

Die Debatte über die „richtigen“ Ziele der Medizin und Zahnheilkunde hat die Aufmerksamkeit von Bioethikern und Politikanalytikern erregt. In diesem Zusammenhang muss auch der Bereich der Kieferorthopädie seine zeitgemäße Aufgabe formulieren. Eigentlich sind Ärzte ja dazu ausgebildet, Krankheiten zu diagnostizieren und zu behandeln. Heute jedoch werden sie von gesunden Patienten um Dienstleistungen gebeten, die ihnen eine Verbesserung physischer, mentaler und sozialer Eigenschaften verschaffen sollen. Das wirft viele ethische Fragen auf und weckt Zweifel daran, ob die ärztliche Kunst ihrer wahren Rolle überhaupt gerecht wird. Im Zusammenhang mit Bedürfnissen und Dienstleistungen würden wohl solche Behandlungsformen oberste Priorität erhalten, die medizinisch notwendig sind. Eine Verbesserung bzw. eine Wahlbehandlung, die ja in vielen Fällen wünschenswert, aber nicht medizinisch notwendig ist, müsste gründlicher geprüft werden. In den USA hat der President's Council on Bioethics über die begriffliche Trennlinie zwischen Therapie und Enhancement (Verbesserung) diskutiert. In einem Arbeitspapier der Council-Mitarbeiter steht:

Eine Therapie ist, einfach gesagt, eine Behandlung wegen einer Störung. Sie zielt darauf ab, einen kranken Menschen wieder gesund zu machen. Mit Enhancement ist eine Verbesserung oder Erweiterung einer Eigenschaft, Fähigkeit oder Aktivität gemeint. Beide Definitionen gehen zumindest von einer allgemeinen Vorstellung einer menschlichen Norm aus. Entweder muss man einem Menschen helfen, diese Norm zu erreichen oder man kann ihm helfen, sie zu übertreffen<sup>1</sup>.

Es gibt heute keine allgemein anerkannte Definition dessen, was kieferorthopädische Gesundheit ist, und ganz sicher keine allgemein anerkannte Definition dafür, ab welchem Punkt eine weitere Verbesserung der Okklusion eher ein Enhancement als eine Notwendigkeit darstellt.

Es gibt in der kieferorthopädischen Praxis eine Dichotomie zwischen den funktionalen und den ästhetischen Behandlungszielen. Schon seit langem lautet die Frage in der Kieferorthopädie: „Warum wünscht der Patient eine Behandlung?“ Die übliche geringschätzigste Antwort besagt, dass der Patient sich bloß gerade Zähne wünscht bzw. aus kosmetischen Gründen eine Behandlung anstrebt. Etwas verlegen und abwertend sagen die Kieferorthopäden von sich, sie seien Ästhetiker geworden. Sicher klagen die Patienten, die eine kieferorthopädische Behandlung wünschen, am häufigsten über „schiefe“ Zähne. Allerdings leben wir auch in einer Gesellschaft, in der es sehr wichtig geworden ist, aus seinen vorhandenen Eigenschaften etwas noch Besseres zu machen. Das betrifft Eigenschaften wie Intelligenz, Statur, Größe und Form des Körpers, Erscheinungsbild von Gesicht und Zähnen, sportliches und sexuelles Leistungsvermögen. Es gibt zahlreiche Enhancement-Techniken, z. B. im Bereich der Bildung, bei der Verabreichung von Hormonen, Medikamenten, operativen Verfahren und zahnheilkundlichen Apparaturen, die alle dazu dienen, die Eigenschaften eines Menschen zu verbessern. Der Körper wird als Projekt betrachtet, das es entsprechend den geltenden gesellschaftlichen Normen zu formen und umzugestalten gilt. Bei den meisten solcher Enhancements geht die Initiative zur Veränderung vom Arzt bzw. Zahnarzt aus.

Welchen Platz nimmt nun die Kieferorthopädie im sich jetzt entwickelnden Paradigma der Enhancement-Gesundheitspflege ein? Die Kieferorthopädie sollte, da sie die Hart- und

Weichgewebekomponenten des craniofazialen Bereichs beeinflussen kann, eins der wichtigsten Spezialgebiete sein, die Enhancement-Therapien vorantreiben. Solange wir Kieferorthopäden und unsere führenden Berufsvertreter uns vor allem als Spezialisten vermarkten, die Okklusionsstörungen, einer „Krankheit“ also, vorbeugen und sie behandeln, wird man uns in der Öffentlichkeit immer weniger zutrauen, auch Enhancement-Therapien durchzuführen. Wir sollten uns das Konzept des Enhancement als Wellnessaspekt zu eigen machen und es in unser kieferorthopädisches Leistungsspektrum einbeziehen. Der Wunsch der Patienten nach einer ästhetischen Veränderung hängt untrennbar mit ihrem seelischen Wohlbefinden zusammen. Wenn wir das Enhancement in den ganzheitlichen Umgang mit der Gesundheitspflege einbeziehen, wird dieses Spezialgebiet uns auch weiterhin wirtschaftlichen und sozialen Nutzen bringen. Die Fortschritte des ästhetischen Enhancement bringen die Patienten in unsere Praxis, und diese Fortschritte prägen ja auch unser klinisches Engagement.

Es ist bemerkenswert, dass den Konsumenten in der letzten Zeit durch das Marketing einige Fortschritte in der kieferorthopädischen Mechanotherapie als komfortabler, ästhetischer und ihren Bedürfnissen besser entsprechend angeboten wurden. Noch bemerkenswerter ist, dass Allgemein Zahnärzte und Kieferorthopäden diese Technik gleichermaßen anbieten. Also kann ein Patient, der nur ein ästhetisches Anliegen hat, möglicherweise den Kieferorthopäden übergehen, der die Okklusionsstörung umfassend behandelt, und sich wegen einer Enhancement-Behandlung direkt an seinen Zahnarzt wenden. Wir leben also in einer Zeit, in der die Patienten autonom sind und bereit, einen beliebigen Praktiker im Gesundheitswesen aufzusuchen, der ihrem Bedürfnis nach Enhancement entspricht. Abgesehen von den zahlreichen ethischen Fragen, die das aufwirft, müssen wir kritisch darüber nachdenken, ob es wünschenswert ist, das „kieferorthopädische Ideal“ zu verwirklichen.

Der Fortschritt in der kieferorthopädischen Ausbildung und Forschung und in der klinischen Versorgung war bisher eingeschränkt, weil wir am viktorianischen Konzept der „idealen Okklusion“ als Hauptbehandlungsziel festhalten. Weil die Definition der Okklusionsstörung eng als jegliche Abweichung von diesem imaginären Hartgewebeideal umrissen wurde, hat das Spezialgebiet Kieferorthopädie die Bedeutung der Enhancement-Therapien effektiv unterschätzt und unterbewertet. Innerhalb des Spezialgebiets werden herausragende Leistungen in der klinischen kieferorthopädischen Versorgung leider an der beidseitig gleichen marginalen Alveolarkammhöhe und dem Verhältnis zwischen Zahnhöcker und Höckerfurche gemessen. Weniger Nachdruck wird hingegen auf die Enhancement-Entscheidungen gelegt, die zur alltäglichen Diagnose und Behandlungsplanung gehören.

Solange durch die Daten das ideale Okklusionsmodell nicht besser für alle Patienten als biologisch wünschenswertes, mechanisch erreichbares und physiologisch gestütztes Ziel dargestellt wird, ist es eine unrealistische Norm, nach der die klinische Kompetenz beurteilt und die klinische Versorgung ausgerichtet werden.

Wendell Wylie hat vor vielen Jahren eine Frage gestellt, die das kieferorthopädische Denkmodell verwirrt hat: Ist eine Okklusionsstörung eine Krankheit oder eine Fehlbildung?<sup>2</sup> Wir wissen heute, dass nur rund 5 % der Bevölkerung eine kieferorthopädische Störung haben, die sie behindert und die als Krankheit oder Fehlbildung einzuschätzen ist. Was ist mit den übrigen 95 %? Nach der aktuellen Definition wird über die Hälfte dieser Menschen von einer kieferorthopädischen Behandlung in irgendeiner Form profitieren. Ihre Störung, die diesen Eingriff rechtfertigt, ist fast immer eine erkennbare Variante einer dentalen Eigenschaft, die sie zum Kandidaten für eine Verbesserung durch eine Enhancement-Technik macht (d. h. durch Dentalapparaturen). Diese falschen Vorstellungen in der Kieferorthopädie haben zu Begrifflichkeiten geführt, die eher Verwirrung stiften als definieren und klären. Warum also wünscht der Patient eine Behandlung? Es geht ihm einfach darum, eine erkennbare Variante einer menschlichen Eigenschaft zu verbessern. Kieferorthopäden sind weder Okklusionisten noch Ästhetiker. Sie leiten Veränderungen in die Wege, die das Erscheinungsbild und die Funktion von Zähnen und Gesicht verbessern. Diese Terminologie befreit das Spezialgebiet von der Einengung auf die ideale Okklusion als stets gewünschtem Endpunkt statt eines theoretischen Ziels, das man anstrebt.

Plastische Chirurgen behandeln alle möglichen Patienten, von Brandopfern (Ästhetik und Funktion) bis hin zu denen, die sich nur eine kosmetische Weichgewebebehandlung wünschen. Anders als die Kieferorthopäden gibt es bei ihnen keine Vorwürfe oder Rechtfertigungen in Bezug auf ihre Arbeit. Es wird auch nicht in Frage gestellt, dass das meiste, was sie tun, eine Wahlbehandlung (d. h. nicht medizinisch notwendig) ist. Im Gegenteil: Da die Schön-

heitschirurgie bekanntermaßen eine Wahlbehandlung ist, wird sie nicht durch Dritte bezahlt, die sonst in Frage stellen könnten, ob diese Dienstleistungen erstattungsfähig sind. Plastischen Chirurgen geht es bei der Behandlungsplanung nicht um alles oder nichts. Sie bestehen auch nicht darauf, dass die Patienten suspekten Normen übernehmen, die als Ideal bezeichnet werden. Kieferorthopäden wünschen sich die Übernahme der Behandlung durch die Krankenversicherung, aber wir können nicht alles haben. Die plastischen Chirurgen haben sich für ein vernünftigeres Vorgehen entschieden. Sie haben sich gegen Bezahlungsmodalitäten entschieden, für die die Behandlung als medizinisch notwendig eingestuft werden muss.

Das zukünftige Wohlergehen des Spezialgebiets hängt davon ab, ob wir einen Paradigmenwechsel vornehmen und unsere Aufgabe neu definieren können. Es heißt, der Verfall der Eisenbahn in den Vereinigten Staaten sei die Folge einer falschen Vorstellung von ihrer Aufgabe gewesen. Die Führungskräfte der Eisenbahn wähten sich im Eisenbahngeschäft und nicht im Verkehrswesen. Hätten sie ihren Denkfehler erkannt, hätten sie ihr Angebot leicht ausbauen und ihre vorherrschende Stellung im Verkehrswesen behalten können. Genauso meinen viele Kieferorthopäden, sie seien im Bereich des „Zählerichtens“ tätig statt im Bereich des Enhancement. Wenn die kieferorthopädische Versorgung als Therapie und als Enhancement betrachtet und gefördert wird, können wir mehr Patienten ansprechen und behandeln und auch diejenigen einschließen, die nach einer Alternative zur herkömmlichen, „umfassenden“ kieferorthopädischen Versorgung suchen.

Marc Bernard Ackerman, DMD  
Bryn Mawr, Pennsylvania

## Literatur

1. The President's Council on Bioethics. Staff Working Paper: Distinguishing Therapy and Enhancement. Available at: <http://www.bioethics.gov/background/workpaper7.html>. Accessed 12 January 2006.
2. Wylie, W. Malocclusion—Malady or Malformation? *Angle Orthod* 1949;19:3–11.