

Die Zukunft der Zahnmedizin ^{1 2}

Hans-Joachim Demmel

Zahnärztliche Aufgabenbereiche im Wandel

Die „Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III)“³ dokumentiert einen deutlichen Rückgang der Morbidität der Bevölkerung hinsichtlich der bisher typischen Aufgabenbereiche für Zahnärzte/innen. Kariestherapie und die damit verbundenen Folgebehandlungen werden in Zukunft seltener notwendig werden⁴. Das heisst, der Bedarf u.a. an Füllungstherapie, zahnprothetischer Versorgung mit Kronen, Brücken und Prothesen, Implantaten, Endodontie, zahnärztliche Chirurgie nimmt ab. Der Bedarf für Individualprophylaxe und Parodontaltherapien wandelt sich, da sie primären Stellungswert bekommen haben. Dies resultiert nicht zuletzt aus der besseren Aufklärung der Bevölkerung. Dadurch ist zu erwarten, dass sich in Zukunft eine steigende Zahl von Zahnärzten einer abnehmenden Behandlungsnachfrage für die bisher typischen Aufgabenbereiche gegenübersehen wird. Dies kann für viele eine existentielle Veränderung bedeuten. Zusammenhänge zwischen Mundkrankheiten und Allgemeinerkrankungen sind auffällig⁵ und erfordern zunehmend fachübergreifende Kenntnisse und die qualifizierte Befähigung zur interdisziplinären Zusammenarbeit. Epidemiologische Untersuchungen⁶ belegen, dass ca. 25 % der bundesdeutschen Bevölkerung unter psychischen Störungen von Krankheitswert leiden. Es ist offensichtlich, dass psychische Faktoren auch die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten auf dem Gebiet der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde wesentlich bestimmen können oder mitbedingen⁷. Hier seien Patienten mit chronischen Erkrankungen wie Schmerzen, Prothesenunverträglichkeit, Kiefergelenksproblemen sowie Angstpatienten als besonders deutliche Beispiele erwähnt. Wenn 30–40 % der Patienten ihren Allgemeinarzt aufgrund wesentlich psychisch beeinflusster Erkrankungen aufsuchen⁶, darf angenommen werden, dass auch beim Zahnarzt die Zahl der Patienten mit psychogenen oder psychosomatisch bedeutsamen Symptomen nicht unerheblich sein kann.

Bei gleichzeitigem Vorliegen körperlicher und psychischer Erkrankungen, muss auch die Möglichkeit inadäquater Krankheitsbewältigung bei primär körperlichen Erkrankungen bedacht werden. Komorbidität erfordert besondere differentialdiagnostische Kenntnisse und Sorgfalt, v. a. bei Symptomüberlagerung.

Diese Fakten erfordern eine kritische Betrachtung des gegenwärtigen Konzeptes der zahnärztlichen Ausbildung und der Weiterbildungsmöglichkeiten. Sie fordern einen Entwurf für eine Perspektive der Zahnmedizin. Ein solcher Entwurf soll dazu dienen, die Kompetenz der Zahnärzte auch für allgemeinmedizinische Zusammenhänge zu gewährleisten.

¹ leicht gekürzte Fassung publiziert in: **Zahnärztl Mitt 91 (2001) 10-11**

Autor: **Dr. H.-J. Demmel / Berlin** Beratung und Mitarbeit bei der Textfassung:
Dr. K. Hertrich / Erlangen; PD Dr. A.-M. Kluge † / Berlin; Dr. J. Margraf-Stiksrud / Marburg

² Dieses Konsenspapier basiert auf dem Ergebnis der Diskussion auf der gemeinsamen, erweiterten Vorstandssitzung (Marburg: 22.01.2000) des Arbeitskreises Psychologie und Psychosomatik in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK), der Arbeitsgruppe Zahnmedizin im Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) und des Arbeitskreises Psychologie und Zahnmedizin der Deutschen Gesellschaft für Medizinpsychologie (DGMP).

³ Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III) Hrsg.: Institut des Deutschen Zahnärzte. Micheelis, W.; Reich, E. (Gesamtbearb.) . Dt. Ärzte-Verl. Köln 1999

⁴ It. DMS III gingen z.B. die DMFT-Werte bei Jugendlichen in Westdeutschland von 10,8 (1983) auf 1,4 (1997) zurück

⁵ vgl.: Heinrich, R , Törne, I: Gerontologische Daten und Analysen zum Zusammenhang zwischen Allgemeingesundheit und Mundgesundheitsstudie (DMS III) . Dt. Ärzte-Verl. Köln 1999, S. 457-469

⁶ Schepank, H.: Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1987

⁷ vgl. Übersicht in: Demmel, H.-J., Lamprecht, F.: Psychosomatische Zahnheilkunde. In: Psychosomatische Medizin (Hrsg. Th.v. Uexküll), Urban&Schwarzenberg, München 1996

Veränderung des ärztlichen Aufgabenbereiches

Es gibt eine steigende Anzahl von Ärzte/innen, Psychologen/innen und anderer Fachpersonen (z.B. für Physiotherapie) mit qualifizierter Weiterbildung für Teilgebiete, die für Erkrankungen im Kiefer-, Gesichtsbereich relevant sind. So wurden z.B. für Ärzte/innen und auch für Psychologen/innen qualifizierende Weiterbildungscurricula für die Zusatzbezeichnung Schmerztherapie geschaffen. Speziell auf dem Gebiet der Schmerztherapie werden neben den organtherapeutischen Möglichkeiten psychosomatische und psychotherapeutische Ansätze einbezogen. Besonders beachtenswert ist, dass auch aus diesen Gründen nach den Weiterbildungsrichtlinien der Bundesärztekammer heute kein Arzt die Facharztanerkennung (das gilt für alle klinischen Facharztgebiete!) erhalten kann, ohne qualifizierten Nachweis von psychosomatischer Grundkompetenz (mind. 30 Std. Weiterbildung).

Eine entsprechende Anforderung fehlt für Zahnärzte/innen. Es gibt für Zahnärzte/innen demzufolge schon heute keine speziell anerkannte, breite Fachkompetenz mehr für die Diagnostik und Therapie von Schmerzkrankheiten im orofazialen Bereich.

Zahnmedizin und das integrierte biopsychosoziale Modell

Integrierte psychosomatische Medizin erhebt den Anspruch, den heutigen Dualismus einer "Medizin für seelenlose Körper" und einer "Medizin für körperlose Seelen"⁸ zu überwinden. Sie will eine medizinische Betreuung kranker Menschen verwirklichen, welche die Verbindung der körperlichen Probleme des Patienten mit seiner seelischen und sozialen Situation sieht und ernst nimmt.

In allen Fachgebieten der Zahnheilkunde, wie auch in der Medizin im allgemeinen, bietet die integrierte psychosomatische Medizin als biopsychosoziales Paradigma eine bessere Erklärung von Ätiologie und Genese – also von Entstehung und Verlauf der Erkrankungen – als das biophysikalische Modell (Maschinenmodell).

Für die Zukunft der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde wird daher das Modell einer psychosomatischen bzw. integriert biopsychosozialen Zahnmedizin zunehmend wichtiger.

Verbesserungspotentiale zur Anpassung an zahnärztliche Aufgabenbereiche

Es stellt sich die Frage, welche Aufgaben Zahnärzte/innen in der Zukunft übernehmen sollen. Die zahnmedizinische Ausbildung unserer Studenten/innen berücksichtigt heute die Veränderungen der Morbidität noch nicht ausreichend.

Erfreulicherweise werden zwar immer häufiger Vorlesungen mit psychologischen und in geringerem Umfang psychosomatischen Themen angeboten. Diese Themen sind aber nicht oder kaum ausreichend in den Unterricht der einzelnen klinischen Fächer integriert, sondern finden gesondert statt. Dies widerspricht dem Paradigma der integrierten Medizin. Die zusätzliche und besondere Berücksichtigung psychosomatischer oder auch psychologischer Themen in eigener Unterrichtseinheit (wenn organisatorisch notwendig) muss immer eine enge Bezogenheit zum somatischen Fachthema herstellen.

Einem psychosomatisch aus- und fortgebildeten Zahnarzt kommt die Aufgabe zu, orofaziale Krankheiten mit psychosozialer Ursache oder wesentlicher Mitbeteiligung an der Krankheitsentstehung und -entwicklung frühzeitig bei seinen Patienten zu erkennen und im Sinne der Prävention rechtzeitig zu bearbeiten. Im frühen Stadium solcher Erkrankungen kann eine situative Einordnung von Symptomen häufig die Notwendigkeit ausgedehnter Psychotherapien vermeiden. Ein typisches Beispiel hierfür sind unklare Schmerzen im Kiefer- Gesichtsbereich durch Parafunktionen (Tendo-Myalgien, Funktionseinschränkungen, Hypersensibilität) in schwierigen Lebenssituationen. Dies und die Notwendigkeit der therapeutischen Begleitung somatisch fixierter Patienten bis zur Möglichkeit einer Überweisung zur Psychotherapie begründet auch die Forderung nach Berechtigung zur Kurztherapie.

Zahnärztliche Psychosomatik soll als integrative Medizin mittels Prävention der Entstehung psychosomatischer Erkrankungen vorbeugen und somit auch die kostentreibende Polypragmasie begrenzen helfen ("Patientenkarriere", "doctor- shopping", "Koryphäen-

⁸ Uexküll, Th.v.: Integrierte Psychosomatische Medizin. In: Beiträge für die Begründung einer qualifizierenden, psychosomatischen Fortbildung für Zahnärzte. Mitt DKPM Sonderheft 25a (1994) 13

Killer“). Die eigentliche Psychotherapie muss und soll in der Hand von Psychotherapeuten bleiben.

Mit der frühzeitigen Erkennung von psychosomatischen Zusammenhängen bereits bei der Diagnostik wird die unsinnige Häufung aufwendiger Untersuchungen vermieden. Es ist sowohl aus menschlicher als auch aus volkswirtschaftlicher Sicht bedenklich, dass durch das weitverbreitete Verfahren der somatischen Ausschlussdiagnostik bei vielen Erkrankungen erst nach einer mehrjährigen Odyssee somatischer Verdachtsdiagnosen an ein psychosomatisches Krankheitsbild gedacht wird.⁹ Der integrative Ansatz soll dieses vermeiden.

Wissenschaftlich begründete psychotherapeutische Ansätze beim Umgang mit dem Kranken unterscheiden sich grundlegend von Ratschlägen auf Grund des “gesunden Menschenverstandes ” oder der allgemeinen Lebenserfahrung des (Zahn-) Arztes. Aber auch die unqualifizierte und vorschnelle Deutung psychogener Ursachen oder Mitbeteiligungen an der Krankheit muss bei diesen Kranken zu einer Verstärkung der Abwehr führen. Zum Erkennen psychosozialer Bedingungen für Entstehung, Verlauf und Therapieerfolg einer Erkrankung ist psychotherapeutische / psychosomatische Schulung erforderlich. Darin sehen wir die fundierte Begründung für eine Integration psychosomatischer Grundkompetenz in die Ausbildung der Zahnärzte/innen und die Möglichkeit der Weiterbildung zur psychosomatischen Grundversorgung¹⁰. Dies soll Zahnärzte/innen nicht zur Psychotherapie im umfassenden Sinn befähigen, sondern hinreichend begründet Erstdiagnosen auf der Grundlage professioneller Gesprächsführung ermöglichen und die eventuell notwendigen Erarbeitung für den Patienten nachvollziehbarer Überweisungen zur Fachtherapie. Wir sehen darin die einzige Möglichkeit, eine optimale Compliance zu erreichen.

Es soll betont werden, dass schon aus Gründen des integrativen Paradigmas der psychosomatischen Medizin ein “(Fach-) Zahnarzt für psychosomatische Zahnmedizin” keinesfalls das Ziel sein kann.

Rechtliche und finanzielle Aspekte

Die derzeitigen, vereinzelt Fortbildungsangebote für das Gebiet der Psychosomatik und Psychologie in der Zahnmedizin haben noch keine Auswirkung auf die fachliche Anerkennung der so erworbenen Spezialkenntnisse und die korrekte Leistungsberechnung. Das Ziel müsste sein, auch für den Bema neue Positionen zu schaffen, die es den Kollegen mit einer entsprechenden Fortbildung erlauben, die geleistete Arbeit abzurechnen.

Sollte die bisherige zahnmedizinische Ausbildung und Qualifizierung sich nicht ändern, würde die mangelnde Kompetenz der Zahnärzte/innen für allgemeinmedizinische Zusammenhänge bald offenbar. Damit entfernt sich das Berufsbild des Zahnarztes von dem des Arztes, der inzwischen u.a. Fachkompetenz für die Diagnostik und Therapie von Schmerzkrankheiten (auch des orofazialen Bereiches) erwerben kann.

Die Zahnärzte/innen laufen beim Beharren auf bisherigen Ausbildungs- und Qualifizierungsinhalten Gefahr, dass ihnen auf Grund ihrer Ausbildung nur noch Diagnostik und Therapie im technischen mechanistischen Sinne für zahnbezogene Krankheiten zugebilligt wird. Wie nahe diese Gefahr ist, zeigt die Entwicklung im Bereich der Schmerztherapie, wie oben beschrieben wurde.

Dem gilt es rechtzeitig entgegenzuwirken.

Dr. Hans-Joachim Demmel Auerbacher Str. 2 14193 Berlin

⁹ vgl.: Egle, U.T., Hoffmann, S.O. (Hrsg.): Der Schmerzkranken. Schattauer, Stuttgart-New York 1993, S.145 ff

¹⁰ Als Modell für diese Weiterbildung könnten die erstmals 1998 als Baustein-Fortbildung angebotenen Psychosomatik-Seminare des Philipp-Pfaff-Instituts (Fortbildungseinrichtung der Landes zahnärztekammern Berlin und Brandenburg) dienen. Sie basieren auf einem bereits 1994 publizierten Vorschlag [Demmel, H.J. (Hrsg.): Textsammlung AG Zahnmed. DKPM; Mitt.DKPM, Sonderheft 25a, 1994], der auf erste Entwürfe von 1987 zurückgeht [Demmel, H.J.: Weiterbildung in Psychosom. Med. Mitt. DKPM, Heft 10, 1987]