



BZÄK
Chausseestraße 13
101115 Berlin

Per mail: info@bzaek.de

19.10.2019

Beschluß Nr 32 der BZÄK, PKV, Beihilfe

NICO (Behandlung einer chronischen Kieferostitis als Störfeld)

32. Bei der Behandlung der sogenannten NICO (Neuralgia Inducing Cavitational Osteonecrosis), der fettig-degenerativen Osteolyse/Osteonekrose im Kieferknochen oder ähnlichen Diagnosen, handelt es sich um medizinisch nicht notwendige Maßnahmen, da die Wirksamkeit durch wissenschaftlich medizinisch fundierte Studienuntersuchungen nicht belegt ist. Darüber hinaus ist das vermeintliche Krankheitsbild der NICO weder nach ICD10 Schlüssel noch in den Verzeichnissen der WHO als Erkrankung gelistet. Es besteht daher keine medizinische Notwendigkeit für die Durchführung der Diagnostik und der Behandlungen dieser Erkrankung, wie z. B. Cavitat-Diagnostik, OroTox-Tests sowie die Entfernung eines chronischen NICO-Störfeldes. Vor diesem Hintergrund kommt nur eine Berechnung gemäß § 2 Abs. 3 GOZ – nach umfassender und qualifizierter Aufklärung - in Betracht.

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für UmweltZahnmedizin (DEGUZ)

Die DEGUZ lehnt den Beschluss Nr. 32 der Bundeszahnärztekammer, PKV, Beihilfe ab und fordert die ersatzlose Streichung dieser Stellungnahme. Er ignoriert die Leitlinien der DGZMK: odontogene Infektionen, Antibiotikaeinsatz in der ZÄ Chirurgie (2012), bzw. der Leitlinie der Röntgenfachärzte über bildgebende Verfahren im Kopfbereich.

Er missachtet nicht nur die gesamte chirurgische Literatur der letzten Jahrzehnte über entzündliche Prozesse im Knochenbereich, der Beschluss ist nicht wissenschaftlich basiert und verstößt gegen §1 des Zahnheilkundegesetzes.

Dieser Beschluss widerspricht dem Sozialgesetzbuch SGB V § 2a, Leistungen an behinderten und chronisch kranken Menschen.

Die Untätigkeit deutscher zahnärztlicher Universitäten bezüglich Diagnostik und Therapie chronisch entzündlicher Prozesse im Kieferbereich kann nicht als Nachweis dafür genommen werden, dass es diese Erkrankung nicht gibt.



Explizit wurden Veröffentlichungen aus der Praxis / Forschung (v. Baehr, Lechner und aus dem Ausland) ignoriert. (Literatur ist bei Dr. Lechner bzw. der DEGUZ erhältlich)

Der im Beschluss genannte Orotax Test weist Schwefelverbindungen in der Zahnfleischtasche nach und dient dem Nachweis von Mercaptanen und Thioethern. Daher hat diese Methode in der Diagnostik der chronisch entzündlichen Knochenentzündung keine Bedeutung und findet auch keine Anwendung.

Da hier offensichtlich ein Verständnisproblem vorliegt, wäre eine sachliche Auseinandersetzung auf wissenschaftlicher Basis mit den Kollegen anzustreben, statt sie über unwissenschaftliche Definitionen und Verweigerung der Abrechnung in ihrer Therapiefreiheit zu behindern.

Wichtige von den Praxen und Laboren entwickelte Methoden wurden bislang universitär ignoriert. Wissenschaft basiert allerdings auf Lernen und vor allem auf Auseinandersetzung.

Die beteiligten Organisationen werden aufgefordert, solche Entscheidungen auf wissenschaftlicher Basis zu erstellen.

Die DEGUZ bietet den o.g. Organisationen gerne eine Weiterbildung in aktueller Diagnostik und Therapie chronisch kranker Menschen, gerne auch einen weiterführenden Disput, wie er in früheren Zeiten in der wissenschaftlichen Welt üblich war.

Wissenschaftliche Grundlagen dürfen nicht wegen finanzieller Interessen verlassen werden. Das aktuelle Procedere entspricht keiner wissenschaftlichen Vorgehensweise.

Situation BRD 2019

Zunahme chronischer Erkrankungen:

Die vergangenen Jahrzehnte sind geprägt von einer enormen Zunahme chronischer Erkrankungen. Medizinische Versorgungsstrategien scheitern, wenn Entzündungen im oralen Bereich nicht ausgeschlossen werden.

Die Erfahrung aus der spezialisierten umweltzahnmedizinischen Praxis zeigt, dass Entzündungen im oralen Bereich bei mehr als 90 % dieser Patientengruppen gefunden werden.

Die Leitlinie zu zahnärztlichen Sanierung vor Herzklappenersatz spricht von 70 % oral sanierungsbedürftiger Patienten vor dem Ersatz einer Herzklappe.

Überweisungen wg. anstehender Bisphosphonattherapie, Organtransplantation, nicht einstellbarer Diabetiker, aber auch jeder chronisch kranke Mensch zwingen Zahnärzte zu einer ordentlichen Diagnostik zum Ausschluss oraler Entzündungen. Das darf nicht in Deutung oder Interpretation enden – hier ist eine Systematik in der exakten Befundung der Pathologien gefordert. Dazu gehören: Allergien auf zahnärztliche Materialien, devitale Zähne mit Entzündungen im apikalen Bereich, Parodontopathien, Erkrankung aufgrund von Degradation zahnärztlicher Werkstoffe u.a.



Eine wichtige Rolle spielen schmerzlose, chronisch entzündliche Prozesse im Kieferbereich. Es ist sicher unbestritten, dass auch sehr große, in 2-dimensionalen Röntgenaufnahmen gut sichtbare Osteolysen insbesondere an devitalen Zähnen durchaus über viele Jahre schmerzfrei sind. Diese werden auch bei Schmerzfreiheit grundsätzlich operiert.

Die o.g. Organisationen müssen sich den Vorwurf gefallen lassen, dass ihrer Meinung nach das Vorhandensein eines Zahnes Bedingung für einen pathologischen Prozess im Knochenbereich ist.

Wie sonst ist die Diagnose und Therapieverweigerung, oder genauer die Verweigerung der Abrechnung entzündlicher Prozesse im zahnlosen Kieferbereich **zu** bewerten?

Die Leitlinien geben eine andere Denkweise vor:

S2k-Leitlinie "Zahnsanierung vor Herzklappenersatz"

„Knochen sanierende Maßnahmen durch Osteotomie und Entfernung der Pathologie sind in Abhängigkeit von der allgemeinmedizinischen Situation des Patienten, dem Grad der klinischen Symptomatik (reizlos/infiziert) und dem operativen Risiko angezeigt beifolgenden Befunden: Kieferzysten, Sequestern, Knochenentzündungen, Wurzelresten und Fremdkörpern.“

S.14: Pathologische Knochenbefunde, z. B. Zysten Diagnosesicherung;

ggf. chirurgische Entfernung

S3-Leitlinie "Odontogene Infektionen“:

Unabhängig von der Ausbreitungstendenz oder dem Verlauf der odontogenen Infektion kann eine odontogene Infektion im Langzeitverlauf **z.B.:** eine Osteomyelitis, bei Patienten nach Radiatio zu einer Osteoradionekrose oder bei Patienten mit einer Bisphosphonateinnahme, klonalen Antikörpereinnahme, Angiogenesehemmer (z.B. Bevacizumab) Tyrosinkinase Inhibitoreinnahme (z.B. Sunitinib) oder monoklonaler Antikörpereinnahme (z.B. Denusomab) eine medikamenteninduzierte Osteonekrose auslösen.

Odontogene Entzündung S 15

Eine alleinige Antibiotikatherapie ist bei einer akuten odontogenen Infektion ohne Ausbreitungstendenz nur im Einzelfall indiziert und kann zu einer

Chronifizierung der Infektion führen.

Offensichtlich sehen die Kollegen aus der DGZMK das Problem von chronischen Knochenentzündungen differenzierter als die BZÄK, Beihilfe und PKV.

Nach einigen Jahrzehnten Erfahrung mit dreidimensionalen Röntgenaufnahmen sollte es wohl zum Grundwissen gehören, dass viele Osteolysen im Kleinbild, bzw. in der Panoramaaufnahme (auch an vorhandenen Zähnen) nicht sichtbar sind. Insofern sind neue Methoden der Diagnostik anzuwenden.

Abrechnungsvorgaben aus den Jahren 1950 – 1990 sind nicht mehr zeitgemäß....



Siehe auch hier: **Leitlinie odontogene Sinusitis: im DVT werden 34 % mehr periapikale Läsionen als bei Kleinbildaufnahmen gefunden**
Kleinbildaufnahmen oder eine Panoramaaufnahme sind grundsätzlich nicht ausreichend bei Verdacht auf (chronische) Entzündungen im Kieferbereich. Dies ist u.a. Lehrinhalt im wissenschaftlich basierten Curriculum UZM der DEGUZ.

Zur Diagnostik gehören eine umfangreiche Anamnese, aus den Ergebnissen folgernd quantitative und qualitative Laboranalysen. Untersuchungen über bildgebende Verfahren, wie sie in der Leitlinie der Röntgenfachärzte von 2015 (s.u.) über bzw. der Leitlinie über odontogene Infektionen beschrieben sind. Dazu gehören CT, DVT, MRT, Ultraschall (US)

Bildgebende Verfahren

Dental - CT

In der Leitlinie zu odontogenen Infektionen, bzw. Leitlinie der Röntgenfachärzte ist das CT als Untersuchungsmethode angegeben. Das Dental CT ist sicher die genaueste Untersuchungsmethode. Hier ist über Messung der Hounsfield Dichte exakt vermittelbar, ob die Knochenstruktur intakt ist.

Messungen mit einer Hounsfield Dichte im negativen Bereich (Wasser hat die Dichte Null) zeigen uns eine Größenordnung ähnlich der von Fettgewebe (Hypodensität). Röntgenologen beschreiben (als unabhängige Dritte!) die Hypodensität. Für den Zahnarzt ist dieser Befund Hinweis auf einen (chronisch) entzündlichen Prozess.

Zu diesem Zeitpunkt weiß niemand den entzündlichen Prozess zu benennen! Erst nach Eröffnung der dann klinisch immer auffindbaren Hohlräume mit Gewebeveränderungen und Untersuchung des Gewebepräparats durch den Pathologen ist der Prozess einzuordnen. Übliche Diagnosen sind: chronisch fibrosierende osteomyelitis, floride osteomyelitis, Ostitis, hämatopoetisches Mark mit Fettmark und neutrophilen Granulozyten, partiell devitalisierter Knochen mit Markraum-Nekrose, können aber auch Nico oder FDOK heißen. Im Zweifelsfall könnte es auch eine Osteolyse bedingt durch Fremdkörpern sein: immer wieder werden Wurzelfüllmaterial, Amalgampartikel und andere Fremdkörper erst unter dem Mikroskop entdeckt.

Die exakte Diagnose ist im Fachwissen der Pathologen begründet. Die Pathologen fügen die ICD Nr. ein – so zum Beispiel die M86.68.

Die im Beschluss Nr. 32 getätigte Aussage, es gäbe keine ICD 10 Nummer ist schlichtweg falsch.

DVT



In der Leitlinie zu odontogenen Infektionen, bzw. Leitlinie der Röntgenfachärzte ist das DVT als Untersuchungsmethode angegeben. Mit dem DVT ist die Messung der Hounsfield Dichte technisch nicht möglich, auch wenn manche Hersteller Dichtemessungen in ihrem Programm anbieten. Mangels „Null“ Wert ist diese Messung ungenau. Es bedarf ausreichender klinischer Erfahrung, um über die Unterschiede der Knochendichte fettgewebsähnliche Strukturen zu erkennen.

DVT Leitlinie:5.6 zusätzliche Indikation: „**Knochenpathologie und Strukturanomalien insbesondere bei ostitis, Osteomyelitis und Osteoporose**“

Es muss konstatiert werden, dass bei den auf dem Markt befindlichen DVT Geräten große Unterschiede im Bereich der Strahlenbelastung, des Grundrauschens und der Darstellungsqualität existieren (beschrieben in der DVT Leitlinie, DGZMK und in der Leitlinie der Röntgenfachärzte).

MRT

In der Leitlinie zu odontogenen Infektionen, bzw. der Leitlinie der Röntgenfachärzte ist auch das MRT als Untersuchungsmethode angegeben. Tatsächlich kann man über Marker wie Gadolinium entzündete Bereiche im Knochen darstellen. Diese Untersuchung sind Standard bei Gewebsuntersuchungen (z.B. MS Diagnostik), im oralen knöchernen Bereich allerdings die Ausnahme. Die in der Röntgenleitlinie vorgeschlagene Weg der Konsultation sollte auf jeden Fall eingehalten werden. Wegen der Ungenauigkeit der Darstellung ist dieses Verfahren nur in Ergänzung zu einem CT / DVT sinnvoll.

Ultraschall (US)

In der Leitlinie zu odontogenen Infektionen, bzw. der Leitlinie der Röntgenfachärzte ist US ebenfalls als Untersuchungsmethode angegeben.

S3 Leitlinie Odontogene Entzündung 2016: Die Ultraschalluntersuchung stellt eine einfache und effiziente Methode dar, um eine Einschmelzung einer odontogenen Infektion nachzuweisen und eine mögliche Ausbreitungstendenz der odontogenen Infektion einzuschätzen. Das ist eine evidenzbasierte Empfehlung!!

Es ist schwerlich zu erklären, warum „einschmelzendes Material“ im Entzündungsfall (Leitlinie) anders zu bewerten ist als fettig degeneriertes Material.

Auch diese Untersuchung ist wie eine MRT ungenau, sicher aber im Kontext zu dreidimensionalen Röntgenverfahren durchaus geeignet, chronische entzündete Areale zu orten. Der große Vorteil dieser Methode ist natürlich die fehlende Strahlenbelastung. Auch Gadolinium kann durchaus problematisch sein – auch hier ist eine Abwägung notwendig.



Es widerspricht ärztlicher und zahnärztlicher Grundsätze, erst nach Abschluss der zahnärztlichen Therapie, nach Erstellung der exakten Diagnose des Pathologen die Zulässigkeit für eine Vergütung der Diagnostik und zahnärztliche Behandlung zu beurteilen. Ein „Erfolgshonorar“ entspricht nicht der geltenden Rechtsprechung.

Die BZÄK als Vertreter der gesamten Zahnärzteschaft hätte vor einem solchen Beschluß Rücksprache mit wissenschaftlichen Gesellschaften und ihren Mitgliedern halten müssen.

Die Interessen der Mitglieder sind in keiner Form berücksichtigt worden, die Therapiefreiheit – Grundlage eines freien Berufs – wird in massiver Form behindert.

„Freiheit ist immer die Freiheit der Andersdenkenden.“ Weiterentwicklung der Zahnheilkunde erlangen wir nicht durch Denkverbote.

Lutz Höhne 1. Vorsitzender
Arbeitskreis UmweltZahnMedizin
Deutsche Gesellschaft für UmweltZahnMedizin