

Dem Phänomen „Burnout“ unter Zahnärzten auf der Spur

Gemeinsame bundesweite Studie der Uni Witten-Herdecke sowie des Arbeitskreises für Psychologie und Psychosomatik soll Klarheit bringen/Teilnahme per Online-Fragebogen

Das Phänomen geistert durch unsere Leistungsgesellschaft und trifft längst nicht nur Manager, als „deren“ Krankheit es zunächst bekannt wurde: das sogenannten Burnout-Syndrom. Ein Burnout-Syndrom (engl. [to] burn out: „ausbrennen“) ist ein Zustand starker emotionaler Erschöpfung mit reduzierter Leistungsfähigkeit. Dem geht eine oft mehrfache Überbelastung voraus. Aktueller denn je beschäftigen sich die Medien mit dieser heiklen Thematik. Die FAZ berichtete im März 2010 „Erschöpft, ausgebrannt, arbeitsmüde“, auch der Fokus titelte brandaktuell mit „Die Burnout-Gesellschaft“. Vom Studenten, zum Prominenten bis hin zum hoch erfolgreichen Manager – es kann jeden treffen.

„Aktuelle Untersuchungen von Micheelis et al. zeigen, dass die psychische Belastung unter den Zahnärzten zugenommen hat. Inwieweit Zahnärzte gar vom Burnout betroffen sind, wurde in dieser Form deutschlandweit noch nicht untersucht“, erklärt Prof. Dr. Hans-Peter Jöhren von der Universität Witten-Herdecke. Gemeinsam mit dem Arbeitskreis für Psychologie und Psychosomatik (AKPP) der DGZMK hat Prof. Jöhren deshalb eine Studie gestartet, die repräsentative Ergebnisse liefern soll. „Für den Erfolg dieser Untersuchung ist es besonders wichtig, dass sich möglichst viele Zahnärztinnen und Zahnärzte daran beteiligen“, erläutert die Vorsitzende des AKPP, Dr. Anne Wolowski. „Deshalb möchten wir die ZBS-Leser er-

muntern, sich ebenfalls an dieser Befragung zu beteiligen.“

Dies kann ohne großen Aufwand über den Internet-Link <http://akpp.uni-muenster.de> erfolgen, hier ist ein Fragebogen vorbereitet, der online ausgefüllt werden kann. „Alle Daten werden selbstverständlich anonymisiert. Je höher die Beteiligung, desto aussagekräftiger das Ergebnis“, so Prof. Jöhren.

Die täglichen Herausforderungen an Zahnärzte sind immens und wachsen dank sich verschlechternder Rahmenbedingungen und gestiegener bürokratischer und administrativer Anforderungen ständig an. Distress gilt als wesentlicher Bestandteil bei der Ausbildung von Burnout. Es stellt sich somit die Frage, ob Zahnärzte tatsächlich sehr stark an Burnout-Symptomen leiden und ob deutsche Zahnärzte häufiger von Burnout betroffen sind, als ihre Kollegen im Ausland. Die Presse, Literatur und Ergebnisse vergleichbarer Studien lassen eine überdurchschnittliche Verbreitung vermuten. Für Prof. Jöhren und den AKPP deshalb Anlass genug, sich Klarheit zu verschaffen. Dr. Wolowski: „Es gilt, auch unseren eigenen Berufsstand über das sehr häufig unterschätzte Burnout-Phänomen zu informieren und präventiv dagegen vorzugehen. Deshalb ist eine Bestandsaufnahme von großer Bedeutung.“

Vergleichbare Studien aus anderen Ländern bringen alarmierende Ergebnisse hervor, so sind in den Niederlanden 21 % der

Zahnärzte als hoch Burnout-gefährdet eingestuft (Gorter, 2000), an englischen Kliniken konnte ein Anteil von 10 % Burnout-betroffener Juniorzahnärzte festgestellt werden (Humphries, 1997).

Eine Studie von Faridani belegt nach einer Befragung unter niedersächsischen Zahnärzten aus dem Jahre 2001 (Promotion 2004), dass etwa 16 % von Burnout betroffen sind und 39 % als Burnout-gefährdet gelten. Aktuelle vergleichbare Zahlen werden zurzeit in einer schleswig-holsteinischen Studie ermittelt und lassen ebenfalls brisante Ergebnisse vermuten. Deutschlandweite Zahlen dazu gibt es jedoch – bislang – nicht.

Diese Lücke soll mit der vorliegenden Studie geschlossen werden. „Nach Auswertung der Ergebnisse wird es darum gehen, konkrete Prophylaxemaßnahmen für die Zahnärzteschaft aufzubauen. Daran werden der AKPP und die Universität Witten-Herdecke gemeinsam arbeiten“, kündigt Prof. Jöhren an. Mit ersten Ergebnissen der Online-Befragung wird im Herbst zu rechnen sein. Sie werden ebenfalls veröffentlicht.

M. Brakel, Düsseldorf

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung aus:

Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift, 2010, 65 (6)

Deutscher Ärzte-Verlag

Sehr geehrte Kollegen und Kolleginnen, entsprechend des abgedruckten Artikels „Dem Phänomen ‚Burnout‘ bei Zahnärzten auf der Spur“, werden aktuell in einer bundesweiten Umfrage Referenzdaten ermittelt, um herauszufinden, wie viel Prozent der deutschen Zahnärzte unter Burnout leiden.

In Zusammenarbeit mit den Landeszahnärztekammern Sachsen und Westfalen-Lippe sollen die Daten aus **Ost- und Westdeutschland** dabei vergleichend untersucht und in die Komplettumfrage eingeordnet werden.

Wir hoffen, dass eine möglichst große Zahl der in Sachsen in eigener Praxis und im Angestelltenverhältnis tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte den Burnout-Fragebogen <http://www.za-burnout-studie.com> beantwortet.

Selbstverständlich ist Ihre Anonymität garantiert. Ihre Antworten werden streng vertraulich behandelt.

Die Teilnahme an der Studie wird Ihnen auf zwei verschiedenen Wegen ermöglicht:

- Drucken Sie bitte das PDF-Dokument des Fragebogens aus und senden das ausgefüllte Formular in einem verschlossenen Umschlag ohne Vermerk Ihres Namens (ggf. unfrei) an die folgende Adresse:
Universität Witten / Herdecke
Fakultät für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Stichwort: Burnout-Studie
Alfred-Herrhausen-Straße 50
58448 Witten
- Ganz unkompliziert können Sie den Fragebogen auch online ausfüllen und absenden.

Über die auf der genannten Internetseite angegebenen Kontaktdaten können Sie sich auch über Ihre persönlichen Ergebnisse des Fragebogens/Ihr persönliches Burnout-Risiko via Mail/Postkarte informieren.

Nur mit Ihrer aktiven Unterstützung ist es möglich, statistisch repräsentative Aussagen zu treffen und einen wissenschaftlich fundierten Beitrag zur Untersuchung und Prophylaxe des „Ausbrennens im Beruf Zahnarzt“ leisten zu können. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Dr. med. dent. Kirsten Probst
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
E-Mail:
Kirsten.Probst@uniklinikum-dresden.de

Dentalmaterial-Allergie: Was zu tun und was zu lassen ist

1. Prävalenz

„Dentalmaterial-Allergien nehmen rasant zu!“, behaupten insbesondere diejenigen, die mit einschlägigen Tests, mit „alternativen“ Materialien und Verfahren gut verdienen. Gern wird dabei übersehen, dass die großen Allergikerzahlen in erster Linie durch Reaktionen vom Typ I zustande kommen. Auch bei der Bewertung der Prävalenz des hier zu besprechenden Reaktionstyps IV ist die Wahrnehmung oft nicht korrekt: Es handelt sich nämlich nie um repräsentative Stichproben, sondern stets um Patienten einer negativ selektierten Gruppe, beispielsweise um die schwer therapierbaren Problempatienten im Überweisungsbereich einer Universitätsklinik.

Auf die Gesamtbevölkerung bezogen liegt die Zahl der „Dentalallergiker“ wohl bei etwa einem Prozent. Obwohl also relevante Statistiken zur Untermauerung der Eingangsthese fehlen, findet derzeit im Internet, in der „Bio-Presse“ und zunehmend auch in den anzeigenfinanzierten Dentalmagazinen eine Werbekampagne für die Testung etwaiger Unverträglichkeiten statt. Hier wird, je nach Seriosität der Anbieter, mit exakter Wissenschaft, mit Halbwahrheiten oder einfach nur mit Behauptungen ein Markt regelrecht erschaffen. Die Kunden greifen gerne zu, denn inzwischen gelten fast alle Befindlichkeitsstörungen als Allergie und erhalten damit eine gesellschaftliche Akzeptanz, die mangelhaftem Zahnersatz, psychosomatischen Erkrankungen oder Adaptationsproblemen verwehrt bleibt. Außerdem können die Beteiligten (Patienten, Zahnärzte, Kassen) viel entspannter mit einem Krankheitsbild umgehen, an dem niemand so recht Schuld hat. Und leider wird der Spekulation durch die Tatsache Tür und Tor geöffnet, dass es für den Allergietyp IV immer noch keinen absolut sicheren Nachweis gibt. Das hierfür geltende Vertragszahnarztrecht klingt zunächst sehr unbestimmt: Im § 9 Abs. 6 des SGB V heißt es, bei nachgewiesener Allergie gegen einen Werkstoff solle ein als verträglich ermittelter gewählt werden. Genau damit wirbt die Testindustrie gern. Ebenso gern wird jedoch der nachfolgende Satz „vergessen“: dass dieser Nachweis gemäß den „Kriterien der Deutschen Kontaktallergiegruppe (DKG) erbracht werden“ müsse. Und das bedeutet: (a) prophylaktische Tests sind nicht vorzunehmen, (b) keine Verdachtsdiagnose Allergie ohne klinische Relevanz und (c) nur der Epikutantest (ECT) ist anzuwenden. Da-

mit dürften Kosten für Neuversorgungen aufgrund anderer als der ECT-Ergebnisse von der GKV nicht übernommen werden, was dort nicht durchgehend bekannt ist.

2. Grundsätzliches

Vor der nachfolgenden Übersicht der am häufigsten genannten Testverfahren darf der Hinweis auf drei zentrale Punkte der Patientenaufklärung zum Thema Allergie nicht fehlen:

1. Gegenüber dem makroskopischen „Fremdkörper“ Zahnersatz kann es keine echte Allergie geben. Nur wenn sich chemisch reagible Bestandteile durch Korrosion oder Elution in ausreichender Menge (!) aus dem Dentalmaterial lösen, ist eine immunologische Reaktion auf zellulärer oder humoraler Ebene möglich. Deswegen ist die Verwendung hoch korrosionsfester Materialien der beste Schutz vor Allergie.
2. Es gibt keine „anti-oder hypoallergischen“ Dentalmaterialien, es sei denn, man fertigte Prothesen aus Cortison. Der Begriff Allergen bezeichnet eine Substanz, keine Eigenschaft!
3. Es ist ein Mantra unter Anhängern der Glaubensmedizin, dass (z. B. durch Metalle) „geschwächte“ Immunsysteme zur Allergie neigten. Das Gegenteil ist der Fall: Nur ein starkes Immunsystem kann krankhaft überschießend, also allergisch reagieren. Eine Immunsuppression, egal ob artifiziell oder pathologisch, dämpft oder verhindert dagegen die Allergie.

3. Der Epikutantest

Der Epikutantest (ECT, Synonym: Patchtest) hat leider, dies ist unbestritten, einige Nachteile:

1. Durch die Platzierung der Testsubstanzen

auf der empfindlichsten Hautpartie kann es durch den Test selbst zur Sensibilisierung kommen. Auch deshalb sind prophylaktische Tests kontraindiziert!

2. Die Auswertung des ECT folgt zwar eindeutig vorgegebenen Kriterien, bleibt jedoch subjektiv.
3. Spezifität und Sensitivität sind niedriger, als zu wünschen wäre.

Insbesondere der dritte Punkt gibt Anlass zu kontroversen Diskussionen: Untersuchungen ergaben Quoten nicht reproduzierbarer Positivreaktionen zwischen 4 und 44 Prozent. Bei Studien mit hoher Probandenzahl lag diese Quote zwischen 8 und 15 Prozent. Diese von den ECT-Gegnern gern zitierten Zahlen besagen also, dass vermutlich bis zu 15 Prozent, schlimmstenfalls gar 44 Prozent der im ECT erkannten Allergiker glücklicherweise keine sind. Ein insbesondere für die Kostenträger daraus hergeleiteter Therapien ärgerlicher Zustand. Aber: Für andere Tests existieren derartige Untersuchungen nicht, sodass Häme fehlt am Platz ist. Und zur Ehrenrettung des ECT sei auch angemerkt, dass er offenbar oft falsch angeordnet, oft schludrig durchgeführt und sein Ergebnis oft falsch notiert wird.

Eine retrospektive Studie in Rheinland-Pfalz zeigte, dass er nur in 8 Prozent der Fälle indiziert war. Bei 71 Prozent lagen keine Angaben über klinische Symptome vor und bei 95 Prozent fehlte der Vermerk über eine klinische Relevanz – beides Verstöße gegen die zweite der o. g. Forderungen der DKG. Und schließlich waren 30 Prozent der Allergiepässe falsch ausgefüllt.

Beim ECT werden standardisierte Testreihen benutzt. Die von der DKG empfohlenen können im Internet nachgelesen werden. Die Testreihe „Dentalmetalle“ enthält die



Salze der Elemente Au, Pt, Sn, Pd, Cu, Hg, dazu zwei Amalgamverbindungen. Die typischen NEM-Metalle finden sich dagegen in der „DKG-Standardreihe“: die Salze des Chroms, des Kobalts und des Nickels. Für Molybdän und Titan gibt es keine Testsubstanz.

Die potenziellen Dentalkunststoffallergene sind in der „Zahntechniker-Hauptreihe“ zusammengefasst: neben Formaldehyd die vielen Acrylat-Monomere (v. a. HEMA, TEGDMA, EGDMA und UDMA). Glutaraldehyd dagegen findet sich bei „Leder und Schuhe“.

Da es also nicht für alle Dentalkunststoffe entsprechende Testsubstanzen gibt, hat es sich eingebürgert, die oft auch von den Herstellern extra angebotenen Testplättchen alternativer (also nicht MMA-haltiger) Kunststoffe zu nutzen, z. B. PVC (Luxene), Polyamid (Nylon), Acetal (Polyoxymethylen). Die Aussagekraft solcher Tests ist etwas unsicherer zu bewerten, denn es gibt keinerlei vergleichende Studien dazu. So ist beispielsweise unklar, in welchem Zustand diese Plättchen sein sollen: entweder jedes Mal frisch hergestellt oder mehrfach benutzt und deswegen intern nachpolymerisiert und ausgelaut.

Ähnlich verhält es sich mit Legierungsplättchen, die ebenso oft zur Testung mitgebracht werden. Auch für Legierungen gibt es keine durch Studien belegten Anweisungen, in welcher Form sie zu nutzen sind: Wie vom Hersteller geliefert? Angeschliffen? Poliert? Mit simuliertem Keramikbrand? Immerhin ist bekannt, dass sich bei epikutaner Applikation von Legierungsplättchen deutlich weniger Reaktionen als bei den Salzen zeigen.



Aus metallurgischer Sicht war allerdings auch nichts anderes zu erwarten: Die Salze der Testreihen sind bewusst auf Ionenabgabe getrimmt, um Hautreaktionen möglichst gut sichtbar zu machen. Gute Legierungen sind dagegen auf Korrosionsfestigkeit getrimmt, um dem Immunsystem möglichst keine Ionen zu präsentieren, und stellen deshalb auch für sensibilisierte Patienten i. d. R. kein Problem dar, was die altbekannte Aussage eindrucks voll bestätigt: „Wo nichts herauskommt, kann auch nichts reagieren.“

Wer trotzdem beide Varianten nebeneinander im ECT verwendet, sollte sich vorher Gedanken machen, welche therapeutische Konsequenz er bei unterschiedlichen Ergebnissen zu ziehen bereit ist (siehe Abschnitt 5)!

Zu jedem ECT gehört (leider noch nicht allgemein durchgesetzt) eine Irritationskontrolle, um den momentanen Status zur Irritabilität der Haut am Testort zu erheben. Die DKG empfiehlt aktuell als Marker für hyperreagible Haut die Testsubstanz Natriumlaurylsulfat (engl.: Sodium Lauryl Sulfate – SLS), den

Zahnärzten als Zusatz vieler Zahncremes bekannt. Auch Benzoylperoxid (BPO) ist eine bekanntermaßen stark irritativ wirkende Substanz, ihre routinemäßige Testung daher höchst umstritten. Zudem konnte gezeigt werden, dass der BPO-Gehalt durch thermische Nachbehandlung massiv reduzierbar ist.

4. Andere Testverfahren

4.1 Karenztest

Ein positiver „Karenztest“, also das temporäre Nichttragen des verdächtigen Zahnersatzes, hat nur eine Aussage: Das Problem des Patienten hängt irgendwie mit der Prothese zusammen. Ob die Ursache nun bei Parafunktion, falscher Kieferrelation, Malokklusion, psychosomatischer oder allergischer Reaktion zu finden ist, bleibt offen. Mit der Prothese verschwinden eben alle prothesenassoziierten Alterationen!

4.2 Pricktest

Der Pricktest, bei dem neben einer Positiv- (Histamin) und Negativkontrolle (NaCl-Lö-

Anzeige



Das Dentalhistorische Museum in Zschadraß

Zschadraß bei Leipzig ist seit einigen Jahren Standort eines ganz besonderen Museums. Der Museumsgründer, Zahntechnikermeister Andreas Haesler, hat mit dem Dentalhistorischen Museum etwas geschaffen, was weltweit einzigartig ist. Die hessische Zahnärztezeitung titelte: »Beste Voraussetzungen für einen Wallfahrtsort«. Und dies ist nicht übertrieben. Unzählige Exponate präsentieren die Entwicklung der Zahnmedizin. Gemeinsam mit dem Dentalhistorischen Museum haben wir für 2011 wieder zwei Kalender aufgelegt. Einen Motivilkalender, der einige Exponate des Museums zeigt, und einen Kalender mit Illustrationen von historischen Postkarten, aus Werbekampagnen und Magazinen.

Die Kalender haben das Format 30 x 46 cm und sind zum Preis von je 15,00 EUR erhältlich. 50 % des Reinerlöses fließt dem Museum direkt zu, damit weitere Räumlichkeiten um- und ausgebaut werden können.

Satztechnik Meißen GmbH · Am Sand 1c · 01665 Nieschütz · Tel. 03525/71 86-0 · Fax 03525/71 86-12 · info@satztechnik-meissen.de

sung) verdächtige Allergene auf die Haut aufgetragen und durch einen Lanzettstich mit Blut in Kontakt kommen, dient der Erkennung einer Typ-I-Allergie (Sofortreaktion, Anaphylaxie). Der Reibe-, der Scratch- und der Intrakutantest unterscheiden sich vom Pricktest nur durch die Art der Allergenapplikation. Diese Verfahren sind für den Nachweis zellvermittelter (langsamer) Reaktionen des Typs IV ungeeignet, die bei Allergien gegen Zahnersatzmaterialien i. d. R. relevant sind.

4.3 Epimukosatest

Vielfach wird zum Epimukosatest (EMT) geraten, bei dem zunächst eine Kunststoffplatte durch mehrtägiges Tragen auf „Verträglichkeit“ geprüft wird, die anschließend als Träger für einpolymerisierte Proben dient. Dem steht entgegen, dass sich die Schleimhaut diesbezüglich deutlich von der Haut unterscheidet: Es fehlt der charakteristische Fettfilm, in dem potenzielle Allergene gelöst werden, es kommt zu schnellerer Resorption und zu permanenter Verdünnung durch Speichel. Dies alles verkürzt die Allergen-Präsentationsdauer und erklärt, warum erst bei einer 10- bis 12-fach höheren Schwellenkonzentration allergische (nicht irritative!) Schleimhautreaktionen zu erwarten sind. Bisher konnte keine Korrelation zwischen ECT- und EMT-Ergebnissen nachgewiesen werden. Im Gegenteil: Auch bei hochgradigen Nickel- und Palladiumallergikern bilden sich bei Ni- oder Pd-Exposition auf der Gaumenschleimhaut nicht automatisch Läsionen aus. Der wichtigste Kritikpunkt aber ist: Es fehlen jegliche Vorgaben für die typische Morphe einer etwaigen Schleimhautreaktion, anhand derer eine zu erwartende mechanische Irritation von einer chemischen Irritation, einer Infektion (Candidiasis!) oder einer Allergie durch verschiedene Untersucher einheitlich unterscheidbar wäre.

Entsprechend unkonkret sind die Empfehlungen. Um diese Absurdität zu verdeutlichen, stelle man sich den Wert eines Blutalkoholtests vor, dessen Ergebnis jeder Betrachter al gusto interpretieren kann – der Betroffene selbst, der Streifenpolizist oder der Verkehrsrichter ...

Eine vermeintlich logische Variante des EMT ist es, den Patienten kleine Lutschproben aller möglichen Dentalmaterialien zur Testung mitzugeben. Aus den hoch individuell gefärbten Erlebnisprotokollen der Patienten werden dann oft forensisch relevante Aktenvermerke wie sogar „Allergisch auf alle Kunststoffe“, weil die Patienten sich an

scharfen Kanten dieser Dental-„Bonbons“ rießen oder ihre Anwesenheit in der Mundhöhle einfach unangenehm fanden.

4.4 Lymphozytentransformationstest

Der seit Mitte der 90er Jahre in Deutschland massiv beworbene Lymphozytentransformationstest (LTT) hat als In-vitro-Verfahren den großen Vorteil, nicht sensibilisieren zu können. Die Reproduzierbarkeit ist nach Aussage der Betreiber sehr hoch und er ist, im Gegensatz zum ECT, nicht vom Patienten manipulierbar. Über den Einbau einer radioaktiv markierten Aminosäure wird nach Allergenexposition die DNA-Synthese der Lymphozyten bestimmt und daraus auf das Vorliegen einer spezifischen Sensibilisierung geschlossen. Dies wird gern irrtümlich als „Vorliegen einer Allergie“ interpretiert. Der feine Unterschied hat jedoch Bedeutung: Denn „der alleinige Nachweis einer Sensibilisierung im LTT ist nicht mit einer Effektorreaktion gleichzusetzen. Die Diagnose Allergie sollte nur bei Vorliegen typischer klinischer Symptome gestellt werden. Anderenfalls führen die Ergebnisse zur Verunsicherung von Patienten und zu unnötigen Behandlungen.“ Diese Aussage eines der wissenschaftlichen Begleiter des LTT stellt klar: Auch hier gibt es keine absolute Sicherheit. Die klinische Erfahrung zeigt, dass es, ähnlich wie beim ECT, genügend Fälle mit eindeutigen LTT-Befunden gibt, die nach Allergenentfernung keine Besserung erfuhren.

4.5 Radio-Allergo-Sorbens-Test

Der Radio-Allergo-Sorbens-Test (RAST) weist allergenspezifische IgE-Antikörper im Serum nach. Bisher stehen für zahnärztliche Materialien keine Testallergene zur Verfügung, weshalb das Verfahren für unsere Fragestellungen irrelevant ist.

4.6 Glaubensmedizinische Tests

Glaubensmedizinische Tests wie Bioresonanz, Elektroakupunktur oder Kinesiologie beruhen nicht auf einer wissenschaftlich nachvollziehbaren physikalischen Grundlage. Selbstverständlich wurden viele positive Kasuistiken in einschlägigen Journalen veröffentlicht. Sie stammen jedoch fast ausnahmslos von den Anhängern dieser Methoden und stellen daher nur den Binnenkonsens dar, sind also für jede Verallgemeinerung untauglich. Es gibt keine Hinweise auf eine Sensitivität oberhalb des Zufalls. Lüdtke et al. fanden z. B. bei ihrer Untersuchung kinesiologischer Tests eine Reproduzierbarkeit analog zur Münzwurf-Wahr-

Mehr Biss hat keiner!



DURAPLANT®

Ein Implantat muss

- schnelle Oberflächen,
- schlanke Körper,
- Platform-Switching,
- Passiv Fit,
- attraktive Preise,
- ein exzellentes Preis-/Leistungsverhältnis
- und Langzeitstudien haben.

Kurz DURAPLANT® mit TiCer® Oberfläche – für höchste Zuverlässigkeit und Sicherheit bei jedem Biss.

**Exklusiv bei ZL
ORCA-BRUSH®**
Mundkrebsfrüherkennung

www.zl-microdent.de
Telefon 02338 801-0

Präzision seit 1968



Anzeige

scheinlichkeit. Zahnärzte, die auf Grundlage solcher irrationaler Tests therapieren, sollten nie vergessen, dass der Tester sich folgenlos irren kann (und nicht den Regeln des SGB V unterworfen ist). Sie selbst müssen aber die übliche Gewährleistung geben! Den „gläubigen“ Testern muss vorgehalten werden, dass es noch immer keine Studien ausreichenden Umfanges über die Korrelation zwischen ihren positiven Testergebnissen und der Erfolgsquote der nachfolgenden zahnärztlichen Therapie gibt.

5. Ergänzungstheorie

Oft wird behauptet, „komplementäre“ (also glaubensmedizinische) Methoden wären eine sehr gute Ergänzung zum ECT. Auch die LTT-Labore empfehlen ihre Methode hierfür. Dabei ergeben sich jedoch einige Fragen: Wie sinnvoll sind medizinische Tests, wenn man sie so lange wiederholt oder „ergänzt“, bis endlich das gewünschte (also positive) Ergebnis auftritt? Und wieso bedarf ein solcherart gewonnenes positives Ergebnis dann keiner weiteren Ergänzung durch andere Methoden? Und was tut man, wenn ein Test negativ, seine Ergänzung aber positiv ausfällt? Nimmt man dann die Ergänzung ernst oder den ursprünglichen Test? Leider wird die bestehende Restunsicherheit durch weitere Unsicherheiten nicht weniger unsicher ...

6. Prophylaktische Tests

Prophylaktische Tests jeder Couleur vor geplantem ZE sind unsinnig, weil das Immunsystem uns nicht verrät, auf welche Substanzen es demnächst krankhaft überschießend zu reagieren gedenkt. Bei In-vivo-Testung auf hochempfindlicher Haut könnte es sogar zur (klinisch stummen) Sensibilisierung kommen, deren Auswirkung dann beim Materialeinsatz auf der normalerweise viel unempfindlicheren Schleimhaut durch hämatogene Fernwirkung zu spüren wäre. Bis vor Kurzem haben Glaubensmediziner „prophetische“ Tests jedoch immer wieder gefordert und damit in der Bevölkerung auch entsprechende Erwartungen geweckt. Ein Blick in das Dental Vademekum zeigt die Dimension möglicher Testungen! Dass sich die Gerichte bisher dieser absurden Idee widersetzen, ist wohl eher der Rücksichtnahme der Juristen auf die denkbaren volkswirtschaftlichen Auswirkungen geschuldet. Trotzdem hat es sich eingebürgert, bei einem ECT aufgrund eines bestehenden Verdachtes gleich einige Alternativen mitzutesten. Diese Inkonsequenz wird auch von den universitären Allergologen mitgetragen.

7. Das therapeutisch-forensische Dilemma der Testungen

Eine groß angelegte Studie ergab, dass es vermeintlichen Allergikern (eigentlich: ECT-Positiven) insgesamt deutlich besser ging als „Gesunden“ (eigentlich: ECT-Negativen). Allergiediagnostik sollte deshalb zuerst Ausschlussdiagnostik sein. Es gibt genug Ursachen für zahnmedizinische, insbesondere prothetische Misserfolge. Bevor also Patienten mit unklaren Beschwerden durch die Testmaschinerie geschickt werden, sollte alles andere überprüft oder wenigstens bedacht sein. Dazu kommt noch ein spezielles Dilemma der Patienten: Wer aktenkundig auf irgendein Dentalmaterial oder seine Bestandteile positiv getestet wurde, sei es prophylaktisch



oder „nur aus Interesse“ geschehen, muss damit rechnen, bei völliger Gesundheit und ohne geringste klinische Relevanz Probleme bei anstehender ZE-Versorgung zu bekommen. Kein Zahnarzt darf sich dann darauf einlassen, beispielsweise bei einem auf Goldsalze positiv getesteten Patienten eine hoch korrosionsfeste Goldlegierung zu verwenden, weil der Patient ja auch Goldschmuck an Fingern, Ohren und pikanteren Stellen seit Jahren trägt. Sollte es später zu unklaren Beschwerden kommen, wird jedes Gericht einem solchen Kläger recht geben: Dessen „Allergie“ sei schließlich bekannt gewesen. Sollte dann rein zufällig auch auf ein typisches Element der NEM-Legierungen auffällig reagiert worden sein, bleibt dem Patienten am Ende nur noch eine Primitivversorgung. Die eigentlich für die Diagnose Allergie zwingend vorgeschriebene klinische Relevanz ist Juristen unbekannt. Hinsichtlich privatwirtschaftlicher Auswirkungen kennen Juristen nämlich keine Rücksicht.

8. Fazit

Im Verdachtsfalle sollten zunächst alle anderen denkbaren Ursachen geklärt werden:

zahnärztliche/zahntechnische Produktionsfehler, Parafunktionen, psychische Beteiligung, mikrobielle und mechanische Überlastung. Danach und bei Vorliegen klinischer Relevanz beginnt die Kooperation mit einem allergologisch versierten Facharzt. Er wählt zusammen (!) mit dem Überweiser die nötigen Testsubstanzen aus. Vom Zahnarzt mitgelieferte Objekte sollten genau spezifiziert und der Sinn ihrer Testung besprochen werden! Weil Dermatologen naturgemäß nur wenig über zahnärztliche Werkstoffe wissen, tauchen sonst auf den Allergiepässen solche eindeutigen Aussagen wie „MOG“ oder „Keramik“ oder „antiallergener Kunststoff“ auf.

Bei unklarer Zusammensetzung führt die Anforderung der Sicherheitsdatenblätter kaum weiter, weil die Hersteller darauf nicht alle Inhaltsstoffe angeben müssen. Der diesbezüglichen Verschwiegenheit einiger Firmen können wir Zahnärzte nur begegnen, wenn wir die Produkte solcher Auskunftsverweigerer konsequent und öffentlichkeitswirksam meiden. Zahnärzte sollten sich anstelle von Information nicht mit Werbung abspesen lassen. Die Erfahrung zeigt, dass manche Werbeaussage sogar unwahr ist. Wir wollen unterstellen, dass dies auf Missverständnissen der chemisch/physikalisch weniger gebildeten Marketingagenturen beruht. Wenn also z. B. ein Kunststoff als „monomerfrei“ beworben wird, kann damit auch nur gemeint sein, dass er kein Methylmethacrylat enthält.

Als Hauszahnarzt sollte man sich nicht mit der Mitteilung nur der positiven Ergebnisse zufrieden geben, sondern Kopien der kompletten Testprotokolle anfordern und der Patientenakte beifügen. So lässt sich bei Bedarf jederzeit erkennen (und belegen!), welche Substanz mit welchem Ergebnis getestet wurde und, ebenso wichtig, was nicht getestet wurde!

Ein LTT, der nach SGB V ebenso wenig wie die darauf fußende Therapie bezuschussungsfähig ist, kann einen Allergieverdacht erhärten, genauso gut aber auch zu weiterer Unsicherheit führen. Vollkommene Sicherheit gibt es auf diesem Gebiet derzeit nicht.

Dr. Felix Blankenstein

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Alßmannhauser Straße 4–6, 14197 Berlin

felix.blankenstein@charite.de

Wir danken für die Nachdruckgenehmigung aus dem Mitteilungsblatt KZV aktuell, Juli/August 2010, Rheinland-Pfalz