

Lege artis behandelt, aber keine echte Besserung erreicht
- Wenn das Problem in der Psyche liegt
(DZW 10-13/08)

„Die frustrierenden und belastenden Erfahrungen mit den "Psychos" macht ja fast jeder Zahnarzt in seiner Praxis!“

Dieses Zitat aus berufenem Munde soll Ausgangspunkt sein für Antworten auf folgende Fragen:

- Gibt es vernünftige Gründe, sich überhaupt mit psycho-somatisch Leidenden Patienten zu befassen ?
- Bei welchen Patienten/Beobachtungen spielt die Seele eine Rolle?
- Welche Erklärungen gibt es für die Zusammenhänge zwischen bewussten/unbewussten Motiven einerseits und Verhalten bzw. körperlicher Ausdrucksform andererseits?
- Wie kann man Patienten helfen, bei denen man mit seinem Latein eigentlich am Ende ist?
- Welche Konsequenzen hat dies für den einzelnen ZA und für den Berufsstand?

Auch zum vergangenen Jahreswechsel war es wieder soweit: Mit hochglänzender Oberfläche schwappte die Papierflut aller nur denkbaren Technologie- und Fortbildungsanbieter in die Praxen. Ausgehend von einem historischen "Epizentrum" mechanistischen Denkens im 17. Jahrhundert sorgt sie auch heute noch für ein "Land unter" in unserem Gewissen, solange nicht auch das Xte neue Composite kennen gelernt und zumindest die Schubladen damit gefüllt sind, neueste Technologie die Taschen der Patienten – und der Zahnärzte - reinigt und das Endo- und/oder das Implantologie- Curriculum gebucht ist! – wirklich alles not-wendig ? – die Praxisrealität widerspiegelnd? – in wessen Interesse ?

Ungeachtet entgeht dabei der hoch auflösenden Vergrößerungsoptik so mancher Lupenbrille zunehmend das Wesentliche: Dass an jedem "Zahn-" für dessen "-Arzt" eben nicht primär die "-Technik" hängt, sondern ein ganzer Mensch.

Und die Seele dieser ganzen Menschen wird immer kränker.

- Genetische Dispositionen
- mangelnde Ausbildung von Ressourcen
- unaufgelöste Konflikte während der individuellen Entwicklung
- Traumatisierungen – insbesondere solche auf der Beziehungsebene – bis hin zu
- aktuellen Stressbelastungen nicht zuletzt auch durch die zunehmende Ökonomisierung zwischenmenschlicher Beziehungen unter ideologischem Diktat, welche dem Einzelnen immer weniger Sicherheit, Orientierung und Stabilität als wesentliche Resilienz- Grundlage bietet, führen dazu, dass etwas 1/3 der Bevölkerung krankheitswertig an seelischen Erkrankungen leiden – die allgegenwärtigen unauffälligen "Alltagsneurosen" nicht gerechnet, mit denen wir alle umzugehen gewohnt sind.

Neurosen finden dann ihren Ausdruck entweder in Verhaltensauffälligkeiten wie

- Ängste
- Aggressionen oder
- deren depressiver Wendung gegen das eigene Selbst.

Oder aber, der seelische Schmerz findet seinen Blitzableiter in den Körper: Wenn jeder zweite erwachsene Patient bruxiert, ohne dass sich meist somatische Ursachen als primäre Ursache dafür finden lassen, dann lässt sich bereits hier in Verbindung mit der Verbreitung neurotischer Erkrankungen erkennen, dass wohl kein Tag vergeht, an dem nicht mindestens ein Patient auch ihre Praxis betritt, dem sie mit "handwerklichen" Mitteln alleine nicht wirklich helfen können - "Wer aber nur einen Hammer hat, dem wird die ganze Welt zum Nagel"

Dennoch mag das alles bis zu diesem Punkt manchem noch als ein Problem des Patienten erschienen sein. Das wandelt sich sofort, bedenkt man die Folgen für die zahnärztliche

Behandlung: In jedem Fall erschweren die seelischen Störungen des Patienten nämlich auch den Behandlungsablauf in der Zahnarzt- Praxis, vereiteln womöglich einen Behandlungserfolg, stören die Arzt- Patienten- Beziehung und verursachen so wesentlich den "Burn-out" des Zahnarztes mit.

So stehen Zahnärzte in der Statistik von "Burn-out" Symptomen, Stresserkrankungen und Suchtproblematiken mit an der Spitze!

Die betriebswirtschaftlichen Schäden durch erfolglose Behandlungen und zu unrecht in Regress genommene Zahnersatzversorgungen mögen in manchen Praxen im Lauf der Jahre schon heute sechsstellig sein.

Und das ist erst der Anfang, denn es ist sicher nur eine Frage der Zeit, bis in der Öffentlichkeit die diesbezüglichen Defizite in Aus- Fort- und Weiterbildung und die resultierenden Fehlbehandlungen und Schäden für die Gesundheit unserer Patienten aber auch für die Volkswirtschaft bewusst gemacht werden mit noch unabsehbaren Konsequenzen für den einzelnen Zahnarzt.

Es ist deshalb nicht die Frage, ob wir uns auch als Zahnmediziner mit Psychologie, Psychagogik (ärztliche Führung) und Psychosomatik beschäftigen wollen oder nicht. Es ist nur noch die Frage, ob wir es - letztlich auch für uns selbst – rechtzeitig und richtig (förderlich) oder falsch (schädigend) machen werden!

Verständlicherweise möchte an dieser Stelle ein ZA auch gerne wissen, bei welchen Krankheitsbildern er an eine seelische Beteiligung denken muss, bzw. welche Befunde erhoben werden müssen, um "psychogene" von "somatogenen" Erkrankungen zu unterscheiden. Um es klar zu sagen: Die (eindeutige) psychogene Erkrankung gibt es ebenso wenig wie den seelisch zu 100% gesunden und stabilen bzw. kranken Menschen gibt. In beiden Fällen handelt es sich um ein Kontinuum zwischen eher seelisch oder eher körperlich gesund oder krank. Wer wollte aus der Momentaufnahme des Befundes eines wegen ZE- Adaptationsproblemen klagend auf dem Behandlungsstuhl sitzenden Patienten "prima vista" sagen können, ob dieser Patient depressiv ist, weil er sich seit Monaten nicht an den neuen Zahnersatz gewöhnen kann, oder ob er umgekehrt eine schon zuvor bestehende Depression jetzt auf das Thema ZE verlagert und wie stark diese Depression einzuschätzen ist?

Und so gibt es eine ganze Reihe von in der Zahnarztpraxis vorkommenden Erkrankungen, bei welchen konsequenterweise immer an ein "psychosomatisches" Geschehen gedacht werden muss:

- Orale Parafunktionen (als Trost-Kontroll-Aggressionsfunktionen)
- Dysgnathien (als somato - psychischer Konflikt)
- Prothesenunverträglichkeit (mangelnde Adaptation von Zahnverlust und Zahnersatz, mangelnde Verarbeitung von Altern und Veränderung sozialer Kompetenz)
- gesteigerter Würge- und Brechreiz (Ekel, Rauchen, Alkohol, Makroglossie, Protest gegen Zahnersatz oder ähnliches, Schwangerschaft u. Schwangerschaftskonflikte, Abwehr spezieller sexueller Nötigungen)
- Psychogenes (chronisches) Schmerzsyndrom [z.B. neuralgiforme Schmerzen: unbewusste Funktionen (Schutz, Zuwendung, Vermeidungen Schuldentlastung, Selbstbestrafung, Autoaggression, Bewältigung von Verlusten, sadomasochistische Befriedigung)]
- Bruxismus, Myoarthropatie (Stress- und Aggressionsventil, symbolisches Durchbeißen und Verdauen wollen, "Sicherheitsgehege", zurückhalten, festhalten)
- Zungenbrennen (meist im Zusammenhang mit Depressionen)
- Chronische Parodontitis (Schwächen des Abwehrsystems durch Stress und Konflikte)
- Karies und Gingivitis (als Motivationskrankheiten)

Entsprechend der Definition Psychosomatik handelt es sich hier also um Erkrankungen, bei welchen von körperlich -seelischen Wechselwirkungen (in beide Richtungen!) in der

Entstehung, im Verlauf und in der Behandlung von menschlichen Krankheiten ausgegangen, und eine personenzentrierte Perspektive eingenommen werden muss.

Die grundlegende Vorstellung dabei ist, dass unerträgliche, seelische Konflikte regressiv zurückübersetzt werden in eine präverbale Körpersprache (Resomatisation) wobei der größeren sozialen Erwünschtheit von körperlichen Krankheiten gegenüber seelischen Erkrankungen unbewusst Rechnung getragen wird.

Ungeklärt ist, ob es sich dabei um eine spezifische Korrelation zwischen Konfliktenstehung und erkranktem Organ handelt (Ausdruckskrankheit, Organsprache) oder um eine unspezifische Antwort eines "locus minoris resistentiae" (unspezifische Schwachstellen-Theorie).

Für das Verstehen wie für den naturwissenschaftlichen Beweis solcher Vorgänge – aber auch therapeutischer Ansätze! - haben uns die neurowissenschaftlichen Erkenntnisse des letzten Jahrzehnts wesentlich weitergeholfen.

- Das Gehirn macht aus Psychologie Biologie – und umgekehrt:
- (zwischenmenschliche) Situationen – seelische Belastungen wie z.B. Stress - finden ihre Repräsentation im neuronalen Netzwerk
- unbewusst arbeitende ZNS- Areale (Limbisches System, Amygdala) sorgen für deren emotionale Bewertung und affektive Tönung und lösen eine Kaskade der Ausschüttung von Neurotransmittern aus: (CRH) → Hypothalamus (CRH = Corticotropin Releasing- Hormon) → Hypophyse (ACTH = adenocorticotropes Hormon) → Locus coeruleus (Norepinephrin) → sympathisches Nervensystem → Nebennierenmark (Adrenalin) → Wachsamkeit, Unruhe, → Nebennierenrinde (Cortisol, → Sensibilisierung für (Nor-) Adrenalin → An- oder Abschaltung von (Stress- und Anti- Stress) Genen (CRH- Gen = Corticotropin Releasing- Hormon) → An- oder Abschaltung von Genen des Motivationssystems → epigenetische Veränderung bei anhaltender Stimulation → dauerhafte Veränderung der Gen- Aktivität:
- Überschuss an Stress- Gen → Cortisol ↑
- Mangel an Anti- Stress- Gen → Schädigung des Glucocorticoid- Rezeptors (Hippocampus) → Fehlende Dämpfung des CRH- Stress- Gens → neuronale Schädigung / Sensibilisierung (Amygdala) → reduzierte Aktivität serotonerger Neurone → verstärkte Schmerzwahrnehmung → Veränderung im Erleben und Verhalten →
- Zusammenbruch des „Motivationssystems“ →
- gleiche Wirkung von körperlich und seelischem Stress →
- Depression (seelischer wie körperlicher Funktionen z.B. Immunsystem)

Jenseits dieser neurobiologischen Vorgänge aber verfolgt der Patient mit der "Somatisierung", der körperlichen Symptombildung also ein ihm völlig unbewusstes Ziel:

1. Die Bindung und Erledigung von seelischen Problemen

Die Energie aller seiner seelischen Konflikte wird diesen entzogen und durch das Symptom "abgeführt", was zur Minderung seelischer Symptome (Angst, Wut Depression ...) führt

2. Die Einbringung von "Gewinn"

Dabei besteht der primäre Krankheitsgewinn darin, dass es zu einem intrapsychischen Gleichgewicht (Burgfrieden) kommt.

Der sekundäre Gewinn besteht in der Ermöglichung von Zuwendung und Hilfe durch andere (z.B., wenn der Patient in die Praxis kommen kann ...)

Zudem kann sich der Patient Unangenehmem entziehen, erhält vielleicht auch noch materielle Vorteile (Berentung, finanzielle Unterstützung)

Vor diesem Hintergrund wird schnell verständlich, dass der Patient einen erheblichen Widerstand erkennen lässt, sein Symptom aufzugeben, den seelischen Hintergrund betrachten und annehmen zu wollen. Jeder ungeschickte oder unzeitgemäße Versuch einer schnellen Diagnose: "somatoform ..." bzw. deren Mitteilung wird – ja muss - der Patient im Interesse seiner mühsam aufgebauten inneren Stabilität abwehren, indem er unbewusst auch seinen Zahnarzt auf der Beziehungsebene verstrickt. War dieser gerade eben noch seine "letzte Rettung", weil ihm bisher niemand helfen konnte, so wird er jetzt zum Scharlatan, der sein Unvermögen verbergen will, indem er ihn, den Patienten, als "Psycho" abstempeln will. Was also ist zu tun?

Die Behandlung verweigern – den Patient "abschieben" zu einem anderen Kollegen oder in die Klinik ?

Oder weiter so, wie gehabt, und von allen anderen Vorgängern bis zur bitteren Neige für beide Seiten durchlitten? – 7-9 Jahre dauert es im Durchschnitt, bis eine somatoforme Erkrankung als solche erkannt und einer adäquaten Therapie zugeführt wird ! Bis dahin sind nicht nur Schweiß, Tränen und Geld geflossen, sondern auch dem Patienten ein erheblicher Schaden durch Chronifizierung und Aggravierung entstanden, hat ihm doch jede rein somatische Intervention seine Theorie "bestätigt", nach der er, der Patient doch sicher ein körperliches Leiden haben muss, wenn doch ständig alle nur in diesem Bereich forschen. Die einzig fachlich ethisch wie rechtlich wirtschaftliche Alternative besteht im Aufbau einer angemessenen Abfolge von diagnostischen wie therapeutischen Schritten, die den Patienten da "abholt", wo er gerade steht.

Da, wie schon erwähnt, eine "prima vista"- Diagnose nicht möglich ist, soll am Beispiel: "unklarer Schmerz" hier ein angemessenes Befunderhebungs- Protokoll vorgeschlagen werden. Dazu gehört zunächst die **Die zahnärztliche Untersuchung** nach

- Karies
- pulpitische Beschwerden
- devitale Zähne
- apikale Parodontitis
- Gingivitis / Parodontitis
- Bruxismus
- Schleimhaut (Druckstellen)
- Bisshöhe
- Okklusions- und Artikulationsstörungen (Frühkontakte, Schliffflächen)
- Muskelbefunde (Hypertrophie, Druckdolenz)
- KG- Befunde, evtl. klinische Funktionsanalyse
- NAP (Trigeminus- Neuralgie)
- Auskultation der NNH (Sinusitis? →HNO)

Evt. Kann sich hier noch in entsprechenden Fällen die Suche nach versteckten Befunden anschließen:

- cracked tooth
- marginale und parodontale Einbrüche / auch durch Lösen von Ankerkronen
- Vitalitätsverlust / Entlastungs-, und Loslassschmerz infolge Schleiftrauma
- Belastungsschmerz (wie zuvor) aber auch d. Verbindung funktional untersch. Zähne
- Dekubitusbildungen und Vakawucherungen unter Brücken bzw. ZE- Basis
- nicht verwindungsfreie (transversale) Verbindungselemente bei ZE
- Bruxieren auf Retrusionsfacetten (Gräte im Hals)
- Suprakontakte an Palatinalfl. OK Front è div. Beschw., KG-Stauchung (Zungenbrennen)

Speziell bei möglichen systemischen Überschneidungen, an welche z.B. bei Mund- und Zungenbrennen, ZE- Adaptationsprobleme oder chronischem Schmerz gedacht werden sollte, ist die Einbeziehung **Allgemein-ärztlicher Untersuchungen sinnvoll:**

- Internist (Stoffwechselstörungen, Durchblutungsstörungen, Tumoren ...)
- HNO
- Orthopäde
- Neurologe
- Allergologe
- Augenarzt

Ist bis zu diesem Punkt mit den jeweils routinemäßig üblichen Untersuchungsmethoden kein Befund festgestellt worden, der das Befinden des Patienten hinreichend erklären könnte ist der späteste Zeitpunkt erreicht, an welchem die Weichen noch erfolgreich in Richtung "Psychosomatik" gestellt werden könnten – Jeder weitere somatische Klärungsversuch wird entweder die bisherige Körper- Ursache- Theorie des Patienten im Sinne von Chronifizierung und Aggravierung erhärten oder von diesem zurecht als Hilflosigkeit bzw. "Ausrede" an gesehen werden.

Spätestens hier – besser noch zuvor schon und parallel zur somatischen Befundung – sollte nach den sog. "Positiv- Kriterien" für ein psychosomatisches Geschehen geforscht werden, Befunde also, die für sich allein genommen schon einen hinreichend sicheren Hinweis auf somatoforme Störungen bieten:

1. Kriterium:

Diskrepanz zwischen Deskription der Beschwerden und anatomischen Grenzen

1. Fragenkomplex:

„Bitte beschreiben Sie mir genau, wo überall sie Beschwerden haben!“

2. Kriterium:

Diskrepanz zwischen Chronologie der Beschwerden und den uns aus klinischer Erfahrung bekannten Verläufen (mehr als 6 Monate Dauer ohne somatische Grundlage)

2. Fragenkomplex:

„Wann haben diese Beschwerden begonnen, wie haben Sie sich seither entwickelt?“

3. Kriterium:

ex non iuvantibus

3. Fragenkomplex:

„Was wurde gemacht? Hat es denn geholfen?“

4. Kriterium:

Ungewöhnliche Mitteilung des Patienten am Krankheitsgeschehen

4. Fragenkomplex:

„Haben Sie in der letzten Zeit, die Sie soeben angegeben haben, auch noch andere Beschwerden gehabt?“

“Waren Sie früher viel krank?“ (biographische Anamnese)

5. Kriterium:

Koinzidenz von biographisch- situativem Ereignis und Beginn der Beschwerden

5. Fragenkomplex:

„Hat sich in Ihrem Leben irgend etwas geändert in der Zeit, als die Beschwerden begonnen haben?“

Beschreibt der Patient hier Schmerzgebiete, die weder anatomisch noch von der Inervation her zusammengehören, lange Beschwerdeanamnesen ohne klare Befunde und mit ungewöhnlichen Verläufen, bei welchen nicht geholfen hat, was üblicherweise hilft bzw. geholfen hat, was eigentlich gar nicht helfen kann, gleichzeitig noch andere typische

somatoforme allgemeinmedizinische Krankheitsbilder aufgetreten waren und das alles zeitlich in Verbindung gebracht werden kann mit belastenden Lebensereignissen, dann sollte auch ohne weitere somatische Untersuchungen von einem psychosomatischen Geschehen ausgegangen werden. Weitere **Positive diagnostische Hinweise auf eine somatoforme Störung** bieten:

- Darstellung des Symptoms: Schilderung ist "diffus", "bildhaft", "bunt"; Merkliste auf Zettel
- Auffällige emotionale Verbindung zwischen Person und Beschwerden oder das krasse Gegenteil
- hoher Leidensdruck mit anhaltender Suche nach somatischen Ursachen
- überakzentuierte Persönlichkeit
- psychopathologische Symptome: Depressionen, auffallende soziale Bedingungen oder Verhaltensweisen
- Irrationale Erklärungsmuster und Wunschvorstellung
- Krankheitsfixierung zur Konfliktvermeidung
- hartnäckige Uneinsichtigkeit
- häufiger Arztwechsel in der Vorgeschichte
- vielfältige Behandlungsversuche / Chronifiz. Tend. (Pat. mit Merkzettel / Alternativmed.)
- unangemessene Forderungen (Wiedergutmachung) an die Umgebung oder den Arzt
- Rentenbegehren in Zusammenhang mit der Erkrankung
- anamnestic Hinweise auf eine gestörte biographische Entwicklung
- aktuelle Hinweise auf eine belastende Lebenssituation, z. B. beruflich, familiär, Partnerprobleme, Verlusterlebnisse u. a.
- Lebensnick. oder beruflicher Abstieg in Zusammenhang mit der Erkrankung
- Idealisierung des Arztes bzw. seiner Fähigkeiten
- Überanpassung, keine Rückfragen
- Interaktionsverhalten: z. B. appellativ, fordernd, anklammernd
- Verzweiflung und Hilflosigkeit bei Patient und / oder Arzt
- fordernd anklammerndes Verh., psychosoz. Störung (aggress. abwehrende Gegenübertrag.)

Spätestens die letzten beiden Punkte sind mit die wichtigsten psycho- diagnostischen Hilfsmittel, erfordern jedoch die Beobachtung von Gegenübertragungen – jene Gefühle, die beim Behandler selbst entstehen und ggf. auf den Patienten übertragen werden – und setzen somit ein hohes Maß an Selbsterfahrung voraus:

- In welche Stimmung versetzt mich der Patient?
- Was macht der Patient mit mir?
- wie spreche ich mit dem Patienten?
- Fühle ich mich frei oder gehemmt oder fremd?
- Setzt der Patient Phantasien in Bewegung (z.B. Erotik, Aggressivität)?
- Wünsche ich den Patienten wieder zu sehen (bzw. das Gegenteil)?
- Will ich ihm unbedingt helfen?

Diese "Positiv- Kriterien" rechtzeitig (!) klar zu erkennen sollte jeder Zahnarzt in der Lage sein und auch willens, eine kompetente Weichenstellung in therapeutischen Sinne vorzunehmen. Dazu bedarf es im Grunde nicht mehr als der Beherrschung des bisher Beschriebenen. Ob ein Zahnarzt darüber hinaus Fort- bzw. Weiterbildungskurse oder gar Curricula besucht, an Balintgruppen teilnimmt (Voraussetzung für eine psychosomatische Grundversorgung wie auch in der Allgemeinmedizin) oder eine Selbsterfahrung und Therapieausbildung durchläuft, wird ebenso von seiner Persönlichkeit, seinen Fähigkeiten und Neigungen abhängen, wie bei anderen Spezialisierungen auch.

Was aber kann der "ZA – allgemeine Zahnheilkunde" konkret tun?

Ein entscheidender Punkt für jeden weiteren Erfolg ist die angemessene Mitteilung der vorläufigen Verdachtsdiagnose (Arbeitshypothese) an den Patienten

Grundsätzlich gilt für die **Aufklärung bei psychosomatischen Patienten**

- Begriffe des Patienten aufgreifen
- sagen, was ist, nicht, was nicht ist
- verheerend: „Es ist nichts!“
- falsch: „Es ist psychisch!“
- besser: „Sollen wir darüber sprechen, wollen sie näheres wissen, oder genügt es ihnen, wenn ich Ihnen sage, dass kein zahnmedizinischer Befund vorliegt?“
- allgemeingültige Erklärungsmodelle anstreben
- Unverfänglich ist dabei der Hinweis auf Stress, der ebenfalls als „Überlastung“ des Systems als Beschwerdeursache in Frage kommt und sozial akzeptiert ist.
- Anhand von Parafunktionen z.B. lassen sich psychosomatische Zusammenhänge leicht erklären.
- scheinbar persönliche Konfrontation
- professionelle Hilfsangebote und Adressen vorsichtig ins Gespräch bringen:
„... Ich kenne da einen Kollegen, der hat sich auf solche Beschwerden spezialisiert“ ...)

Zeigt der Patient sich hier uneinsichtig und verweigert er sich, so ist dies sein gutes Recht, wofür er allerdings auch die alleinige Verantwortung trägt.

Für den Zahnarzt ist dann an dieser Stelle die Behandlung beendet! – Es kann ihm kein Vorwurf unterlassener Hilfeleistung gemacht werden, vorausgesetzt, angemessene Dokumentation lässt die berechnete Verdachtsdiagnose einer somatoformen Erkrankung erkennen, bei welcher jede weitere somatische Untersuchung und Therapie eine Chronifizierung und Aggravierung bedeuten und somit ein Kunstfehler darstellen würde!

Im günstigen Fall aber wird der Patient auf die Erklärungen seines Zahnarztes eingehen. Was nun? – In eine Zahnklinik schicken? Das macht natürlich Sinn, wenn diese in zumutbarer Entfernung erreichbar ist und dort die notwendige "psychosomatische Grundkompetenz" vorhanden ist – diese ergibt sich keinesfalls zwingend aus der dortigen Präsenz von Forschung und Lehre alleine.

Die meisten Menschen leben allerdings auch in Deutschland im weitesten Sinne "auf dem Lande" und nicht ohne Grund ist deshalb auch in der Allgemeinmedizin die psychosomatische Grundversorgung bei entsprechend weitergebildeten niedergelassenen Praktikern angesiedelt, die die psychosomatische Grundversorgung in Form eines **Konsiliardienstes** anbieten können (Adressen beim Verfasser). Hier ergeben sich neue und zusätzliche Möglichkeiten in Diagnostik und Therapieeinleitung, dadurch:

- frühzeitiges Erkennen psychosomatischer Zusammenhänge und
- frühzeitige f. d. Patienten nachvollziehbare Vermittlung bio-psycho-sozialer Zusammenhänge
- frühzeitiges Einleiten des Desomatisierungsprozesses, damit
- Verkürzen eines oft langen (durchschnittl. 7-9 Jahre dauernden) Leidensweges mit
- Vermeidung von somatischer Fixierung, Chronifizierung und Aggravierung (Körperverletzung !)
- Frust- und Kostensenkung bei allen Beteiligten
- Verringerung des Klage- und Regress - Risikos beim Behandler

Organisatorisch hat sich dabei bewährt, wenn Sie:

- eine Überweisung mit einem kurzen Arztbrief veranlassen, der
 - Fragestellung und Auftrag, sowie
 - bisher durchgeführte (auch gutachterliche) Unters. / Therapievers. und Ergebnisse,

- oder noch durchzuführende Untersuchungen erkennen lässt
 - vorteilhaft wäre es, wenn schon vorab die Abklärung somatischer Ursachen durchgeführt würden

Die konsiliardienstlichen Maßnahmen werden sein:

- Erhebung einer bio-psycho-sozialen Anamnese und Fragebogen- Screening, ggf
- Krisenintervention (Erkennen von Suizidgefahr)
- evtl. therapeutische Anleitungen (Selbstbeobachtung, Entspannungsverfahren)
- Hinführung des Patienten durch therapeutische Gespräche zu einer
- gezielten Überweisung zur Psychotherapie o.ä. (bei Bedarf)

Der Überweisende erhält danach einen Arztbrief, der Befunde, (vorläufige) Diagnose(n) und Therapievorschlage enthält – selbstverständlich liegt die Entscheidung über die Durchführung der weiteren zahnärztlichen Behandlung beim behandelnden ZA und dem Patienten.

Ein Wort noch an dieser Stelle zur **Honorarfrage**:

Psychosomatische Zahnmedizin ist kein esoterisches Hobby, sondern integraler und professioneller Bestandteil einer heutigem wissenschaftlich gesicherten Wissen entsprechenden zahnärztlichen Fachkunde, die sich im 21. Jahrhundert wie andere Wissenschaften loslöst vom mechanistischen Denken des 17. Jahrhunderts (Literaturhinweise gerne auf Anfrage)

Diagnostische wie therapeutische Gespräche in entsprechendem Umfang sind deshalb selbstverständlich zu honorieren, derzeit als Privatleistungen analog zur GO – Liquidation im Regelfall an den Patienten – oder den Auftraggeber.

Da aber nur so wirkliche Heilung möglich wird, ergeben sich daraus auch einige Konsequenzen.

Soweit diese den einzelnen Zahnarzt betreffen, ergeben sie sich aus dem zuvor beschriebenen: Fort- und Weiterbildung in Theorie (Literaturstudium, Kurse, Curricula) und Praxis (Balint-Gruppen) der (zahnärztlichen) Psychologie und Psychosomatik unter der Federführung bereits entsprechend kompetenter Zahnärzte stehen im Mittelpunkt. Sie sind – aus beschriebenen Gründen - nicht nur fachliche und ethische Verpflichtung dem Patienten gegenüber, sondern liegen auch im wohlverstandenen eigenen Interesse:

- die Berufsbezeichnung: "Zahnarzt" – im Sinne eines Arztes mit der Spezialisierung auf den Bereich der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde lässt sich nur dann im Sinne einer Profession (Bekenntnis → Berufung → Beruf) rechtfertigen, wenn sie sich unterscheiden lässt von einem akademischen Job mit der Lizenz zur Anwendung von Technik am lebenden Objekt.
- die mit dem dazugehörigen Eid verbundene Verpflichtung dem Patienten keinesfalls zu schaden fordert nicht nur eine Sicht, die Körper Geist und Seele wahrhaft als unauflösliche Einheit in Diagnose und Therapie sieht, statt im missbräuchlicher Verwendung des Begriffes "ganzheitlich" hier nur die Fortsetzung physikalischer Therapie mit alternativen Mitteln meint, sondern auch das Bewusstsein, dass jede perspektivische Ausgrenzung unweigerlich eine Verschlechterung und Verlängerung des Leidensweges des Patienten mit sich bringt, was als Körperverletzung anzusehen ist.
- Psychosomatik ist in letzter Konsequenz also auch ein eigener Schutz vor unnötig hohem Zeitaufwand durch Fehldiagnosen und –Behandlungen und den daraus resultierenden Kosten, insbesondere durch Regresse und Schadensersatzforderungen
- Nicht zuletzt dient gerade die praktische psychologische Weiterbildung durch die Mitarbeit in Balintgruppen nicht nur dem Verstehen "schwieriger Fälle" sonder auch der eigenen Psychohygiene und der Minderung des Burn-out- Risikos. Ohne diese praktische Fallarbeit und "Supervision" ist angewandte Psychosomatik nicht wirklich möglich.

An dieser Stelle ein paar Anmerkungen und Tipps zur Auswahl geeigneter Fortbildungseinrichtungen, Referenten, Balintgruppenleiter und Kooperationspartner (Konsiliardienst)

Wer Fortbildungen anbietet, sollte unabhängig von (berufs-) politischen Gruppierungen und Ideologien sein – selbst bei führenden und namhaften Einrichtungen ist dies nicht immer selbstverständlich. Daraus resultiert, dass leider auch die Qualifikation von Referenten höchst uneinheitlich, teilweise auch nicht zufrieden stellend ist. Es wäre wünschenswert, wenn jeder Referent z.B. auf einer Internetseite seine fachliche Vita darlegt, die seine psychosomatische Grundkompetenz, eigene (tiefenpsychologische) Selbsterfahrung, therapeutische Ausbildung (en) evtl. auch als Balintgruppenleiter und praktische Erfahrungen erkennen lässt.

Wer ein wissenschaftliches "update" sucht, mag dann bei Tagungen und im universitären Referentenbereich sicher gut aufgehoben sein, und wer ein "Coaching" seiner Praxis darin sieht, ertragreicheren Patientenumgang zu pflegen, findet unter den diplomierten Psychologen lern- und verhaltenstherapeutischer Provenienz sicher gute Partner. Praxisnahe Unterstützung für psychosomatisch leidende Patienten und belastete Arzt- Patientenbeziehungen werden im konsiliardienstlichen Sinne wohl eher im Bereich erfahrener Praktiker mit "psychosomatischer Kompetenz" und durch die Mitarbeit in Balint- Gruppen zu finden sein. Alleinvertretungsansprüche wie auch Ausgrenzungen bestimmter Einrichtungen, Denkrichtungen, Personen oder Gruppierungen sind dabei eher ein Zeichen von Anmaßung und Selbstzweck in vielschichtigem Wortsinn, als dass sie wirklich der Sache der Patienten und Kollegen dienen.

Hier aber sind nicht zuletzt alle gefordert, die den beruflichen Rahmen des Zahnarztes ausmachen:

Die körperschaftlichen Standesvertretungen sollten einen rechtssicheren Rahmen gestalten, in welchem die angesprochenen Leistungen abgesichert und auch wirtschaftlich angemessen honoriert erbracht werden können. Dem Praktiker sollten hier Berater und Gutachter zu Verfügung gestellt werden, deren Auswahl ausschließlich fachlichen Aspekten folgt.

Die Körperschaften sollten im Zusammenwirken mit den wissenschaftlichen Einrichtungen inhaltlich den fachlichen Rahmen abstecken.

Den Hochschulen kommt dabei eine wichtige Aufgabe in Forschung und Lehre zu. Würde allerdings noch heute mit der Einführung einer entsprechend strukturierten studentischen Ausbildung begonnen, würde es mehr als 40 Jahre dauern, bis alle Zahnärzte auf diesem Wege über eine ausreichende Grundkompetenz verfügen. Und wollte man die Bevölkerung nur durch die an Zahnkliniken beschäftigten Kollegen versorgen wollen, dann hätte jeder von diesen fast 3000 Patienten zu betreuen – ungeachtet der Fragen nach Zumutbarkeiten und Kompetenzen wird deutlich, dass Psychosomatik in Ausbildung und Patientenversorgung schwerpunktmäßig in die Praxis gehört.

Die Fachverbände sollten deshalb neben Forschungsförderung und berufspolitischer Unterstützung der niedergelassenen Kollegen für diese insbesondere Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten schaffen und dazu ein breit gefächertes Angebot an Referenten vorhalten, deren Auswahl sich ausschließlich an nachgewiesenen Kompetenzen und Erfahrung orientiert.

Die Kostenträger sind gut beraten, wenn sie die hier engagierten Zahnärzte unterstützen.

Letztlich ist hier jede Kostenübernahme auf lange Sicht eine Kostenersparnis. Auch könnte dieser Bereich wie nur wenige andere geeignet sein, die Forderungen des Gesetzgebers nach Kooperationsmodellen mehrerer Kollegen im Sinne eines (beauftragten) Konsiliardienstes zu erfüllen. Insbesondere hier ist die Aufsicht der politischen wie medialen Öffentlichkeit gefordert.

Dr. Joachim Stoffel (Literatur beim Verfasser)



Diese kleine Serie soll aufzeigen, wie man Patienten helfen kann, bei denen man mit seinem Latein eigentlich am Ende ist, bei welchen Patienten/Beobachtungen etc. es angeraten sein könnte, den betreffenden Patienten zu einem entsprechend geschulten Kollegen zu schicken.

Der Autor **Dr. Joachim Stoffel** ist in eigener Praxis in Sonthofen niedergelassen und verfügt im Rahmen seiner zusätzlichen Qualifikationen in der psychosomatischen Grundversorgung, Konsiliardienst und Leitung von Balint-Gruppen über große Erfahrung mit der Situation und den besonderen Herausforderungen des Zahnarztes in der täglichen Praxis.

Weitere Informationen zum Arbeitsspektrum des Autors finden Interessierte auch auf den Internetseiten www.balint-stoffel.de und www.konsiliardient-stoffel.de