

## „Social Six Redux“ – soll es das gewesen sein?

Ein Beitrag von S. Jay Bowman, DMD, MSD, aus Portage/Michigan, USA.

KN Fortsetzung aus KN 10/2012

### Kieferorthopäden: Mehr als nur Zahnregulatoren?

Ackerman, Kean und Ackermann<sup>43</sup> haben empfohlen, dass Kieferorthopäden „ihre Rolle im Gesundheitssystem und ihre soziale Rolle genauer (re)definieren“ und sich mehr auf die Bedürfnisse des Patienten konzentrieren, also eine „individuelle Verbesserung“ der Ästhetik innerhalb des Marketingmilieus des heute gängigen „extremen Makeovers“ anstreben. Wenn das unser Schicksal ist, sollten wir zumindest mit uns selbst und auch unseren Patienten gegenüber ehrlich sein.

Johnston<sup>44</sup> sagte dazu: „Trotz der Tatsache, dass Kieferorthopäden keine konventionellen Gesundheitsdienstleister sind, leisten sie trotzdem einen wertvollen Dienst, der seinen Wert aus den Gesetzen der Biologie schöpft und von diesen bestimmt wird. Er basiert zudem auch auf ethischen Prinzipien.“<sup>45,46</sup> Wenn dem nicht so ist, müssen wir alle damit verbundenen „Stolperfallen“ beiseitewischen, wie z. B. die Forschung, Fachzeitschriften und universitäre Fachausbildungen. Stattdessen sollten wir vielleicht lernen, die Idee einer firmeneigenen Berufsschule willkommen zu heißen. Anstelle Ausbildungssymposien für Graduierte zu besuchen,<sup>29</sup> sollten wir nur an ein paar lose organisierte Vertriebsrallys teilnehmen, die in Zelten veranstaltet werden. P.T. Barnum würde das befürworten.

### Ist „voller und weiter“ gleichbedeutend mit „besser“?

Interessanterweise werden in der heutigen Kundenansprache wichtige Fragen gestellt, wie z. B.: „Tricksen wirklich sanfte, sogenannte biosensible Kräfte<sup>14,15,48,49</sup> nur Knochen<sup>50</sup> und Muskeln aus, um eine stabile, ‚bioadaptive‘ Expansion zu erzielen? Sind Osteozyten und Sarkomere empfindlich genug, um den Unterschied zwischen den verschiedenen Brackettypen<sup>49</sup> und Apparaturen, die an den Zähnen ziehen oder diese verschieben, zu erkennen?“<sup>41</sup> Wenn wir tatsächlich nur die unteren posterioren Zähne mit einer Phase I-Expansion wieder aufrichten,<sup>51</sup> was passiert später, wenn wir eine vorprogrammierte Apparatur mit 20° bis 35° posterioren lingualen Kronentorque einbringen, um die Molaren wieder zurückzuholen? Außerdem haben sich bei Expansionsfällen nach der Retention öfter engstehende Schneidezähne gezeigt als bei unbehandelten Patienten.<sup>51-53</sup> (Aber wer entscheidet sich in der Praxis schon gegen eine Behandlung von Patienten mit Engstand?) Dennoch werden Wörter wie „Zuwachs“ und „Vorteil“ benutzt, um die Ergebnisse zu be-

schreiben,<sup>41,54</sup> wenn tatsächlich die expandierten Zähne am Behandlungsende noch enger stehen als am Anfang.<sup>52,53</sup> Vielleicht haben in solchen Fällen die umgebende orale Muskulatur oder die „viskoelastische Maske“ das Memo nicht bekommen, dass sie sich hätten ändern sollen – wenn auch nur für uns.

Wenn eine routinemäßige bimaxilläre Expansion bei einem Wechselgebiss nur wenig mehr als eine Entscheidung im Praxismanagement bedeutet, man also davon ausgeht, dass Eltern sie verlangen und dass jüngere Kinder leichter zu behandeln sind,<sup>51</sup> und die Ergebnisse ungefähr mit nicht behandelten Gebissen übereinstimmen,<sup>51</sup> dann wird die Entscheidung für eine Expansion eine rein wirtschaftliche,<sup>55</sup> des Komforts (credo consolans) und des ästhetischen Ergebnisses. Aber können wir wirklich so tun, als würden alle expandierten Gesichter, einschließlich der oft dazugehörigen alar base und interorbitalen Vergrößerung, und jedes derart breitere Lächeln natürlich oder volle Profile besser aussehen?<sup>14,56,57</sup> Diese Hypothese ist leicht zu überprüfen, aber diejenigen, die solche Behandlungen anbieten, sind seltenerweise zögerlich darin, den Beweis dafür anzutreten.

In einer anderen, also in einer vertikalen Dimension, wurde auf einem amerikanischen Nachrichtensender (CBS, „60 Minutes“) gesagt, dass eine aus künstlich verlängerten Gesichtern resultierende ungünstige Ästhetik ein unvermeidliches Ergebnis der traditionellen Kieferorthopädie sei und nur eine frühe und längere Behandlung, gegebenenfalls mit einem bestimmten Stück Plastik unterstützt, ideale „volle Gesichter“<sup>43,58</sup> wachsen lasse. Dennoch wurde in einer anderen amerikanischen Fernsehshow (ABC, „The View“) gezeigt, dass ein Headgear oder ein Expander, welche absichtlich für das Erreichen eines längeren Gesichts eingesetzt werden, beim präventiven Facelift lediglich als Hilfsmittel empfohlen werden<sup>19</sup> (manche verwenden sogar die Lachanfalle verursachende Verniedlichung „Brace-lift“). Wie entscheidet sich nun eine Mutter? Vielleicht wenden wir unsere Aufmerksamkeit nun einem anderen großen amerikanischen Fernsehsender zu – NBC oder FOX – oder einem anderen Prominenten (vielleicht Oprah?), die uns mit den richtigen Antworten versorgen, also dem „Berufsgeheimnis“ unseres Fachs.

In diesem sich immer weiter ausdehnenden Universum sind wir damit beschäftigt, neue Vokabeln zu erfinden, die mit Neologien gespickt sind wie „Bio-irgendwas-Kräften“, „den-

taler Autokenese“, den „Überlebensinstinkten des Zahns“, dem „Aufwecken der Zunge“, einer „biologisch-zahnmedizinisch Nervenschmerz hervorruhenden Kavitäten-Osteonekro-

gineering oder besonders empfindliche Zähne, Muskeln und Knochen – so, dass das zuvor noch Unmögliche nun machbar erscheint. Sagen Sie mir, hieß die Grundlage des Gesundheits-

„Aber es mangelt nicht an Intelligenz, die in rauen Mengen zur Verfügung steht; sondern die Mangelware ist vielmehr ein systematisches Training in kritischem Denken.“

– Carl Sagan –

se“, „Orthotropik“, „Chirodontik“, „cranioskrale Therapie“ und „bi-digitale O-Ring-Tests“. Oft setzen wir uns für die Idee ein, dass Geräte oder Therapien, die in den vergangenen Jahrzehnten allgemein eingesetzt wurden, von ganz besonderen Eigenschaften geradezu durchtränkt sind – z. B. das Tissue En-

wesens Hippokratischer oder Heuchlerischer (hypokritischer) Eid? Außerdem, gibt es Daten, die irgendeine der vorherigen Behauptungen untermauern könnten?<sup>59-61</sup> Ist es nicht die Aufgabe eines Wissenschaftlers, der Öffentlichkeit dabei zu helfen, die Voodoo-Spreu vom wissenschaftlichen Weizen zu trennen?<sup>62</sup> Er-

innern Sie sich, Skeptizismus bedeutet nicht, neue Ideen grundsätzlich abzulehnen, sondern eher „einen provisorischen Umgang mit Behauptungen zu pflegen, genauer gesagt, eine Methode, keine Grundeinstellung zu haben“. Das Akronym, das im Kasino-Überwachungsgeschäft genutzt wird, wenn etwas Verdächtiges die ungeteilte Aufmerksamkeit der Umstehenden auf sich zieht, ist JDLR, kurz für „It Just Doesn't Look Right“ („Da stimmt einfach was nicht“). Eine gesunde Dosis Skepsis,<sup>63</sup> wenn etwas einfach nicht stimmt, würde der Zahnmedizin auch nicht schaden.

Unglücklicherweise wurde uns gelehrt, dass 20 Jahre Berufserfahrung und erfolgreiche Resultate die Forschung überflüs-

Fortsetzung auf Seite 12 KN

ANZEIGE



**Empower Clear Braces**

„Empower Clear“  
Die ästhetische Lösung selbstligierender Brackets  
von American Orthodontics

Jetzt neu bei American Orthodontics „Empower Clear SL“ – die ästhetische selbstligierende Lösung für Ihre Behandlung.

Unser neues ästhetisches SL Low Profile Bracket besticht durch seine abgerundeten Konturen in Verbindung mit höchstem Tragekomfort für Ihre Patienten.

Ein sehr stabiler Clip erleichtert Ihnen das Handling beim Öffnen und Schließen. Durch die bewährte SL Technik verkürzt sich die Behandlungs- und Stuhlzeit enorm.

Eine anatomisch genau angepasste und tausendfach bewährte „Quad-Matte“™ Basis garantiert Ihnen eine optimale Haftkraft, bei gleichzeitig komfortablem Debonding.

**AO**  
AMERICAN  
ORTHODONTICS

Lagesche Str. 15 D, D-32657 Lemgo  
Fon: 05261-9444-0, Fax: 05261-9444-11  
info@americanortho.de, www.americanortho.com

**Kundenservice** Freecall 0800-0264636, Freefax 0800-0263293



ANZEIGE



KN Fortsetzung von Seite 11

sig machen,<sup>64</sup> denn wenn sich die Wissenschaft in der klinischen Praxis bewährt, muss es ein Zufall sein.<sup>65</sup> Von der Forschung wird sogar gesagt, dass sie „okay für die abgehobenen Akademiker unter Euch ist, denn sie gibt Euch Zeit zum Nachdenken“. Es wird zudem gemunkelt, man könne eine klinische Behandlungsphilosophie einfach nicht auf wissenschaftlicher Literatur aufbauen (das wird von einigen behauptet, die von einer internationalen Verschwörung oder einer Art akademischen Mafia überzeugt sind<sup>66</sup>). Ein Redakteur des *Journal of the American Dental Association*<sup>67</sup> hat diese Bedenken wie folgt beschrieben: „Damit ein klinischer Experte einen Platz in der Hierarchie evidenzbasierter Zahnmedizin hat, müssen sein Wissen und seine Erfahrung auf einer Form der Evidenz basieren.“ Es scheint, als würde die EBD (evidence-based dentistry, evidenzbasierte Zahnmedizin) unsere Experten mehr beeinflussen, als dass sie sich auf POEMSS (patient-oriented evidence that matters, patientorientierte Evidenz, die wichtig ist) verlassen. Dass wissenschaftliche Beweise nicht nur eine theoretische Annehmlichkeit sind, mag für einige eine bittere Pille sein. Man kann zwar sagen, dass man früher auch innovative Denker

wie Galileo, Kopernikus und Kolumbus ausgelacht hat (sogenannte „Mavericks“<sup>68,69-70</sup>), aber tatsächlich haben bestimmt noch mehr Menschen über Bozo den Clown gelacht. Warum sollte man sich auch über solche Sachen wie Forschung und Beweisführung Gedanken machen, besonders, wenn unbequeme Regeln (Wahrheiten?) geschäftsschädigend sein könnten? Und wenn die Dinge doch anders laufen, als man es sich ausgedacht hat, sind beleidigte Briefe oder Schmähbrieftage an die Redaktion eines Journals<sup>64,65,71,72</sup> oder Drohbrieftage von Anwälten immer noch günstiger und leichter zu handhaben als Forschung und Publikation.

Besser noch, wenn sich bestimmte Sachen nicht ganz mit unseren eigenen Ansichten decken, kann man einfach seine eigene Firma oder seinen eigenen Verband gründen, der wiederum sein eigenes Firmenjournal herausgibt. Vielleicht kann man nicht mehr erwarten, wenn eine Berufung mehr zum Geschäft verkommt, als dass sie eine Wissenschaft ist.<sup>73</sup> Angle und die anderen Gründerväter ihrer geliebten Orthodontia müssen sich im Grabe herumdrehen.

#### Geschichten von der dunklen Seite

Als einen *casus belli* für teure Behandlungen wird die Beseitigung des lästigen Problems

der dunklen bukkalen Korridore genannt, die seitlich des Lächelns erscheinen – auch eine Art „Black Triangle“ (schwarzes Dreieck).<sup>15,20,33,51,71,72</sup> Dennoch gibt es keinen Beweis dafür, dass eine Extraktion der Prämolaren immer engere Bogenformen<sup>74,75</sup> oder eine schlechte Ästhetik des Lächelns bewirken.<sup>76-81</sup> Unglücklicherweise schließt die Forschung keine anekdotenhafte Kritik, die auf fantasievollen Beobachtungen beruht, aus:<sup>48,66-72</sup> „Möchten Sie nicht lieber ein hübsches, breites Lächeln wie Julia Roberts als dunkle Mundwinkel wie Goldie Hawn?“<sup>72</sup>

Sich auf dieses Niveau herabzulassen, sprich, Fotos in Modemagazinen und der Klatsch-

#### „Der leichtgläubige Mann ist der Vater des Lügners und des Betrügers.“

–W.K. Clifford, *The Ethics of Belief, Lectures and Essays Vol. II, 1879*–

presse zu untersuchen, kann diese Annahmen nicht untermauern. Interessanterweise scheinen keine der Berühmtheiten, denen dunkle bukkale Korridore nachgesagt werden,<sup>71,72</sup> tatsächlich Extraktionen oder größere dunkle Mundwinkel vorzuweisen, wenn man sie mit den sogenannten „perfekten“ Ikonen des Pop vergleicht (Drew Barrymore, Meg Ryan und Goldie Hawn vs. Julia Roberts und Mary Tyler Moore). In Wirklichkeit besitzen die Stars mit dem beliebten breiten Hollywoodlächeln (Brad Pitt, Angelina Jolie, Cameron Diaz, George Clooney und vor allem natürlich Julia Roberts) die größten negativen Räume/Lücken.<sup>82</sup> Deshalb kann man es bestenfalls als ein dubioses Geschäft bezeichnen, wenn fragwürdige Behandlungsmethoden zur Vermeidung der dunklen bukkalen Korridore emp-

fohlen werden („Das sind nicht die Droiden, die ihr sucht“), besonders, wenn die Öffentlichkeit diese gar nicht als so besorgniserregend wahrnimmt.<sup>83</sup>

#### Envoi

Obwohl wir keinen universellen Standard dafür erhoben haben, wodurch sich gerade Zähne auszeichnen,<sup>84</sup> müssen wir uns folgende Frage stellen: Wenn der Anwender nicht selbst mittels der Verlaufsdocumentation, der Evaluierung der Dokumentation des Verlaufs im Anschluss an die Behandlung oder eines Fallgutachtens durch Experten<sup>1,8</sup> einen Fall beurteilen kann, wie kann der Kieferorthopäde bestimmen, ob er oder sie kontinuierlich auch wirklich (mindestens) seine oder ihre Interpretation gerader Zähne einhält? Wenn wir nie objektiv veranschlagte Kriterien auswerten,<sup>1,6,8</sup> also eine Begutachtung des Behandlungsergebnisses durchführen, sind wir einfach nur wieder an dem Punkt angelangt, als wir Momentaufnahmen zum Beginn des jeweiligen Falls und Patientenzufriedenheitsumfragen als Maß für unseren klinischen Erfolg genommen haben, trotz der Möglichkeit, dass gelegentlich zweifelhaftere Behandlungsmethoden angewendet werden könnten.<sup>1,8</sup>

Sicherlich geht es uns hauptsächlich darum, stabile und gesunde Ergebnisse zu erzielen und, ja, auch einen glücklichen Endnutzer. Und doch gibt es eine weitere ungewöhnliche Dichotomie dabei: Die Anforderungen an die Kieferorthopädie waren nie höher, aber die Mitarbeit der Patienten war selten geringer.<sup>85</sup> Folglich hoffen wir darauf, dass wir Behandlungsmethoden finden, die hocheffektiv und effizient sind, während wir versuchen, die Zufriedenheit der Kunden zu sichern. Gelinde gesagt, handelt es sich dabei um eine schwierig zu haltende Balance.

Ackerman<sup>60</sup> mahnte an, dass die Herausforderung für Kieferorthopäden des 21. Jahrhunderts darin liegt, die angesammelten wissenschaftlichen Beweise in die klinische kieferorthopädische Praxis zu integrieren.<sup>86</sup> (Zunächst können Sie, liebe Leser, sich ja z. B. mit der Literatur<sup>87</sup> zu diesem Artikel befassen.) Ismail und Bader<sup>88</sup> haben in diesem Zusammenhang empfohlen, dass wir „die Patientenbedürfnisse und -vorlieben bei der Behandlung mit der bestmöglichen wissenschaftlichen Beweislage kombinieren, und dies mit dem klinischen Fachwissen des Zahnarztes verbinden“.

Hannapel und Johnston<sup>89</sup> haben davor gewarnt, dass der Behandlungsplan zum Schicksal des Patienten wird und dass Reue definiert wird durch den Unterschied zwischen dem, was der Patient bekommt, und dem, was er oder sie hätte bekommen können, gemessen an einer bestmöglichen Behandlung. Es scheint,

als wäre es ein wichtiges Ziel für unsere zukünftigen Unternehmungen, die Reue sowohl auf Arzt- als auch auf Patientenseite zu reduzieren.

Konfuzius sagte: „Der edle Mensch hat Tugend im Sinn, der gemeine den materiellen Nutzen.“<sup>90</sup> Folglich scheint es für den Durchschnittsbürger ein vernünftiges Ziel zu sein, die Balance zwischen beiden zu finden. Unglücklicherweise könnte genau das für einige von uns einfach nur einen Schluck bitterer Medizin<sup>49</sup> bedeuten. KN

Eine frühere Fassung dieses Artikels erschien im *AOJ. Erneut gedruckt mit freundlicher Genehmigung des Australian Orthodontic Journal, Volume 31(1), May, 2005. Fragen zu diesem Beitrag können direkt an dessen Autor unter drjwyred@aol.com gerichtet werden.*



#### KN Adresse

Dr. S. Jay Bowman  
1314 West Milham Avenue  
Portage, MI 49024  
USA  
drjwyred@aol.com

#### KN Kurzvita



Dr. S. Jay Bowman

- niedergelassen in Portage/Michigan
- Adjunct Associate Professor, Saint Louis University
- Referent von Straightwire-Kursen, University of Michigan
- Clinical Assistant Professor, Case Western Reserve University
- Diplomate des American Board of Orthodontics, Mitglied der Edward Angle Society of Orthodontists, des American College of Dentists, der Pierre Fauchard International Honor Society, Gründungsmitglied der World Federation of Orthodontists sowie Führungsmitglied der American Association of Orthodontists Foundation
- 2000 Angle Research Award, 2005 Saint Louis University Alumni Award
- Contributing Editor bzw. Mitglied des Editorial Board diverser Fachjournale wie *AJO*, *JCO* oder *WJO*
- Autor von über 85 internationalen Artikeln sowie Buchkapiteln; Co-Autor des Buches „Mini-Implantate in der Kieferorthopädie“, Hrsg.: Dr. Björn Ludwig (Quintessenz)
- Entwickler diverser KFO-Produkte, u. a. Butterfly-Bracketsystem, Horseshoe Jet (Distal Jet), Bowman Consolidator, WYRED cheek retractor, Quick Fix etc.

ANZEIGE

www.halbich-lingual.de

Thomas Halbich  
LINGUALTECHNIK

PATIENTEN  
BEHANDLER

inkl. QMS Quick Modul System  
schön einfach – einfach schön!  
www.halbich-qms.de



# Erfolg im Dialog

dental  
bauer



Vertrauen Visionen Ziele Wachstum Innovation Stabilität



# Das unverwechselbare Dentaldepot

dental bauer steht für eine moderne Firmengruppe traditionellen Ursprungs im Dentalfachhandel. Das inhabergeführte Unternehmen zählt mit einem kontinuierlichen Expansionskurs zu den Marktführern in Deutschland, Österreich und den Niederlanden und beschäftigt derzeit rund 400 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Die Unternehmensgruppe ist an über 30 Standorten innerhalb dieser Länder vertreten. Der Hauptsitz der Muttergesellschaft ist Tübingen.

## Unser Kundenstamm:

- Zahnkliniken
- Praxen für Zahnmedizin
- Praxen für Kieferorthopädie
- Praxen für Mund-/Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Zahntechnische Laboratorien



## dental bauer GmbH & Co. KG

Stammsitz  
Ernst-Simon-Straße 12  
D-72072 Tübingen  
Tel +49(0)7071/9777-0  
Fax +49(0)7071/9777-50  
e-Mail [info@dentalbauer.de](mailto:info@dentalbauer.de)  
[www.dentalbauer.de](http://www.dentalbauer.de)

[www.dentalbauer.de](http://www.dentalbauer.de)