

Nadelstiche und Hilfeschrei –

**anonymisierter Fallbericht über die konsiliardienstliche bio-psycho-soziale Befunderhebung, Diagnostik und Therapie- Einleitung
Frau K.N. (anonymisiert, *Einzelheiten* zur unkenntlich Machung *verändert*)**

Frau K.N. stellte sich am 18.04.07 in unserer Praxis vor, nach selbstständiger telefonischer Ankündigung (: „man könnte glauben, ich bin meschucke“) wenige Tage zuvor und meiner telefonischen Einholung einer Auskunft beim jetzigen Hauszahnarzt, der bei dieser Gelegenheit auch den Konsil- Auftrag bestätigte.

Der HZA berichtete, dass er die schmerzhaften Zähne 16, 17 und 46,47 übergeprüft habe, die Zähne seien kariesfrei, röntgenologisch o.B. und vital, ohne okklusale Interferenzen (FAM o.B., Pat. trägt weiche Schiene wegen Bruxismus), nicht klopfempfindlich und auch ohne Loslass- Schmerz. Die geringfügigen Taschen habe er bereits kürettiert – er (und auch schon sein Vorgänger) habe mit CHX- Chips und Lacken jeweils etwa 3 Tage Beschwerdefreiheit erzielen können.

Die Nachfrage beim Vorbehandler bestätigt dies – dort war die Patientin längere Zeit in Behandlung, wobei anhaltende unklare und in wechselnden Kieferbereichen auftretende Schmerzen zuletzt auf Anraten eines befragten Kieferchirurgen zu mehreren Resektionen geführt hatten.

Hintergrund des Konsilauftrags des jetzigen Behandlers war dessen Vermutung, dass hinter dem Beschwerdebild der Patientin eine psychische Ursache stehen könne, was er indirekt auch der Patientin mitteilte mit dem umschreibenden Auftrag, sich einen Konsil- Termin bei einem für solche Schmerzen spezialisierten Kollegen zu besorgen.

Zur Erstvorstellung in unserer Praxis:

Die 32 jährige Patientin eröffnet das Gespräch mit: „Ich brauche Hilfe !“ (bewusst meint sie für ihre Zahnbeschwerden) – später spricht sie mehrmals von einem „Hilfeschrei“. Sie wirkt dabei ebenso temperamentvoll, zuweilen auch agitiert, andererseits aber auch angespannt und bedrückt.

Zur Vorgeschichte:

Sie berichtet sehr orientiert und sachlich mit nur wenigen dramatischen Durchbrüchen von etwa seit 2 Jahren bestehenden anhaltenden Schmerzen („Ich bin ein Dauerpatient“), die sie vor kurzem dann veranlasst hätten, den Zahnarzt zu wechseln – den bisherigen ZA hatte sie zunehmend als hilflos und ihre Beschwerden herunterspielend erlebt. Noch im vergangenen Jahr seien 3 WSR im linken OK und rechten UK durchgeführt worden.

Die Schmerzen schildert sie „wie wenn man mir mit einer Nadel zwischen die Zähne (wechselnd: rechte OK und UK- Molaren) stechen würde“. Die bisher unterschiedlichsten Behandlungsversuche der beiden behandelnden ZÄ erzeugten zunächst meist Beschwerdefreiheit, die dann aber sukzessive von sich langsam steigenden Beschwerden abgelöst worden seien: „Ich warte (immer) schon auf den Schmerz!“.

Schmerzlindernd wirke sich aus, wenn sie beschäftigt sei – sie arbeitet neben ihrem eigenen Haushalt mit Ehemann (*sozialer Beruf*) und zwei *Kindern* (3 und 6 Jahre) als gelernte *Hauswirtschafterin* jetzt als Haushaltshilfe in einer anderen Familie, gerade dort sei sie am ehesten beschwerdefrei – die Schiene bringe dagegen keine Erleichterung.

Bei der Vorstellung, ohne Schmerzen zu sein sagt sie, ihr „würde ein Stein vom Herzen fallen“.

Zahnärztlich-Klinische Befunde

Die Patientin präsentiert ein auch röntgenologisch (OPT) kariesfreies Gebiss mit zahlreichen Füllungen und einer Brücke im li. UK, wobei im Beschwerdegebiet jeweils buccal Demineralisierungen festzustellen sind. Die Interdentalpapillen sind leicht gerötet und bluten bei stumpfer Sondierung (PSI=04), zwischen 46 und 47 ist ein etwas ausgeprägter Knocheneinbruch zu sehen, Rezessionen sind keine feststellbar. Mikroskopisch finden sich keine beweglichen Keime.

Nur die Zähne 25, 26,37 und 45 sind devital, klinisch wie röntgenologisch o.B., wobei 25,26 und 45 reseziert worden sind.- KG und NNH erscheinen o.B.

Die Zähne 14-17 sind leicht beweglich. 25 und 26 sind in Infraokklusion gekürzt
Deutliche Abrasionen und Schmelzrisse im Frontzahnbereich und (in der Folge?) geringfügige Latero- und Mediotrusionskontakte im Seitenzahnbereich und ein sichtbares wie hörbares Gleiten aus TKP in IOP von 1mm (habituell = 0), sowie eine röntgenologisch feststellbare Verdickung der Kieferwinkel weisen auf jenen Bruxismus hin, den die Patientin selbst berichtet – die vorliegende (wiederholte) weiche Schiene zeigt deutliche Gebrauchspuren als Beweis zu deren konsequenter Nutzung.

Den bestehenden Zahnstatus darf ich als bekannt voraussetzen. Die Untersuchung brachte dazu keine weitergehenden Erkenntnisse.

Laienmodell

Die Patientin ist überzeugt, dass ihre Beschwerden eine zahnmedizinische Ursache haben müssen, wobei sie durchaus einen Zusammenhang zu Zähneknirschen und dem zugrunde liegenden Stress einräumt. Der Schmerz allerdings müsse doch eine Ursache haben.

Der aktuelle psychische Befund

Die Patientin erscheint wach, orientiert und zugewandt mit rascher Auffassungsgabe, der Kontakt und Rapport sind dementsprechend gut, es zeigt sich vermehrte Innenanspannung, die sich im Laufe des Gespräches nach kurzer Ankündigung: „Ich könnte gerade losheulen“ auch auf meine Weg bereitende Geste hin entsprechend entlädt.

Die intellektuellen Funktionen erscheinen nicht beeinträchtigt.

Suizidgefahr ist nicht wahrzunehmen.

Testergebnisse

Der HADS-D-Angst- und Depressivitätswert mit 9 bzw. 4 von jeweils 21 möglichen Punkten ist eher unterschwellig.

Von der Patientin wird in weiteren Fragebogen ferner schlechter Schlaf, Lustlosigkeit, Ausgelaugt sein, Gereiztheit, innerer Druck und ein „wie unter Strom stehen“, Stimmungsschwankungen, Traurigkeit, überdurchschnittliches beunruhigt Sein und alles als anstrengend empfinden angegeben, verbunden mit der körperlichen Symptomatik wie verminderter Appetit verbunden mit Gewichtsabnahme, morgendliche Verspannungen und „fester Biss“ (In Gegenwart des Ehemannes und der Kinder) berichtet. Dabei habe sie sich stets sorgenvoll gefragt: „Warum ich?“, Was kann ich tun?, Was ist es?“ Gefühle habe sie dabei „Verdrängt“ und „sich abgelenkt“.

Wenn sie wütend sei, mache sie „nichts, staut sich alles an, bis der Knoten platzt“.

Indirekt sind damit alle Kernsymptome und 2 Zusatzsymptome für eine (leichte) Depression gegeben.

Im Schmerz- Evaluationsbogen liegen alle Angaben im mittleren Bereich.

Die Schmerzqualität wird mit stechend, wellenförmig, unangenehm, störend und lästig wenig emotional getönt beschrieben.

Bio-psycho-soziale Anamnese und aktueller Hintergrund

Prima vista ergeben sich aus der Schilderung der Patientin, die sie ohne emotionale Beteiligung vorträgt (Abspaltung?) keine Anzeichen auf größere Traumata. Insbesondere habe sie die klassischen Schwellensituationen ohne Probleme bewältigt.

Mit 2 Jahren sei sie an einer Knochenhautentzündung erkrankt, die sie als bedrohlich erinnert, da die Gefahr bestanden habe, den Fuß durch Amputation zu verlieren.

Der Vater verließ die Familie als sie 6 Jahre alt war, Mutter und Tochter bleiben bis heute intensiv verbunden.

Vor 8 Jahren verlässt sie die (X) Heimat und die Mutter (schweren Herzens), weil ihr Mann nur *in Bayern* Arbeit findet – „zu Hause“ bleibt für sie weiterhin die Mutter in (Y), es bekümmert sie (sicht- und spürbar), die Mutter alleine zurückgelassen zu haben.

Vor 4 Jahren stirbt eine Oma, zu der sie eine intensive Beziehung angibt.

Als sie im Dezember 2003 der Geburt ihres zweiten *Kindes* entgegensieht, erkrankt *das* ältere *Kind* an einer – inzwischen chronischen – Tonsillitis mit als bedrohlich empfundener

Vergrößerung der Tonsillen und Notwendigkeit zur Einbringung eines Paukenröhrchens – eine weitere OP des jetzt 6-jährigen ist im Mai 07 geplant, der sie wegen möglicher Komplikationen ängstlich entgegenseht.

Im Dezember vergangenen Jahres bringt sie nach Umbau einen Umzug innerhalb der gleichen Strasse hinter sich.

Die eheliche Situation beschreibt sie als problemlos, wenngleich der Ehemann auf ihre Schmerzen mit wenig Verständnis und hilflos reagiere und die Beschwerden durch Belustigung herunterzuspielen versuche.

Der Ehemann würde sich bemühen, ihr auch zuhause zu helfen, da sie die Situation – alleine mit 2 Kindern (davon eines krank) und ohne andere hilfreiche Personen als sehr belastend empfindet – „ach, wenn wir doch nur hier eine Oma hätten!“

Der Ehemann allerdings meine, dass sie das schon alleine (zusammen) schaffen würden und irgendwann stolz darauf sein könnten.

Eine vor 2 Jahren vermittelte Mütter-Kind-Kur erinnert die Patientin in diesem Zusammenhang als eher „stressig“.

In der letzten Phase der Anamneseerhebung beklagt sie: „Ich muss den ganzen Tag funktionieren – mein Mann will (soll) auf mich stolz sein!“.

Weiterer Verlauf

Am Tag nach diesem Gespräch rief die Patientin an und fragt meine Mitarbeiterin nach organisatorischen Details zu den mitgegebenen Fragebögen. Dabei berichtet sie: „Heute geht es mir richtig gut, ich habe keine Beschwerden, ich glaube, das Gespräch gestern hat mit gut getan.“

Bewertung bisheriger Befunde und Arbeitshypothese

Vorwegschicken möchte ich, dass die konsiliardienstliche Aufgabe innerhalb der psychosomatischen Grundversorgung primär die bio-psycho-soziale Anamnese- Erhebung und die Feststellung psychosomatischer Positivbefunde ist – es besteht meinerseits kein Auftrag zu einer zahnmedizinisch-technischen Begutachtung, wie sie hier auch schon durchgeführt worden war.

Meine erneuten Untersuchungen wurden zum Einen dadurch notwendig, weil mir kein verbindlicher schriftlicher Bericht vorlag, zum Anderen wollte ich der Patientin deutlich machen, dass ich durchaus Verständnis für ihre Sicht hatte und deshalb zunächst ihren Blickwinkel einnehmen wollte.

Bei dieser Untersuchung zeigten sich objektiv geringfügige aber immerhin denkbare Auslöser im Sinne eines organischen Kerns für den geschilderten Schmerz: ältere, möglicherweise unmerklich undichte Füllungen, Entmineralisierungen im buccalen Schmelz- und zervikalen Zahnhalsbereich, chronisch infizierte parodontale Läsionen und unphysiologische Belastungen der Molaren durch Bruxismus und Verlust einer sicheren Front- Eckzahnführung

Es mischen sich also in diesem Fall somatische und psychische Befunde in einer Weise, dass sowohl von psycho-somatischen wie umgekehrt auch von somato-psychischen Vorgängen bzw. einem gegenseitigen Aufschaukeln gesprochen werden kann.

Allerdings können diese Befunde das „Befinden“ der Patientin nicht hinreichend erklären.

Dagegen gibt es schon zu diesem Zeitpunkt zahlreiche Hinweise auf seelische Belastungen schon weit im Vorfeld. Dazu gehören:

1. Die sicher schmerzhafte Knochenhauterkrankung der 2-jährigen, die – auch im ZNS als organisches Korrelat – eine entsprechende Prägung hinterlassen haben muss
2. Der Verlust des Vaters, der üblicherweise mit Trauer und Gefühlen von Schuld, Abwertung und Scham begleitet wird, was ebenso – auch im ZNS – prägend gewirkt haben dürfte
3. Das eigene Verlassen der Mutter, was nun Gefühle von Schuld und Trauer aus früheren Erfahrungen wieder aufleben lässt.

Und es sprechen viele **Positivkriterien für eine psychosomatische Erkrankung:**

Ex non iuvantibus

Kürretagen, CHX- Chips und Lacke sowie der Aufbissbehelf hätten bei einer rein somatischen Erkrankung zumindest weit bessere Erfolge erzielen müssen. Dagegen konnte mit einem einmaligen diagnostisch- therapeutisch orientierten Gespräch eine spontane Schmerzfreiheit erreicht werden, was bei somatischen Ursachen kaum zu erwarten wäre.

Koinzidenz von biographisch- situativem Ereignis und Beginn der Beschwerden

- die Erkrankung des ersten Kindes kurz vor der Niederkunft mit dem zweiten Kind, der Umbau und Umzug sowie die Angst vor der anstehenden OP des erkrankten Sohnes macht eine körperliche Mitverarbeitung wahrscheinlich.

Fehlen hinreichend erklärender organischer Befunde und Befund ungleich Befinden

- Zwar gibt es durchaus auch zahnärztliche Befunde, die auch wiederholt Schmerz ausgelöst haben können, die Dramatik ununterbrochener umfassender Beschwerden lässt sich dadurch aber nicht erklären.

Organisch betonte Schmerzschilderung

- Erfahrungen in der Psychosomatik zeigen, dass die Betonung der organischen Ursache durch den Patienten sehr häufig eine unbewusste Schutzmaßnahme ist, um nicht auch selbst auf die seelisch eben nicht verarbeitbaren und deshalb auf die körperliche Ebene verschobenen Konflikte zurückgeworfen zu werden.

Arztwechsel und Hilflosigkeit bei Behandlern

- Hier spricht die Kette aller bisherigen Maßnahmen für sich, dass es eben nicht an zahnmedizinischen Ursachen liegt aber eben doch, quasi symbolisch, wie es auch die Patientin tut, etwas geschehen musste.

Beziehungskonflikt und Krankheitsfixierung zur Konfliktvermeidung

- Die Patientin fühlt sich in ihrer überfordernden Situation alleine gelassen und nicht ernst genommen, will aber die Beziehung zum Ehemann nicht gefährden und muss deshalb den Konflikt verdrängen. Die Fixierung auf den jetzt ins Körperliche verschobene Schmerz bindet die Energie aus der Konfliktspannung.

Krankheitsgewinne

- Über die Konfliktvermeidung und Bindung von deren Energie hinaus hofft die Patientin unbewusst, durch einen solchen Leidensweg jenes erhöhte Maß an Zuwendung (auch der Zahnärzte) und Schonung, sowie die Erfüllung aller bewussten und unbewussten Wünsche (Unterstützung) zu erreichen. Schmerz dient dabei auch als Selbstbestrafung und damit Minderung jener Schuldgefühle, wie sie aus dem Verlassen der Mutter und Entzug der Zuwendung zum – zudem gerade dann erkrankenden – ersten Kind während der Schwangerschaft mit dem zweiten Kind resultieren. Auch die Angst vor der möglicherweise als mitverschuldet erlebten und jetzt anstehenden zweiten OP des Sohnes wird so abgeführt.

Psychopathologische Befunde – Depression

Anhand der Fragensammlungen und im strukturierten Interview ergab die symptombezogene Befragung nach Depressivitätsmarkern Hinweise auf eine leichte depressive Verstimmung,

Gegenübertragung

- Einerseits stelle ich den Wunsch fest, der Patientin unbedingt helfen zu wollen, was deren unbewussten Aufruf nach Zuwendung (die Rückkehr des Vaters(*)), ihrer depressiven Grundstimmung entsprechend, folgen dürfte. Andererseits erlebe ich mich unter großem Leistungs- und Zeitdruck, was als Reaktion auf das agitativ Fordernde in der Beziehungsgestaltung durch die Patientin aber auch deren eigenem Leistungsdruck zu verstehen ist und der allseitigen Bemühung um Abwehr von Hilflosigkeit einerseits und Konfliktbereinigung andererseits entspricht.

Supervisionsergebnis in der Balintgruppe (5.5.07)

Die Gruppe fokussiert primär die aktuelle Lebenssituation der Patientin, insbesondere wird in der Gruppe die Hilflosigkeit und Aggressivität in Verbindung mit der Situation der Patientin deutlich.

Aber auch die Ressourcen und die schon im Ansatz heilsame Arzt- Patienten- Beziehung zu mir werden deutlich.

Die darüber hinausgehenden Detailergebnisse sind im Text eingearbeitet und mit (*) gekennzeichnet.

Hypothese zur Krankheitsdynamik

Von frühester Kindheit an ist Krankheit mit unberechenbarer vitaler Bedrohung verbunden. So, wie eine (schmerzhafte!) Knochenhautentzündung aus dem Narrativ der Familie hätte leicht zu einer Amputation des Fußes der 2- Jährigen führen können, so sind auch jetzt mögliche Komplikationen der anstehenden Tonsillektomie beim Sohn nicht berechenbar und deshalb besonders bedrohlich.

Der Weggang des Vaters, gerade in einem Alter, indem jedes Mädchen versucht, sich gerade an diesem zu erproben, muss nicht nur den Schmerz der Trennung, sondern auch jenes Gefühl der Abwertung nach sich gezogen haben, wie es aus der unbeantworteten Frage entstehen muss: „was fehlt mir, was ist an mir nicht in Ordnung, was habe ich falsch gemacht ... , dass Papa weg gegangen ist? – Und was schulde ich mein Leben lang jetzt meiner Mutter?

Und was schulde ich meinem ersten Sohn, der (wegen meiner mangelnden Zuwendung durch die Schwangerschaft mit einem anderen Kind) bleibend erkrankt ist?

Wie soll ich das alles jetzt ohne Omas (ohne meine Mutter) schaffen, damit mein Mann auf mich stolz sein (mich lieben) kann?

Stress, uneingestandene und nicht eingestehbare Aggressionen, die sie, mangels Fluchtmöglichkeit jetzt zunehmend als Depression gegen sich selbst wendet (*), Minderwertigkeitsgefühle, die hohe Leistungsanforderungen (*) und an sich und Perfektionismus nach sich ziehen, Schuldgefühle, mangelndes Durchsetzungsvermögen, Gefühle von Hilflosigkeit(*) und Ausweglosigkeit, symbolisches Durchbeißen(*) und Verdauen wollen, erhalten im Bruxismus zunächst eine Abfuhr der resultierenden Affekte wie überdurchschnittliche Ängste, geringe Ich- Stärke, starkes Über-Ich, Verleugnung eigener Impulse und Aggressionshemmungen(*)).

Mit der Erkrankung des Sohnes, der Schwangerschaft und Geburt des zweiten Kindes und dem belastenden Umbau und Umzug (*) sowie der anstehenden OP des Sohnes ist die Plastizität des inneren Systems erschöpft und dekompensiert zum chronischen Schmerz-Syndrom, da auch das durch die Vorgeschichte sensibilisierte ZNS zwischen körperlichem Schmerz und seelischem Schmerz (Stress, Trauer, Angst ...) nicht unterscheiden kann. Auch durften die schmerzhaften Gefühle, wie sie aus der Haltung des Ehemannes zu erwarten wären zum Schutz der Familie nicht wahrgenommen werden was eine Abspaltung dieser Affekte und Verschiebung von der Energie des verdrängten Konflikts ins Körperliche erforderte.

Dabei übernahm der körperlich erlebte Schmerz auch nach dem Prinzip sozialer Erwünschtheit die Funktion des seelischen Schmerzes, die Hilflosigkeit der ZÄ trat an die Stelle der eigenen Hilflosigkeit.

Natürlich musste es so auch den ZÄ letztlich unmöglich bleiben, durch ihre Maßnahmen solche unbewusst damit verknüpften Vorgänge zu beenden und unbewusste Wünsche zu erfüllen. Einmal werden anhaltende Beschwerden doch auch hier zu einer beständigen Quelle beschriebener sekundärer Krankheitsgewinne. Andererseits müssen alle zur Verdrängung eigener Ohnmachtgefühle auch unbewusst „gerächt“ werden, um wieder ein Gefühl für Selbstbestimmtheit und eigener Wertigkeit zu ermöglichen.

So wurden unvermeidliche Missempfindungen durch teilweise auch nachweisbare somatische Befunde zum Kristallisationspunkt und organischen Kern für die Verschiebung genannter anderer Konflikte auf die auch sozial akzeptiertere organische Ebene – womöglich kommen auch derzeit noch nicht heraus gearbeitete andere Lebensthemen hinzu.

Unterstützt – im Sinne einer Aggravierung und Chronifizierung – wurde der Vorgang durch die vorgängigen zä. Behandlungsversuche, die der Patientin dieses unbewusste Verschieben zusätzlich legalisierte.

Glücklicherweise erahnte der HZA aber zuletzt eine psychogene Ursache und stellte die Weichen neu, ohne seinerseits zu einer weiteren Aggravierung und Chronifizierung beizutragen

So konnte jetzt im Rahmen der konsiliardienstlichen psychosomatischen Grundversorgung ein neuer Blickwinkel eröffnet werden.

Vorl. Diagnose

Somatoforme Störung (F45.x) mit sekundärer leichter depressiver Episode (F32.0) im Sinne einer reaktiven bzw. lavierten, agitierten Depression (*).

Differentialdiagnose

Somatoforme Schmerz- Störung (F45.4) – Genese s.o. (*)

Therapie

a. Bisheriges Vorgehen

Neben der beschriebenen zä Befundung wurden der Patientin, soweit möglich die zuvor beschriebenen somatische wie psychische Zusammenhänge ausführlich erklärt und therapeutische Optionen eröffnet.

Insbesondere wurden ihr auch jene ihrer Beobachtungen erklärt, die durchaus stimmig aber Folge beschriebener Ursachen sein könnten.

Dementsprechend wurde ihr Laienmodell einer stressbedingten Schmerzentstehung erklärt und bestätigt.

Gestützt wurde die Patientin durch mehrmaliges Ansprechen jener Ressourcen, die sie bis heute durchs Leben getragen hatten:

Die bemerkenswerte Energie, die sie bisher hauptsächlich für andere eingesetzt hatte. Damit verbunden war die „Erlaubnis“, diese Energie jetzt zunächst einmal zu eigenen Regeneration zu nutzen, um auch dann wieder etwas für andere tun zu können.

b. Vorschlag zur weiteren Therapie (vorbehaltlich fachärztlicher Bestätigung) (*)

Eine zä Behandlung kann - parallel zu guter medikamentöser (z.B. Neuroplant®) und psychotherapeutischer Führung bis zur Auflösung der psychosomatischen Verquickung und Beschwerdefreiheit oder zumindest bis zu deren Linderung oder Änderung – erfolgreich sein. Dazu zählen neben der Schienentherapie die Beseitigung von Interferenzen (wenn möglich durch Wiederherstellung der Front- Eckzahnführung), parodontale Sanierung nach IP-Programm und evtl. zuletzt die Überkronung der Molaren im rechten OK und UK.

Da sich schon nach dem ersten Gespräch mit mir ein spontaner Erfolg feststellen ließ, stehe ich selbstverständlich der Patientin für weitere therapeutische Gespräche zu Verfügung(*).

Sinnvoll erscheint darüber hinaus eine Ehe- Familien- und Lebensberatung, um den Ehepartner einzubinden und diesem seinen Anteil am Geschehen zu verdeutlichen, aber evtl. auch eine stützende Einzeltherapie -

Natürlich bleibt die Entscheidung darüber bei der Patientin und beim behandelnden ZA.

Prognose (*)

Vorraussetzung für einen Erfolg ist die Einsicht der Patientin wie aber auch von deren Umfeld in die Notwendigkeit einer zumindest beratenden oder stützenden psychotherapeutischen und evtl. durch moderne Antidepressiva gestützten Intervention. Bei diesem noch nicht allzu langen Leidensweg einer noch im Leben fest verankerten Patientin mit hinreichender Einsichtsfähigkeit erscheinen die Heilungschancen noch vergleichsweise günstig.

Dr. Joachim Stoffel

(*) durch Supervision erarbeitet und gesichert