch die Nichtbeachtung von allgemeinen Störungen oder Abwehrschwäche zu übersehen oder zu unterschätzen.

Bestimmte Symptome von Gesundheitsstörungen und Erkrankungen sind skalierbar. Wir wissen heute, dass bei über 10% der Patienten durch gewissenhafte Befragung und Untersuchung Gesundheitsstörungen gefunden werden können, die dann gezielt durch den Heilberufler behandelt werden. 6% der Patienten haben sogar Gesundheitsstörungen, die zunächst behandelt werden müssen, ehe irgendeine heilberufliche Maßnahme ohne Schaden für den Patienten ergriffen werden kann (ABRAHAM, *persönliche Mitteilung*). Die Gefahr lebensbedrohender Zustände wächst schnell mit dem weiteren Fortschritt der heilberuflichen Versorgung, auch bisher schwer behandelbarer Erkrankungen.

Bekannt ist weiterhin, dass die „Selbstmedikation“ mit stressreaktionssenkenden Arzneien besonders in Mitteleuropa sehr verbreitet ist; außerdem haben zahlreiche Patienten einen hohen Konsum von Alkohol, Nikotin, Schmerzmitteln oder anderen Drogen, der ihren Heilberuflern, selbst Ärzten und Zahnärzten, selten in aller Offenheit dargestellt wird. Andere Probleme ergeben sich daraus, dass Patienten häufig nicht berichten können oder gar nicht wissen, welche ärztlich verschriebenen Medikamente in welcher Dosierung sie derzeit einnehmen. Deshalb sollte der Patient mit einer Medikationsliste ausgestattet sein, die man auf den Fragebogen überträgt.

Die Konsensuskonferenzen *EMRRH* haben sich einvernehmlich dafür entschieden, eine bereits lange bekannte Skalierung der Anaesthesiologen zu benutzen. Die American Society of Anesthesiologists hatte ursprünglich (SAKLAD 1941) den Bezug der körperlichen Zustände (**physical conditions**) der Patienten zu einer ambulant durchgeführten Narkose klassifiziert und dann 1962 auf die Vorbereitung zur zahnärztlichen Behandlung unter Lachgasanalgesie abgestimmt. 1978 wurde die Skalierung auf den derzeitigen Stand des Wissens hin überprüft (OWENS et al.). Die Konsensuskonferenzen *EMRRH* gehen davon aus, dass der körperliche Zustand (Ausnahme: Säuglinge, Kleinkinder und psychisch schwer Erkrankte) zugleich Grundlage für die Einschätzung eines Narkoserisikos und damit auch der Analgesien und weiterer zahnmedizinischer Eingriffe ist. Die Skalierung der *ASA-score* ist einfach. Der gesunde Patient ist mit ASA I bezeichnet. Die Klassifikation ASA II beschreibt einen „Patienten mit leichter systemischer Erkrankung, weshalb Dauer und Stress der Behandlung minimiert und ggfl. Vorsichtsmaßnahmen ergriffen werden sollten“. Mit ASA III beschreibt die Klassifikation therapieeinschränkende „schwere systemische Erkrankungen, die auch nur eine vorsichtige Therapie erlauben“. Mit ASA IV wird ein Patient mit lebensbedrohlicher systemischer Erkrankung klassifiziert, bei dem zahnärztlicherseits nur eine Notbehandlung möglich ist und eine sofortige allgemeinärztliche Therapie eingeleitet werden sollte. Es gibt eine Klasse ASA V, die aber hier nicht in Betracht gezogen werden sollte. Sie beschreibt den multimorbiden Patienten mit einer therapieunabhängigen Überlebenszeit von nur 24 Stunden. Diese Klassifikation ist in einigen Krankenhäusern üblich.

Die Arbeitsgruppe hat während ihrer ersten Konsensuskonferenzen die einzelnen Patientenmitteilungen den Klassifikationen zugeordnet. Daher haben bestimmte Fragen jeweils zur JA/NEIN Beantwortung zugeordnete ASA-Kürzel. In jedem der beteiligten Länder Europas wurde eine Kohortenstudie durchgeführt. Dabei wurden in Deutschland in einer Zahnarztpraxis, die in Partnerschaft mit der Praxis eines Allgemeinarztes arbeitet und in einer Zahnärztlichen Poliklinik, die mit einem Zentrum für Allgemeinmedizin zusammen arbeitet, jeweils 100 Patienten aus den sogenannten Neu-Aufnahmen um die Ausfüllung des Anamnese-Fragebogens gebeten. Die Untersucher haben dann mit Einverständnis des Patienten ärztliche Nachuntersuchung und Karteivergleiche geprüft, ob die ASA-Kürzel I – IV der tatsächlichen Schwere der allgemeinärztlichen Befunde entsprachen. Daraus wurde eine Validitäts-Kontrolle abgeleitet. Diese erste Arbeitsphase ist publiziert, Sensivität und Spezifität sind bestimmt; sie sind hoch. Wir fanden wenig falsch positive und falsch negative Angaben (SPRANGER & BAUM 1998).

Das Design war der zuständigen Ethik-Kommission vorgelegt worden. Selbstverständlich wurden alle beteiligten Patienten weiteren Untersuchungen unterzogen. Dem Heilberufler stehen zur Unterstützung der Datenbasissammlung bekanntlich noch andere Dokumentationsunterlagen des Patienten zur Verfügung, wie „Herzschrittmacherpass“, „Blutepass“, „Allergiepass“ etc. Im Zeitalter des schnellen Datentransfers wird man sich umgehend mit der EDV beschäftigen, die gespeicherte, aber sensible Daten kompetent abfragen lässt. In Großbritannien ist bereits der dritte von vier geplanten Kongressen abgelaufen (THERE 1999), der sich mit „Electronic Health Recordings“ (vgl. *Absatz Ergebnisse*) beschäftigt hat.

Methodik der Zuordnung von patientengefährdenden Maßnahmen zu den ASA-Kürzeln im Rahmen der Fragestellungen des Risiko-Anamnesebogens – Qualitäts-Sicherung

Die Aufgabe der vorliegenden Arbeit ist, aufgrund der vorliegenden Fragebögen zu der Allgemeinen Anamnese deren Konsequenzen, also deren Real-Risiken für Patient und auch für die Heilberufler am Beispiel der zahnärztlichen Praxis zu sammeln und aufzuführen.

Sie wird gelöst durch eigene wissenschaftliche und praktische Erkenntnis des Autors im Sinne einer qualitativen Inhaltsanalyse aus Literatur und Praxis.

Die Methodik führt zu einer normativen Zuordnung extrahierten Wissens zu den Risiko-Gradationen, sodass zu jeder Frage ein in der Zahnarztpraxis verwertbares Tableau zugeordnet werden kann.

Sowohl im Verlauf der Konsensuskonferenzen, als auch im Zuge der Bearbeitungen der gewonnenen Erkenntnisse wurde sowohl durch die Mitglieder des Council, als auch durch den Verfasser selbst sorgfältig darauf geachtet, dass Form und Inhalt der Fragen und Empfehlungen für alle europäischen Sprachen gleichmäßig und erhalten blieben. Das macht den Sinn einer solchen Kooperation aus.

An dieser Stelle bedankt sich der Unterzeichnete sehr bei **Frau Prof. Dr. med. Erika BAUM, Direktorin des Fachgebietes der Allgemeinmedizin an der Universität Marburg**, für die Transkription und sorgfältige Kontrolle der aufgestellten Ergebnisse. Ich möchte mich fernerhin für die jahrelange kollegiale Atmosphäre bedanken, die unserem gemeinsamen Arbeiten geschenkt worden ist. Ich glaube, dies auch für alle 18 Wissenschaftler Europas sagen zu dürfen, die in ihren Sprachen energisch und konstant an der Verwirklichung der gemeinsamen Ziele geleistet haben.

**Gemeinschaftspraxis Zahnärzte
Dr. Sigrid & Prof. a.D. Dr. Heinz Spranger
D-26906 Dersum**

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Allgemeine Fragen:

Name: _____ Datum: _____
 Adresse: _____
 Stadt: _____
 Postleitzahl: _____
 Geburtstag: _____
 Beruf: _____
 Hausarzt: _____

- Haben Sie jemals medische Probleme oder Komplikationen während zahnmedizinischer Behandlungen gehabt? Wenn ja:**
 Art der Komplikation.....
 Bei welchem Zahnarzt.....
- Haben Sie nach Einnahme von Medikamenten jemals medizinische Probleme gehabt? Wenn ja:**
 Art der Probleme
 Bei welchen Medikamenten?.....

medizinisches Risiko aus der Anamnese	ASA score		Konsequenzen von zahnärztlicher Behandlung und präventive Maßnahmen								
1.....											
2.....											
3.....											
4.....											
Updating der Anamnese:	datum:	datum:	datum:	datum:	datum:	datum:	datum:	datum:	datum:	datum:	datum:
1. Waren Sie im letzten Jahr noch bei Ihrem Hausarzt oder Spezialisten? Art der Probleme.....	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein
2. Hat sich in der vergangenen Periode etwas an Ihrer Gesundheit geändert?	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein
3. Haben Sie in der vergangenen Periode Ihre Medikamente gewechselt?	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein	ja/nein

Abbildung: Gesundheitsfragebogen der Patienten/Klienten-Handakte, variiert nach dem Bedarf der täglichen Arbeitspraxis. Dieses Deckblatt diente der Abteilung Pathologie und Innere Medizin des Akademischen Zentrum der Zahnheilkunde, Amsterdam (ACTA), zur Longitudinalkontrolle der Anamnese-relevanten Vorstellungstermine der Patienten (ABRAHAM-INPIJN 1993). Für den Einsatz in der Zahnärztlichen Praxis ist es stark vereinfacht worden. Die beiden Allgemeinen Fragen beziehen sich auf den Stand der Erstuntersuchung. Dabei geht es um dem Patienten bekannte Risiken im Zusammenhang mit Besuchen der Zahnarztpraxis und mit Medikationen.

Die vier Zeilen im Kasten sind zur Eintragung von Risiko-Anamnese, dazugehöriger ASA-Skalierung und den für die Praxis daraus resultierenden Konsequenzen. Dieser Fragebogen ist zum Zeitpunkt der Abfassung dieser Arbeit bereits 10 Jahre im Einsatz. Er wird sowohl von den zuständigen (Zahn-)Ärzten, als auch von den qualifizierten MitarbeiterInnen geprüft und zur Allgemeinen Anamnese bezogen. Die Patienten geben zum Zeitpunkt der jeweils neuen Erhebung der Allgemeinen Anamnese (bei bekannten Patienten in der Regel alle 6 Monate, bei neuen Patienten, oder solchen, die nach einem Jahr erst wieder zur Vorstellung kommen) einen Medikations-Status ihres behandelnden Hausarztes ab, der in der Zahnarztpraxis aufbewahrt wird. Dieser beinhaltet Feststellungen zum Präparat, zur Dosierung und zur Indikation. Außerdem ist aus dem Medikations-Status die Art der medizinischen Versorgung erkennbar (Präventionsprogramm, Chronikerprogramm, Akutprogramm).

Es ist sowohl durch die Wahl der Fragestellungen, als auch durch die Auswertung zu erwarten, dass die konsequente Anwendung des heute bereits vorhandenen Fragebogens und die Berücksichtigung der hier erarbeiteten Vorsichtsmassnahmen die medizinischen Zwischenfälle in heilberuflichen Praxen und Folgeschäden reduziert. Damit wird sowohl die Rechtssicherung der Praxis erhöht und die gesamtärztliche Betreuung unserer Patienten verbessert, ohne der heilberuflichen Praxis zusätzlich höhere zeitliche Belastungen aufzubürden, als auch das Patientenrecht auf Unversehrtheit trotz invasiver ärztlicher Tätigkeit instrumentalisiert.

Wichtiger Hinweis zum Gebrauch von EMRRH: Risiko-entscheidende Fragestellungen:

Zur Textstraffung ist der neue Fragebogen so formuliert, dass man bei Beantwortung einer Eingangs-gedruckten Frage mit "Nein" (er/sie) die ergänzenden Fragen übergehen kann. Dies bedeutet, dass der Patient für das spezifische Problem als gesund (ASA I) angesehen werden kann. Wenn der Patient mit "Ja" (ASA II) auf eine Eingangs- oder fettgedruckte Frage antwortet, soll er/sie auch die ergänzenden Fragen des Tableaus beantworten, um eine genauere Risikoabschätzung zu ermöglichen.

Beispiel:	Ja	Nein	ASA-Bewertung
<i>Hatten Sie je einen Herzinfarkt? Wenn ja</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>II</i>
<i>Müssen Sie Ihre Belastungen einschränken?</i>	<i>X</i>	<i>-</i>	<i>III</i>
<i>Hatten Sie einen Infarkt in den letzten 6 Monaten ?</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>IV</i>

Daraus ergibt sich der Risiko-Wert III.

<i>Haben Sie Bronchial-Asthma? Wenn ja:</i>	<i>-</i>	<i>X</i>	<i>II</i>
<i>Haben Sie heute Atemungsprobleme?</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>III</i>

Aus dieser Frage ergibt sich der Risiko-Wert I, weil die Eingangsfrage mit Nein beantwortet wurde. Es bestehen hier keine Einschränkungen für zahnärztliche Behandlungen. Aus praktischen Gründen ist hier die Bewertung mit IV nicht erwähnt, weil ein solcher Patient wegen eines schweren Asthmaanfalls nicht die Zahnarztpraxis aufsuchen wird.

Der Fragebogen ist in seiner überarbeiteten Form (Konsensuskonferenzen des Council EMRRH) einer Kontrolle unterzogen worden, wie im vorstehenden Kapitel berichtet. Er unterscheidet sich zu dem bis 1995 benutzten Fragebogen um eine in anderen Sprachen umfangreicher bedeutende Fragestellung, die also auch auf die Ergebnisse der Validitätsstudien Einfluss genommen hatten. Die Frage 8 hat in der Form des deutschen Fragebogens die Zuordnung zum apoplektischen Insult. Hier ist eine nosologische Unstimmigkeit zwischen den europäischen Sprachen mit dem deutschen Begriff „Anfallsleiden“ (das im Deutschen Fallsucht bedeutet und die Epilepsie meint), die im Verlaufe der nächsten Konsensuskonferenzen getilgt werden muss.

Die derzeitige Gestaltung des Fragebogens gibt die folgende Abbildung wieder:

	Ja	Nein	ASA-Skala		Ja	Nein	ASA-Skala
1. Haben Sie bei Belastung Schmerzen im Brustbereich (Angina pectoris)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II	12. Hatten Sie je eine allergische Reaktion gegen Penicillin, Aspirin, Pflaster oder irgend etwas anderes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Wenn ja,				Benötigen Sie deshalb ärztliche oder Krankenhausbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
Müssen Sie Ihre körperliche Belastung einschränken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III	13. Haben Sie Diabetes (Blutzucker)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Haben sich die Herzbeschwerden in letzter Zeit verschlimmert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV	Benötigen Sie Insulin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Haben Sie in Ruhe Brustschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV	Sind Sie zur Zeit unbefriedigend eingestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
2. Hatten Sie jemals einen Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II	14. Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Wenn ja,				Haben Sie derzeit eine Überfunktion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
Müssen Sie Ihre körperliche Belastung einschränken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III	Haben Sie derzeit eine Unterfunktion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
Hatten Sie innerhalb der letzten 6 Monate einen Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV	15. Haben Sie eine Lebererkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
3. Haben Sie ein Herzgeräusch, einen Herzklappenfehler oder eine künstliche Herzklappe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II	16. Haben Sie eine Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine Operation an Ihrem Herzen oder Blutgefäßen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III	Werden Sie dialysiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
Hatten Sie je eine rheumatische Herzerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III	Hatten Sie eine Nierentransplantation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
Müssen Sie Ihre körperliche Belastung einschränken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV	17. Hatten Sie jemals Krebs, eine bösartige Erkrankung oder Leukämie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
4. Haben Sie ohne körperliche Belastung Herzklopfen oder Herzrasen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II	Wenn ja,			
Wenn ja,				Hatten Sie deshalb eine medikamentöse Behandlung oder Knochenmarktransplantation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
Müssen Sie während dieser Beschwerden Ihre körperliche Aktivität verringern, sich hinsetzen oder hinlegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III	Hatten Sie eine Strahlenbehandlung wegen eines Tumors oder Gewächses im Kopf- oder Halsbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
Werden Sie dabei kurzatmig, blaß oder schwindlig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV	18. Haben Sie zur Zeit eine Infektionskrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
5. Haben Sie eine Herzmuskelschwäche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Wenn ja:			
Wenn ja,				Welche? _____			
Haben Sie Atemnot, wenn Sie flach liegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II	19. Leiden Sie unter Atemnot (Hyperventilation), die durch Aufregung ausgelöst wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Schlafen Sie wegen Atemnot mit mehr als 2 Kopfkissen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III	20. Hatten Sie jemals eine Ohnmacht bei (zahn-)medizinischen Eingriffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
6. Hatten Sie jemals einen hohen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II	21. Benötigen Sie eine Antibiotika-Prophylaxe (Gabe) vor zahnärztlichen Eingriffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
7. Haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II	22. Benutzen Sie zur Zeit irgendwelche verordneten oder andere Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Wenn ja,				Wenn ja,			
Bluten Sie nach einer Operation oder Verletzung länger als 1 Stunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III	Herzmedikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bekommen Sie ohne Verletzung Blutergüsse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV	Mittel zur Beeinflussung der Blutgerinnung (Blutverdünnung wie Marcumar, ASS, Heparin)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Hatten Sie jemals einen Schlaganfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II	Gegen hohen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja,				Aspirin oder andere Schmerzmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
War der Schlaganfall innerhalb der letzten 6 Monate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III	Allergiemittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Haben Sie Epilepsie (Anfallsleiden)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II	Gegen Diabetes (Blutzucker)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja,				Kortison oder entsprechende Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hat sich Ihr Anfallsleiden verschlechtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III	Medikamente gegen Transplantatabstoßung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie weiterhin Anfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV	Medikamente für Haut-, Darm- oder rheumatische Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Haben Sie Bronchial-Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II	Für Krebs- oder Blutkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja,				Penicillin, Antibiotika, sonstige keimabtötende Mittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Benutzen Sie dafür Medikamente und/oder Inhalationsmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III	Schlaf- oder Angststörungen, Depressionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie heute Atemsungsprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV	Haben Sie jemals Drogen benutzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Haben Sie andere Schwierigkeiten mit den Lungen oder anhaltenden Husten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II	Sonstige Medikamente? _____			
Wenn ja,				23. Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Sind Sie außer Atem, wenn Sie 20 Stufen hinaufsteigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III	Nur für Frauen zu beantworten			
Kommen Sie beim Anziehen außer Atem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV				

Abbildung: Patienten-Fragebogen Allgemeine Anamnese. Diese Form entstammt der Pilotstudie und wird in der folgenden Abhandlung des Verfassers in einzelne Tableaus unterteilt und Tableau für Tableau behandelt und diskutiert. Seine Form und Aussage waren Inhalt der Konsensuskonferenzen des Council EMRRH (SPRANGER & BAUM 1998). Der Fragebogen beinhaltet 23 Basis-Fragestellungen an den Patienten und ihre Erweiterungen. Die nach den JA- NEIN-Spalten aufgeführte Kennung gibt den Hinweis auf die ASA-Kürzel.

ERGEBNISSE

Aufgabe war und ist weiterhin, als gezielte Qualitätspflege vor zahnärztlicher Befunderhebung und Behandlung die Nutzung von risikobezogener Allgemeiner Anamnese in der Praxis so einzusetzen, dass alle erkennbaren Bezüge zur zahnärztlichen Arbeitspraxis berücksichtigt werden.

Ergebnisse der Pilotstudie

Die Pilotstudie hat sowohl strukturell, als auch prozedural sichernde Aufgaben. Diesen wurde gerecht, indem persönliche Recherchen an den Patienten der beteiligten Zahnarzt- und Arztpraxen vorgenommen wurden, wie im vorangegangenen Kapitel geplant. Aus der Klientel waren jeweils 100 Patienten rekrutiert worden (Einschluss nach dem Zufallsprinzip: Jeder 10. Patient der Aufnahme, der in demselben Jahr unter ärztlicher Kontrolle ist; Ausschluss analog WHO (1987) und (SPRANGER 1995) Jugendgruppe 8-9 Jährige, 12jährige und 15-18jährige; Verteilung der Gruppen 19-35jähriger und 36-56jähriger wie 1:2; Patienten aus der Gruppe über 57 Jahren zusammengefasst; Geschlechterverhältnis 1:1). Es ergab sich folgende Bewertung:

Frage	Prävalenz	Sensitivität	Spezifität	Frage	Prävalenz	Sensitivität	Spezifität
1 a) Angina pectoris	4	80 %	93 %	12 a) Diabetes	8	75 %	100 %
b) Akt. Red.	5	60 %	93 %	b) Insulin	2	100 %	99 %
c) instabil	0	-/-	98 %	c) schlecht eingestellt	0	-/-	100 %
d) Ruheangina	0	-/-	96 %	13 a) Schilddrüsenstörung	24	63 %	95 %
2 a) Herzinfarkt	6	100 %	99 %	b) Überfunktion	2	100 %	95 %
b) Beschwerden	2	100 %	99 %	14 Lebererkrankung	3	67 %	99 %
c) < 6 Monate	0	-/-	99 %	15 a) Nierenerkrankung	5	80 %	99 %
3 a) Herzklappenfehler	7	100 %	99 %	b) Dialyse	0	-/-	99 %
b) Gefäßeingriff	1	100 %	99 %	c) Nierentransplant.	0	-/-	100 %
c) rheumat. Fieber	2	100 %	99 %	16 a) Malignom	4	50 %	99 %
d) Herzbeschwerden	4	75 %	97 %	b) Chemother.	3	67 %	100 %
4 a) Herzklopfen	8	75 %	84 %	c) Bestrahlg. Kopf	1	0 %	98 %
b) Ruhe erforderlich	3	67 %	93 %	17 Infektion	8	75 %	95 %
c) Atemnot/Schwindel	3	67 %	89 %	18 Hyperventilation	5	60 %	98 %
5 a) Herzinsuffizienz	3	100 %	96 %	19 Kollapsneigung	1	0 %	97 %
b) erhöht lagern	2	100 %	99 %	20 Antibiotikaprophylaxe	5	20 %	97 %
c) Atemnot	1	100 %	96 %	21 a) Medikation	72	46 %	78 %
6 Hypertonie	24	79 %	87 %	b) Herz	15	73 %	96 %
7 a) Blutungsneigung	13	54 %	98 %	c) Gerinnung	21	86 %	97 %
b) verlängert	2	50 %	100 %	d) Hypertonie	18	67 %	98 %
c) spontan	3	100 %	97 %	e) Aspirin od. Schmerz.	16	50 %	96 %
8 a) Epilepsie	3	67 %	100 %	f) Allergie	3	67 %	95 %
b) verschlechtert	0	-/-	100 %	g) Diabetes	4	25 %	98 %
c) weitere Anfälle	1	0 %	100 %	h) Cortison	4	25 %	98 %
9 a) Asthma	2	100 %	97 %	i) Transplantat.	1	0 %	98 %
b) Inhalatoren	3	100 %	95 %	j) Haut/Rheuma	20	35 %	98 %
c) Atemprobleme	1	100 %	99 %	k) Krebs	1	100 %	99 %
10 a) Lungenerkrankung	6	17 %	100 %	l) Antibiotika	4	75 %	98 %
b) Treppensteigen	4	50 %	90 %	m) Psychopharm.	7	57 %	98 %
c) Ruhedyspnoe	0	-/-	96 %	n) Drogen	2	0 %	99 %
11 a) Allerg. Reaktion	18	61 %	95 %	o) andere	47	32 %	75 %
b) beim Zahnarzt	0	-/-	99 %	22 Schwangerschaften	2	100 %	100 %

Die Ziffernreihen bezeichnen die Frage-Nummerierung. Kleine Buchstaben geben in alphabetischer Folge (a, b, ...) die Beantwortungsunterteilungen wieder.

Da die ärztliche Untersuchung nach der zahnärztlichen Beurteilung der Risiko-Anamnese und deren Dokumentation erfolgte, ist mit Prävalenz nicht der Bestand Erkrankter im Sinne Zahnärztlichen Tuns ausgewiesen, sondern die Prävalenzrate. Sie ergibt sich aus dem Quotienten zwischen dem Gesamtbestandteil der ausgesuchten Patienten zu den dann durch Fragebogen und ärztlichem Urteil ermittelten „Risikopatienten“. Die Sensivität dieser Testung (Spalte Mitte) bezeichnet die prozentuale Erfassungsbreite. Sie ist für einen solchen, in der Abhandlung aufgeschlüsselten Siebtest wichtiger, als die Spezifität (Spalte rechts außen). Bei Modellen mehrerer gemeinsamer Faktoren, wie diesem, wäre ein Fehlervarianzanteil nur mit wenig Aussagekraft behaftet. Die Autoren haben deshalb bei der faktorenanalytischen Analyse auf die Irrtumswahrscheinlichkeit verzichtet, weil diese ärztliche Erkenntnisfehler bedeutet hätten. Erinnerunglich sind dem Verfasser drei multimorbide Patienten, die aus der Gruppe der Untersuchten eliminiert wurden, um in die Untersuchung durch stationäre Spezialisten geführt zu werden. Deshalb ist die ermittelte Spezifität von Frage zu Frage als Quotient zwischen testnegativen Gesunden und der Anzahl der untersuchten Gesunden ausgedrückt. Er liegt bei nahezu allen Fragestellungen in der Nähe der 100%-Marke. Es gilt zu beachten, dass dieses Ergebnis NUR der Pilotstudie entstammt.

Ergebnis-Tableaus der vorliegenden Studie

Ergebnisse der persönlichen Recherchen des Verfassers sind zu den von dem Council EMRRH und dem Verfasser attribuierten ‚Tableaus‘ gefügt. Sie sind der Kommentar zu der Interpretation der Fragestellungen und ihrer Antworten (Literaturbezogenheit jeweils in Klammern). Die häufigsten Koordinationen sind in die Reihe: EDV-Dokument ICD, Prävention, ASA... Skalierung und Kommentare (i.d.R. bei Vorliegen von Positions-Papieren und Literaturübersichten) eingeordnet :

Darstellung der Fragen Allgemeiner Anamnese mit den ermittelten Kommentaren:

Die einzelnen Tableaus:

Fragen

ASA-Risiko-Wert

1. Angina pectoris

<i>Haben Sie bei Belastung Schmerzen im Brustbereich (Angina pectoris)?</i>	<i>II</i>
<i>Müssen Sie Ihre Belastungen einschränken ?</i>	<i>III</i>
<i>Haben sich die Beschwerden jetzt verschlimmert ?</i>	<i>IV</i>
<i>Haben Sie in Ruhe Brustschmerzen?</i>	<i>IV</i>

ICD-10-de novo-I.20-instabil

Prävention

Stress, Schmerz und flache Lagerung im Behandlungsstuhl können Angina pectoris provozieren (DGZMK 2002/6).

ASA II

1. Die beste Behandlungszeit ist nachmittags, weil Blutdruck und daraus resultierende kardiale Belastung geringer sind als morgens (DGZMK 2002/13).
2. Die beste Position ist halb zurückgelehnt (bessere Atmung und weniger psychischer Stress)
3. Die Behandlungsdauer hängt von dem Einzelfall ab und muss individuell festgelegt werden.
4. Empfohlen wird eine effektive Lokalanästhesie mit Adrenalin-Zusatz 1:200.000 oder 1:100.000. Von der Verwendung des NOR-Adrenalin-Zusatzes wird heute allgemein abgesehen (BZÄK/KZBV/IDZ 1998). Die Aspirations-Technik ist unbedingt einzuhalten.

- Ebenso ist bei der Applikation des Lokalanästhetikum langsam und nahezu drucklos vorzugehen – jede Mukosainfiltration kann eine vasale Direkteinspritzung bedeuten. Vasopressinanaloga können benutzt werden, wenn die Therapie unbedingt aussergewöhnliche Vasokonstriktion erfordert. Octapressin (“Citanest”®) kann benutzt werden, wenn ein Vasokonstriktor bevorzugt wird. Der Zahnarzt sollte das Volumen des Lokalanästhetikums vorsichtig dosieren.
5. Wegen des systemischen Effekts lokaler Vasokonstriktion ist die Verwendung adrenalin-getränkter Retraktionshilfen bei besonderen Maßnahmen oder vor der Abformung sind alle Adrenalin-getränkte Einlagen für Herzpatienten kontraindiziert.
 6. Empfohlen wird die Messung von Puls und Blutdruck vor Behandlungsbeginn (DGZMK/13).
 7. Notfallmedikation: Nitroglycerin sollte verfügbar sein (Achtung Verfallsdatum). Der Zahnarzt sollte auf Notfälle vorbereitet sein (z.B. Reanimation).
 8. Bei Verdacht auf Angina pectoris sollte die Behandlung beendet werden und der Patient die Möglichkeit haben, sofort seine eigene Not-Medikation wie z.B. Nitroglycerin zu nehmen.

ASA III

9. Mit Zustimmung des Patienten kann vor der Lokalanästhesie und Beginn jeglicher Behandlung Nitroglycerin sublingual gegeben werden.
10. Mit Zustimmung des Patienten sollte in Zweifelsfällen der Zahnarzt den Hausarzt oder Spezialisten des Patienten um Rat fragen.
11. Bis dahin sollte der Patient seine übliche Medikation weiter nehmen.
12. Die Gabe von 3-5 l Sauerstoff/min kann erwogen werden.

ASA IV

13. Kein zahnärztlicher Eingriff, mit Ausnahme der lokalen Schmerz beseitigung sollte ohne Zustimmung durch den Hausarzt oder Kardiologen des Patienten durchgeführt werden. Zusätzliche Medikation kann den Patienten eventuell in Kategorie III zurückführen.

2. Herzinfarkt

<i>Hatten Sie jemals einen Herzinfarkt? Wenn ja,</i>	<i>II</i>
<i>Müssen Sie Ihre Belastungen einschränken?</i>	<i>III</i>
<i>Hatten Sie den Infarkt in den letzten 6 Monaten?</i>	<i>IV</i>

ICD-10-I.20.8-Ruhe-Angina

Prävention und ASA II

Siehe unter Angina pectoris bis dot 8.

9. Beenden Sie sofort die Behandlung bei Angina pectoris, Brustschmerz, Luftnot oder anderen Symptomen. Erlauben Sie dem Patienten, die für ihn angenehmste Position zu wählen und seine gewohnte Medikation einzunehmen. Bleiben sie beim Patienten. Bei Verdacht auf Herzinfarkt sind intramuskuläre Injektionen kontraindiziert. Bedenken Sie, dass der Patient im Notfall in ein Krankenhaus gebracht werden soll, wo er eventuell eine thrombolytische Therapie erhält. Die intramuskuläre Injektionsstelle kann dann bluten.

ASA III

10. Wichtig ist eine Rücksprache mit dem behandelnden Arzt wegen Vorsorgemaßnahmen in Bezug auf die Dauermedikation (z.B. Antikoagulantien) oder mögliche Komplikationen.
11. Gabe von 3-5 l Sauerstoff/min kann erwogen werden.

ASA IV

12. Planen Sie keine zahnärztlichen Eingriffe mit Ausnahme der lokalen Schmerz beseitigung innerhalb der ersten 6 Monate nach einem Herzinfarkt ohne eine schriftliche Bestätigung durch den behandelnden Arzt, dass die Maßnahme kein erhöhtes Risiko für den Patienten beinhaltet. Durch Abwarten, bis die 6-Monats-Frist verstrichen ist, kann ein ASA IV Patient in die ASA III-Kategorie gelangen.

3. Herzklappenfehler

<i>Haben Sie ein Herzgeräusch, einen Herzklappenfehler oder eine künstliche Klappe?</i>	<i>II</i>
<i>Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine Herz- oder Gefäßoperation?</i>	<i>II</i>
<i>Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Wenn ja,</i>	<i>II</i>
<i>Hatten sie je eine rheumatische Herzkrankheit?</i>	<i>III</i>
<i>Müssen Sie Ihre Belastung einschränken?</i>	<i>III</i>

ICD-10-I.20.9-Syndrom

Prävention

Relevant ist vor allem die Prävention der infektiösen Endokarditis nach invasiven zahnärztlichen Eingriffen. Daher ist Absprache mit dem Arzt für Allgemeinmedizin zwingend (DGZMK/5).

ASA II

1. Antibiotika- Prophylaxe wird in Übereinstimmung mit internationalen Leitlinien oder der Empfehlung des betreuenden Kardiologen bei allen blutigen Eingriffen empfohlen. Wenn mehrere Eingriffe erforderlich sind, sollten sie nach Möglichkeit simultan durchgeführt werden, so dass nur eine Megadosis des Antibiotikums erforderlich ist. Die für eine Arthritis-Vorbeugung verordnete Dosis genügt nicht zur Endokarditis-Prophylaxe! Auf das typische Spektrum der Antibiose ist zu achten.
2. Wichtig ist eine Kontaktaufnahme mit dem betreuenden Arzt des Patienten in Bezug auf Vorsichtsmaßnahmen wegen eines implantierten Herzschrittmachers (DGZMK/8).
3. Medikamenteninteraktion: eventuell nimmt der Patient Antikoagulantien, die wegen eines hohen Thromboserisikos nicht abgesetzt werden können. Vor invasiven zahnärztlichen Eingriffen ist Rücksprache mit dem verantwortlichen Arzt zwingend erforderlich.

ASA III

4. symptomabhängig: Siehe Angina pectoris (Frage 1), Herzrhythmusstörungen (Frage 4) und Herzinsuffizienz (Frage 5).
5. Bei einem angeborenen Herzfehler mit zentraler Zyanose (blaue Zunge) sollte ein zahnärztlicher Eingriff nur nach Rücksprache mit dem verantwortlichen Arzt erfolgen.

4. Herzrhythmusstörungen

<i>Haben Sie ohne Belastung Herzklopfen oder Herzrasen? Wenn ja,</i>	<i>II</i>
<i>müssen Sie dann ausruhen, sich hinsetzen oder hinlegen?</i>	<i>III</i>
<i>Werden Sie dabei kurzatmig, blass oder schwindelig?</i>	<i>IV</i>

ICD-10-I.20.9-anginös

Prävention

Arrhythmieen können durch stressreiche zahnärztliche Eingriffe oder deren Antizipation ausgelöst werden. Wenn die Frage bejaht wird und bisher keine ärztliche Abklärung erfolgte, soll nur eine zahnärztliche Untersuchung erfolgen bis die Symptome untersucht und behandelt sind.

ASA II

1. Pulskontrolle (am besten einseitige Palpation der A.Carotis): Unter Betablockern haben Patienten häufig eine vorbestehende Bradykardie. Bei Stress können diese Patienten ggf. ihr Herzminutenvolumen nicht durch Pulserhöhung steigern und entwickeln gelegentlich einen symptomatischen Blutdruckabfall.
2. Wichtig ist eine Kontaktaufnahme mit dem behandelnden Arzt wegen Vorsichtsmaßnahmen aufgrund der Medikation (z.B. Antikoagulantien) oder möglicher Komplikationen.
3. Wenn unter der zahnärztlichen Behandlung Herzrhythmusstörungen auftreten, sollte diese Behandlung beendet werden. Der Patient sollte eine ihm angenehme Körperhaltung einnehmen. Bei gleichzeitigem Schwindel, Schwitzen, Blässe, ist der Patient flach zu lagern.

Bei plötzlicher Kurzatmigkeit ist der Patienten aufrecht mit den Beinen über der Armlehne gelegt zu setzen. Insufflation von 4 l Sauerstoff/min können Erleichterung bringen. Bei persistierenden Beschwerden Notfall-Transport ins Krankenhaus veranlassen.

ASA III

4. Bei Einverständnis des Patienten vorherige Absprache mit dem verantwortlichen Arzt, der eventuell spezifische Empfehlungen abgibt.

ASA IV

5. Keine zahnärztliche Behandlung ohne Empfehlung des verantwortlichen Arztes.

5. Herzmuskelschwäche

<i>Haben sie eine Herzmuskelschwäche? Wenn ja,</i>	<i>II</i>
<i>Haben Sie Atemnot, wenn Sie flach liegen?</i>	<i>III</i>
<i>Schlafen Sie wegen Atemnot mit mehr als 2 Kopfkissen?</i>	<i>IV</i>

ICD-10-I.50.9-dekompensiert

Prävention

Bei manifester Herzinsuffizienz unter Alltagsbelastungen sollte der Patient keinen psychischen oder physischen Belastungen ausgesetzt werden. Vorsicht: Die horizontale Lagerung während der zahnärztlichen Behandlung fördert den Übergang vom Rechts- zum Linksherzversagen.

ASA II

1. bevorzuge sitzende Position des Patienten.
2. Behandlungsdauer: kurz, entsprechend der individuellen Toleranz.
3. Effektive Lokalanästhesie mit einem üblichen Vasokonstriktor. (Siehe Angina pectoris)
4. Überprüfe mögliche Interaktionen mit der Medikation: Diuretika reduzieren den Speichelfluss. Manche Patienten nehmen ASS/Aspirin oder Antikoagulantien.
5. Bei Symptomen einer akuten Linksherz-(Asthma cardiale) oder Rechtsherzinsuffizienz, sollte die Behandlung sofort unterbrochen und folgende Maßnahmen ergriffen werden:

Dokumentation von Puls, Blutdruck und Zeit.

Den Patienten aufrecht setzen.

- Bei Blutdruck mindestens 120/80 mmHg : 40mg Furosemid oral geben.
- Eventuell 4l Sauerstoff/min geben. Transport in ärztliche Behandlung organisieren.

ASA III

6. Nur Untersuchung, keine Behandlung bei klinischen Zeichen einer Herzinsuffizienz.
7. Nach Zustimmung durch den Patienten Rücksprache mit dem behandelnden Arzt um zu klären, ob durch eine ergänzende Behandlung der Zustand des Patienten verbessert werden kann.

ASA IV

8. Keine zahnärztliche Behandlung, bevor der Patient wieder in ASA III oder II zurückgeführt wurde, Rücksprache mit dem behandelnden Arzt.

6. Bluthochdruck

Hatten Sie jemals hohen Blutdruck? *II*

Bitte notieren Sie hier Ihren letzten gemessenen Blutdruckwert -----/----- mmHg

Hier kann ergänzt werden:

(Liegt der obere Wert meist zwischen 160 und 200? *III*

Liegt der untere Wert meist zwischen 95 und 115? *III*

Ist der obere Wert meist 200 oder höher? *IV*

Ist der untere Wert meist 115 oder höher? *IV)*

ICD-10-R.03.0-einmalig

Prävention

Der Blutdruck des Patienten muss bekannt sein! Im Zweifelsfall selbst messen! Bitte an lebensstiltypische Probleme denken: Aufgeben des Rauchens senkt den Blutdruck.

ASA II

1. Bevorzugte Behandlungszeit ist nachmittags, weil dann der Blutdruck meist niedriger als morgens ist (DGZMK/13).

Die Behandlungsdauer hängt von der Toleranz des Patienten und der Belastung durch den Eingriff ab. Empfohlen wird eine effektive Lokalanästhesie mit Adrenalinzusatz 1:200.000 oder 1:100.000. Unbedingt ist die Aspirations-Technik einzuhalten. Alternativ kann Octapressin ("Citanest"®) benutzt werden. Auch das injizierte Volumen ist zu beachten. Bitte immer Aspiration und langsame Injektion vornehmen.

4. Wegen systemischer Effekte sind Adrenalin-haltige Hilfsmittel zur Gingiva-Retraktion, z.B. vor der Abdrucknahme, bei allen ‚Herz-Patienten‘ kontraindiziert.

5. Ermöglichen Sie dem Patienten ein langsames Aufstehen aus der liegenden Position, um orthostatische Reaktionen zu vermeiden. Die Medikation oder der gestörte Kreislauf des Patienten kann die physiologischen Ausgleichsreaktionen bei plötzlicher Lageänderung beeinträchtigen mit Schwindel, cerebraler Minderdurchblutung oder Kollaps.

6. Der Zahnarzt sollte sicherstellen, dass die antihypertensive Therapie konsequent fortgeführt wird, weil jede Unterbrechung einen Rebound-Effekt auf den Blutdruck haben kann.

ASA III

7. Prämedikation: der Blutdruck kann mit Nitroglycerin sublingual ausreichend gesenkt werden, wenn der Patient sitzt oder liegt. Außer Kopfschmerzen gibt es keine relevanten Nebenwirkungen. Im Zweifelsfall soll der behandelnde Arzt um Rat gefragt werden.

ASA IV

8. Ein Patient mit Blutdruckwerten über 115 diastolisch oder 200 systolisch sollte dringend zum Hausarzt oder Notdienst-Arzt überwiesen werden.

7. Blutungsneigung

<i>Haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung? Wenn ja,</i>	<i>II</i>
<i>Bluten Sie nach einer Operation oder Verletzung länger als 1 Stunde?</i>	<i>III</i>
<i>Bekommen Sie ohne Verletzungen Blutergüsse?</i>	<i>IV</i>

ICD-10-D.68.9-erhöht

Prävention

Dies hat nur bei invasiven zahnärztlichen Maßnahmen Bedeutung: subgingivale Füllungen, Extraktionen, Wurzelbehandlungen und Injektionen (Lokalanästhesie). Intraligamentale Techniken der Lokalanästhesie sind davon unberührt.

ASA II

1. Bei Verdacht auf eine Blutgerinnungsstörung ist eine entsprechende Untersuchung notwendig. Dies kann im Kontakt mit dem betreuenden Arzt erfolgen (DGZMK/14).

2. Die erste Untersuchung von Kindern mit angeborenen Gerinnungsstörungen sollte in den ersten Lebensmonaten erfolgen, „vom ersten Zahne an“ (DGZMK/2).

Danach kann ein Präventionsprogramm mit den Eltern und später dem Kind diskutiert werden u.a. mit Beratung über Ernährung, Hygiene, Fluorid-Behandlung, Belag- und Zahnsteinentfernung und regelmäßige Kontrollen (DGZMK/12).

3. Optimale präventive und kurative Behandlung ist für Patienten mit erhöhter Blutungsneigung äußerst wichtig und Vorsorge gegen Karies und Parodontopathien sind wesentlich kritischer als bei der Normalbevölkerung. Notwendig ist eine optimale Mundhygiene, die durch intermittierende Spülungen mit Oralantiseptika ergänzt werden kann. Eine Blutungsneigung behindert nicht konservierende Eingriffe. Ein konservatives Vorgehen wird empfohlen.
4. Lokalanästhesie sollte nur apikal oder intraligamental angewendet werden. Lokalanästhesie, vorzugsweise ohne Vasokonstriktor ist ratsam. Die postoperative kompensatorische Vasodilatation nach initialer Konstriktion wirkt leider dem Gerinnungseffekt entgegen. Bei ausgedehnten Eingriffen sollte eine Allgemein-anästhesie bevorzugt werden.
5. Bei Patienten, die Antikoagulantien einnehmen, sollte der Zahnarzt vor invasiven Eingriffen den behandelnden Arzt kontaktieren. INR-, bzw. „Quick“-Wert, sollte eingestellt sein. Die Einstellung kann aus internistischen Gründen wegen Leberparenchymschadens (vgl. Ethanolmissbrauch) geändert sein oder werden. Der Zahnarzt sollte sich am aktuellen therapeutischen Wert (des Arztes) orientieren. Der „therapeutische Wert“ der INR liegt bei 2,75 entsprechend einem Quick% von 30. Über diesem setzt die Thrombozytenaggregation schlagartig ein, sodass Thromboserisiko gegeben ist. Abhängig von der Schwere des zahnärztlichen Eingriffes ist festzustellen, dass der „therapeutische Wert“ des Zahnarztes eine andere Aussage beinhaltet, nämlich, ob ein Patient oralchirurgisch o.Ä. angegangen werden kann. Diese Entscheidungen müssen zwischen Thrombosearzt und Zahnarzt abgestimmt sein. Man sollte die Zahl der Eingriffe bei thromboseprophylaktisch oder sogar thrombolytisch behandelten Patienten nur streng indiziert und durch Konzentrierung auf wenige Termine reduzieren. Bei komplikationslosem Verlauf kann die Marcumar-Behandlung am gleichen Abend wieder aufgenommen werden.
6. Bei Patienten mit leichten Blutungen und von Willebrand-Erkrankung, kann Vasopressin (DDAVP 0,3-0,5 mg/kg) gegeben werden. Dadurch wird ein flüchtiger Anstieg von Faktor VIII erreicht.
7. Die Blutgerinnung kann mittels 30-minütiger Kompression der kritischen Region durch eine mit physiologischer Kochsalzlösung getränkten Baumwollkomresse verbessert werden. Alternativ kann die Komresse mit Thrombin (Konzentration 5000 U/ml) oder Epsilonaminocaprinsäure (AMCA) bzw. Tranexamsäure getränkt werden. Wenn möglich sollten die Wundränder genäht oder angenähert werden.

ASA III

8. Wo die Blutungsneigung nicht reduziert werden kann, sollte eine Extraktion so atraumatisch wie möglich, also auf maximal 3 Elemente pro Sitzung beschränkt werden. Ansonsten ist der Eingriff in einer Zahnklinik bzw. Kieferchirurgischer Ambulanz durchzuführen.
9. Lokal oder systemisch applizierte Anti-Fibrinolytika reduzieren den fibrinolytischen Effekt des Speichels. Tranexamsäure sollte oral alle 6 Stunden mit 500 bis 1000 mg für 10 Tage ab dem Vorabend des Eingriffes dosiert werden. Auch eine Spülung mit Tranexamsäure ist effektiv. Die Dosis muß bei Niereninsuffizienz angepasst werden.
10. Ein Tampon für die Extraktionshöhle muss zur Blutungs-Prävention folgende Kriterien erfüllen: Gerinnungsförderung, schnell und leicht anzuwenden, als Fremdkörper muss er komplett entfernbar oder resorbierbar sein, er sollte weder die Heilung behindern noch das Infektionsrisiko erhöhen.
11. Der Patient kann mit folgenden Anweisungen nach Hause gehen, sobald komplette Blutungsfreiheit erreicht ist :
 Aufgrund der Lokalanästhesie oder Stammanästhesie kann es zu habituellen Verletzungen kommen. Der Patient bemerkt nicht, dass er sich auf Lippe, Zunge oder Wange beißt. Deshalb muss er die nachhaltige Anweisung bekommen, erst wieder zu sprechen, zu essen und zu trinken, wenn die Betäubung nachgelassen hat.
 Der Patient soll auf eine Baumwoll-Komresse beißen, wenn es erneut blutet.
 Vermeiden von wiederholten Spülungen, auch am selben Tag Vermeiden von Mundhygiene.
 Vermeiden heißer Speisen und Getränke, weil Vasodilatation einen fragilen Pfropf stören kann. Bevorzugtes sind weiche Speisen. Äußerlicher Gebrauch von Eis, um die Schwellung zu reduzieren, hat gewöhnlich einen günstigen psychologischen Effekt (DGZMK/7).

Begrenzen von Rauch- und Alkoholgewohnheit, Vermeiden von Sport. Falls Schmerzmittel nötig sind, kommen Paracetamol anstelle von ASS oder NSAR wegen negativer Effekte auf die Blutgerinnung infrage. Bei starken Schmerzen kann Paracetamol mit Kodein kombiniert werden.

ASA IV

12. Regionalanästhesien, wie inferiore Blockade, posteriore superiore Zahnervenblockade und vestibuläre Injektionen im hinteren Teil der Oberlippe sind absolut kontraindiziert. Eine Anästhesie ist für den Fall erlaubt, dass der niedrigste Gerinnungsfaktor über 20% liegt.

13. Bei schwerwiegenden Störungen können auch Routine-Maßnahmen zu Hämatomen führen wie z.B. intraorale Röntgenaufnahmen, Zahnsteinentfernung oder die Benutzung von Absaugkanülen und Speichelsaugern. Der Zungenspatel kann Hämatome am Mundboden hervorrufen.

14. Substitutionstherapie mit Thrombozytenkonzentrat ist wegen der kurzen Lebensdauer der Thrombozyten nur bei akutem kurzem Blutungsrisiko, das anderweitig nicht behandelt werden kann, indiziert.

15. Bei Kindern (und Erwachsenen mit geringer Selbstkontrolle), sollte der Zahnarzt mit plötzlichen Bewegungen, die zu Gewebeverletzungen führen können, rechnen.

8. Schlaganfall

<i>Hatten Sie jemals einen Schlaganfall? Wenn ja,</i>	<i>II</i>
<i>Hat sich Ihr Schlaganfall innerhalb der letzten 6 Monate ereignet?</i>	<i>III</i>

ICD-10-I.69.4-Zustand nach...

Prävention und ASA II

Einem Patienten mit Vorgeschichte zerebraler Sklerose sollte man in der Zahnarztpraxis sowohl durch die Lagerung (sitzende Position), als auch durch die zeitliche Beschränkung der zahnärztlichen Maßnahmen entgegenkommen. Ist ein apoplektischer Insult ärztlich verifiziert, muss der Zahnarzt vor der Behandlung des Patienten Kontakt mit dem behandelnden Arzt aufnehmen. Es ist nämlich zu bedenken, dass der Patient sowohl die ärztliche Behandlung, als auch die Medikation nicht versteht.

ASA III

Ist der Patient erst vor kurzer Zeit von einem Schlaganfall betroffen worden, ist besonders auf die mit ihm verbundenen Lähmungen zu achten. Die Frage, die der behandelnde Arzt erklären muss, ist die nach der Verursachung (Atherosklerose oder Arteriosklerose). Bei notwendigen Lokalanaesthesien ist auf die vorsichtige Handhabung der Infiltration zu achten. Stammanästhesien sollten vermieden werden, weil sie das Risiko der vasalen Applikation tragen.

9. Fallsucht (Epilepsie: in anderen Sprachen Anfallsleiden)

<i>Haben Sie Epilepsie (Anfallsleiden)? Wenn ja,</i>	<i>II</i>
<i>Hat sich Ihr Anfallsleiden verschlechtert?</i>	<i>III</i>
<i>Haben Sie trotz Medikation weiterhin Anfälle?</i>	<i>IV</i>

ICD-10-G.40.9-Symptom

Prävention und ASA II

Einem Epileptiker sollte immer zu einer Begleitung geraten werden und er sollte nicht selber Auto fahren..

Zahnärztliche Behandlung beinhaltet viele prädisponierende Faktoren, und es ist wichtig zu wissen, welche einen Anfall auslösen können. Jeder Epileptiker hat seine eigene Geschichte! Ruhe und Stille sind wichtig, da Licht und Lärm Anfälle provozieren können.

Fragen Sie den Patienten nach seinen Prodromi und wie lange sie anhalten.

4. Fragen Sie den Patienten nach der üblichen Dauer seines Terminalschlafes und Probleme, die bei Anfallsende zu erwarten sind.

5. Ein Mundkeil kann bei Anfallsbeginn einen Zungenbiss verhindern. Er wird wegen möglicher Komplikationen (Aspiration, brüchiges Material) in Deutschland aber nicht mehr empfohlen.
6. Sobald ein generalisierter Krampfanfall mit Bewusstseinsverlust (Grand mal) beginnt, oder besser schon im Prodromalstadium müssen alle Instrumente oder Objekte aus dem Mund des Patienten entfernt werden und der Instrumentenhalter sollte weggeräumt werden. Bei Krämpfen sollte man Verletzungen vermeiden. Bei anhaltendem Anfall kann 10 mg Diazepam intramuskulär gegeben werden, wenn nötig einmalige Wiederholung nach 10 min. Ein bewusstloser Patient sollte in die stabile Seitenlage gebracht werden, um Atemwegsverlegungen oder Aspiration von Mageninhalt zu vermeiden. Während der Erholungsphase wird eine ruhige Umgebung benötigt.

ASA III

7. Stellen Sie fest, zu welcher Tageszeit und mit welcher Behandlungsmethode das geringste Risiko verbunden ist oder erhöhen Sie nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt kurzfristig die Medikation.
8. In Zweifelsfällen sollte mit Einverständnis des Patienten der behandelnde Arzt konsultiert werden.

ASA IV

9. Konsultieren Sie den behandelnden Arzt.

10. Bronchial-Asthma

<i>Haben Sie Bronchial-Asthma? Wenn ja,</i>	<i>II</i>
<i>Benutzen Sie dafür Medikamente/Inhalationen?</i>	<i>III</i>
<i>Haben Sie heute Atmungsprobleme?</i>	<i>IV</i>

ICD-10.J.45.0-extrinsisch

Prävention

ASA II

1. Stresskontrolle und eine ruhige Umgebung sind wichtig. Lange, belastende oder schmerzhaft Eingriffe sollten vermieden werden.
2. Lokalanästhetika sollten nur Adrenalin 1:200.000 oder 1:100.000 enthalten oder einen alternativen Vasokonstriktor, falls der Patient Sympathomimetika benutzt.
3. Sobald der Patient angibt, dass er sich unwohl fühlt, sollte die Behandlung unverzüglich beendet werden. Der Patient sollte eine angenehme Position einnehmen und beruhigt werden. Zuerst soll er seine eigene Medikation nehmen, dann Puls und Blutdruck messen. Bei Verschlechterung kann zusätzliche Medikation erfolgen: Salbutamol als Spray, Inhalationskapseln oder i.m.. Bei fehlender Linderung kann Dexamethason i.m. gegeben werden. Dosierung und Art der Medikamente hängt von den Handelspräparaten ab.
4. Äußerste Vorsicht im Umgang mit Sauerstoff. Angemessen ist eine Dosierung mit 4l/min (15 min an- und 15 min abgedreht).
5. Wenn der Patient seit mehr als 1 Jahr niedrige Dosen Kortison einnimmt (oder kürzere Zeit höhere Dosen) sollte der Zahnarzt mit dem behandelnden Arzt Kontakt aufnehmen um zu klären, ob vor größeren Eingriffen die Dosis erhöht werden sollte, da häufig eine Nebennierenrindeninsuffizienz besteht.
6. Mögliche Interaktionen mit der vorausgegangenen Medikation sollten bei Verordnungen beachtet werden. Wichtig ist die Interaktion zwischen Theophyllin und Erythromycin.
7. Aspirin (ASS) sollte wegen des Intoleranzrisikos vermieden werden. Überdosierung mit begleitenden Komplikationen ist bei diesen ängstlichen Patienten nicht ungewöhnlich.

ASA III

9. Oft schätzt der Patient die Schwere der Anfälle nicht richtig ein. Im Zweifelsfall sollte man Eingriffe aufschieben.
10. Bei einem Asthmaanfall kann eine weite Mundöffnung die Atemnot verschlimmern, weil ein erhöhter intrabronchialer Druck für die Expiration erforderlich ist.

Die Behandlung sollte schnell durchgeführt werden, wenn nötig unter Zuhilfenahme einer Zusatzmedikation nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt. In schwierigen Fällen sollte sich der Zahnarzt vorher mit dem Spezialisten absprechen.

ASA IV

11. Ein Patient mit einem lebensbedrohlichen Asthmaanfall – gekennzeichnet durch Atemnot bis zur Erschöpfung - der trotz maximaler Medikation länger als 24 Std. anhält, wird nicht den Zahnarzt aufsuchen.

11. Bronchitis

<i>Haben Sie andere Lungenprobleme oder anhaltenden Husten? Wenn ja,</i>	<i>II</i>
<i>Sind sie nach 20 Treppenstufen außer Atem?</i>	<i>III</i>
<i>Kommen sie beim Anziehen außer Atem?</i>	<i>IV</i>

ICD-10-J.42.x-Rezidiv

Prävention

In vielen Aspekten ist die Behandlung von Patienten mit Emphysem, Bronchitis oder Bronchiektasien dieselbe wie beim Asthma bronchiale.

ASA III.

1. Die Behandlung sollte am besten vormittags erfolgen, da der Patient hier belastbarer ist. Lange, belastende oder schmerzhafte Eingriffe sollten vermieden werden.
2. Ein Patient mit chronischer Bronchitis (mit oder ohne Bronchiektasien) sollte in sitzender Position behandelt werden. Es kann günstig sein, den Patienten einige Male tief durchatmen zu lassen, um die Sputum-Produktion zu stabilisieren und damit unkontrollierte Hustenanfälle unter der Behandlung zu vermeiden. In der Praxis ziehen es Zahnärzte vor, Patienten, die ansteckende Erkrankungen haben, am Ende des Tags zu behandeln.
3. Schon im Frühstadium der Erkrankung hat der Patient häufig eine Multimedikation (Mukolytika, Expectorantien, Spasmolytika, Antibiotika und Steroide). Wenn der Patient schon längere Zeit Korticoide eingenommen hat, sollte der Zahnarzt den behandelnden Arzt konsultieren um zu klären, ob wegen einer Nebennierenrindeninsuffizienz vor belastenden oder langwierigen Eingriffen die Steroid-Dosis erhöht werden sollte.
4. Folgende Medikamentennebenwirkungen können unter zahnärztlicher Behandlung auftreten: Unruhe, Zittern, Herzrhythmusstörungen, Palpationen, Angina pectoris und Schwindel.

ASA III

5. Bei Patienten mit akuten Anfällen sollten körperliche Belastungen begrenzt werden (Treppensteigen, häufiges Laufen innerhalb der Praxis, z.B. Röntgen, Labor)).
6. Der Patient sollte in halb-sitzender Position behandelt werden (ca. 45 Grad-Winkel). Eine Flachlagerung reduziert die Lungenkapazität um 10-15% und erschwert das Abhusten. Bei aktiver Bronchitis oder Bronchiektasien wird die absolute Trockenlegung mit Kofferdam vom Patienten nicht toleriert im Gegensatz zu Emphysem-Patienten.
7. Aspirin/ASS sollte wegen des hohen Intoleranz-Risikos vermieden werden.
8. Bei Emphysem-Patienten sollte bei der Terminplanung berücksichtigt werden, dass die Behandlung oft lange dauert, weil der Patient den Mund immer wieder schließen muss. Die alte Regel „Kein Sauerstoff für Emphysem-Patienten“ gilt weiterhin.
9. Sedativa und Muskelrelaxantien sind wegen Atemdepression kontraindiziert.
10. Die Verwendung von lokalen Hilfsmitteln mit Adrenalin sind bei diesen Patienten kontraindiziert.

ASA IV

11. Zahnärztliche Behandlungen dürfen nur nach Konsultation mit dem betreuenden Arzt und Zustimmung des Patienten nach Risikoaufklärung durchgeführt werden.

12. Allergien

Hatten Sie je eine allergische Reaktion gegen Penizillin, Aspirin, Latex, zahnärztliche Materialien oder irgend etwas anderes? Wenn ja, II
Erforderte dies medizinische oder Krankenhausbehandlung? III

(Es kann ergänzt werden: Geschah das durch eine Zahnarztbehandlung? IV
Wogegen sind Sie allergisch?.....)

ICD-10-T.78.4-Dokumentation (Pass)

Prävention

Jeder Patient ist nach seinem Allergie-Ausweis zu fragen. Prävention ist die effektivste Allergie-Therapie. Bei begründetem Verdacht auf eine Allergie gegen zahnärztliche Materialien sollte eine spezifische Allergietestung durch einen qualifizierten Arzt erfolgen (DGZMK/15).

ASA II

Durch gezielte Fragen nach Reaktionen auf Anästhetika, Konservierungsmittel, Penizillin, Latex oder Substanzen wie Jod ist die Allergie identifiziert. Bitte Allergie- Paß vorlegen lassen und prüfen!

Ergreifen Sie die notwendigen Vorsichtsmaßnahmen, wenn Sie einen Allergiker in der Praxis haben. Bei solchen mit anamnestisch schweren Reaktionen sollte Adrenalin (1:1000 ml) bereit liegen und die Helferin über ihre Rolle bei Akut-Situationen instruiert sein

ASA III

3. Beenden Sie sofort die Behandlung, wenn der Patient Zeichen von Unruhe, Parästhesie oder Angst nach der Anwendung eines Allergens bietet.

Bei Verdacht auf eine Allergie vom Soforttyp(Typ 1) darf der Patient nicht alleine gelassen werden. Sofortige Alarmierung des Rettungsdienstes.

Geben Sie 1ml Adrenalin (1:1000) s.c. oder im. bzw. inhalativ. Bei Kindern 0.01 ml/kg bis maximal 0.3 ml.

Danach werden sofort Dexamethason 5 mg/ml i.m. verabreicht (Kinder: halbe Dosis). Lokale Verfügbarkeit und gebräuchliche Präparate incl. Haltbarkeit sind zu beachten.

Trotz der Notfallsituation ist immer eine Kontrolle der von der Helferin vorbereiteten Injektion/Ampulle erforderlich.

Wenn innerhalb 5-10 Minuten keine Besserung eintritt, die Adrenalin-Gabe wiederholen.

Vorsicht vor Bronchial-Obstruktion!

Halten Sie die Haupt-Atemwege frei. Bei Blutdruckabfall wird der Patient flach auf den Rücken gelegt und die Beine durch Anwinkeln der Hüften angehoben.

Geben sie 4.0 l/min Sauerstoff, nötigenfalls – wenn Sie diese beherrschen - über die Koniotomie. CAVETE: Diese Empfehlung ist in Deutschland unter strengstem Vorbehalt zu sehen.

ASA IV

4. Keine Zahnbehandlung ohne Feststellung der Allergie-Ursache.

13. Diabetes

Haben Sie Diabetes(Zuckerkrankheit)? II

Benötigen sie Insulin? Wenn ja, II

Sind Sie zur Zeit unbefriedigend eingestellt? III

ICD-10-E.14.9-mellitus *Typ 1 oder *2

Prävention und ASA II

Viele Diabetiker führen Selbstkontrollen durch und können die Dosis anpassen. Ziel ist ein Blutzuckerspiegel von 65-160 mg (3,5-9 mmol/l) zum Behandlungszeitpunkt. Unter diesen Umständen kann der Diabetiker- außer bei Komplikationen- als gesund angesehen werden.

Ein günstiger Behandlungszeitpunkt ist 3 Std. nach dem Frühstück.

Es ist darauf zu achten, dass die Behandlung nicht mit dem normalen Essensrhythmus des Patienten kollidiert und gegenüber dem Patienten betont wird, dass (bei geplanter Behandlung mit Lokalanästhesie) das normale Frühstück und die gewohnte antidiabetische Medikation genommen werden.

Wichtig ist die Stressvermeidung durch kurze Wartezeit. Angsteinflößende Instrumente sollten nicht vorher in der Nähe des Patienten gelagert werden.

Bei Verordnung von Medikamenten: Interaktionen mit Antidiabetika ?

Die Mundhygiene ist besonders zu beachten. Die Verordnung oraler Medikamente mit Zuckerzusatz (CAVETE: Dragee-Form!) muss sorgfältig bedacht werden.

Ratsam ist eine effektive Lokalanästhesie mit 1:200.000 oder 1:100.000 Adrenalin-Zusatz (DGZMK/16).

Bei guter Blutzuckereinstellung ist eine Antibiotikaphylaxe bei oralchirurgischen Eingriffen nicht erforderlich.

Umgekehrt erhöhen Infektionen oder Operationen, einschließlich solcher der Mundhöhle, den Insulinbedarf, wodurch der Blutzuckerspiegel steigt. Bei unerklärlicher Karies oder Parodontitis sollte der Zahnarzt mit einer instabilen Phase des Patienten rechnen. Infektionen jeglicher Art sollten sofort behandelt werden, weil sie die Diabetes-Einstellung dramatisch verschlechtern können (DOTZEL et al. 1998).

Bei allen zahnärztlichen Maßnahmen zur Vorbereitung der Zahnersatz-Inkorporation sollte eine Schleimhautschädigung vermieden werden, um Candida-Besiedlung zu vermeiden.

Bei Zeichen einer Hypoglycämie sollte die Behandlung beendet werden. Wenn der Patient noch schlucken kann, sollte er Traubenzucker oder ein zuckerhaltiges Getränk nehmen. Bei Bewusstlosigkeit sollte Glucagon (Insulinantagonist) i.m./s.c. gegeben werden (z.B. GlucaGen Hypokit). Bei Wiedererlangung des Bewusstseins gibt man dann unverzüglich Traubenzucker oder ein zuckerhaltiges Getränk.

ASA III

Bei instabilem Diabetes bedarf der Patient einer engmaschigen Überwachung im Verlauf der zahnärztlichen Behandlung .

14. Schilddrüsenerkrankung

<i>Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? Wenn ja,</i>	<i>II</i>
<i>Haben sie derzeit eine Unterfunktion?</i>	<i>III</i>
<i>Haben Sie derzeit eine Überfunktion?</i>	<i>IV</i>

ICD-10-E.03.9-unter-E.05.9-über

Prävention und ASA II

So lange die Schilddrüsenfunktion unbekannt ist, sollten nur Untersuchungen durchgeführt werden.

Sitzende Position bevorzugen. Bei Flachlagerung kann eine stark vergrößerte Schilddrüse oder Kropf zur Trachealkompression führen. Das führt zu Angst. Anxiolytische Maßnahmen sind erforderlich (DGZMK/6). Schmerzhaftes Vorgehen sind zu vermeiden.

ASA III

3. Planen Sie nur kleine Eingriffe.

4. Wählen Sie immer die geringste wirksame Dosis Ihrer Medikation (incl. Anästhesie). Empfohlen wird eine Lokalanästhesie mit Octapressin unter konsequenter Anwendung der Aspirationstechnik. Sedativa, Opiate und Tranquillizer sind kontraindiziert.

5. Bei Kombination der Hypothyreose mit kardiovaskulären Komplikationen ist der Rat des betreuenden Arztes notwendig.

ASA IV

6. Keine zahnärztliche Behandlung ohne vorheriges Konsil mit dem betreuenden Arzt. Eine manifeste Hyperthyreose bedeutet ein erhebliches Risiko in der Zahnarztpraxis. Im Zweifelsfall sollten alle Behandlungen aufgeschoben werden.

Die Symptome sind keine zuverlässigen Indikatoren für die Schwere der zugrundeliegenden Störung. Die Behandlung sollte im anaesthesistischen stand-by erfolgen. Mit abnormen Reaktionen auf eine Medikation muss gerechnet werden, z.B. Kammerflimmern nach Lokalanästhesie.

15. Lebererkrankung

Haben Sie zur Zeit oder hatten Sie früher eine Lebererkrankung? II

ICD-10-K.75.9-suspekt

Prävention

Der Heilberufler sollte seinen eigenen serologischen Status und den seiner Helferinnen kennen. Bitte beachten Sie die Vorschriften der Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst (DGZMK/1 und DGZMK/9)!

ASA II

Im akuten Stadium sollten zahnärztliche Behandlungen auf Notfalleingriffe beschränkt werden.

Wenn der Patient den aktuellen Stand seiner Lebererkrankung nicht kennt, sollte der Zahnarzt mit Zustimmung des Patienten den behandelnden Arzt konsultieren. Das Risiko spezifischer zahnärztlicher Eingriffe wird durch die Leberinsuffizienz als Begleiterscheinung einer Zirrhose determiniert. Dies beinhaltet Gerinnungsstörungen, Blutungsneigung und Heilungsstörungen. Aspirin/ASS ist kontraindiziert.

Der Zahnarzt sollte die verzögerte Metabolisierung von Medikamenten in der Leber berücksichtigen.

Es kann zu einer akuten Blutung aus Ösophagus- oder Magen-Varizen kommen, ausgelöst durch Schmerzen, Angst oder die Ingestion eines scharfen Gegenstandes. Dann ist ein Notfalltransport nötig. Immunsuppressiva erhöhen das Komplikationsrisiko nach zahnärztlichen Eingriffen.

16. Nierenerkrankung

Haben Sie eine Nierenerkrankung? Wenn ja, II

Werden Sie dialysiert? III

Hatten Sie eine Nierentransplantation? IV

ICD-10-N.28.9-ärztlicher Bericht!

Prävention und ASA II

Behandeln Sie jeden oralen Fokus oder Infekt.

Optimale Mundhygiene ist erforderlich, ggf. mit professioneller Hilfe

Der Zahnarzt sollte beachten, dass die Medikation nicht die Ernährungs-Bilanz stört. Penizillin-Kalium enthält zu viele Elektrolyte, auch Verschlucken von Blut, das viel Kalium enthält, kann zu Hyperkaliämie und damit gefährlichen Herzrhythmusstörungen führen. Patienten wissen normalerweise, wieviel NaCl, Kalium und freie Flüssigkeit sie pro 24 Std. zu sich nehmen dürfen.

Die Dosierung von Medikamenten, die über die Niere ausgeschieden werden, muss der Nierenfunktion angepasst werden. Dies vermeidet Überdosierungen. Lokale Anwendung von Fluorid ist ungefährlich, die systemische Gabe ist hingegen nicht zu empfehlen.

Wenn der Patient eine schlecht kontrollierte Hypertonie hat, sollte der Blutdruck vor jeder Behandlung gemessen werden.

Bei Herzinsuffizienz sollte vor zahnärztlicher Behandlung der behandelnde Arzt konsultiert werden.

Orale Implantationen sollten mit äußerster Vorsicht vorgenommen werden, da häufig eine renale Osteopathie besteht.

ASA III

8. Am besten wird die Behandlung am Tag nach der Dialyse durchgeführt, weil am Dialysetag gehäuft symptomatische Hypotensionen und erhöhte Blutungsneigung bestehen. 9.

Trotz Ersatztherapie haben Nierenpatienten ein erhöhtes Komplikationsrisiko bei zahnärztlichen Eingriffen. Das Infektionsrisiko ist erhöht, ebenso Wundheilungsstörungen. Bei erhöhter Blutungsneigung sollte um Rat gefragt werden. 10. Bei einem arte-

riovenösen Shunt sollte der behandelnde Arzt um Rat gefragt werden, ob eine Antibiotikaprophylaxe oder andere Vorsichtsmaßnahmen erforderlich sind (DGZMK/5). 11. Als

Vorbereitung auf eine Nierentransplantation sollte die zahnärztliche Sanierung vor der Operation abgeschlossen sein. Zahnärztliche Prioritäten sollten geklärt werden, um Problemen in den folgenden 12 Monaten vorzubeugen.

ASA IV

12. Die allgemeine Gesundheit und Sicherheit des Patienten hat Priorität vor zahnärztlichen Idealvorstellungen.

13. Ein transplantiertes Patient ist durch seine Primärerkrankung belastet. Darüber hinaus müssen verringerte Funktionen spezifischer Organe und die Effekte einer extensiven immunsuppressiven Therapie berücksichtigt werden. Rücksprache mit den behandelnden Spezialisten ist immer nötig.

14. In den ersten 3 Monaten nach einer Transplantation sollte zahnärztliche Behandlung vermieden werden. Patienten sind in dieser Phase oft instabil, auch durch psychischen Stress. Es sollten nur dringende konservierende Behandlungen durchgeführt werden (DGZMK/11).

15. Planen Sie die erste zahnärztliche Kontrolle 6 Monate nach der Transplantation ein. Weitere Kontrollen werden nach den spezifischen Bedürfnissen des Patienten vorgesehen. Restaurative zahnärztliche Eingriffe sind möglich, bei invasiven Eingriffen ist vorherige Konsultation mit dem verantwortlichen Arzt erforderlich.

16. Nach epidemiologischen Untersuchungen treten Malignome 20-30 Jahre früher als in der Vergleichsgruppe auf. Durch regelmäßige Vorsorge-Untersuchungen ermöglicht der Zahnarzt Früherkennung und zügige Behandlung.

17. Spezifische Probleme der Immunsuppression: Cyclosporin kann Gingiva-Hyperplasie auslösen. Medikamenteninteraktionen können den Cyclosporin-Spiegel ansteigen lassen mit Risiken für Niere, Leber und Blutdruckanstieg.

18. Spezifische Probleme zytotoxischer Medikamente: siehe unter Krebs und Leukämie.

19. Spezifische Probleme durch Kortikoide: Osteoporose-/Osteomalazierisiko; Auftreten peptischer Ulcera, besonders bei Kombination mit NSAR, Reaktivierung einer Tbc oder anderer chronischer Infektionen, asymptomatische Entzündungen mit schlechter oder langsamer Heilung. Entwicklung von Hypertonie, Diabetes mellitus, psychiatrischen Problemen, Nebennierenrindeninsuffizienz (Supplementierung vor einer Behandlung). Falls operative Eingriffe erforderlich sind, sollte die Corticoid-Dosis verdoppelt werden, da die Nebenniere nicht ausreichend auf Stress reagieren kann.

17. Tumor

Hatten Sie jemals Krebs oder Leukämie? Wenn ja, II

Bekommen Sie dafür Medikamente oder hatten eine Knochenmarkstransplantation? III

Welche Medikamente (gegen Krebs) nehmen Sie?

Hatten Sie eine Strahlenbehandlung wegen eines Tumors/Gewächses im Kopf-/Halsbereich? IV

ICD-10-D.48.9-ärztlicher Bericht!

Prävention

Orale Erkrankungen können negative Auswirkungen auf systemische Störungen haben.

ASA II

1. Optimieren Sie die Zahngesundheit des Patienten.
2. Lokalisieren und behandeln Sie Infektionsquellen durch intraorale Untersuchung und Röntgen. Bei unsicherer Prognose endodontaler Behandlung sollte eine Exzision bevorzugt werden.

Entfernen Sie retinierte oder impaktierte Zähne, Zahnwurzeln oder Fremdkörper nur bei Symptomen oder Verbindung zur Mundhöhle. Eliminieren Sie alle Faktoren, die eine Superinfektion begünstigen. Führen Sie Extraktionen oder andere invasive Behandlungen mindestens 14 Tage vor Therapiebeginn aus, so dass die Wunde geheilt ist. Bei Extraktionen kurz vor einer geplanten Chemotherapie muss die Wunde sorgfältig auf Infektionszeichen kontrolliert werden. Dann sollten nach einer Exzision für 7-10 Tage Antibiotika gegeben werden.

Vor einer Bestrahlung der Kopf-/Halsregion (65 Gy oder mehr) sollte eine Exzision bevorzugt werden, wenn der Erfolg einer konservierenden Behandlung unsicher ist. Organisieren Sie eine angemessene Karies-Prophylaxe.

Zahnersatz-Träger sind vulnerabel.

ASA III

Unter Bestrahlung oder Chemotherapie erfordert die Komplexität der Situation eine Rücksprache mit dem behandelnden Arzt (DGZMK/4).

Häufige zahnärztliche Kontrollen: Belagkontrolle, sorgfältige Reinigung der Schleimhäute, da eine intakte Mucosa eine Barriere gegen Infektionen bildet.

9. Orale Hygiene sollte atraumatisch erfolgen. Gebrauch von Zahnseide wird nur bei ausreichender Leukozyten- und Thrombozytenzahl empfohlen, um Infektionen durch Schleimhautverletzungen zu vermeiden.

10. Topische Fluorid-Anwendung ist unerlässlich.

11. Spülung mit physiologischer Kochsalzlösung ist günstig für die Schleimhäute; ebenso Eiswasser, das auch Erleichterung schafft.

12. Zur Prävention und Therapie oraler Infektionen können Oralantiseptika benutzt werden.

13. Der topische Gebrauch von Polidocanol oder Lidocain-Gel als Anästheticum wird kontrovers diskutiert, da es das Verletzungs- und Aspirationsrisiko, insbesondere bei Kindern, erhöhen kann.

14. Xerostomie wird durch Speichelsubstitution, andere Medikamente oder zuckerfreien Kaugummi gelindert.

15. Lippen und Mundwinkel sollten regelmäßig mit Vaseline geschmeidig gehalten werden.

16. Geben Sie Ernährungs-Empfehlungen.

17. Sorgen Sie für gut sitzende Prothesen, korrigieren Sie bei Bedarf die Kieferrelation und achten Sie auf professionelle und individuelle Hygiene.

ASA IV

18. Führen Sie Zahnbehandlungen aus, soweit es die Laborwerte erlauben.

19. Nach einer Bestrahlung besteht immer das Risiko der Osteoradionekrose. Bei Extraktionen oder blutigen Eingriffen ist Antibiotika-Prophylaxe erforderlich. Extraktionen sollten auf wenige Einheiten pro Sitzung limitiert werden. Sie sollte atraumatisch erfolgen und die Wunde vernäht werden. Bei Infektionszeichen verbessert die Behandlung mit hyperbarem Sauerstoff die Prognose durch Erhöhung der lokalen Sauerstoffkonzentration und Neovascularisierung. Vestibuläre Höhlen und periapikale Infektionen können eine Osteoradionekrose hervorrufen.

18. Infektionskrankheit

Haben Sie zur Zeit eine Infektionskrankheit? Wenn ja, Welche?..... II

ICD-10-A.41.9-allgemein

Prävention und ASA II

Alle Infektionen tragen lokale Risiken für den Patienten und durch Nassabklatsch Risiken für die Praxis. Die Pflicht zur Dokumentation beinhaltet auch die Aufzeichnung solcher Therapieeinschränkungen (DGZMK/2). Ein allgemeinkranker Patient ist nur zur Schmerzbesichtigung zu behandeln.

19. Hyperventilation

Leiden sie unter durch Aufregung ausgelöster Atemnot (Hyperventilation)? II

ICHD-10-R.06.4-Syndrom-F.45.3

Prävention und ASA II

Beruhigen Sie den Patienten in Bezug auf die geplante Behandlung.

Wichtig ist die schnellstmögliche Kontrolle der Hyperventilation durch Beruhigung und Rückversicherung des Patienten.

Bei Prodromi versuchen Sie, die Atmung des Patienten zu regulieren. Es genügt oft, ihn in seine Hände oder eine Papiertüte atmen zu lassen.

Es ist wichtig, die Behandlung fortzusetzen (mit Zustimmung des Patienten), weil sonst jeder folgende Zahnarztbesuch eine ähnliche Attacke auslösen kann (Zahnarzt = Hyperventilation).

Medikation: falls Beruhigung nicht ausreicht, um die Behandlung fortzusetzen, kann ein oraler Tranquillizer gegeben werden. Danach darf der Patient aber nicht mehr selber nach Hause fahren.

Bei einem Kollaps werden allgemeine Erste-Hilfe-Maßnahmen ergriffen.

20. Ohnmacht

Hatten sie jemals eine Ohnmacht bei (zahn-)medizinischen Eingriffen? II

ICD-10-R.55

Prävention und ASA II

Diesen Attacken kann durch die sofortige Flachlagerung des Patienten nach Betreten des Behandlungszimmers vorgebeugt werden. In horizontaler Position werden diese Patienten nicht bewusstlos.

Die geplante Behandlung kann beginnen. Bei Prodromi sollten die Beine des Patienten angehoben werden (ab Hüftgelenk).

Bei einem Anfall im Wartezimmer sollte der Patient seinen Kopf zwischen die Knie nehmen, um eine umgekehrten venösen Fluss zu erzeugen oder der Patient flach auf den Boden gelegt werden.

Bei einem Kollaps sind Erste-Hilfe-Maßnahmen zu ergreifen.

Es ist wichtig, die Behandlung fortzusetzen (mit Zustimmung des Patienten), weil sonst jeder folgende Zahnarztbesuch eine ähnliche Attacke auslösen kann.

Nach einem Kollaps sollte man dem Patienten 30-60 min Zeit lassen, wieder richtig auf die Beine zu kommen. Am passendsten ist die Erholungs-Position.

21. Antibiotika-Prophylaxe zur Therapievorbereitung

Benötigen Sie eine Antibiotika-Prophylaxe (Gabe) vor zahnärztlichen Eingriffen? II

ICD-10-Z.29.x

Prävention und ASA II

1. Vor zahnärztlichen Eingriffen mit Bakteriämie-Risiko sollten das Patienten-Einverständnis eingeholt und der betreuende Arzt kontaktiert werden.

2. Einzuhalten ist optimale orale Hygiene, ggf. mit professioneller Hilfe, in Kombination mit maximaler konservierender Behandlung und häufigen Intervallen, abhängig von der Compliance des Patienten.

3. Antibiotika sollten kritisch eingesetzt werden. Antibiosen bedürfen aber auch einer ‚Anflutung‘, bis sie systemisch wirken können. Über diese, situationsabhängige und medikationstypische Besonderheiten muss der Zahnarzt bescheid wissen.

Bedenklich sind falsch negative Antworten bei der Frage nach erforderlicher Antibiotikaphylaxe. Dies bezieht sich besonders auf die „Abschirmung“ der mit HOHEM RISIKO (ASA IV) versorgten Herzklappenprothesen, Zuständen nach Endokarditis und Myokarditis, der mit MITTLEREM RISIKO (ASA III) behafteten Herzmissbildungen, erworbenen Herzklappendefekten und der mit POTENTIELLEM RISIKO behafteten Patienten mit Zuständen nach Bypassoperationen, nach rheumatischem Fieber (ASA III II) und nach Implantation eines Herzschrittmachers. Auf diese Fragen sollte der Heilberufler zusätzlich eingehen. Ihm stehen bekanntlich auch Dokumentationsunterlagen des Patienten zur Verfügung, wie „Herzschrittmacherpass“, „Bluterpass“, „Europäischer Notfallpaß“, „Allergiepass“ etc. Im Zeitalter des schnellen Datentransfers wird man sich umgehend mit der EDV beschäftigen, die gespeicherte, aber sensible Daten kompetent abfragen lässt.

22. Ärztlich angeordnete oder auch Selbstmedikation

Benutzen sie zur Zeit irgendwelche verordneten oder andere Medikamente?

II

ICD-10-F.19.1-usus

Diese Frage hat zwei Ziele:

- um Interaktionen mit zahnärztlichen Eingriffen oder Medikation zu erkennen
- um den Zahnarzt auf Krankheiten aufmerksam zu machen, die in den vorherigen Teilen des EMRRH- Fragebogens nicht entdeckt wurden.

Prävention und ASA II

Die zugrundeliegende Erkrankung muss zu der Medikation passen und umgekehrt. Man kann auch Informationen erhalten, indem man den Patienten alle derzeit benutzten Medikamente mitbringen lässt oder mit Zustimmung des Patienten beim Apotheker oder dem Hausarzt nachfragt.

Der Zahnarzt sollte in der Lage sein, Nebenwirkungen und Interaktionen von Medikamenten zu identifizieren. Für den Zahnarzt ist es wichtig, in der Lage zu sein, Hypersensitivitätsreaktionen vorherzusehen, wenn der Patient Hinweise gegeben hat (PEACOCK et al 1995).

Mögliche Medikamenteninteraktionen sind zu kennen, auch wenn der Patient mit spärlichen Informationen zur Verfügung steht (SPRANGER 1993).

Die Ursache von Nebenwirkungen ist zu kennen.

23. Zustände im Verlauf der Schwangerschaft

Nur für Frauen: sind Sie schwanger?

II

ICD-10-O.26.9-prävent.-SSW?-Z.35.x-RR?

Prävention

In etwa 10% der Schwangerschaften kommt es zu einem Spontanabort. Nur selten ist die Ursache bekannt (AAP 1998). Ebenso, wie hormonelle Kontrazeptiva Einflüsse auf bestehende orale Entzündungen haben (DGZMK/3), geben orale Entzündungen Einflüsse auf den Fetus. So ist bekannt, dass Frauen mit entzündlichen Parodontalerkrankungen eine siebenfach häufigere Gefahr tragen, untergewichtige Frühgeburten zu erleiden. Jeder Zahnarzt sollte aber auch die Wahrscheinlichkeiten der fetalen Schädigung in den einzelnen Schwangerschaftswochen kennen. Die Patientinnen sollten sich entsprechend ausweisen können. Dazu gehören sowohl ein Arztbericht (THOMPSON et al. 1999), als auch ein Mundgesundheitspaß (SPRANGER 1995).

ASA II

In der Frühschwangerschaft sollte man plötzliche Lageveränderungen vermeiden. Dies kann zu Schwindel und Kollaps durch Vasodilatation und nachfolgenden Blutdruckabfall führen.

In den letzten Schwangerschaftsmonaten besteht zunehmende Kurzatmigkeit: der große Uterus bewirkt einen Zwerchfellhochstand.

Die Patientin sollte nicht auf dem Rücken liegen, weil dann der Uterus auf die Vena cava inferior drückt. Zahnärztliche Eingriffe können normalerweise problemlos durchgeführt werden, falls die Patientin sitzt oder auf der Seite liegt.

Eine Lokalanästhesie wird als unproblematisch erachtet. Trotz der Tatsache, dass lipidlösliche Substanzen rasch die Plazenta passieren, ist die Toxizität der Substanzen bei zahnärztlichen Eingriffen gering und hat wahrscheinlich keinen Effekt auf Fötus oder Uterus. Die korrekte Aspirations-Technik muss eingehalten werden und ein Vasokonstriktor wie Adrenalin 1:200.000 oder 1:100.000 ist erlaubt. Während der Schwangerschaft ist optimale Mundhygiene essentiell, weil orale Infektionen den Fötus beeinflussen können. Es ist untersagt, während der Schwangerschaft Füllungen mit korrosiven (Amalgam) und/oder monomeren (Kunststoffe) Werkstoffen zu legen.

Teratogene Effekte: Der Zahnarzt benutzt nur eine begrenzte Anzahl von Medikamenten: Lokalanästhetika, Antibiotika, Sedativa und Analgetika. Die möglichen negativen Effekte in der Schwangerschaft sind gut bekannt. Folgende Faustregeln sind hilfreich:

Vermeide Medikation in den ersten 3 Schwangerschaftsmonaten

Wenn immer möglich: Monotherapie bevorzugen

Wähle Medikamente mit kurzer Halbwertszeit

Vermeide den Einsatz neuer Medikamente in der Schwangerschaft.

6. Zahnärztliche Röntgenuntersuchungen werden oft mehr aus psychologischen als aus rationellen Gründen vermieden.

Kranken-Versicherten-Karten mit Warnhinweisen

TEHRE-Kongresse (1997-1999) haben gezeigt, dass zu jeder KVK-Chip-Karte Warnhinweise im Sinne von Prozessor-Dateien gehören. Die zur Zeit angebotenen KVK-Chip-Karten erlauben:

- Die Möglichkeit der Online-Prüfung der Gültigkeit der Karte mit Daten der Krankenkasse,
- Die Aktualisierung der Daten,
- Eine Trägerfunktion für Notfallwarnhinweise (Transplantationspatient, Bluter, Allergie, etc.),
- Eine Alarmfunktion (Medizinische Allgemeine Anamnese/ doctor_hopping und Medikation),
- Als Steuerungsfunktion die Möglichkeit der ONLINE- Autorisierung durch den Patienten,
- Als Transportfunktion: Digitale Speicherung – Freigabe nur durch Patient und
- Die Zugriffsautorisierung: Zugang zu Daten nur durch Patient oder durch einen Notfall.

DISKUSSION

Notfallmedizin hat in der Praxis aller Heilberufler einen sehr hohen Stellenwert, wie aus jüngsten Publikationen bekannt ist. Dabei steht im Vordergrund aller heilberuflicher Handlungen die Dokumentati-on (DGZMK 2002/2), die sogar einen anerkannt hohen Stellenwert zur Qualitätssicherung heilberuflichen Handelns (SPRANGER 1990) auszeichnet. In der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde wird dieser Stellenwert noch dadurch betont, dass die Körperschaften der Zahnärzte die diesbezüglichen Aussagen in ihre Praxis-Richtlinien aufgenommen haben.

Klientelbezogene Diskussion

Die medizinische Versorgung ist in Europa selbstverständlich – noch – nicht gleich. Die Gefahr lebensbedrohender Zustände wächst aber schnell mit dem weiteren Fortschritt der ärztlichen Versorgung, auch bisher schwer behandelbarer Erkrankungen.

Als Gesundheitsparadoxon wird zwar allgemein anerkannt, dass die allgemeine Lebenserwartung der europäischen Bevölkerung aus ökologischen und medizinischen Gründen stetig steigt, der Gipfel lebensbedrohender Zustände aber im mittleren Lebensalter bleibt. Ähnlich wird die Situation der Patienten der Zahnärzte geschildert. Durch mehr Zahnerhaltung im Jugend- und Erwachsenenalter kommen ‚mehr Zähne und Zahnreihen auch in höhere Altersgruppen‘, sodass aufwändige Zahnbehandlungen und zahnärztlich-prothetische Versorgungen auch im Seniorenalter anstehen. Das bedeutet wiederum, dass der Zahnarzt, wie auch jeder Heilberufler an seiner Stelle, mehr Patienten mit Allgemeinleiden zu versorgen haben wird (MICHEELIS & REICH 1999).

Bekannt ist weiterhin, dass die „Selbstmedikation“ mit stressreaktionssenkenden Arzneien besonders in Mitteleuropa sehr verbreitet ist; zahlreiche Patienten haben einen hohen Konsum von Alkohol, Nikotin, Schmerzmitteln oder anderen Drogen, der ihren Ärzten und Heilberuflern selten in aller Offenheit dargestellt wird. Es wird häufig hervorgehoben, dass lebensstiltypische Mittel besonders in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit angewendet werden, um die Situation der Betroffenen zu gestalten. Die sich daraus ergebenden sozialen Herausforderungen (BLÄTTNER 2003/LF10) bringen mit sich, dass Gesundheitsverhalten vernachlässigt und diese Vernachlässigung kompensiert wird

Andere Probleme ergeben sich daraus, dass Patienten häufig nicht berichten können oder sogar nicht wissen, welche ärztlich verschriebenen Medikamente in welcher Dosierung sie derzeit einnehmen. Zur Medikation ist festzuhalten, dass sie eine Quelle von Unsicherheiten birgt. Wir haben bei unseren Validitätsuntersuchungen persönlich schlechte Erfahrungen machen müssen (vgl. SPRANGER & BAUM 1998).

Sowohl die Patienten, als auch der Allgemeinarzt wurden nach der Medikation befragt. Leider haben nur weniger als 75% der Patienten ihre eigene Medikation schildern können. Auch bei diesen Patienten waren in der Regel nur Angaben zu ermitteln, die sich auf das Krankheitsbild bezogen; Präparatenamen waren kaum zu erfragen. Bei etlichen multimorbiden Patienten waren leider auch sehr schwerwiegende Medikation nicht anzugeben.

Neben diesen Tatsachen ist das Problem der zunehmenden Migration zu berücksichtigen. Sie führt dazu, dass einerseits Fremdsprachprobleme, andererseits aber auch befunduntypische Krankheitsbilder auf die Praxen zukommen (BLÄTTNER 2003/LF9).

Wir haben als sofortige Konsequenz daraus die ärztlichen Kollegen der Umgebung gebeten, den Patienten ausführliche Medikationslisten mit den jeweiligen Einnahmeverreibungen mitzugeben. Die Einnahmeverreibungen werden seit Beginn unserer Untersuchungen auch um den Tagesrhythmus erweitert.

Als Beispiel dient:

Dociton oral 40mg Betabloc 1-0-1.

Das bedeutet, dass ein Präparat mit dem Namen Dociton oral mit jeweils 40mg Wirkstoff, ein Beta-blocker (gegen hohen Blutdruck) morgens, mittags nicht, und abends eingenommen wird.

In dieser Zeit der technisierten Medizin, durch die 1996 in Deutschland 113 Millionen DM für Analgetikaverordnungen, 87 Mio. für kardio-vaskuläre Präparateverordnungen, 45 Mio. für Psychopharmakaverordnungen und 20 Mio. für Antidiabetikaverordnungen gezählt werden, muss jeder Heilberufler mit Nebenwirkungen dieser Medikation rechnen und in die Beurteilung des Befundbildes einbeziehen. Hinzu kommt, dass zunehmend Generika in den Verkauf kommen, deren Wechselwirkungen mit anderen Therapiemitteln weniger, als bei „klassischen“ Präparaten untersucht sind. Somit steigt die Verantwortung des Heilberuflers für seine Patienten aus mehreren Gründen.

Anamnesebezogene Diskussion

Der Begriff Anamnese (griechischer Wortstamm) ist ein altbekannter und besagt: „Wörtliche Erinnerung“. „Aus Angaben des Patienten oder der Angehörigen/Kontaktpersonen zu erfragende Vorgeschichte des Kranken bzw. Gesundheitsgestörten“.

In der Allgemeinen Medizin wird zur Qualitätspflege der Diagnostik und der Therapie, der Prävention und der Rehabilitation auf das sogenannte **anamnestische Profil der Patienten** Wert gelegt. Darunter ist vornehmlich die Allgemeine Anamnese zu verstehen, die gesundheitliche Schäden und deren Folgen signalisiert.

Es gibt zwei unterschiedliche Bedeutungen der Allgemeinen Anamnese:

1. Ermittlung von „Risikopatienten“. Hier steht das ‚Risiko‘ für die Vorsicht, mit heilberuflichen Maßnahmen wegen des Grundleidens des Patienten, seiner ärztlichen Behandlung und/oder seiner Medikation (Dauer der Medikation?) Schäden auszulösen oder/und den Kranken in Gefahr zu bringen.

Das gilt für sehr viele vitale Gefahren bei Grunderkrankungen.

Es ist übrigens bekannt, dass unter den Risiken, die heilberufliche Maßnahmen mit sich bringen, die Angst des Patienten als erheblicher Stressor und damit als noch potenzierender Faktor an erster Stelle steht (DGZMK 2002/6).

Patienten mit frischer (<6 Monaten her) koronaler Infarzierung, solche mit schwerstem Asthma bronchiale und etwa auch Patienten nach Schlaganfallsleiden sind durch jede heilberufliche Intervention in Gefahr zu bringen, wenn bei Diagnostik und Therapie darauf keine Rücksicht genommen wird.

Bei Patienten, die zur Behandlung ihrer Hypertension sogenannte β -Blocker-Mittel erhalten, ist eine ‚Nervenblockade‘ mit Mitteln der Lokalanaesthesie, vor allem aber der Stammaesthesie, mit Gefahr verbunden, weil der gefäßwirksame Zusatz des Injektionsmittels die schützende Wirkung der β -Blocker ausschaltet – deswegen kommt es zu der Bedrohung durch plötzlichen Bluthochdruck und apoplektischen Insult.

Bei Patienten, die mit Thrombozytenaggregationshemmern (selbst ‚einfachen‘ Schmerzmitteln) behandelt werden, ist jede Wundsetzung, auch die Quetschung durch digitale Pressur, Nadelpunktur und die Setzung von Blutungspunkten mit der Gefahr der Nachblutung verbunden.

Bei Patienten mit geschlossenen Implantaten (künstlichen Herzklappen, künstlichen Gefäßen, künstlichen Gelenken), der außerdem immunsuppressiv behandelt ist, ist jede Manipulation an der äußeren oder inneren Körperoberfläche mit der Gefahr der Bakteriämie und Toxinämie und daher der Abstoßung der implantierten Stücke verbunden.

Lassen Patienten und Heilberufler bei ärztlich eingeleiteter und ‚laufender‘ Immunsuppression Gesundheitsstörungen und/oder entzündliche Erkrankungen ohne Behandlung, drohen weitere interne Schäden für den Patienten, wie Endokarditis, Bronchitis, Pneumonie, aber auch embryonale oder fetale Schäden während der Schwangerschaft.

2. Eine andere Einschätzung von ‚Risiken‘ gilt der Ermittlung von Faktoren, die eine lokale Gesundheitsstörung auslösen können. In der Onkologie nach HAUX gibt es die Klassifikation R (risk), RR (relative risk) und HRR (high relative risk). Hier steht ‚Risiko‘ für die Warnung, die Verschärfung der Symptomatologie (HAGER 1997) und damit die Schwere einer örtlichen Erkrankung durch Nichtbeachtung von allgemeinen Störungen oder Abwehrschwäche (R = risk=ASA II, RR = relative risk=ASA III, HRR = high relative risk=ASA IV) zu übersehen oder zu unterschätzen.

Beispiele sind in dem Kapitel **ERGEBNISSE** anhand der ASA-Skalierung gezeigt worden. Es ist auch begründet worden, weshalb sowohl das Council EMRRH, als auch der Verfasser die ASA risk score bevorzugt haben. Hinzufügen sollte man, dass die semantische Definition von allgemein-anamnestischen Besonderheiten von bekannten onkologischen Klassifikationen im Sinne des Patienten-Verständnisses frei gehalten werden sollte.

Die Risiken, die eine Gesundheitsstörung auslösen könnten, waren in der frühen Medizingeschichte Teil der Symptomatologie der Erkrankung. Das systemische Verständnis hat dazu beigetragen, Risiko als Risiko und nicht als Krankheitsinhalt aufzufassen.

Dazu gehören z.B. Stoffwechselstörungen wie Diabetes Mellitus, Symptomenkomplexe wie Enteritis regionalis Crohn, die ausgezeichnet sind durch eine oder mehrere Symptome an der Peripherie (kapillar), die klinische Erscheinungen eines entzündlichen Vorgang verstärken.

Dazu gehört z.B. die Hyposalivation (durch Mundatmung/Zustand nach Bestrahlung oder Chemotherapie mit Atrophie der Speicheldrüsen), besondere Problemzonen für die Mundhöhlenanitation; dazu gehören komplizierte/unzulässige Zahnersatzformen. Sie erhöhen die Risiken, an Munderkrankungen zu erkranken, bzw. sie erschweren den Risikograd!

Dazu gehört auch das Bestehenlassen einer Parodontalerkrankung bei schwangeren Frauen. Es ist erwiesen, dass dadurch embryopathische bzw. fetale Toxinämie, untergewichtige Frühgeburten, drohen (AAP 1998 und SPRANGER 2000).

Der Verfasser erhielt durch das Wissenschaftliche Komitee des 10. Zahnärztlichen Mediterranen Kongresses, der DENTALYA2003 auf Einladung die Gelegenheit, besonders diese Zusammenhänge einer befundlichen und prognostischen Schau zu unterwerfen (SPRANGER 2003). Im unmittelbaren Zusammenhang mit dieser Präsentation ist am 2003-06-21 eine inter-universitäre Arbeitsgruppe entstanden, die nun auch zu der Entwicklung anamnestischer Profile in türkischer Sprache führen wird.

Diskussion der Ergebnisse dieser Abhandlung

Das Autorenteam der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (MÜLLER, PLÖGER & SPRANGER 1992) beklagt, dass der Allgemeinen Anamnese in der Zahnarztpraxis zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. Dabei handelt es sich hier um einen Informations-Pool, der entscheidend ist für die Pflege und Sicherung der Handlungen in der Zahnarztpraxis.

Hauptsächliche Argumente für die intensive Bearbeitung der Allgemeinen Anamnese sind:

- Der Heilberufler ist in seiner Praxis vermutlich eine wesentliche Schlüsselperson zur Sammlung von zum großen Teil lebenswichtigen Informationen über den aktuellen Gesundheits- und nicht nur Krankheitszustand der Patienten. Er verwaltet aber größtenteils veraltete Gesundheits-Informationen seiner Patienten.
- Der Heilberufler kennt die Bedeutung der allgemeinmedizinischen Risiken für Patienten der Praxis recht selten, weil er nicht weiß, wann der Patient einen anderen Heilberufler konsultiert oder bereits konsultiert hat und was dieser veranlasst hat.
- Als Gesundheitsparadoxon wird zwar allgemein anerkannt, dass die allgemeine Lebenserwartung der europäischen Bevölkerung aus ökologischen und technokratisch-medizinischen Gründen stetig steigt, der Gipfel lebensbedrohender Zustände aber im mittleren Lebensalter bleibt. Dies ist bereits weiter oben mitgeteilt, unterstreicht aber hier die Informationsmenge, die zur Praxisverwaltung ansteht:
- Besondere Manifestationen chronischer Leiden, bleibende Spuren ärztlichen Tuns (z.B. vor und nach Transplantationen), aber auch spezielle Medikationen wechseln in kurzer Zeit, so dass der Heilberufler häufig veraltete anamnestiche Informationen verwaltet. Der Heilberufler ist uneingeschränkt nicht nur praktisch, sondern ebenso vorsorglich für Zwischenfälle in seiner Praxis und nach seinem Tun verantwortlich. Deshalb sollte er sich selbst durch möglichst lückenlose Dokumentation schützen.

Die Aufgaben der Heilberufler setzen insofern bereits bei der Erhebung und jeder weiteren Kontrolle (alle ½ Jahre) der Allgemeinen Anamnese, auch der Medikationsanamnese (Achtung vor Lebensstil-Drogen und Selbstmedikationen, Achtung auf ärztlich betreuten oder pharmazeutisch bedingten Verschreibungswechsel!) ein, als sie die Dokumentationsverantwortung innerhalb einer Individualbetreuung ebenso tragen, wie jeder Arzt. Aufgabe der Hilfen der Heilberufler für den Patienten und auch den Arzt ist daher die Rohdatensammlung. Diese wird erst durch ärztliches Wissen und Erfahrung auswertbar.

Diese Aufgabe einer Basis-Sammlung kann man zunächst „an den Patienten delegieren“. Viele Publikationen zeigen, dass die Schriftform außerhalb des eigentlichen „Stressgeländes“ Heilberuflerpraxis, z.B. während des Wartens im Wartezimmer o.ä. einfacher umzusetzen ist, als die Befragung während des persönlichen Kontaktes. Der Patienten-Fragebogen erfasst alle medizinischen Risiken, die für Untersuchung und Therapie relevant sind. Es wird deshalb weitgehend auf Fachtermini verzichtet und auf persönliche Gesundheitsberichterstattung abgehoben. Dabei enthalten die Fragen eine Wertigkeitsstufung, die dem Heilberufler drohende Gefahr signalisiert. Die medizinische Detail-Befragung und die logische Einordnung dieser in Untersuchung, Diagnostik, Behandlung, Nachsorge, Rehabilitation und Linderung von Leiden ist ohnehin eine Aufgabe des umsorgenden Arztes, der auch die näheren Umstände der Lebensentwürfe seiner Patienten und deren Realisation im Lebensfluss kennt. Die herkömmlichen Fragebögen zur Allgemeinen Anamnese sind sicherlich nützlich; es bedarf jedoch weiterer Erklärungen, um einerseits Fachtermini zu erläutern; andererseits benötigt der Patient Fragestellungen, die er selbst als einfach empfindet, die aber ausreichend Informationen abgeben, um wiederum der Praxis das Dokumentieren zu erleichtern. Deshalb wurde eine Fragesammlung erstellt, die beiden Verlangen gerecht zu werden verspricht.

Diese Fragensammlung ist durch unsere Arbeiten bereits innerhalb Europas verhandelt worden. Konsens ist herbeigeführt; die Fragebögen sind in mehrere Sprachen übersetzt worden.

Für die Niederlande hat DEJONG 1991 und 1994 publiziert.

Für Irland und Schottland hat LAMEY 1997 veröffentlicht.

Weiterhin haben ABRAHAM-INPIJN et al. 1998 in England veröffentlicht.

Für Schweden haben BÄCKMAN et al. 1998 veröffentlicht.

Die Übersetzungen für Russland und Ungarn sind vorgenommen worden, aber mit herkömmlichen Mitteln nur zitabel, aber z.Z. nicht reproduzierbar. Dasselbe gilt für Island.

Der Erstautor der deutschen Mund-Gesundheits-Studie III (MICHEELIS 1999) hat in Kenntnis der erwähnten Pilotstudie (SPRANGER & BAUM 1998) die Forderung aufgestellt, alle zu einer Frage gehörenden Konsequenzen für die Zahnärztliche Praxis im Sinne einer Deskription der Handlungen und der Verhalten aufzuzeichnen. Es ergibt sich aus der Tatsache, dass zahnmedizinische Wissenschaft zeitabhängig ist, dass diese Leistung fortgeschrieben wird. Mithin ist diese Schrift des Verfassers eine besondere Art Handbuch für die Praxis.

Der Aufbau einer Fortschreibung ist konsequent und als Forderung aus dieser Arbeit ablesbar.

Bestimmte Symptome von Gesundheitsstörungen und Erkrankungen sind skalierbar. So wissen wir heute, dass nur etwa 60% aller Patienten der Heilberufler frei von allgemeinen Risiken, die sie gefährden, sind; über 24% haben Grunderkrankungen, die bei jeder weiteren Behandlung entsprechend zu berücksichtigen sind. Bei 10% der Patienten können durch gewissenhafte Befragung und Untersuchung der Heilberufler Gesundheitsstörungen gefunden werden, die dann gezielt behandelt werden. 6% der Patienten haben sogar Gesundheitsstörungen, die zunächst behandelt werden müssen, ehe irgendeine Maßnahme ohne Schaden für den Patienten ergriffen werden kann (ABRAHAM, persönliche Mitteilung).

Es ist zu hoffen, dass diese Art der Informationssicherung auf andere Heilberufe übertragen wird.

Abschließende Diskussion der Probleme aus der Allgemeinen Anamnese

Auf die Frage eines Patienten, der mit dem Risiko-Anamnese-Bogen konfrontiert wird, warum es eines zusätzlichen Aufwandes zur ohnehin aufregenden zahnärztlichen Behandlung bedarf, antworten die MitarbeiterInnen und die Ärzte – aufeinander abgestimmt – mit derselben Gegenfrage:

„Wenn Sie (Patient) eines nachts oder bei Ihrer Arbeit eine schwere, lebensbedrohliche Situation erleiden sollten, würden Sie dann etwa daran denken, dass Sie vor 4 Tagen beim Zahnarzt waren und sich einen Zahn behandeln oder herausnehmen ließen? Der Zahnarzt benutzt Medikamente und andere Wirkstoffe, die einen ganzheitlichen Einfluss haben. Er muss sein Verhalten darauf abstimmen“.

Der Heilberufler ist uneingeschränkt nicht nur praktisch, sondern ebenso vorsorglich für Zwischenfälle in seiner Praxis verantwortlich; von ihm werden berufsbegleitende Fortbildungen und damit auch alle Kenntnisse über den derzeitigen Stand der medizinischen Wissenschaften verlangt. Er haftet für deren Berücksichtigung nicht nur ethisch, sondern auch rechtlich.

Ein Befundfragebogen, wie er hier gezeigt wird, ist hilfreich. Er ordnet nämlich ein bisher gebräuchliches Indexsystem der Nosologie auf eine einfache Ja/Nein- Entscheidung, danach auf ein Reaktionsmerkmal und dann erst auf eine pathologische Wertigkeit.

Es ist zu erwarten, dass die konsequente Anwendung des heute bereits vorhandenen Fragebogens und die Berücksichtigung der innerhalb des Council EMRRH, durch den Verfasser und durch die Verdeutlichungen innerhalb dieser Thesis beschriebenen Vorsichtsmaßnahmen die medizinischen Zwischenfälle in heilberuflichen Praxen und Folgeschäden reduzieren. Dadurch wird die Rechtssicherung der Praxis erhöht und die gesamtärztliche Betreuung unserer Patienten verbessert, ohne der heilberuflichen Praxis zusätzlich höhere zeitliche Belastungen aufzubürden.

Bestätigung der Forschungsfrage und Bestätigung der Arbeitshypothese

Durch den Verfasser wurden bereits Untersuchungsergebnisse vorgelegt, deren Quellen die Konsensuskonferenzen des Council *EMRRH* und der nachfolgenden Arbeiten sind. Jetzt sollten in den Rahmen der Allgemeinen (Risiko-)Anamnese der Patienten Merkmale struktur-, prozedur- und ergebnisorientierter Qualitäten zahnärztlichen Handelns eingeführt werden. Sie müssten sowohl die Forderungen nach der Sicherheit des Patienten des Zahnarztes dienen, als auch – wenngleich in spezieller Form - auf andere Heilberufe übertragen werden können (vgl. ENDLER 2003). Die aus der Arbeit des Council mit dem Verfasser gewonnenen Ergebnis-Tableaus bestätigen sowohl die Leistungen des Council, als auch die durch den Verfasser aufgrund seiner Vorkenntnis (Qualitäts-Sicherung) und seiner Praxis ermittelten weiteren Zusammenhänge.

Der Verfasser geht davon aus, dass eine derartige konsensuelle Expertenmeinung gefunden werden kann. Es kann durchaus sein, dass bestimmte Anamnesefelder divergierende Expertenmeinungen zulassen. Im Interesse des Wissens um den Lebensentwurf, das Leben und den Lebensstil der Klienten und Patienten sollten besonders unterschiedliche Expertenmeinungen ausgewiesen werden, was auch im Rahmen der folgenden Ergebnisfassungen in der Tableau-Form versucht wird. Unter der speziellen Berücksichtigung der Tatsache, dass der Zahnarzt professionsverpflichtet ebenso wie der Arzt für Allgemeinmedizin Lebensbegleiter seiner Patienten ist, wird sich die Arbeitshypothese erhalten können, nach der zwischen diesen Heilberufen und den Klienten/Patienten physische und infolge der Vorkehrungen auch psychische Sicherheit gepflegt werden kann.

Positionspapier zu Konzeption und Kritik

Maximen "heilkundlicher Behandlungsführung" (BHF) in der Oralen Medizin*

Heinz Spranger und Dietmar Haake

* Orale Medizin umfasst alle Disziplinen, die ihre Arbeit mit Ziel "Mundgesundheitsführung" ausüben, das sind Zahnmedizin, Zahn- Mund- Kiefer- Chirurgie (ZMK) und HNO Hals- Nasen- Ohren- Fach sowie die Quervernetzungen in systemischen Zusammenhängen mit Innerer Medizin, Neurologie und AllgemeinChirurgie

*EMRRH – European Medical Risk Related History (Allgem.Anamnese)

*Heuristik – mathematische Optimierung mit allg. menschl. Erfahrung

*EBM Evidence Based Medicine

*COCHRANE Collaboration.

Vorbemerkung

I Zum Hintergrund dieser Maximen

Dieses Memorandum bündelt vor aktuellem Hintergrund Maximen, die grösstenteils eine lange, über mehrere Hundert Jahre gehende Diskurs- und Ethik- Tradition haben und andererseits auf technologische Entwicklungen der letzten einhundert Jahre und deren Folgen zurückgehen. Mit dem Begriff

"Maxime" soll zum Ausdruck kommen, dass es sich um pragmatische Positionen handelt, die nicht von dem Anspruch ausgehen, einem einzelnen philosophischen oder logischen System zugehören zu müssen. Gleiches gilt für die unterschiedlichen Ansprüche von Therapieverfahren, die unter den Maximen einordbar bleiben sollen.

Wesentliches Motiv für die Zusammenstellung von Maximen der "heilkundlichen Behandlungsführung" ist die Erfahrung der Autoren in eigener Betroffenheit, dass eine "Ethik und Praxis der Behandlungsführung" seit langem Stiefkind auch der medizin- und wissenschaftsinternen Diskussionen ist. Die systematische Auswertung der Praxis von Behandlern und ihren Leistungen zeigt daher auch grosse Defizite und eine weitgehende Unterentwicklung an kritischer Reflexion von Positionen, Kompetenzen und erreichten Zielen. Das gilt vor allem für jene Behandler, die den Kern der Patientenversorgung ausmachen sollen und in der gewünschten Position langfristiger "Behandlungsführer" im Sinne dieser Maximen stehen.

Die folgenden Maximen setzen an dieser Stelle auf und fordern eine Neubesinnung auf Behandlungskonzeptionen, -Ethik und Werthaltigkeit. Diese Neubesinnung der Professionellen muss im Selbstverständnis dieser Maximen verbunden sein mit modernen Anforderungen an Mitwirkung und Rationalität der Betroffenen, das sind Patienten und Angehörige.

Erst in den letzten Jahren wird ein Problemfeld aufgearbeitet, das die Besonderheiten in der Durchsetzung (Transfer) von Wissens- und Behandlungs- Standards beinhaltet (vgl. "best practices" Maximen in verschiedenen Disziplinen und Wissensdomänen). Es geht darum, dass die Zeitpunkte, zu denen "Stand des Wissens" und "Praxis des Handelns" definiert werden, nicht mit unkontrolliert und zufallsbedingten Überlappungen bzw. Divergenzen zugelassen werden dürfen. Das ist ein Paradigmenwechsel, weil u.a. die Medizin in ihrer wissenschaftlichen Eigenkonzeption bis heute einer naiven Heuristik* folgt, dass sich gute, effektive und zukunftssträchtige Ergebnisse und Erfahrungen von selbst verbreiten und dazu exzellente Anleitung und Training ausreichend zur Verfügung stehen. Insgesamt also eine Auffassung, die gesellschafts- und wissenschaftsunkritisch ist und ihre Motive und Erwartungen aus der Scholastik bezieht. Entscheidend für ein neu aufgestelltes Vorgehen, wie es die vorgelegten Maximen versuchen, basiert ausser der professionellen Standortbestimmung von Behandlern gleichzeitig auf der Spiegelung dieser Ansprüche auf das Verständnis von Behandlungsführung in dem Sinne, Lebensziele und Lebensqualität der Betroffenen umzusetzen, und zwar nicht abgeleitet aus von der Behandlern postulierten und transzendenten Vorgaben, sondern aus den Zielentwicklungen der Betroffenen heraus. Die professionelle Behandlungsführung hat vielmehr dafür zu sorgen, dass solche Zielfindung für die eigene Gesundheit bei Patienten vorangetrieben wird und die Behandlungsführung selbst Substanzdefizite aufarbeitet. Grundlage dieser Forderung ist die klinische Erkenntnis, dass schon der Grossteil der lang eingeführten, umsomehr aber "moderne" Eingriffe nur mit aktiver und gelungener Mitarbeit der Betroffenen zum Erfolg führen. Die Indikationsstellung, also die professionelle Skalierung von Aufwand und Technologie in der Eingriffsentscheidung, muss diesen Kooperations- und Kompensations- Möglichkeiten der Patienten und ihres Umfeldes angepasst sein.

Mit der eben erwähnten Transfer- Ausrichtung auf professioneller Seite stellen die Maximen den Anschluss her zu Diskussionen der letzten Jahre, die unter den Stichworten *EBM Evidence Based Medicine oder *COCHRANE Collaboration geführt werden. Ein wichtiges Motiv für diese Diskussion liefern die Entwicklungen der Medizintechnologie selbst, die wichtige Teile der sog. "Spitzenmedizin" beherrschen. Die Konzepte dieser Spitzenmedizin haben aber bis heute keinen Beitrag geleistet zu Fragen der Penetration von Wissen und zu Art und Qualität der Rückkopplungen mit den Primärbehandlern in der langfristigen heilkundlichen Behandlungsführung. Ratlosigkeit auf beiden Seiten ist oftmals die Folge, verbunden mit Zwiespältigkeitsgefühlen und ggf. Ressentiments. Wesentlich für diese Defizite und Fehlentwicklungen sind die fehlenden Kommunikationssystematiken im professionellen wie auch im Laien- Bereich.

II Zum Anlasse dieser Maximen (EMRRH Entwicklung)

Konkreter Anlass für die Ausformulierung der Maximen Mitte 2003 war, dass die Entwicklungen einer EMRRH* Anamnestic die Praxisreife zur Integration einer systematischen allgemeinmedizinischen

schen Risiko- Anamnese in die Orale Medizin erreicht haben. Die praktischen Ziele der vorliegenden Maximen beziehen sich also auf Zahnmedizin und ggf. auch die Zahn-, Mund- und Kiefer- Chirurgie.

Als Folge der Entwicklungs- und Transfer- Schwächen in der Umsetzung von medizintechnologischem Fortschritt in die Behandlungsroutinen hat die zunächst von der Sache her gebotene Arbeitsteilung und Delegation bei Eingriffen und Behandlungen dazu geführt, dass eine Übersegmentierung der Wissens- und Behandlungs- Gebiete eingetreten ist und diese bereits in der Sozialisation der einzelnen Behandler zu unerwünschter Übersegmentierung und damit zu Entfremdung vom Patientenproblem geführt hat. Im krassen Einzelfall führt dazu zur Umkehrung der Forderung von Behandlern an ihre Patienten, dafür zu sorgen, dass sie geeignete Bedingungen für erforderliche Eingriffe selbst herstellen sollen. Diese Forderung, dass der medizinische Laie zum Vermittler zwischen isolierten und interdisziplinär abgeschotteten Medizinprofessionellen führt, ist nicht akzeptabel, Ansätze oder Einzelfälle dieser Art bedürfen dringend der Intervention und Revision.

Die EMRRH ist ein frühes Glied in einer Kette von systematischen Befragungs- und Dokumentations-Schritten, die die Basis jeder heilkundlichen Behandlungsführung ausmachen. Entscheidend für den praktischen Erfolg wird sein, dass die Generaldebatte der Maximen zügig mit praktischen Lösungen verbunden wird, die heute durch digitale Netze und inhaltlich definierte und technisch abgesicherte Kommunikationsroutinen gestaltet werden können. Verfügbare Technologien müssen angewandt werden, noch fehlende müssen aufgrund systematischen Nachfragedrucks in überschaubarer Zeit routine-reif gemacht werden. Wichtig ist einfach und praktikabel zu beginnen, denn komplexe Systeme lassen sich nur von eingeübten Mitarbeitern bewältigen. Das braucht Vorlauf und Zeit.

Die Autoren halten die aktuelle Etappe in der Entwicklung zu einem Revirement der heilkundlichen Behandlungsführung für eine entscheidende Situation. Nur mit dem Einsatz derartig praktischer und robuster Instrumente wie der EMRRH wird für jedermann greifbar, welchen Nutzen die konkrete Behandlungsführung aus einer systematischen Neubesinnung zu Behandlungsauftrag und Behandlungselbstverständnis ziehen kann. Wohlverstandener Nutzen für beide Seiten bedeuten den für professionelle Behandler ebenso wie für Patienten und Angehörige.

A. Allgemeiner Teil - "Heilkundliche Behandlungsführung"

A1 Strukturen und Wirkungsbereiche der Behandlungsführung (BHF)

A1.1 "Behandlungsführung" (BHF) ist entscheidender Teil der Patientenversorgung und beinhaltet ein komplexes Funktionen- und Wechselwirkungsspiel zwischen Behandlern und Betroffenen. Betroffene sind Patienten und ihre Angehörigen aus dem direkten Umfeld (Lebensstil im Lebensraum). Als Behandler domieren Ärzte, da klinische Erfahrung Grundstein der Entscheidungsfindung in der Behandlungsführung ist. Die Behandlungsführung (BHF) besteht im wesentlichen aus Integrationsleistungen zur Entwicklung von Konzeptionen und Entscheidungen, die dem jeweiligen Einzelfall gerecht werden. Damit ist die BHF ein Regiezentrum, dessen Maximen die Verwirklichung von Patienteninteressen und Patientenvorentscheidungen sicherstellen und gleichzeitig medizinische Ziele und Behandlungsnutzen optimieren.

A1.2 Horizont und Gestaltung der Behandlungsführung (BHF)

Wirksame und klientengerechte Behandlungsführung baut auf einer langfristigen Klienten- bzw. Patienten- Behandler- Beziehung auf. Hauptwirkung und Nutzen der BHF hängen besonders bei chronischen Erkrankungen von oftmals krankheitsspezifischen Mindestbeobachtungszeiten bzw. ausreichend dichten Beobachtungsergebnissen aus Krankheits- und Therapie- Verläufen ab.

Aktuelle Eingriffe und Einzelbehandlungen beinhalten jeweils spezifische Ketten von Leistungs- und Wertschöpfungs- Prozessen, die in der Hand Dritter liegen, die für spezifische Eingriffe und Versorgungen kurzfristig die Regie übernehmen und deren Ergebnisse nach Abschluss der Einzelbehandlung in die Gesamtbehandlungsführung zurückübernommen werden müssen (Facharzt- und Klinik- Spezialisten- Behandlungen).

A1.3 Professionelle Kompetenz der Behandler

Die heilkundliche Behandlungsführung setzt Heilkunst- Kompetenz von Behandlern voraus, die durch besondere berufsgruppenspezifische Profile und Trainings abgesichert sein muss und persönliche Eignung voraussetzt.

A1.4 Behandlungs- Übernahme Entscheidungen (BHF)

Vor der Übernahme der langfristig angelegten heilkundlichen Behandlungsführung hat der Behandler seine Eignung für Anliegen, Bedarf und Auftrag des Klineen/ Patienten zu prüfen. Die Behandlungsführung ist in Form einer Rahmen- Zielvereinbarung mit dem Patienten nach einer gegenseitigen Probezeit zu vereinbaren. Diese Rahmen- Zielvereinbarung ist Basis des Behandlungsauftrages und der Mitwirkungszustimmung des Patienten. Störungen dieser Zusammenarbeit sind systematischer Bestandteil des Behandlungsauftrages und ggf. durch Schlichtung mithilfe Dritter (Audit- Partner, s.unten) zu regulieren.

A1.5 Behandlungs- Transparenz durch Eigenverpflichtung (Audit- System)

Jeder Behandlungsführer verpflichtet sich auf transparente Selbstbewertung seiner Behandlungsführung (Audit- System), in dem er mit einem geeigneten Partner, mit dem er nicht im Wettbewerb steht, zusammenwirkt. Ziel dieser Audit- Partnerschaften ist insbesondere die Präzisierung und Umsetzung von Ziel- und Effizienz- Kategorien, für die vorab Kriterien (Qualitäts- und Controlling- Indizes) sowie die Bearbeitung von Konflikt- und Krisenfällen in der Behandlungsführung festgelegt werden.

A1.6 Verpflichtung der Behandlungsführung auf Rationalität und Nutzen

Jede heilkundliche Behandlungsführung muss dafür sorgen, dass sie nicht Gegenstand von Missbrauch und Umnutzung (Inferiorisierung) wird. Dies ist dann anzunehmen, wenn auf

(a) Patienten- und Betroffenenseite zum Beispiel sog. sekundärer Krankheitsgewinn, die indirekte Lösung familiärer und/ oder sozialer sowie wirtschaftlicher Probleme Hauptursache von Behandlungsentscheidungen werden bzw. auf

(b) professioneller Seite wirtschaftliche Motive oder Ehrgeiz und Profilierung massgeblich sind für Eingriffs- und Aufwands- Entscheidungen.

In beiden Fällen muss die Behandlungsführung zu der Basis der gesundheitlichen Fragestellung zurückkehren und die sozialen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Motive und Probleme mit der Behandlungsführung vernetzt halten, diese aber in die professionellen Hände anderer Disziplinen und Experten bringen und damit die Wechsel- Bezüge klar abgrenzbar und überschaubar machen.

A2 Inhalte und Leistungen professioneller Behandlungsführung (BHF)

Persönliche und Kompetenz- Voraussetzungen bei den Behandlungsführern beinhalten mindestens ...

A2.1 Fähigkeit zur Problemaufnahme (Sich-Einfühlen, sog. Empathie- Vermögen – intellektuelles Verstehen)

Die initiale Problemstellung der Behandlungsnachfrage und der damit verbundene Hilfebedarf der Betroffenen müssen von jedem Behandler professionell erfasst und angenommen werden.

Die langfristige BHF mit ihren umfangreichen Koordinations- und Integrations- Aufgaben stellt besonders weitreichende Ansprüche zu diesen persönlichen Voraussetzungen, die die einzelnen Behandlungsprofessionellen einbringen müssen.

A2.2 Praxis professioneller Befragungssysteme (Anamnestik)

Behandlungsführung setzt eine Präzisierung von Problemlagen und Zielen durch besonders umfangreiche Befragungssystematiken voraus, die aus problem- und behandlungs- spezifischen Inventaren stammen. In vielen Fällen, besonders im Kindes- und Seniorenalter, sind mehrere Problemstellungen und Behandlungsaufträge parallel zu koordinieren und abzusichern. Die Befragungsstrategien und die auf sie folgenden Entscheidungen müssen im Interesse des Klientennutzen zielgeführt sein. Maßgebend sind die persönlichen Lebenskonzeptionen und das Selbstverständnis der Betroffenen, denen ebenso wie gegebenenfalls unabwendbaren Notwendigkeiten aus medizinisch- biologischen Zusammenhängen zu folgen ist.

A2.3 Patientengerechte Behandlungswahl (Indikationsstellung)
Behandlungsentscheidungen (Interventionsentscheidungen, Ordinationen) müssen so entwickelt werden, dass sie ein Optimum von Zielen, Zwecken und Ergebnissen für die Betroffenen entwickeln.

A2.4 Professionelle Nachbeobachtungen (Epikrisen, Katamnesen)
Wenn die Maximen der Behandlungsführung entlang den persönlichen Lebensbedürfnissen der Betroffenen entwickelt werden, muss der professionelle Behandler befähigt sein zum systematischem Lernen aus seinen und den Ergebnissen anderer. Dies wird durch eine systematische Auswertung und medizinische Nachbeobachtung der
- Einzelbehandlungen (Epikrisen) bzw. der
- Einzelfälle/ Patientenkarrieren (z.B. in fallgleichen Kollektiven) in der langfristigen Behandlungsführung (Katamnese)
erreicht. Diese Ergebnisse und Beobachtungen müssen gleichzeitig zu einem innermedizinischen Erfahrungsaustausch und Wissenschaftsimpuls (sog. Wissensmanagement) vernetzt werden.

A2.5 Zielpräzisierungen in einzelnen Behandlungsaufträgen (Kasuistik)
Ausser der Übertragung von Erfahrung aus anderen Fällen ist das Lernen und die Zielpräzisierung langfristiger Behandlungsführung durch immer wieder kritisch neu geordnete Voraussetzungen und Nachbefundungen entscheidend für exzellente Qualität (rekursive Präzisierungen der Behandlungsaufträge). Sowohl Behandlungsnotwendigkeiten wie auch Risikobewertungen kommen dabei immer wieder auf den Prüfstand und führen ggf. zu komplexen Änderungen der Behandlungsführung. Dies ist Ausdruck der Werthaftigkeit der Behandlungsführung mit ihrer besonderen Verantwortung für die gesundheitliche Entwicklung über sehr lange Zeit.

A3 Professionalität heilkundlicher Behandlungsführung (BHF)

Die heilkundliche Behandlungsführung (BHF) hat die Informationen, Daten und Schlussfolgerungen aus individuellen Befunden, Fremdmittellungen sowie Erfahrungs- und Kunst- Regeln zusammenzuführen. Damit wird der Kern heilkundlicher Beurteilung und Entscheidungsfindung durch die sog. Anamnese dargestellt, die eine Beschwerden- und Verlaufs- Schilderung von Gesundheitsstörungen in der Wiedergabe durch die Betroffenen beinhaltet, das heisst durch die Patienten und ihr nächstes soziales Umfeld. Für die Anamnese sind unterschiedliche Informations- und Wertigkeits- Lagen zu unterscheiden.

A3.1 Erstrangige Beurteilungslagen (Nachweise)
Erstrangige Informationslagen in der Anamnese basieren auf professionell abgesicherten Vorbefunden. Jede Anamnese wird um so aussagefähiger, je sicherer sie durch professionelle Erkrankungsnachweise und Dokumente zu Behandlungsverläufen gemacht werden kann.

A3.2 Zweitrangige Bewertungslagen (Einschätzungen)
Bei Patientenerstvorstellungen, Notfallbehandlungen und beim Fehlen erstrangiger Dokumentationen tritt die Patientenbefragung mit Selbstauskunft an deren Stelle.

A3.3 Drittrangige Befundlagen (Plausibilitäten)
Beobachtungen von Symptomen und Befunden, mit deren Hilfe Befunde und Verlaufsentwicklungen rekonstruiert werden, sind drittrangige Informationslagen für die Beurteilung eines Patienten und seiner Störungen. Viele Gründe können zu einem Versagen der Patienten- und Umfeldbefragung führen bis hin zum Ausfall der Befragungsfähigkeit unter Bewusstseisverlust. In diesem Zustand sind klinische Befunderhebungen und apparative Diagnostik die einzigen Mittel zur Beurteilung von Störungen, Belastungsfähigkeit und Behandlungsnotwendigkeit.

B Spezieller Teil: Orale Medizin

B.1 BHF Kompetenzen der Berufe in der Oralen Medizin
Schwerpunkt: Zahnheilkunde

B1.1 BHF- Kompetenz- Dimensionen und -Komponenten

Die in die BHF eingebundenen Berufsgruppen und ihre Vertreter müssen - wie oben geschildert - (a) berufsgruppenspezifische und (b) persönliche Eignungen und Kompetenzen in die Behandlungsführung einbringen. Jeder an der Behandlungsführung Beteiligte hat von seiner wohldefinierten Position aus die jeweilige Behandlungsführung zu unterstützen und abzusichern.

B1.2 *Berufsgruppenspezifische BHF- Kompetenzen* bestehen mindestens in ...

B1.21 dem notwendigen aktuellen Wissen zu den jeweiligen Behandlungsmöglichkeiten und die dafür erforderlichen Voraussetzungen

B1.22 definierten Mindesterfahrungen und eigener Behandlungspraxis als Voraussetzung in der Beurteilung von Behandlungen, auch wenn diese an Dritte (Spezialisten) delegiert werden

B1.23 adäquate Kenntnisse der Effektivität und Effizienz unterschiedlicher Konzepte der Behandlungsführung, zum Beispiel in Abhängigkeit von den Kollektivmerkmalen der Betroffenen (Altersgruppen, Geschlechts- und Sozial- Einflüsse etc.)

B1.24 mindestens Grundlagenkenntnisse zu den Abläufen, Anforderungen, Erwartungshorizonten und Arbeitsbedingungen vernetzter Spezial- und Dritt- Behandler, die in der Behandlungsführung in akuten Fällen parallel, ansonsten vorab oder im Nachgang tätig sind.

B1.25 Klarheit über die Grenzen eigener Leistungsfähigkeit (vgl. Regeln zum "Facharztstandard"), aber auch der Mindestleistungsverpflichtung durch Übernahme der heilkundlichen Behandlungsführung

B1.3 Die *persönlichen Eignungen und Kompetenzen der Behandlungsführer* bestehen mindestens in ...

B1.31 für die jeweilige Position und ihre Aufgabenbereiche exzellent entwickelte Fähigkeiten zur Befragung, Beratung und Kommunikation im Laien- wie auch im professionellen Dialog

B1.32 Klarheit zur Selbsteinschätzung persönlicher Stärken, Schwächen und Talente in der Behandlungsführung sowie deren optimiertem Einsatz in Behandlungs- und Mitarbeiter- Führung

B1.33 Koordinationskompetenz zur Bündelung von Team- und Umfeld- Ergebnissen aus Exploration und Beobachtung von Patienten und Behandlungen

B1.34 Tutoren- und Supervisions- Kompetenzen für die Behandlungsführung, insbesondere für die jeweiligen Führungs- und Ausbilderaufgaben.

B2 Moderne Behandlungsführung in der Zahnmedizin als Anwendungssektor der Oralen Medizin

Die Zahnmedizin befasst sich mit einem eng *begrenzten medizinischen Eingriffs- und Behandlungsgebiet*, das wiederum mit einer Vielzahl anderer medizinischer Spezial- und Generalistenbereiche verbunden ist oder direkt überlappt. Als assoziierte Spezialistengebiete sind unter anderen alle Bereiche der sog. "Kopf- Klinik" zu nennen mit Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie, Hals- Nasen- Ohren- Klinik (HNO) und Augenklinik sowie ggf. Neurologie und Neurochirurgie für Störungen im Eingriffsbereich der Zahnmedizin.

Im Bereich *übergreifender Organ- und Funktions- Systeme* sind es Themenbereiche der Neurologie sowie der Inneren Medizin und seltener die der (Allgemein-) Chirurgie. Es geht insbesondere um die Fragestellungen nach (a) Kurz- oder Langzeitstörungen durch Infektionen bzw. immunologische und

allergische Fehlreaktionen, nach (b) Stoffwechsel- und Hormon- Störungen einschliesslich der Folgewirkungen insbesondere auf Knochenstoffwechsel, Blut- und Gerinnungs- System, sowie nach (c) Affektionen im Herz- Kreislauf- und Atmungs- System mit den jeweils nachfolgenden Risiken und Gefährdungen der zahnmedizinischen Patienten bei unzureichender Vorbereitung und Kontrolle von zahnmedizinischer Eingriffen.

Der Zahnarzt hat die Aufgabe, die Wechsel- bzw. Verstärkungs- Wirkungen seiner Behandlung abzuschätzen und als eigenen Beitrag in die allgemeinmedizinische Behandlungsführung mit einzubringen. Dabei sind einerseits organische und funktionale Aus- und Wechsel- Wirkungen der Zahn- und Mundbehandlung zu minimieren, die von anderen Behandlungsdisziplinen abgefangen werden müssen. Zugleich aber ist es Aufgabe der Zahnbehandlung, die Rückwirkungen von Vorerkrankungen, Dispositionen und aktuellen Störungen auf die zahnmedizinische Behandlung vor Behandlungsbeginn klarzustellen (vgl. EMRRH).

B2.1 Einzel- Risiko- Beurteilung für geplante Eingriffe und Behandlungen

Zur Prüfung der Behandlungsfähigkeit müssen für alle geplanten Eingriffe mindestens zweitrangige Informationen (siehe oben) durch Befragung und Selbstauskünfte der Patienten bzw. deren Angehörigen vorliegen. In Fällen mit besonderes hohen Risiken sind erstrangige Beurteilungslagen zu fordern.

B2.2 PrimärVersorger- Verantwortung in der Zahnmedizin (in Analogie zur "Hausarztbetreuung")

Als Rahmenbedingung gilt: Die langfristige Behandlungsführung in der Zahnmedizin ist als Teil einer umfassenden allgemeinmedizinisch- hausärztlichen Behandlungsführung zu integrieren. Das bedeutet unter anderem im einzelnen:

B2.21 Sie muss ihre *Behandlungsdokumentationen* entsprechend dem Stand der Wissenschaft bereitstellen und für allgemein- medizinische Fragestellungen nachvollziehbar machen.

B2.22 Sie muss im *Gegenzug von allgemein- medizinischer Seite* dem Stand der Wissenschaft gemäss ausgeführte und aktualisierte Auskünfte und Befundnachweise erhalten, die für oralmedizinische Eingriffe bekannte Relevanz für Risikobeurteilung und Gefährdungsbegrenzung haben (vgl. EMRRH, European Medical Risk Related History).

B.2.23 Integration verschiedener Therapiekonzepte unter Einschluss sog. Komplementärmedizin

Der Einsatz von unterschiedlichen Therapiekonzepten muss rationalen Kriterien folgen, die transparent machen, wie und in wieweit die Behandlungsziele optimal erreicht werden.

Besonders in der langfristigen Behandlungsführung sind die Möglichkeiten von Anwendungen unterschiedlicher Wirkprinzipien und Nachweissicherheit einzubringen, um die Behandlungsziele optimal umsetzen zu können. Im Interesse dieser Behandlungsziele müssen insbesondere empirische Therapien, komplexe Konzepte der Erfahrungsheilkunde sowie aus Einzelbeobachtungen abgeleitete Konzepte unter der Rationalität der Gesamtbehandlungsführung bleiben. Die Rationalität der Anwendungsentscheidung muss dabei insbesondere die Begründung zur individuellen Anwendungsentscheidung (Indikation) und die Wirksamkeit beim Patienten sicherstellen.

Für die Wahl der Therapiekonzepte sind das Stadium der Erkrankung wie auch die Akutheit der Behandlungsbedürftigkeit ausschlaggebend. Danach folgt die Frage der Rationalität der Art und Weise, in der die Einzelbehandlung durchgeführt wird / werden kann (lege artis Forderung) und dabei die definierte Mitwirkung des Patienten und der Betroffenen möglich ist. Schliesslich besteht die Rationalität von Behandlungsentscheidungen darin, Vorgehensalternativen auch auf die Verkräftbarkeit und Lebensqualitätsreduktion zu prüfen und auf den Patienten anzupassen (vgl. Aggressivität palliativer Behandlungen und Praeventionsmassnahmen).

B.2.24 Die heilkundliche Behandlungsführung grenzt durch ihre Anlage und Struktur an religiöse, spirituelle bzw. esoterische Denk- und Handlungsbereiche, die vom einzelnen Patienten in der Interaktion mit dem Behandler berührt werden. Die heilkundliche Behandlungsführung muss diesen Interaktionen in Voraussetzungen und Reaktionen professionell, d.h. mit kritischen Eigenkonzepten entsprechen.

Oberster Grundsatz ist es, in Krisen-, Konflikt- bzw. Versagens- Situationen die Behandlungsführung als Auftrag weiterzuführen, möglichst wenn diese durch Dritte (Supervision) unterstützt werden kann. Im anderen Falle besteht die Verpflichtung zur Unterstützung eines geordneten Wechsels in der Behandlungsführung.

B2.3 Sicherung der Risiko- Eindämmung unter abgesicherten Entscheidungsvoraussetzungen (EMRRH System)

Die Aufgabe, Behandlungsrisiken und Patientengefährdungen auszuschließen, ist eine zentrale Aufgabe jeder heilkundlichen Behandlungsführung und kann von dieser nicht abgekoppelt oder delegiert werden. Sie erfolgt als

B2.31 Teil der *persönlichen Behandlerprofessionalität* zum Beispiel bei der Festlegung von Art und Umfang von Behandlungen und Eingriffen sowie deren Terminierung (Indikationsstellung, OP- Planung, taktisches Vorgehen etc.)

B2.32 *Führung nachgeordneter Mitarbeiter* und deren Anleitung zu einer systematischen Beteiligung an der Behandlungsführung und Risikoeindämmung, zum Beispiel durch Recherche von Behandlungs- Dokumentationen, Vorbehandlern und anderen Drittmitteilungen.

B2.33 Langfristige *regionale Koordinierung* und *europaeinheitliche Standardisierung* eines schnellen Dokumenten- und Befundaustausches, zum Beispiel in digitalen Netzen.

B2.34 Langfristige und *vernetzte Evaluation der Risiko- Eindämmung* unter abgesicherten Entscheidungsvoraussetzungen

REFERENZEN

AAP (American Academy of Periodontology): Position Paper: Periodontal Disease as a Potential Risk Factor for Systemic Diseases.

J Periodontol (1998) **69** : 841-850

Abraham-Inpijn, L., Smeets, E. C., Russell, G. & Abraham, E.A.: Introductory notes regarding a European Medical Risk Related History questionnaire (EMMRH) designed for use in dental practice.

Brit Dent J (1998) **185** : 445-448

Alfter, G.: Ergebnisse einer Umfrage in Baden-Württemberg:

Zwischenfälle in der zahnärztlichen Praxis.

Zahnärzteblatt Baden-Württemberg (1997) **34** Heft 3 : 52-55

Bäckman, N., Holm, A.-K., Folkesson, U. & Olofsson, A.-L.: Behöver kvaliteten i tandläkarnas medicinska risk-bedömning förbättras?

Tandläkartidningen Arg (1998) **90** Nr 7 : 29-33

Bergström, J., Senkel, H. & Spranger, H.: Periodontal Health in El Salvador.

J Dent Res **70** Int Ass Dent Res Abst 452 Sess 69 1991

Blättner, B.: Gesundheit in der Migration: Vermitteln zwischen Kulturen.

Lehrbrief (2003) college@inter-uni.net LF 9

Blättner, B.: Soziale Herausforderungen: Arbeitsbedingungen und Arbeitslosigkeit.
Lehrbrief (2003) college@inter-uni.net LF 10

BZÄK, KZBV (Hsgb.) & IDZ (Red.): Das Dental Vademekum. Verzeichnis zahnärztlicher und zahn-
technischer Arbeitsmittel und Werkstoffe. Wiss.Komm.: Spranger, H. (Vors.) et al. 1.Aufl. 1989/90
bis 6.Aufl. 1997/98.

Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1989 – 1998 <ISBN 3-7691-4072-9>

De Jong, K. J. M., Borgmeijer-Hoelen & Abraham-Inpijn, L.: Validity of a risk-related patient-
administered medical questionnaire for dental patients.

Oral Surg Oral Med Oral Pathol (1991) 72 : 527-533

De Jong, K. J. M. : The Medical History in Dentistry.

Academisch Proefschrift Universiteit van Amsterdam 1992

De Jong, K.J.M. & Abraham-Inpijn, L.: A risk related patient administered medical questionnaire for
dental practice.

Int Dent J (1994) 44 : 471-494

Endler, P.Chr.: Qualitätssicherung. In: Regulationsbiologische Grundlagen. LF 3.

college@inter-uni.net 2003

Europäischer Notfallausweis.

Bundes-Verlag, D-53045 Bonn, 1999

**DGZMK-Offizielle Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und
Kieferheilkunde. Positionspapiere zum Jahr 2002 Separata, zugleich www.dgzmk.de/publikationen.**

Reihe der Veröffentlichungen im Zentralorgan Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift, zitiert wie:

Dtsch Zahnärztl Z 57 (2002)

und den Mitteilungen der DGZMK und ihrer Gruppierungen sowie der Akademie Praxis und
Wissenschaft

mit den folgenden statements, im Text zitiert (DGZMK/1 – 16):

1. Al-Nawas, B., Wagner, W. & Shah, P.M.: Einsatz von Antibiotika in der zahnärztlichen Praxis. An-
tibiotische Therapie bei: Dentogenen, pyogenen Infektionen, ANUG, Akute eitrige Sialoadenitis,
Osteomyelitis, Aktinomykose, Prophylaxe bei Operationen oder nach Trauma, Verschmutzte Wunden.
Diskussion der Evidenz-Grade I-III zur Therapie erster Wahl und Ausweichtherapie.

57 (2002)

2. Figgner, L.: Die Pflicht zur Dokumentation.

Anamnese. Daraus sich ergebende Besonderheiten.

50 (1995)

3. Flemming, Th.F.: Einfluß hormonaler Kontrazeptiva auf das marginale Parodontium. Gingivahy-
perplasien, Gingivitis, Parodontitis.

48 (1995)

4. Grötz, K.A.: Zahnärztliche Betreuung von Patienten mit tumortherapeutischer Kopf-Hals-
Bestrahlung.

55 (2002)

5. Horstkotte, D.: Zahnärztliche Eingriffe und Endokarditis-Prophylaxe. Bakteriämieursache. Prophy-
laxeregime.

51 (1999)

6. Jöhren, P. & Margraf-Stiksrud, J.: Zahnbehandlungsangst und Zahnbehandlungsphobie bei Erwach-
senen. Gefühl ausgeliefert zu sein. Anxiolytische Verfahren, schmerzreduzierende Verfahren.

56 (2002)

7. Kluge, A.M.: Psychosomatik in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Bio-psychoziale Medizin.
Prothesenintoleranz, psychogene Prothesenunverträglichkeit. Burning-mouth. Orofaziale Schmerz-
zustände. Amalgamintoleranz.

55 (2000)

8. Machtens, E., Lemke, B. & Imich, W.: Die zahnärztliche Behandlung von Patienten mit Herzschrittmachern oder implantierten Defibrillatoren.
52 (1996)
9. Mischkowski, R.A. & Zöller, J.E.: Mundschutz zur Vorbeugung von sportbedingten Zahn-, Mund- und Kieferverletzungen. Konfektionierter Mundschutz. Individuell angepaßter Mundschutz. Individuell hergestellter Mundschutz.
57 (2000)
10. Ott, K.H.R.: Zur Messung der Quecksilber-Belastung im Speichel.
49 (1983)
11. Otten, J.-E.: Zahnsanierung vor und nach Organtransplantationen.
54 (1999)
12. Reich, E.: Epidemiologische Studien. Prävalenz. Stichproben. Reliabilität der Untersucher. Datenanalyse und Präsentation.
53 (1997)
13. Reichart, P. & Wagner, W.: Die Messung des Blutdruckes in der zahnärztlichen Praxis.
50 (1995)
14. Schmelzeisen, R.: Zahnärztliche Chirurgie bei Patienten mit Antikoagulantientherapie.
54 (2001)
15. Schürer, N.: Latex-Allergie in der Zahnheilkunde.
55 (1999)
16. Wahl, G.: Zahnärztlich-chirurgische Eingriffe bei Diabetikern.
51 (1996)

Dotzel, P. & Spranger, H.: Emergenz, Komplexität und Therapie gingivo-parodontaler Manifestationen systemischer Erkrankungen am Beispiel des Diabetes Mellitus.
GZM – Praxis und Wissenschaft (1998) **3** : 32-37

Fritze, E.: Lehrbuch der Anamneseerhebung und Allgemeinen Krankenuntersuchung. 3. Aufl.
VCH-edition medizin, Weinheim 1985 <ISBN 3-527-15069-2>

Hager, E.D.: Komplementäre Onkologie. Adjuvante, additive, supportive Therapiekonzepte für Klinik und Praxis.
Forum Medizin Verlagsgesellschaft, Stockdorf 1997 <ISBN 3-910075-15-0>

Heymer, M. & Weitkamp, J.: Medizin-Technik in der Zahnarztpraxis.
Zahnärztekammer Westfalen-Lippe Separatum 1993

ICD-Diagnosesynonym. Krankheitsbegriffe im deutschen Sprachraum. ICD-10-SGBV, Vers. 1.3.
Deutscher Ärzte Verlag, Köln 2000 <ISBN 3-7691-5909-8>

Lamey, P. J.: European Harmonisation Questionnaire. Conference.
The Medical and Dental Defence Union of Scotland & The Queens University of Belfast, Edinburgh
1997-9-24

Larsson, B., Bäckman, N. & Holm, A.-K.: Medicinsk riskbedämning med hjälp av ASA-klassificering.
Tandläkartidningen Arg (2000) **92** Nr 8 : 29-32

Micheelis, W. & Reich, E. (Gesamtbearbeitung): Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III).
Institut der Deutschen Zahnärzte 1997. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1999 <ISBN 3-7691-7848-3>

Müller, P. J., Plöger, C.-Th. & Spranger, H.: Leistungsspektren von Zahnarztpraxen in Deutschland.
Zahnärztl Mitt (1992) **82** Heft 12 : 42: Langfassung Gutachten IDZ Köln 1992-6-4

Owens, W.D., Felts, J.A. & Spitznagel, E.L.: ASA physical status classifications. A study of consistency of ratings.
Anesthesiology (1978) **49** : 239-243

- Peacock, M. E. & Carson, R. E.: Frequency of self-reported medical conditions in periodontal patients. *J Periodontol* (1995) **66** : 1004-1007
- Saklad, M.: Grading of patient for surgical procedures. *Anesthesiology* (1941) **2** :281-284
- Senkel, H., Bergström, J. & Spranger, H.: Dental Health in El Salvador. *J Dent Res* **70** Int Ass Dent Res Abst 321 Sess 69 1991
- Senkel, Bergström, J. & Spranger.: El Salvador. WHO-Erhebungen. *Zahnärztl Mitt* (1992) **82** : 72-77
- Smeets, E. C., de Jong, K. J. M. & Abraham-Inpijn, L. : Detecting the Medically Compromised Patient by Means of the Medical Risk-Related History. A Survey of 29.424 Dental Patients in the Netherlands. *Preventive Medicine* (1998) **27** : 530-535
- Smeets, E.C., Keur, I., Oosting, J. & Abraham-Inpijn, L.: Acute Medical Complications in 277 General Dental Practices. *Preventive Medicine, Academic Press* (1999) **28** : 481-487
- Spranger, H. & Plöger, C.-Th.: Leistungssicherung in der Zahnarztpraxis für die Qualität der Patientenversorgung. *Zahnärztl Mitt* (1987) **77** : 2828-2830
- Spranger, H.: Qualitätsförderung zahnmedizinischen Handelns in der Praxis. Strukturelle Voraussetzungen zur Qualitätssicherung. *Zahnärzteblatt Westfalen-Lippe* (1990) **15** : Heft 2 : 14-18
- Spranger, H.: Empfehlungen zur Implementation von prozedural gewichtigen Faktoren der voraussetzungsorientierten Qualitätssicherung in der Zahnarztpraxis. *Zahnärzteblatt Westfalen-Lippe* (1990) **15** : Heft 4 : 24-29
Beide Publikationen wurden übernommen in: Zahnärzteblätter Bad.-Württ. & Sachsen
- Spranger, H., Senkel, H. & Bergström, J.: Prosthodontic Treatment Need in El Salvador. *J Dent Res* **70** Int Ass Dent Res Abst 310 Sess 69 1991
- Spranger, H.: Pathfinder Survey Perú. WHO-Erhebungen Oral Health. *Dtsch ZMK* (1992) **8** : 26-29
- Spranger, H.: Zahnärztliches Handeln bei unzureichend mitarbeitenden Patienten. *Dtsch Zahnärztekalendar* (1993) **52** :101-117
- Spranger, H. & Weitkamp, J.: Präventive Therapieorientierung. In: BZÄK Deutschland: Weißbuch Qualitätssicherung - Die Zahnärztliche Versorgung in Deutschland. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1994 <ISBN 3-76917836-X>
- Spranger, H.: Dokumentation in der zahnärztlichen Praxis. In: Ketterl, W.(Hsgb.): *Die Zahnärztliche Praxis. Praxis der Zahnheilkunde 1* : 223-260 Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1994 <ISBN 3-541-15211-7>
- Spranger, H.: Mund-Gesundheitspaß. Musterregister M9500924.8. Eintrag beim Deutschen Patentamt München 1995-8-4
- Spranger, H. & Baum, E.: Früherkennung von Risikopatienten in der Zahnarztpraxis. *Der Freie Zahnarzt* (1998) **42** Heft 2 : 53-57

Spranger, H., Baum, E. & Dotzel, P.: Medizinische Risiken von Patienten der Zahnarztpraxis.
Dtsch ZMK (1998) **14** Heft 12 : 10-13 und Dtsch ZMK (1999) **15** Heft1/2 : 38-42

Spranger, H.: Parodontopathien, Gesundheitsstörungen und Leiden. Komplexe Schau von Nosologie,
Prognostikansatz und medizinischer Strategie.
CO'MED (2000) **6** Heft 9 : 100-104

Spranger, H.: Risikosymptomenkomplex „Parodontitis“. Die systemische Verbindung zwischen Oral-
Medizin und Biologischer Medizin.
CO'MED (2000) **6** Heft 10 : 60-65

Spranger, H.: Range of Application of Medical Risk Related History in Periodontists Dental Office.
Poster- and Handout-Presentation on T.D.A. 10th International Dental Congress DENTALYA.
Antalya 2003-06-17/22

TEHRE'97: Toward an Electronic Health Record Europe. Creation of the Systems.
First Conference, London 1997-10-19/22

TEHRE'99: Toward an Electronic Health Record Europe. Meet The Challenges of Health IT.
Second Conference, London 1999-11-14/17

Thompson, K. S., Yonke, M. L., Rapley, J. W., Cobb, Ch. M. & Johnson, V.: Relationship Between a
Self-Reported Health Questionnaire and Laboratory Tests at Initial Office Visits.
J Periodontol (1999) **70** : 1153-1157

World Health Organisation: Oral Health Surveys. Basic Methods, 3.Ed.
WHO, Geneva 1987 <ISBN 92-4-1542-160>

Korrespondenzanschriften:

Univ.-Prof.a.D.Dr.med.dent.habil.
Dr.h.c.(UNFV)
MAS (Integrative Gesundheitsförderung
college inter-uni Graz)
Dr.med.dent. Heinz Spranger
Zahnarzt / Parodontologie
eMail: heinz.spranger@inter-uni.net
& info@dr-spranger.net
http: www.dr-spranger.net

Dr. med. Dietmar Haake
Internist / Hygieniker
Vorstand Rudolf Virchow Institut
Freiburg – Basel – Potsdam
eMail: HCE@virchownet.org
http: www.virchownet.org