

Zu. 32 Bundeszahnärztekammer, PKV und Beihilfe lösen Auslegungsfragen der Gebührenordnung für Zahnärzte - GOZ -

Beschlüsse des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen

Die Bundeszahnärztekammer, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Beihilfestellen von Bund und Ländern haben im Jahr 2013 die Einrichtung eines Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen vereinbart, um im partnerschaftlichen Miteinander daran zu arbeiten, die Rechtsunsicherheit nach der Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zu beseitigen. Das neue Gremium hat die Aufgabe übernommen, grundsätzliche Auslegungsfragen der GOZ, Fragen der privat Zahnärztlichen Qualitätssicherung sowie Fragen des Inhalts und der Abgrenzung privat Zahnärztlicher Leistungen zu diskutieren und möglichst einvernehmlich zu beantworten. Ein wichtiges Ziel ist dabei die Verbesserung der Beziehung zwischen Patient, Zahnarzt und Versicherungsmitarbeiter in der täglichen Praxis.

Link: https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b/Beratungsforum_Beschluesse.pdf

Beschluss Nr. 32.

NICO (Behandlung einer chronischen Kieferostitis als Störfeld)

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.

Hier vorgelegt die Dokumentation der verschiedenen Stellungnahmen zu Beschluss Nr. 32 von Dr. Lechner, Dr. Höhne (Vorstand der DEGUZ),

von Anwalt Dr. Lechner und BZÄK an Gesundheitspolitiker des Bayerischen Landtags (MdL) und des Deutschen Bundestages (MdB) in anonymisierter Form.

Übersicht der Chronologie

1. 09-10-2019 Lechner an MdB:

Mit Anlage 1: Patientenbericht zur medizinischen Wirksamkeit der Sanierung von NICO-Störfeldern im Kieferbereich-

Mit Anlage 2: Wissenschaftliche Literatur zu Knochenmarksdefekte ("NICO") und Gesichtsschmerz/Trigeminusneuralgie

Mit Anlage 3: Stellungnahme der International Academy of Oral Medicine & Toxicology (IAOMT-USA) zur Osteonekrose der Kieferknochen

2. 10-01-2020 Lechner an MdL

3. 27-01-2020 Schreiben Anwalt von Dr. Lechner an BZÄK betr. Nr 32

4. 11-02-2020 Stellungnahme von BZÄK an Abgeordnete MdB auf mein o.g. Schreiben vom 09-10-2019

5. 18-02-2020 Lechner an MdB/MdL Antwort auf o.g. Schreiben BZÄK an MdB/MdL

Anlage 1: Publikation Lecher/von Baehr zu RANTES/CCL5 und fettig-degenerativer Osteolyse

Anlage 2: Förderung Entwicklung Ultraschallgerät durch Bayr. Saatsministerium

Anlage 3: Publikationen PubMed Lechner und Koautoren in wissenschaftlichen Journals

Anlage 4: Lechner und Koautoren werden zitiert mit Publikationen

Anlage 5: Drei Bände zu „Kavitätenbildende Ostelysen des Kieferknochens“

6. 24-02-2020 Stellungnahme von BZÄK an Anwalt von Lechner

7. 17-04-2020 Stellungnahme von BZÄK an MdB

8. 14-06-2020 Lechner an MdB als Antwort auf BZÄK vom 17-04-2020

Anhang #4: Stellungnahme DEGUZ zu Nr. 32
(Anhänge 1 bis 5 bereits weiter oben zitiert)

9. 09-10-2020 Lechner an MdL/MdB

Übersicht Anhänge chronologisch: (siehe alle weiter oben bereits aufgeführt)

a) Erste Stellungnahme Lechner an Herrn MdB, weitergeleitet von Herrn MdB

..... an BZÄK nach Gespräch mit Lechner

b) Antwort Bundeszahnärztekammer BZÄK an Herrn MdB ...

c) Antwort Lechner an Herrn MdB auf Schreiben BZÄK mit 4 Anhängen

10. 13-10-2020 MdL an Lechner

11. 23-10-2020 Lechner an MdL/MdB

Die Korrespondenz

1. 09-10-2019 Lechner an MdB:

Herrn

MdB

Betr.: Beschlüsse des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen. Hier Nr. 32: *„Bei der Behandlung der sogenannten NICO (Neuralgia Inducing Cavitational Osteonecrosis), der fettig-degenerativen Osteolyse/Osteonekrose im Kieferknochen, handelt es sich um medizinisch nicht notwendige Maßnahmen, da die Wirksamkeit durch wissenschaftlich medizinisch fundierte Studienuntersuchungen nicht belegt ist.“*

Link:

https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b/Beratungsforum_Beschluesse.pdf

sehr geehrter Herr MdB

Die Trigeminus-Neuralgie bzw. der Gesichtsschmerz, ist eine qualvolle Erkrankung, bei der herkömmliche Schmerztherapien häufig versagen. Die Betroffenen werden oft auf Dauer arbeits- und erwerbsunfähig

(Frühverrentung). Die Trigeminus-Neuralgie hat die zweithöchste Selbstmordquote (nach Depression) von allen Erkrankungen.

Umso erstaunlicher muss der Beschluss des o.g. Beraterforums von Bundeszahnärztekammer, privaten Kostenträgern und Beihilfestellen von Bund und Ländern erscheinen: Diese bezeichnen die Sanierung des Kieferknochens zur Therapie der Neuralgie als „medizinisch nicht notwendige Maßnahme“, da „die Wirksamkeit durch wissenschaftlich medizinisch fundierte Studienuntersuchungen nicht belegt“ sei. Diese unredliche Begründung verschweigt a) die Tatsache, dass zahlreiche Studien in der Literatur vorliegen, die die Wirksamkeit belegen (Anlage #1) und b) dass es keine einzige Studie gibt, welche die vermeintliche Unwirksamkeit der Kiefer-Sanierung belegt. Den Kostenträgern bekannte Einzelfälle werden bewusst ausgeblendet oder ignoriert (Anlage #2 gekürzte, dramatische Patienten-Berichte). Zusätzlich ist der Beschluss völlig intransparent, da die verantwortlichen fachlichen Verfasser namentlich nicht genannt sind.

Der Pathologie-Professor J.E. Bouquot (USA; University of Huston) hat bereits 1996 eine Ursache der Trigeminus-Neuralgie beschrieben: Er nennt sie NICO (Neuralgia Inducing Cavitational Osteonecrosis), eine Zersetzung des Knochenmarks im Kiefer. Diese fettige Masse löst die Neuralgien aus. Entfernt man diese fettige Masse mit einem einfachen zahnärztlichen Eingriff, sind oft die Schmerzen wie weggeblasen. Die Betroffenen beginnen ein neues Leben. Über 1000 Zahnärzte, organisiert in verschiedenen internationalen Fach-Gesellschaften (IAOMT (USA) mit Anlage #3, DEGUZ, GZM, BNZ (alle in D)) kennen und praktizieren diese Therapien. Am schlimmsten: Die konfrontative Feststellung des Gremiums verhindert jeden wissenschaftlichen Diskurs von vorneherein und macht medizinischen Fortschritt zugunsten der unter Neuralgie leidenden Patienten unmöglich.

Der o.g. Beschluss hat zum Ziel, die Sanierung des Kieferknochens als „medizinisch nicht notwendige Maßnahme“ nicht in den Leistungskatalog der Versicherungen und Beihilfestellen aufzunehmen. Folge: Nur wohlhabende oder reiche Patienten können sich deshalb eine Sanierung ohne Vergütung leisten. Das ist ein Missstand, den das Forum als „medizinisch nicht notwendig“ fälschlich zementiert und damit die Übernahme von Kosten rigoros ausschließt. Es kann aber nicht sein, dass die Behandlung einer Erkrankung, welche die Betroffenen bis in den Selbstmord treibt, als „medizinisch nicht

notwendig“ zur bloßen Privatsache erklärt wird. Die o.g. Vorurteile sind sachlich nicht fundiert und stören das Vertrauen in notwendige medizinische Leistungen derer, die an Gesichts-Neuralgien leiden.

Ohne Sie in eine Wissenschaftsdiskussion verwickeln zu wollen: Bitte helfen Sie über Ihr politisches Amt auf Bundesebene mit, eine Änderung des o.g. Beschlusses zu erreichen. Nur so ist den Trigemini-Patienten zu helfen. Und nur so kann dieser völlig unverständliche Widerstand gegen medizinisch notwendige Hilfestellungen beseitigt werden. Gerne stehen meine Kollegen und ich Ihnen zum Gespräch und mit weiteren Informationen zur Verfügung.

Hochachtungsvoll

Dr.Dr.(PhD-UCN) J. Lechner

Anlage 1:

Patientenbericht zur medizinischen Wirksamkeit der Sanierung von NICO-Störfeldern im Kieferbereich

(gekürzt und anonymisiert; Patienten stehen zum persönlichen Gespräch zur Verfügung)
Frau Dr. E schreibt: Insgesamt 17 Kollegen aus dem Zahnärztlichen / Kieferchirurgischen Bereich innerhalb 3 Monate, davon haben die meisten Kollegen mich NICHT behandelt und in die Psychoschiene gerückt., Praxis...haben mich ernst genommen, eine richtige Diagnose gestellt, OP durch Dr. Lechner führte zur völligen Schmerzfremheit nach fast 3 Monaten unerträglichen Zahnschmerzen im li OK, die zum Schluss trotz eines hohen Konsums von Analgetika nicht mehr beherrschbar waren. Für mich eine katastrophale Bilanz, dass so etwas in Deutschland passiert, für mich grenzt das an Körperverletzung und Unterlassene Behandlung / Hilfeleistung und verantwortungslos, dass so viele Kollegen einen solchen Verlauf in die Psycho- Ecke rücken.
Frau G schreibt: Die chronischen diffusen Schmerzen im linken Oberkiefer sind weg. Mein "normaler" Zahnarzt konnte mir da nicht helfen. Aber jetzt sind die Schmerzen komplett weg.

Frl. G schreibt: Vor fünf Jahren begann der Niedergang meiner Gesundheit, kurz nach meiner Weisheitszahn-OP, bei der alle vier Zähne unter Vollnarkose entfernt wurden. Vor 6 Monaten kämpfte ich dann (mal wieder) mit einer Kieferhöhlenentzündung, dachte ich.Meine Hausärztin schickte mich darauf zum Neurologen, Verdacht: Trigemini-Neuralgie.Beim Zahnarzt wurde mir versichert, dass eine Trigemini-Neuralgie nur bei älteren Menschen auftritt, und nie von den Zähnen kommen kann. Zu diesem Zeitpunkt hatte ich etwa stündlich Schmerzattacken, vor allem nachts. Ich suchte einen zweiten Neurologen auf, dieser bescheinigte mir eine Trigemini-Neuralgie Nachdem ich ca. fünf Stunden in der Notaufnahme unter unvorstellbaren Schmerzen gewartet hatte, wurden mir zunächst zwei herkömmliche Schmerzmittel verabreicht, danach Morphin, danach ein Beruhigungsmittel.. ...leider stellten sich die Schmerzen nicht ein, ich konnte jedoch nicht mehr allein laufen, da sie Doppelbilder und extremen Schwindel auslösten. ..Ich verbrachte dann eine Woche im Krankenhaus, und es wurden verschiedene Untersuchungen durchgeführt. Bei der Besprechung des MRT stellten die Ärzte eine Anomalie in meinem Gehirn fest und präsentierten diese als Ursache der Trigemini-Neuralgie. Eine OP am Gehirn (nach Janetta) oder eine lebenslange Einnahme der

benebelnden Epileptikermittel seien die einzigen beiden Lösungen, ich solle mir das mit der OP jedoch gut überlegen, da ich noch sehr jung sei, und noch lange mit den möglichen Komplikationen leben müsse. Die Ärztin erklärte mir meine Möglichkeiten in weniger als fünf Minuten und verwies mich auf Google, bezüglich des weiteren Vorgehens und eines Neurochirurgen. ...Eine OP am Gehirn war eine Horror-Vorstellung. Wir erhielten zum Glück kurzfristig einen Termin zur Diagnose, und es stellte sich heraus, dassich einen toten Zahn und eine toxische Zahnwurzel hatte, und NICO in allen vier Weisheitszahnfächern. Ca. vier Wochen später unterzog ich mich der ersten OP: Als ich danach das schmerzstillende Epileptikermittel absetzte, waren die Trigeminusschmerzen verschwunden. Es geht mir so gut, wie seit vielen Jahren nicht mehr.

Frau G. schreibt: Meinen 1. Operation vom 26.02. habe ich sehr gut überstanden. Die Fäden der Operationswunde im hinteren rechten Kiefer hat mir mein Zahnarzt entfernt. Seit diesem Zeitpunkt habe ich mit meiner Trigeminusneuralgie keine Schmerzen mehr!!

Frau K. schreibt: ein ganz großes Dankeschön, ich bin überglücklich und möchte Ihnen eine kurze gesundheitliche Zwischenstandmeldung geben. Sie hatten mich am rechten Oberkiefer mit extremer Trigeminusneuralgie operiert. **Jetzt:** Seit 6 Tagen bin ich fast schmerzfrei! Das heißt ich brauche kaum noch Schmerzmittel!!! Diese Woche habe nur noch 2 x 400 Ibuprofen benötigt. **Vorher:** täglich Ibuprofen 800-1600mg, Tramal (Morphium ähnliches Schmerzmittel). Manchmal dachte ich, ich werde an dieser Kiefergeschichte sterben, soweit war es schon. So oft weinte ich und auch jetzt, wenn ich darüber nachdenke. Es war die Hölle!

Frau K. schreibt: Ich litt für einige Jahre an neuralgischen Beschwerden in einer Gesichtshälfte. Ich suchte einige Zahnärzte auf, die mir nicht helfen konnten, jedenfalls mit diesem Problem nicht und eines Tages damit endeten, dass ich eine Praxis vor Beginn der Behandlung sofort wieder verließ.... Heute 15 Monate später nach Abschluss der unglaublich wirkungsvollen Behandlung sind meine Beschwerden im Gesicht völlig verschwunden.

Frau K schreibt: Im Sommer 2011 entfernte man mir den nächsten Backenzahn links. Die Schmerzen besserten sich ein wenig. Ende November bekam ich trotz Schmerzen 2 Implantate eingesetzt. Nach einer Woche hatte ich wieder höllische Schmerzen, besonders in der Nacht. Ich schlief fast keine Nacht durch. Ich nahm jeden Tag starke Schmerzmittel, damit ich überhaupt zur Arbeit konnte. Meine körperliche Energie war total am Ende. Dann kam der erlösende Tag. Am 15. Februar 2012 operierte mich Dr. Lechner am linken Oberkiefer. Nach ca. 4 Wochen war ich fast schmerzfrei.

Frau K. schreibt:Ca. ein halbes Jahr später hatte ich das erste Mal eine 2-wöchige Trigeminusneuralgie mit stärksten Schmerzen. Bis heute hatte ich ca. 2-3 mal im Jahr für jeweils 1-3 Wochen an einer starken Trigeminusneuralgie zu leiden. Unzählige Untersuchungen, Arztbesuche, Röntgenaufnahmen, MRT's, Schienenanpassungen, Spritzenbehandlungen, Physiotherapien, usw. folgten, doch niemand konnte mir helfen. Hr. Dr. Lechner hat endlich die Ursache, eine NICO mit Narbenneurom aufgrund einer OP vor 13 Jahren, entdeckt und erfolgreich entfernt. Ich habe nun endlich keine chronischen Schmerzen mehr!

Frau M. schreibt: Mich plagten seit ca. 8 Jahren ganz schlimme Trigeminusschmerzen rechts unten im Gesicht. Es vergeht kein Tag an dem ich keine starken einschließenden Schmerzen habe im Gesicht und dazu noch ganz schlimme Schmerzanfälle..... Und von einer OP den Nerv zu durchtrennen oder zu polstern wurde mir abgeraten, da man bei mir die richtige Stelle nicht finden konnte und es eine sehr schwere OP wäre direkt am Hirn und dazu wäre ich zu jung, da die Risiken zu hoch sind. Mein Hausarzt hat mir mittlerweile die Tabletten Carbamazepin verschrieben, wo ich bereits 4 Stück am Tag einnehme, aber es kommen immer diese schlimmen Schmerzanfälle.... Es wurde dann das Kiefer aufgeschnitten und ein matschiges Gewebe das sich vom Kieferknochen gelöst hat entfernt, da es wohl auf den Nerv drückte, der gleich darunter verläuft.. Danach war ich komplett schmerzfrei und das Lachen und mein normales Leben kommt langsam wieder zurück und ich konnte mein Carbamazepin bereits langsam um eine Tablette wieder zurückfahren. Ich gehe mittlerweile auch wieder zur Arbeit und es klappt ganz gut mit dem vielen Sprechen im Büro, das mir vorher großen Schmerz bereitete.

Mme C schreibt: First of all, I want to thank you for your last surgery in June (the 23rd). The results were miraculous: no more pains and less and less tiredness! I remember you that I was suffering for over 10 years from neuralgic trigeminal pains. Few days after the surgery, my body clearly indicated to me that "hard analgics" (especially clonazepam) that I was taking from many years were no more needed, incredible!

Frau Dr. R. schreibt an Ihre Privatversicherung: ...Zu Ihrer Information teile ich Ihnen mit, dass ich in beiden UK- Winkeln, regio 48, 38 und Umgebung, rezidivierende Schmerzen über Monate hatte, deren Ursache vom ortsansässigen Kieferchirurgen nicht diagnostiziert werden konnte.... Glauben Sie ernsthaft, dass ich mich, da ich selbst Zahnärztin bin, zwei Mal einer Kieferoperation unterziehen würde, wenn keine Notwendigkeit bestanden hätte? Glauben Sie, dass ich die Behandlung in München hätte durchführen lassen, wenn ich in Berlin einen Kollegen gefunden hätte, der über eben diese Diagnosemöglichkeit verfügt? Die Schmerzattacken waren zeitweise so heftig, dass ich nur mit hochdosierten Schmerzmitteln leben konnte... Meine Wunden sind inzwischen verheilt und ich bin beschwerdefrei.

Frau R schreibt: Um Anderen zu helfen schreibe ich in Kurzform meine schmerzvolle Geschichte mit atypischen Gesichtsschmerz/ Trigeminusneuralgie, ausgelöst durch Kiefererweichungen (NICO) sowie die dadurch ausgelösten Körperschmerzen. Im Juni 2011 bekam ich Schmerzen in der Achillessehne, Ausstrahlung und Verschlimmerung in der ganzen rechten Seite (HWS, Auge, Ohrensauen, Schwindel, Schulter, Arm, Rücken, ISG; Knie, Ferse, Schienbein). Nach 16 unterschiedlichen Arztbesuchen, unter anderem auch Uni Kliniken, wurde dann endlich entdeckt, dass die Schmerzen vom Kiefer kommen. Erst wurde festgestellt, dass auch der Weisheitszahnbereich (8er und 9er) mit sehr erweichten Kieferknochen (rechts und links) sich darstellte. Der erweichte Kieferknochen- NICO wurde entfernt vom Zahnarzt Dr. Johann Lechner in München. Nach 3 erfolgreichen Operationen (Ober-und Unterkiefer) bin ich vom atypischen Gesichtsschmerz/ Trigeminusneuralgie geheilt und die Schmerzen im Körper sind ebenso weg. ..Leider werden bis heute die chronischen Erweichungen im Kieferknochen von der Schulmedizin, Krankenkassen oder Zahnheilkunde bis heute nicht wahrgenommen und die gesundheitlichen Auswirkungen nicht ernst genommen.

Frau R schreibt: Grauenvolle Trigeminusschmerzen führten mich Anfang Mai 2018 Z1J einer Neurologin, die all meine Beschwerden auf meine MS, die Anfang 2005 festgestellt wurde, schob. Noch nie in meinem Leben hatte ich vergleichbare Schmerzen! Die kleinste Bewegung, sprechen, schlucken, essen einfach alles ließ mich vor Schmerz in Sekunden erstarren. Daher war ich auch gerne bereit die Neuroleptika, die mir die Neurologin verordnete, einzunehmen. Die Schmerzen wurden dadurch erträglich, verschwanden jedoch nicht. Nach schauerhaften Berichten anderer Betroffener, die ich alle auch kannte bis hin zu Selbstmordgedanken, fand ich Ihre Seite über die Behandlung von Gesichtsschmerzen und Trigeminusneuralgie... Am 3. Tag nach der OP war er weg und blieb es bis heute!!!!

Frau S schreibt: Seit 2003 regelmäßig alle 2-3 Wochen sehr starke Schmerzen im linken Oberkiefer, die dann 2,5 Tage anhielten. (Diagnose: „Trigeminus“). Seit OP im li OK nur noch LEICHTE Schmerzen mit Abstand von circa 6 Wochen gegenüber früher 2-3 Wochen.

Frau T schreibt: ..Meine Beschwerden und Schmerzen nahmen für mich dramatisch zu: Trigeminusneuralgie links. Seit der OP am 09.07.2015 (linker Unterkiefer) haben sich die Trigeminusschmerzen (80 – 100 %) zunehmend gebessert und seit 31.08.2015 sind sie nicht mehr aufgetaucht.

Frau Z schreibt: ... Ich habe seit den OP 's wegen Kieferostitis im Seitenzahnbereich endlich Ruhe und bin Ihnen sehr dankbar. Also tausend Dank, dass Sie mich von den oft unerträglichen Schmerzen meist über viele Jahre befreit haben.

Frau G schreibt: ... Dr. E. war mit der Lösung des Schmerzbereiches ebenfalls überfordert. Ich suchte

2008 noch insgesamt vier weitere Zahnärzte auf. Niemand von allen Ärzten konnte eine klare Diagnose erstellen, geschweige denn eine Befreiung von den Schmerzen herbeiführen... Ende Juli war die erste Operation rechts unten. Inzwischen sind die Gesichts-Schmerzen weg, die Migräneanfälle sind seltener und schwächer. Die große Unsicherheit und der Leidensdruck sind weggenommen.

Frau A schreibt: ... Unmittelbar nach dem Operationseingriff sind die qualvollen Gesichtsschmerzen in der linken Gesichtshälfte aufgetreten... Trotz alledem sicherten mir der HNO-Arzt sowie der Kieferspezialist zu, es sei alles gut gelaufen.... Nur unter größter Anstrengung konnte ich einen Arbeitsalltag führen. Dann 2008: erste Operation, Ende März 2008: zweite Operation --) absolut erfolgreich!!!! Keine Gesichtsschmerzen in der linken Gesichtshälfte mehr und dies seit 1992. Unbeschreiblich!

Frau B schreibt: Meiner (allzu) langen Krankengeschichte ist nur zu deutlich zu entnehmen, dass die zahnmedizinische Vorversorgung im Besonderen nicht adäquat gewesen sein kann, unter anderem Neurologische Probleme, betreffend dem Trigeminusnerv. Sämtliche von mir zuletzt konsultierten Zahnärzte (5 an der Zahl) ignorierten die von mir beschriebenen NICO-Ostitis-Symptome, die sich bei der von Ihnen am 10.08.10 durchgeführten Operation bestätigt haben.

Frau M schreibt: ... Noch hinzufügen möchte ich, dass ich sehr häufig auch mit Psychopharmaka behandelt worden bin. Ich habe alles mit mir machen lassen, sogar 14 Tage in Kiel in der Nervenambulanz habe ich auf mich genommen. Aber alles ohne Erfolg. Mit stärksten Beruhigungsmitteln spürte ich trotzdem noch die furchtbaren Schmerzen. Ein normales Leben war für mich nicht mehr möglich... So ging es mir über 25 Jahre, eine einst so fröhliche, lustige Frau ist zum Wrack geworden, ich wusste nicht wie ich weiter leben sollte.... Nun bin ich bei Ihnen ca. 1 Jahr in Behandlung. Meine Schmerzen sind schon bedeutend besser geworden. Nach jeder Operation merke ich, dass die Schmerzen besser werden. Nun hoffe ich sehr, dass mir noch bei den nächsten Operationen meine restlichen Schmerzen genommen werden.

Frau M schreibt: Ich hatte über einen längeren Zeitraum (ca. 4 Jahre) diverse Nervenschmerzen in der rechten oberen Gesichtshälfte bis zum Auge..... Die Nervenschmerzen auf der rechten Seite verschwanden, kamen nach einer Woche noch mal für eine paar Wochen in abgeschwächter Form wieder und verschwanden dann ganz. Seit ca. 4 Monaten bin ich beschwerdefrei.

Frau S schreibt: Wie Sie sicher wissen, hatte eine Berliner Zahnärztin vor etwa einem Jahr bei einer Wurzelbehandlung des Zahnes 47 meinen Trigeminusnerv verletzt. Nun habe ich seit dieser Behandlung Schmerzen im Bereich des Austrittspunktes des Nerves. Seit der Kiefersanierung im vierten Quadranten sind die Anfall-Schmerzen nahezu verschwunden.

Frau D schreibt: ich habe selber 12 Jahre an Trigeminusneuralgie gelitten und alle mir bekannten Methoden zur Heilung versucht., alles ohne Erfolg. Schulmedizinisch: Kopfoperation nach Janetta, Schmerzen sofort noch in der Intensivstation. Akupunktur, Neuraltherapie, Schlangengift, Craniosacral u.s.w. Es halfen nur die "Timoniltableten" Durch die Selbsthilfegruppe in Amerika bin ich endlich auf das "Cavitat"-gerät gestoßen, das zeigt ob eine Degeneration des Kiefernknorpels vorliegt. Zu diesem Zahnarzt, der solch ein Gerät hat, bin ich nach München gefahren. Und siehe da, mein Kiefernknorpel an den Neuralgieschmerzen war komplett degeneriert und hat so den Nerv gereizt. Der Zahnarzt hat im Januar 2009 die Stelle saniert und seitdem habe ich NICHTS MEHR. Das ist für mich wie ein Wunder.

Herr H schreibt: Nach dem Eingriff im rechten Oberkiefer hat die OP meine Frau noch einige Tage mitgenommen, danach ging es ihr mehr als eine Woche lang stetig besser. Sie schlief erstmalig seit mehr als 3 Jahren wieder eine Woche ohne Schmerzmittel.

Frau L schreibt: Seit zwei Jahren hatte ich ständig Schmerzen an beiden Gesichtshälften – links stärker als rechts – mit steigender Intensität. Im Juli/ Aug. war ich bei einer Zahnärztin, die mich gründlich untersuchte und an Hand von Röntgenbildern keine Ursachen für meine Schmerzen erkennen konnte. **Ergebnis: keine Schmerzlinderungen.** Anschließend, Aug. .. war ich beim Kieferchirurgen in der Klinik am Johannesplatz in Leipzig, nach gründlicher Untersuchung konnte er keine Ursache für meine Gesichtsschmerzen feststellen. **Ergebnis: keine Schmerzlinderungen.** Da die Zahnärztin und der Kieferchirurg keine Ursachen für die Gesichtsschmerzen fanden, bin ich im Internet auf den Dr. Lechner in München aufmerksam geworden. Ich wurde von ihm aufgeklärt, dass diese Untersuchungen und alle daraus resultierenden Behandlungen – also auch Operationen - bei den Kassen nicht abrechnet werden dürfen. Der Grund dafür ist, dass dieses Cavitat Ultraschallverfahren wissenschaftlich in Deutschland nicht anerkannt ist....Er zog mir den Weißheitszahn - links oben und musste, aufgrund des stark entzündeten Kieferknochens unter diesem Weißheitszahn, den Kiefer operieren. **Ergebnis: Schmerzlinderungen nach erfolgter Wundheilung auf der linken Gesichtseite.** Im Okt.... entfernte der Dr. Lechner mir den Weißheitszahn rechts oben und musste ebenfalls das entzündeten Kieferknochenstück unter diesem Zahn entfernen. **Ergebnis: auch Schmerzlinderungen nach erfolgter Wundheilung auf der rechten Gesichtseite.....**Diese **3. Operation** erfolgte von Dr. Lechner am 20.06.....Er operierte unter dem, von der Zahnärztin vorher gezogenen Weißheitszahn und musste ein Stück von dem entzündeten Kieferknochen entfernen. **Ergebnis: nach erfolgter Wundheilung ist die linke Gesichtseite beschwerdefrei!**...Er operierte am 26.09....den Kiefer rechts unten, unterhalb des von der Frau Dr. Mochalski gezogenen Weißheitszahnes an der Stelle, wo bereits im Dez.....die vertragszahnärztliche Leistung durch Ausfräsen erbracht wurde. **Ergebnis: nach erfolgter Wundheilung ist auch die rechte Gesichtseite beschwerdefrei!** Heute, nach 16 Monaten (seit Behandlungsbeginn im Juli/ Aug. ...) habe ich endlich nach 4 erfolgreichen Operationen keine Gesichtsschmerzen mehr! Nach jeder der 4 Kieferknochenoperationen verschwanden die Schmerzen zunehmend in beiden Gesichtshälften.

Frau N schreibt: Ich hatte über einen längeren Zeitraum (ca. 4 Jahre) diverse Beschwerden, die allerdings schwer einzuordnen waren u. a. Nervenschmerzen in der rechten oberen Gesichtshälfte bis zum Auge. Eine Zuordnung zu einem oder mehreren Zähnen war nicht möglich....Kieferostitis an verschiedenen Stellen (bereits entfernte Zähne) wurden als Störfelder identifiziert und die Sanierung wurde an 2 Terminen vorgenommen. ...Die Nervenschmerzen auf der rechten Seite verschwanden, kamen nach einer Woche noch mal für eine paar Wochen in abgeschwächter Form wieder und verschwanden dann ganz. Seit ca. 4 Monaten bin ich beschwerdefrei.

Usw.usw.....

Anlage 2:

Wissenschaftliche Literatur zu Knochenmarksdefekte (“NICO”) und Gesichtsschmerz/Trigeminusneuralgie (Ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

- Medeiros Abrahim NM et al. Focal osteoporotic bone marrow defect with unusual presentation, *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, **57**, 3, (183), (2016).
- Luciana Yamamoto Almeida, Rogério Bentes Kato, Michel Campos Ribeiro and Jorge Esquiche León, Focal Osteoporotic Bone Marrow Defect Mimicking a Mandibular Cystic Lesion, *Journal of Craniofacial Surgery*, **25**, 4, (e324), (2014).
- Sang-Chil Lee, Chang-Hwa Jeong, Ho-Yong Im, Seong-Young Kim, Jae-Young Ryu, Hak-Yeol Yeom and Hyeon-Min Kim, Displacement of dental implants into the focal osteoporotic bone marrow defect: a report of three cases, *Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, **39**, 2, (94), (2013).

- D. Sundararajan and J. Bouquot, Clinical Pathologic Conference Case 6: A Painful Multilocular Radiolucency, *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, **115**, 5, (e49), (2013).
- Diego Mauricio Bravo-Calderón, Denise Tostes Oliveira and Wagner Humberto Martins dos Santos, Bilateral osteoporotic bone marrow defects of the mandible: a case report, *Head & Face Medicine*, **8**, 1, (2012).
- Santos Silva JA et al. Bone Marrow Defect Of The Mandible. Case Report, *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, **51**, 2, (91), (2010).
- P. Haen, T. Ranoarivony and J.-B. Seigneuric, Foyers d'hématopoïèse intramandibulaire. Une pathologie méconnue, *Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale*, **110**, 3, (155), (2009).
- Wesley E. Shankland, II and Jerry E. Bouquot, Focal Osteoporotic Marrow Defect: Report of 100 New Cases with Ultrasonography Scans, *CRANIO®*, **22**, 4, (314), (2004).
- Frances M. Gordy, Karen M. Crews and M. Kevin O Carroll, Focal osteoporotic bone marrow defect in the anterior maxilla, *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, **76**, 4, (537), (1993).
- L.C. Schneider, M.L. Mesa and D. Fraenkel, Osteoporotic bone marrow defect: Radiographic features and pathogenic factors, *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, **65**, 1, (127), (1988).
- Miro Makek and Glenn E. Lello, Focal osteoporotic bone marrow defects of the jaws, *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, **44**, 4, (268), (1986).
- Ralph W. Correll and William B. Wescott, Asymptomatic, Ill-defined Radiolucent Area in the Posterior Body of the Mandible, *The Journal of the American Dental Association*, **107**, 3, (460), (1983).
- Lipani CS, Natiella JR, Greene GW Jr. The hematopoietic defect of the jaws: a report of sixteen cases. *J Oral Pathol*. 1982 Dec;11(6):411-6.
- Bouquot J, Martin W, Wroblewski G. Computer-based thru-transmission sonography (CTS) imaging of ischemic osteonecrosis of the jaws - a preliminary investigation of 6 cadaverjaws and 15 pain patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod* 2001; 92:550.
- Bouquot J, Roberts A. NICO (neuralgia-inducingcavitationalosteoneerrosis): radiographic appearance of the "invisible" osteomyelitis. Presented at the Annual Meeting of the American Academy of Oral Pathology, May 1992, San Francisco, CA.
- Bouquot JE, Christian J. Long-term effects of jawbone curettage on the pain of facial neuralgia; treatment results in NICO (neuralgia-inducing cavitationaleosteonecrosis). *ORAL SURG ORAL MED ORALPATHOL* 1991;72:582(abst).
- Bouquot JE, Christian J. Long-term effects of jawbone curettage on the pain of facial neuralgia: treatment results in NICO (neuralgia-inducing cavitationaleosteonecrosis). *ORAL SuRG ORAL MiEDORALPATHOL* 1991;72:582.
- Bouquot JE, Margolis M, Shankland WE II. Through-transmission alveolar sonography (TTAS) – a new technology for evaluation of medullary diseases. Correlation with histopathology of 285 scanned alveolar sites (abstract). Proceedings, annual meeting. American Academy of Oral/Maxillofacial Pathology, New Orleans, April 2002
- Bouquot JE, Roberts A. NICO (neuralgia-inducing cavitationaleosteonecrosis): radiographic appearance of the "invisible" osteomyelitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 74: 600.
- Bouquot JE, Roberts AM, Person P, Christian J. Neuralgia-inducing cavitationaleosteonecrosis (NICO). Osteomyelitis in 224 jawbone samples from patients with facial neuralgia *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1992 Sep;74(3):348-50
- Bouquot JE, Shankland WE II, Margolis M. Through-transmission alveolar ultrasonography (TAU) - new technology for evaluation of bone density and desiccation. Comparison with radiology of 170 biopsied alveolar sites of osteoporotic and ischemic disease *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod* 2002; 93
- Bouquot JE. Neuralgia-inducing cavitationaleosteonecrosis (NICO) *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992, 73:307-19.

- Bouquot JE., Spolnik K., Deardorf K., Adams W.: Microscopic examination of bone from 205-technetium 99M MDP maxillofacial hot spots without evidence of active dental, periodontal or sinus disease. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology* Volume 98, Issue 2 , 197, August 2004
- Bouquot, J.E. Ischemia and infarction of the jaws-the "phantom" pain of NICO. (1994). *Cranio***12**:138-139.
- Brandes ME, Allen J, Ogawa Y, Wahl SM: Transforming growth factor 1 suppresses acute and chronic arthritis in experimental animals. *K Clin Invest* 1991; 87: 1108-1113.
- Brown. NICO. Necrotizing ischemic chronic osteitis. (1996). *Pract. Periodontics Aesthet. Dent.***8**:916.
- Killey HC, Kay LW. Inflammatory diseases of the jawbones. In: Gorlin RJ, Goldman HM, eds. Thoma's oral pathology. 6th ed. St. Louis: CV Mosby, 1970;335-58. Topazian RG, Goldberg MH. Management of infections of the oral and maxillofacial regions. Philadelphia: WB Saunders, 1981;232-66.
- Loeser JD. Tic douloureux and atypical facral pain. In: Wall PD, Melzack R eds. Textbook of pain. New York: Churchill Livingstone, 1984:426-34.
- Motang, W., Xiwei, J., Qingrong, I. and Sanyou, Z. "A Study of the Relation Between the various Trigger Zones of Idiopathic Trigeminal Neuralgia and Jaw Bone Cavities." *Acta Acad. Med. Sichuan* 13 f3 (1982) 233-238.
- Mucke L, Maciewicz R. Clinical management of neuropathic pain. *NeurolClin* 1987;5:649-63.
- Raskin N. Atypical facial pain. Discussion at Sixth Annual Meeting of the American Association for the Study of Headache, Quebec, Canada, June 1987
- Ratner Ei, Person P, Kleinman Di, etat. Jawbone cavities and trigeminal and atypical facial neuralgias. *ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL*1979;48:3-20.
- Ratner EJ, Langer B, Evins ML.: Alveolar cavitation osteomyelitis - manifestations of an infectious process and its implication in the causation of chronic pain. *J. Periodontol* 1986; 57:593-603.
- Ratner EJ, Person P., Kleinman DJ, et al.: Jawbone cavities and trigeminal and atypical facial neuralgias. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1979; 48:3-20
- Ratner EJ, Person P., Kleinman DJ.: Oral pathology and trigeminal neuralgia. II. Histopathologic observations [Abstract]. *J Dent Res* 1976; 55(B); 299.
- Roberts AM, Person P. Etiology and treatment of idiopathic trigeminal and atypical facial neuralgias. *ORAL SuRG ORAL MED ORAL PATHOL*1979;48:298-308.
- Roberts AM, Person P, Chandran NB, Hori JM. Further observations on dental parameters of trigeminal and atypical facial neuralgias. *ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL* 1984; 58:121-9.
- Segall and del Rio. Cavitation bone defect: a diagnostic challenge. (1991). *J. Endod.***17**:396-400.
- Socransky SS, Stone C, Ratner E, Person P. Oral pathology and trigeminal neuralgia. III. Microbiological examination [Abstract]. *J Dent Res* 1976;55(B):300.
- Shaber and Krol. Trigeminal neuralgia- a new treatment concept. (1980). *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* **49**:286-293.
- Selby G. Disease of the fifth cranial nerve. In: Dyck PJ, Thomas PK, Lambert, Bunge R. Peripheral neuropathy. Philadelphia: WB Saunders, 1984;1224-65.
- Wannfors and Hammarstrom. Infectious foci in chronic osteomyelitis of the jaws. (1985). *Int. J. Oral Surg.***14**:493-503.
- Zebedin et al., Chronic recurrent multifocal osteomyelitis of the lower jaw. (1998). *Rofo Fortschr. Geb. Rontgenstr. Neuen Bildgeb. Verfahr* **169**:551-554.
- Lechner J, von Baehr V. Peripheral Neuropathic Facial/Trigeminal Pain and RANTES/CCL5 in Jawbone Cavitation, Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, vol. 2015, Article ID 582520, 9 pages, 2015. doi:10.1155/2015/582520

Anlage 3:

Stellungnahme der International Academy of Oral Medicine & Toxicology (IAOMT-USA) zur Osteonekrose der Kieferknochen

Stand Juli 2014

Die IAOMT-USA stützt sich auf die Auffassung, dass wissenschaftliche Forschung der Grundsatz aller diagnostischen und therapeutischen Modalitäten sein sollte. Gemäß dieser Einstellung wurde die folgende Stellungnahme unter Berücksichtigung von Quellen aus Fachbüchern, Forschungsarbeiten und fachlektorierten Zeitschriften aus der ganzen Welt abgefasst.

Geschichte: Ein Überblick über die Literatur zur Osteonekrose der Kiefer beim Menschen zeigt, dass Forschung und Publikation in den 1860er Jahren begannen, als Barrett [1] und Noel [2] erstmals erkennbare Kieferdefekte beschrieben. Noel ging noch einen Schritt weiter, indem er Darstellungen des pathologischen Kiefers als „tot“ oder weniger gravierend als „vermindert vital“ unterschied. G. V. Schwarz widmete in seinem Lehrbuch von 1915 ein ganzes Kapitel einer Beschreibung der Erscheinung und Behandlung von Kiefer-Osteonekrosen. [3] Leider gerieten diese Arbeiten offenbar bis in die 1970er Jahre in Vergessenheit, bis dann weitere Forschungen zum Thema einsetzten, wobei Osteonekrose der Kiefer nun auch Eingang in moderne Lehrbücher der oralen Pathologie fand. [4] [5] Seitdem erschienen Artikel zur Osteonekrose in fachlektorierten Zeitschriften wie dem „Journal of Endodontics“, dem „Journal of Periodontics“, der „Oral Surgery-Oral Medicine-Oral Pathology“, der „General Dentistry“ und dem „Journal of Craniomandibular Practice“. Leider bleibt das Thema unter Zahnmedizinern umstritten. [6]

Die kontroverse Diskussion: Es wird zwar anerkannt, dass klinisch feststellbare und histologisch bestätigte Fälle osteonekrotischer Pathologie in fast allen anderen Knochen des menschlichen Körpers auftreten, dennoch bezweifeln einige Mediziner noch immer, dass diese Erkrankung auch in Alveolarfortsätzen des menschlichen Ober- und Unterkiefers vorkommen kann. [7] In einem laufenden Verfahren gegen einen Osteonekrosebehandlung anbietenden Zahnarzt wurde von einem Gutachter des Ausschusses für Zahnheilkunde des Bundesstaats Pennsylvania wurde dieses gekippt, indem der Gutachter festgestellt hatte, dass 1) Osteonekrose von der Mehrheit der Zahnpathologen als pathologische Erkrankung angesehen wird, 2) eine Behandlung dieser Erkrankung den Behandlungsgrundsätzen des Staates Pennsylvania entspricht, 3) der Einsatz „transalveolärer Ultraschall Sonographie“ mit einem Gerät namens Cavitat™ die Diagnose dieser Knochenpathologie unterstützt. [8] Der Umstand, dass das weltweit am meisten verbreitete Standardwerk zur Oralpathologie die chronische Osteonekrose im Kiefer und deren Behandlung beschreibt, erhebt die Diagnose und Behandlung dieser Erkrankung von einer umstrittenen Theorie zu einem wissenschaftlich bestätigten Sachverhalt. [5] Die IAOMT hofft, dass zuständige Behörden auf Bundes- und Landesebene sich mit dem derzeitigen Forschungsstand zur Osteonekrose vertraut machen und ihre Ansichten zu diesen Sachverhalten auf „wissenschaftliche Forschung“ stützen, statt persönliche Meinungen oder Lobbytätigkeiten in den Vordergrund zu heben.

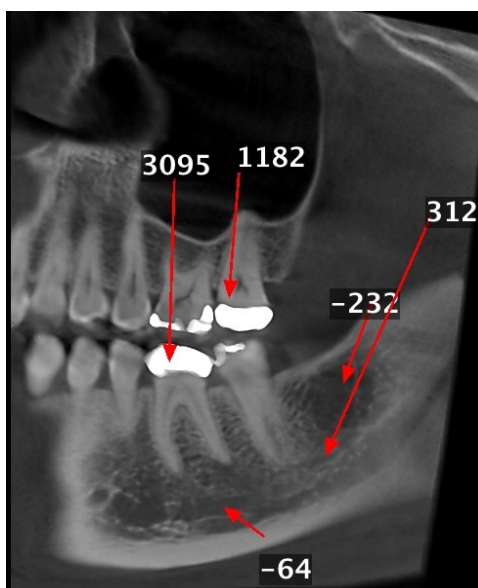
Damit Zahnärzte und Patienten über Osteonekrose aufgeklärt werden können, muss die Existenz der Erkrankung als solche anerkannt werden. Auch bekannt als aseptische Knochennekrose, Knocheninfarkt, neuralgieinduzierende hohlraumbildende Osteonekrose, Hohlraumbildungen verursachende Osteolyse usw., ist das Vorliegen eines nekrotischen oder absterbenden Knochens im Kiefer eine bekannte Pathologie beim Menschen. [9] Wissenschaftliches Vorgehen belegt klar und deutlich, dass pathologisch beobachtete Bereiche von Osteonekrose/Osteolyse in menschlichen Kiefern anzutreffen sind. Diese Knochendefekte stellen sich unter klinischer Beobachtung auf vielerlei Weise dar. Es gibt Hinweise, dass über 75 % aller Läsionen völlig ausgehöhlt oder mit weichem, graubraunem und breiigem Gewebe gefüllt sind, häufig in Verbindung mit gelblich öligem Material (sog. Ölzysten) in den defekten Bereichen bei unauffälliger umgebender Knochenanatomie. [10] Andere Fälle verzeichnen das Vorliegen von „Kavitationen“ mit überlagerten kortikal dichtem Knochen, die bei Öffnung mit faserig schwarzen, braunen oder grauen Filamenten ausgekleidet scheinen. [11] Wieder andere Berichte beschreiben beträchtliche Veränderungen, die abwechselnd als „kiesig“, „sägemehlartig“, „Aushöhlungen“ und „trocken“ bei gelegentlich sklerotischer, zahnähnlicher Härte der Hohlraumwandung geschildert werden. Diese Läsionen ähneln laut histologischer Untersuchung der Nekrose anderer Knochen im Körper und sind histologisch von einer Osteomyelitis klar zu trennen. [12] Die IAOMT vertritt deshalb die Auffassung, dass Osteonekrose ein Erkrankungszustand ist, der in menschlichen Kieferknochen auftreten kann. Seit Kurzem wurde die noch unveröffentlichte DNS-Analyse der biopsierten

Inhalte osteonekrotischer Läsionen verfügbar. Diese DNS-Werte zeigen deutlich, dass Osteonekrose mit einer großen Zahl potenter anaerober Bakterien durchsetzt ist.

Diagnose: Eine Diagnose wird von dem Umstand erschwert, dass Osteonekrose auf den in der Zahnmedizin gängigen Röntgentechniken fast unsichtbar ist. Ratner u. a. haben festgestellt, dass der Erkrankungszustand manchmal als auf Zahnfilm „nicht nachweisbar“ bezeichnet wird, da über 40 % des Knochens verändert sein müssen, um auf marktüblichen Dentalröntgenbildern als krankhaft verändert zu erscheinen. [13] Die Deutung von Zahnfilmen ist subjektiv, daher kommt es nicht selten vor, dass ausgebildete Wissenschaftler und Mediziner bei denselben Aufnahmen zu unterschiedlichen Deutungen gelangen. [14]

Aus diesen Gründen sind Tech-99-Scans, MRI mit Filtern, CAT-Scans, Digitalröntgenografie, „transalveoläre Ultraschall Sonographie (TAU)“ (Cavitat™) [15] und andere Verfahren zur Abbildung dieser Läsionen erforderlich. Ultraschallsysteme der Marke Cavitat™ werden allerdings nicht mehr hergestellt, obwohl zahlreiche Praktiker sie viele Jahre lang für Diagnosen verwendet haben.

Die dreidimensionale digitale Volumentomografie (DVT) hat sich als zuverlässige Methode für das Erkennen und Abschätzen von Größe und Ausmaß intraossärer Defekte im Kiefer bewährt. [16] Die wesentliche Einschränkung bei zweidimensionaler (periapikaler und panoramischer) Bildgebung ist, die Anatomie nicht in drei Dimensionen wiedergeben zu können, was naturgemäß zur Überlagerung anatomischer Strukturen führt, die auffällige Bereiche verdecken und die diagnostische Aussagekraft eines Bildes verfälschen können. Vor allem bei Defekten oder Pathologien im Unterkiefer kann der dichte kortikale Knochen den Blick auf die darunter liegenden Strukturen nachhaltig versperren. Außerdem gibt ein DVT dem behandelnden Arzt eine erheblich genauere Diagnose (geringere Verzerrung, geringere Vergrößerung usw.) als die zweidimensionale Bildaufbereitung. Sie kann eine auffällige Läsion in 3-D (frontal, sagittal, koronal) abbilden, eine hochpräzise Vermessung mit integrierten Werkzeugen ermöglichen und mittels hochentwickelter Software, die auch Bildbearbeitung umfasst, das Aufdecken intraossärer Defekte erleichtern. [17] [18] Andere klinische Studien haben gezeigt, dass DVT-Bilder auch die Bestimmung des Inhalts einer Läsion (flüssige Füllung, Granulomatose, feste Füllung usw.) ermöglichen und damit zwischen entzündeten Läsionen, odontogenetischen oder nicht-odontogenetischen Tumoren, Zysten und anderen gutartigen oder bösartigen Läsionen zu unterscheiden helfen. [19] [20] Solch ein Bild ist nachweislich bei Diagnose und Behandlung von Osteonekrose-/Osteolysearealen von Nutzen wie: 1) Bestimmen von Größe, Ausdehnung und Lage einer Läsion und deren Nähe zu angrenzenden, lebendigen Körperstrukturen wie dem N. alveolaris inferior, der Kieferhöhle oder benachbarten Zahnwurzeln, 2) der Festlegung des konservativen Ansatzes einer operativen oder nichtoperativen Behandlung und 3) der postoperativen Abbildung zur Ermittlung der ggf. erforderlichen Nachbehandlung einer Läsion. Wenngleich es zu wenige klinische Studien zum Einsatz der DVT bei osteonekrotischen Läsionen gibt, ist doch offensichtlich, dass die Anwendung dieser Technik bei Diagnose und Analyse anderer Auffälligkeiten in der Kieferhöhle, unter denen viele einer Osteonekrose recht ähnlich sehen, ein wichtiges Diagnosehilfsmittel sein kann.



DVT-Wiedergabe einer Kavitation am dritten Molar, versehen mit Radiodichtemessungen nach Hounsfield.

Weitere Methoden wie die von Ratner beschrieben sind: Palpieren und Drücken, diagnostisches Spritzen örtlicher Betäubungsmittel, ggf. Anamnese und Lage eines ausstrahlenden Schmerzes und andere manuelle Untersuchungsmethoden. Das Problem wird durch den Umstand vergrößert, dass einige osteonekrotische Läsionen schmerzhaft sind, woher der Begriff der neuralgieverursachenden hohlraumbildenden Osteonekrose (Neuralgia Inducing Cavitational Osteonecrosis, NICO) stammt. Dieser beschreibt eine neuralgische Komponente, während andere osteonekrotische Läsionen reizlos sind, weder Schmerz, Schwellung, Rötung und nicht einmal Fieber verursachen. [\[21\]](#) Die histologischen Kennzeichen sind dieselben, aber die Symptome unterscheiden sich. Wir gehen davon aus, dass physiologische Erkrankungen, die bisher keiner Osteonekrose zugeschrieben wurden, weiterer Untersuchung bedürfen. [\[22\]](#)

Folgen für den Körper: Neuere Forschungsergebnisse von Lechner und von Baehr bestätigen, dass osteonekrotische Läsionen erhöhte Spiegel von Entzündungsbotenstoffen aufweisen, vor allem von RANTES und FGF-2. Studien belegen, dass erhöhte RANTES-Spiegel bei vielen physiologischen Erkrankungen wie Arthritis, atopischer Dermatitis, Nephritis, Colitis, voranschreitender MS und Parkinson, Alopezie oder Schilddrüsenerkrankungen vorliegen. Es wurde auch gezeigt, dass RANTES Tumorwachstum begünstigt. Bei Prostatakrebs fördert FGF-2 das Anwachsen von Tumoren und Karzinomen. Außerdem besteht ein direkter Zusammenhang zwischen FGF-2-Spiegeln und dem Verlauf, der Metastase und der Prognose von Darmkrebspatienten. Auch Patienten mit Magenkarzinom haben erheblich höhere FGF-2-Spiegel in ihrem Serum als kreisfreie Patienten. Lechner und von Baehr schließen daraus, dass RANTES infolge von Osteonekrose als niederstufiges Entzündungssignal agieren könnte, das RANTES-Spiegel in bestimmten anderen Organen mit langfristig adversen biologischen Auswirkungen erhöht. Osteonekrose kann deshalb als eine Art Entzündungsherd definiert werden.

Beide Entzündungsbotenstoffe sind an vielen schweren Erkrankungen beteiligt. Die hohen RANTES/FGF-2-Spiegel in Osteonekroseläsionen wurden von Lechner/von Baehr mit den Spiegeln dieser Entzündungsbotenstoffe verglichen, die bei anderen Systemerkrankungen wie amyotrophe Lateralsklerose (ALS), multipler Sklerose (MS), rheumatoider Arthritis und Brustkrebs beobachtet worden sind. Die Spiegel dieser in der Osteoporose entdeckten Botenstoffe sind höher als im Serum und im Liquor cerebrospinalis bei ALS oder bei MS. Die aktuellen Forschungsergebnisse von Lechner/von Baehr zeigen eine fünffache Erhöhung von RANTES in Osteonekroseläsionen der Kiefer bei Brustkrebspatientinnen. Sie weisen darauf hin, dass osteonekrotisch bedingte RANTES-Überexpression Brustkrebs fördern kann.

Der auffälligste Befund der Studien waren die hohen Spiegel bei RANTES und FGF-2, die in 97 % der untersuchten Gewebe vorlagen. Korrelationen zwischen RANTES- und FGF-2-Spiegeln in NICO-Gewebe waren statistisch signifikant. Die hohen RANTES/FGF-2-Spiegel bei Osteonekrosepatienten zeigen, dass Osteonekrose als entartetes metabolisches Muster beschrieben werden kann, das ähnliche und sich gegenseitig verstärkende pathogene Signalwege zu anderen Organen aufbaut. Als Reaktion auf Gefahrensignale scheint das Immunsystem aktiviert zu werden, worauf diverse immanente molekulare Signalwege ins Spiel kommen, die zu inflammatorischer Zytokinproduktion und zu einer möglichen Aktivierung des adaptiven Immunsystems führen. Die Studien legen nahe, dass aufgrund der RANTES/FGF-2-Produktion die Osteonekrose eine essenzielle Ursache von Entzündungserkrankungen sein könnte. Osteonekrose und die davon hervorgerufenen Botenstoffe stellen einen gemeinsamen Hintergrund von Entzündungserkrankungen und deren potenzieller Ätiologie dar. Die Behandlung der Osteonekrose könnte der Schlüssel zur Heilung dieser und anderer Entzündungserkrankungen sein.

NICO ist ein chronischer, heimtückischer und subtiler Prozess. Die Abwesenheit akuter Entzündungen oder Symptome wird von der Tatsache untermauert, dass akute proinflammatorische Zytokine wie TNF-Alpha und IL-6 bei Osteonekrose nicht vermehrt auftreten. Die Abwesenheit akuter Entzündungen zeigt an, dass die Verbreitung chronischer immunologischer Prozesse im Zusammenhang mit Osteonekrose von RANTES/FGF-2 gesteuert wird. [\[23\]](#) [\[24\]](#) [\[25\]](#) [\[26\]](#)

Behandlung: Sobald Lage und Größe der Läsionen bestimmt sind, werden angemessene Behandlungsmodalitäten benötigt. Die IAOMT geht davon aus, dass es in der Regel inakzeptabel sei, „tote

Knochen“ im menschlichen Körper zu belassen. Man nimmt an, dass Osteonekroseläsionen Herde für körpereigene Toxine sein können, die die allgemeine Gesundheit des Patienten beeinträchtigen. Lange Zeit wurde Schefelwasserstoff (H₂S) als die toxischste Substanz betrachtet, die der menschliche Körper erzeugen kann. Dann allerdings entdeckte die Affinity Labeling Technologies Lab Corporation Toxine, die in Proben aus Osteonekrosebiopsien auf fünf wesentliche Enzyme der menschlichen Atmungskette erheblich toxischer wirkten als H₂S. [27] Zur Bestätigung diagnostizierter Osteonekrose und zum Ausschließen anderer Erkrankungen (wie z.B Krebs) ist eine Biopsie ausschlaggebend. Danach muss eine Behandlung die vorliegende Pathologie beseitigen und das Wachstum gesunder Knochensubstanz anregen. In der fachlektorierten Literatur scheint derzeit die OP mit Ausräumung der abgestorbenen Knochensubstanz die bevorzugte Behandlung von Osteonekrose zu sein. Epinephrin mit Lokalanästhetika sollte nicht verabreicht werden, da die Durchblutung ohnehin schon aufgrund der Osteonekrose gehemmt ist. Nach einer umfassenden „operativen Dekortikation und Kürettage“ [5] der Läsion und Ausspülung mit steriler Kochsalzlösung wird die Heilung durch das Implantieren thrombozytreichen Fibrins (Platelet-Rich Fibrin, PRF/PGRF) in die ossäre Kavität gefördert. [28] [29] [30] [31] Thrombozytreiches Fibrin bei chirurgischen Eingriffen ist nicht nur hinsichtlich der Blutgerinnung von Vorteil, sondern auch im Hinblick auf das Freisetzen von Wachstumsfaktoren über einen Zeitraum von bis zu vierzehn Tagen postoperativ. [32] Vor der Anwendung von PRF-Implantaten wurden postoperative Rückfälle der osteonekrotischen Kieferläsion bei 40 % aller Fälle beobachtet. [33] Es ist anzumerken, dass eine 40-%ige Versagerquote der OPs dann auftrat, wenn keine weiteren Maßnahmen wie PRF/PGRF im Behandlungsprotokoll vorgesehen waren.

Auch alternative Verfahren sind zu untersuchen, die in Europa und in anderen Teilen der Welt als primäre oder unterstützende Therapien angewendet werden. Dazu gehören Homöopathie, elektrische Stimulation, Bestrahlung mit Laser oder IR, Ozon-Sauerstoff-Therapie, Sanumprodukte, Ernährung und Supplemente, Energiebehandlungen usw. Die IAOMT geht davon aus, dass diese Behandlungsmethoden untersucht und als wirksam bestätigt bzw. als unwirksam ausgesondert werden sollten. [34] Pflegestandards zur korrekten Heilung und Entgiftung sind zu entwickeln. Verfahren zur Erfolgsbewertung sind zu prüfen und zu normieren. Protokolle oder Verfahren zur Festlegung der Behandlung, sofern angemessen, sollten einer Validierung zugeführt werden.

Die Wissenschaft hat gezeigt, dass Osteonekrose eine mit verminderter Durchblutung einhergehende Erkrankung ist. [35] Die träge medulläre Durchblutung und der Umstand, dass Osteonekroseläsionen einen Druck ausüben, der den des gesunden Knochenmarks um das Zwei- bis Vierfache übertrifft, behindern den Transport von Antibiotika und die körpereigene Immunabwehr. Genetische Veranlagung, Auswirkungen bestimmter Medikamente, Trauma und Infektion sowie andere Faktoren wie Rauchen oder atmosphärische Extreme führen zur Ausbildung von Osteonekrose. [36] In keinen anderen Knochen ist das Risiko von Trauma und Infektion so groß wie in den Kieferknochen. Menschen mit schlechtem Immunsystem sind am meisten durch Osteonekrose gefährdet. [37]

(Ohne Bisphosphonatassoziierte Osteonekrose):

Ausbildung: Berufskollegen sollten Patienten auf genetische Veranlagungen für verminderte ossäre Durchblutung überprüfen und Labore beauftragen, die die Prüfung von Risikofaktoren für erhöhte Blutgerinnung im Knochengewebe anbieten. [46] Risikofaktoren aus Lebensumständen, aus Medizin und Genetik sowie frühere medizinische und zahnmedizinische Behandlungen zu kennen und zu prüfen ist unabdingbar. Korrekte prä- und postoperative Behandlung bei Extraktionen und anderen Knocheneingriffen ist indiziert. Des Weiteren ist der Patient über postoperative Ernährung, Durchblutungskontrolle und Vorsorge zu informieren. Die weitere Aufklärung zahnmedizinischer Verbände und Organisationen bezüglich des aktuellen Forschungsstands in Sachen Osteonekrose ist erforderlich. Falls Entscheidungen anhand überalterter Daten gefällt werden, weil Mediziner veralteten Therapiestandards folgen, gibt es keine Grundlage für weiterführende Forschung, Erkenntnis oder Behandlung unserer Patienten. Die IAOMT fordert die zahnmedizinischen, medizinischen und wissenschaftlichen Organisationen auf, bei Diagnose, Behandlung, Eindämmung und letztlich Vermeidung von Osteonekrose des Kiefers weiterhin streng wissenschaftlich vorzugehen.

Zusammenfassung: Osteonekrose der Kiefer, ob assoziiert mit Bisphosphonat, Epinephrin inklusive Lokalanästhetikum, genetischer Veranlagung oder körpereigenen Faktoren, ist zusammengenommen ein heimtückischer Erkrankungsverlauf. Das breit gefächerte Spektrum anaerober Pathogene, ihrer Toxine und

Überexpression von Entzündungsbotschaften i Kieferknochen sind Risikofaktoren für eine Systemerkrankung. Obwohl die meisten Osteonekroseläsionen auf gewöhnlichen Röntgenbildern schwer zu diagnostizieren und meist nicht schmerzhaft sind, sollte man nie voreilig davon ausgehen, dass keine Erkrankung vorliegt. Es gibt viele andere Krankheitsverläufe, die schwer zu diagnostizieren sind und viele, die nicht schmerzhaft sind. Wenn wir allein Schmerz als Indikator für Behandlungen auffassten, würden weder Parodontose noch Diabetes oder Krebstumore behandelt. Heutigen Zahnärzten stehen viele Mittel zur erfolgreichen Behandlung der Osteonekrose der Kiefer zur Verfügung, und ein Übersehen der behandlungsbedürftigen Erkrankung ist nicht weniger ernst zu nehmen als das Übersehen und die ausbleibende Behandlung einer Parodontose. Ein Paradigmenwechsel ist in der Zahnmedizin erforderlich, um dem Beispiel der Ärzteschaft beim Erkennen einer Osteonekrose zu folgen im Sinne der Gesundheit und des Wohlergehens der uns anvertrauten Patienten.

Literatur

- [1] Barrett WC: Oral Pathology and Practice. Philadelphia, PA, S.S. White Dental Mfg. Co, 1898
- [2] Noel HR: A lecture on caries and necrosis of bone. Am J Dent Sci (series 3):189, 1868
- [3] Black GV: A work on special dental pathology. Chicago: Medico-Dental Co, 1915; 388-391
- [4] Ratner EJ, Person P, Kleinman DJ, et al: Jawbone cavities and trigeminal neuralgia and atypical facial neuralgias. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1979; 48: 3-20
- [5] Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and Maxillofacial Pathology. Philadelphia: WB Saunders Co; 2009: 866-869.
- [6] Donlon, WC: Invited Commentary on Neuralgia-inducing Cavitational Osteonecrosis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol März 1992; 73, Nr. 3: 319-320
- [7] Freedman PD, Reich, FR, Steinlauf AF: Letters to the editor. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, Juli 1998; 86 Nr. 1: 3-4.
- [8] Hearing Examiner's Proposed Adjudication and Order, Commonwealth of Pennsylvania, Bureau of Professional and Occupational Affairs v. Stephen R. Evans, DDS, Mai 10, 2007
- [9] Bouquot JE, Roberts, AM, Person P: Neuralgia-inducing Cavitational Osteonecrosis (NICO): Osteomyelitis in 224 jawbone samples from patients with facial neuralgias. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1992; 73: 307-319
- [10] Shankland WE, et al: Medullary and Odontogenic Disease in the Painful Jaw: Clinicopathologic Review of 500 Consecutive Lesions. Cranio 2002; 20, Nr. 4: 295-303
- [11] Ratner EJ, Person P, Kleinman DJ, Shklar G, Socranky SS: Jawbone cavities and trigeminal and atypical facial neuralgias. Oral Surg 1979, 48, Nr. 1: 3-20
- [12] Bouquot JE, Roberts AM, Person P: Neuralgia-inducing cavitational Osteonecrosis (NICO): Osteomyelitis in 224 jawbone samples from patients with facial neuralgias. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1992; 73: 312-315.
- [13] Ratner EJ, Person P, Kleinman DJ, et al: Jawbone cavities and trigeminal and atypical facial neuralgias. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1979; 48, mo. 1: 3-20.
- [14] Cohen S: Diagnostic procedures. In: Pathways of the pulp. 6th ed. Cohen S. Burns RC (eds). St. Louis: CV Mosby Co; 1994:10.
- [15] Imbeau J: Introduction to Through-Transmission Alveolar Ultrasonography (TAU) in Dental Medicine. Cranio April 2005, Vol. 23, Nr. 2: 100-112.

- [16] Esposito SA, et al. A Novel Method to Estimate the Volume of Bone Defects Using Cone-Beam Computer Tomography; an In Vitro Study. JOE 2013 Sept; 39(9): 1111-1115.
- [17] M. Joujeim, T.J. Pihoda, et al. Evaluation of high-resolution cone-beam computed tomography in the detection of simulated inter-radicular bone lesions. Dentomaxillofacial Radiology (2009) 38, 156-162
- [18] B. Felipe, et al. Comparison between cone-beam and multi-slice computed tomography for identification of simulated bone lesions. Braz. oral res. [online]. 2011, Jg. 25, Nr. 4, S. 362-368. ISSN 1806-8324.
- [19] Tyndall DA, Rathore S. Cone-Beam CT Diagnostic Applications: Caries, Periodontal Bone Assessment, and Endodontic Applications. Dent Clin N Am 52 (2008) 825-841
- [20] Patil NA, Gadda R, Salvi R. Cone Beam Computed Tomography: Adding the Third Dimension. J Contemp Dent 2012;2(3):84-88
- [21] Bouquot JE, LaMarche MG: Ischemic Osteonecrosis under fixed partial denture pontics: Radiographic and microscopic features in 38 patients with chronic pain. J Prosthetic Dent 81: 148-158.
- [22] Bouquot JE: Characterization and identification of chemical toxicants isolated from cavitational material and infected root canal teeth; in situ testing of teeth for toxicity and infection. Proceedings of Annual Meeting, International Academy of Oral Medicine and Toxicology; San Diego, CA; 1997
- [23] Lechner J, VonBaehr V. Rantes and fibroblast growth factor in jawbone cavitations; Triggers for systemic disease? International Journal of Medicine 2013: 6, 277-290.
- [24] Lechner J, Mayer W. Immune messengers in neuralgia inducing cavitational osteonecrosis (NICO) in jawbone and systemic interference. European Journal of Integrative Medicine. 2 (2010) 71-77.
- [25] Lechner J. Chronic osteonecrosis of jawbone (NICO): Unknown trigger for systemic disease and a possible new integrative approach? J Altern Med Res 2013;5(3):243-250
- [26] Lechner J., von Baehr V. Hyperactive signaling pathways of chemokine RANTES/CCL5 in osteopathies of jawbone in breast cancer patients—case report and research. Breast Cancer: Basic and Clinical Research 2014: 8, 89-96.
- [27] Haley B. Characterization and identification of chemical toxicants isolated from cavitational material and infected root canal teeth; in situ testing of teeth for toxicity and infection; Proceedings of Annual meeting, International Academy of Oral medicine and Toxicology; San Diego, California; 1997
- [28] L. He, Y. Lin, X. Hu, Y. Zhang, and J. We, „A comparative study of platelet-rich fibrin (PRF) and platelet-rich plasma (PRP) on the effect of proliferation and differentiation of rat osteoblasts in vitro.” Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2009 Nov;108(5):707-13
- [29] M. Thorat, A.R. Pradeep, and B. Pallavi, „Clinical effect of autologous platelet-rich fibrin in the treatment of intra-bony defects; a controlled clinical trial,” Journal of Clinical Periodontology, Jg. 38, Nr. 10, S. 925-932, 2011
- [30] D.M. Dohan, J. Choukroun, A. Diss et al., „Platelet-rich fibrin (PRF): a second-generation platelet concentrate. Art I: technological concepts and evolution,” Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology, Jg. 101, Nr. 3, S. 37-44.
- [31] J.M. Karp, F. Sarraf, M.S. Shoichet, and J. E. Davies, „Fibrin filled scaffolds for bones-tissue engineering: an in vivo study,” Journal of Biomedical Materials Research A, Jg. 71, Nr. 1, S. 162-171, 2004.
- [32] D.M.S. Ehrenfest, G. M. de Peppo, P. Doglioli, and G. Sammartino, „Slow release of growth factors and thrombospondin-1 in Choukroun’s platelet-rich fibrin (PRF): a gold standard to achieve for all surgical platelet concentrates technologies,” Growth Factors, Jg. 27, Nr. 1, S. 63-69, 2009.

- [33] Bouquot, J.E, and McMahon, R.E. Ischemic osteonecrosis in facial pain syndromes; a review of NICO (neuralgia-inducing cavitational osteonecrosis) based on experience with more than 2,000 patients TM Diary 1996; 8:32-39).
- [34] Ali M, et al. Curriculum for Doctorate of Integrative Medicine. Capital University of Integrative Medicine: Washington DC: 2000.
- [35] Glueck CJ, McMahon RE, Bouquot JE, Rabinovich B: Thrombophilia, hypofibrinolysis, and osteonecrosis of the jaws. Oral Surg Oral Med Oral Path 1996; 81:557-566.
- [36] Bouquot, JE, McMahon RE: Neuropathic pain in maxillofacial osteonecrosis. J Oral Maxillofac Surg 2000; 58:1003-1020.
- [37] Brown P, Cran L: Avascular necrosis of bone in patients with human immunodeficiency virus infection: report of 6 cases and review of the literature. Clinical Infectious Diseases 2001; 32:1221-1226.
- [38] Ruggiero SL, Dodson TB, Assael LA, Landesberg R, Marx RE, Mehotra B (Task Force on Bisphosphonate-Related Osteonecrosis of the Jaws, American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons). American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw-2009 update. Aust Endod J 2009; 35:119-130.
- [39] Marx, R.E. Oral and Intravenous bisphosphonate-induced osteonecrosis of the jaws. Chicago: Quintessence. 2011: 11-12.
- [40] Dixon RB, Tricker ND, Garetto LP. Bone turnover in elderly canine mandible and tibia [abstract 2579]. J Dent Res 1997; 76: 336.
- [41] Marx RE, Swatari Y, Fortin M, Broumand V. Bisphosphonate-induced exposed bone (osteonecrosis/osteopetrosis) of the jaws: Risk factors, recognition, prevention, and treatment. J Oral Maxillofac Surg 2005;63: 1567-1575.
- [42] Marx, R.E. Oral and Intravenous bisphosphonate-induced osteonecrosis of the jaws. Chicago: Quintessence. 2011: 59-66.
- [43] Cole, G. Treatment of bisphosphonate related osteonecrosis of the jaw (BRONJ) with oxygen-ozone therapy: a case report. J of Implant and Advanced Clinical Dentistry, Jg. 5, Nr. 5, Mai 2013
- [44] Ripamonti, CI, Maniezzo M, Pessi, MA, Boldini, S. Treatment of osteonecrosis of the jaw (ONJ) by medical ozone gas insufflation. A case report. Tumori 2012. Mai/Juni; 98(3): 72-75.
- [45] Agrillo, A et al. Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw (BRONJ): five year experience in the treatment of 131 cases with ozone therapy. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2012 Nov;16(2): 1741-1747.
- [46] Bick RL: Disorders of Thrombosis and Hemostasis. Clinical and Laboratory Practice. Roger Bick (Hrsg). 3. Aufl., Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Williams; 2002

10-01-2020 Lechner an MdL:

Sehr geehrter Herr MdL.....,

besten Dank für Ihre Weihnachtswünsche und Ihre unterstützenden Worte. Nachträglich noch ein Gutes Neues Jahr für Sie und Ihre Familie.

Zu unserem Schriftwechsel darf ich betonen, dass im Zentrum unserer Beschwerde nicht die – üblichen – finanziellen Fragen der Erstattungspraxis stehen, sondern die Tatsache, dass von einem anonymen, offensichtlich fachkundigen Gremium aus PKV und Kammer eine zahnmedizinisch

ausgelöste schwere Erkrankung, nämlich die Trigeminus-Neuralgie und Gesichtsschmerzen, für nicht existent erklärt wird. Diese völlig undemokratische Entscheidungsfindung betrifft suizidgefährdete Patienten und ist ein sozialpolitischer Skandal. Damit Sie als Gesundheitspolitiker die medizinische Dimension der Betroffenen nachvollziehen können, darf ich die Patientenschilderungen diesem Schreiben nochmals im Anhang beifügen.

Für jede hochwillkommene Unterstützung Ihrerseits bei Ihren Kollegen auf Bundesebene darf ich mich herzlich vorab bedanken.

Mit freundlichem Gruß verbleibe ich

Ihr J. Lechner

27-01-2020 Schreiben Anwalt von Dr. Lechner an BZÄK betr. Nr 32

München, den

07.11.2020

Ko/du 80/19

Anfrage und Bitte um Überprüfung Ihrer Bewertung von „NICO“ und vergleichbaren Krankheitsbildern

Hier: Bitte um dringende Überprüfung und Überarbeitung, wie auch Angebot zum konstruktivem weitergehenden Informationsaustausch, betreffend der von Ihnen veröffentlichten Beschlussfassung Nr. 32 des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sehr geehrter Herr Präsident Dr. Engel,

sehr geehrter Herr Kollege Lemor,

in obiger Angelegenheit erlaube ich mir, die anwaltliche Vertretung des Herrn Dr. Dr. Johann Lechner, Grünwalder Straße 10 a, 81547 München, anzuzeigen. Meine Vollmacht übermittle ich im Original anbei.

Zur Sache möchte ich namens und in Vollmacht meines Mandanten Nachfolgendes zu der im Betreff bereits angesprochenen, von Ihnen veröffentlichten, Beschlussfassung Nr. 32 des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen ausführen.

Bereits an dieser Stelle möchte ich festhalten, dass neben den negativen Konsequenzen dieser Veröffentlichung u.a. auch für meinen Mandanten als Zahnarzt, vor allem auch im Interesse der Patienten, aber auch der Versichertengemeinschaft, eine Überprüfung und Korrektur dieser Veröffentlichung dringend erforderlich erscheint.

Meine Mandant hat sich vorliegend dazu entschlossen, gerade auch im Sinne des ratio des hippokratischen Eides, statt einer konfrontativen anwaltlichen Inanspruchnahme, bzw. möglicher gerichtlicher Initiativen, vorliegend konstruktiv auf Sie zuzugehen, durch mich einen ersten Überblick erarbeiten zu lassen und Ihnen die Möglichkeit zu geben, darauf nun Ihrerseits ebenso konstruktiv zu reagieren, bzw. auch gerne in einen entsprechenden weitergehenden Dialog einzutreten.

Dies zugrunde gelegt, möchte ich mir erlauben, im Einzelnen Folgendes auszuführen:

A. Einführende Anmerkung zum Anlass der vorliegenden Ausführungen und Inanspruchnahme:

In Anbetracht der Komplexität der nachfolgenden Reflektionen, möchte ich mir erlauben, im Folgenden ein paar zusammenfassende Anmerkungen zur Verbesserung des Überblicks vorwegzunehmen:

I. Zugrunde liegende wesentliche Veröffentlichung:

Anlass meiner Einschaltung ist vorliegend insbesondere Ihre Veröffentlichung von

„Beschlüssen des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen“,

insoweit konkret die dort veröffentlichte und im Internet allgemein und kontinuierlich zugänglich gemachte Beschlussfassung Nr. 32 mit der Überschrift

„NICO (Behandlung einer chronischen Kieferostitis als Störfeld)“

II. Äußerst problematischer Inhalt der dortigen Ausführungen:

Die dortige Würdigung stößt auf ganz erhebliche Bedenken, erscheint in verschiedener Hinsicht auch unzutreffend, beeinträchtigt daneben zumindest auch mittelbar die wesentlichen Aufgaben der Medizin und beeinträchtigt meinen Mandanten, wie auch offensichtlich andere Behandler, ganz erheblich auch in ihrem rechtlich, wie auch grundrechtlich geschützten Engagement und Tätigkeitsbereich.

Darin wird in nahezu jeder Hinsicht das Krankheitsbild NICO (*Neuralgia Including Cavitational Osteonecrosis*) in Frage gestellt, so etwa eine öffentliche Anerkennung bestritten, wie auch Behandlungsmaßnahmen als solches für nicht notwendig erklärt, was schon einer oberflächlichen Prüfung nicht standhalten dürfte, da bereits in der Formulierung widersprüchlich.

Betrachtet man dann die tatsächlichen internationalen Fach-Veröffentlichungen, so ist festzustellen, dass auch Ihre hier verbreitete und damit durch Dritte ungeprüft übernommene Behauptung der fehlenden Aufnahme in den internationalen Verzeichnissen, wie etwa ICD-10, so nicht zutreffend ist und das auch offensichtlich eine hier suggerierte Prüfung der internationalen wissenschaftlich medizinischen Erkenntnisse, entweder nicht stattgefunden hat oder ignoriert wurde.

Hinzu kommt, dass demnach wohl eine der wichtigsten und vornehmsten Aufgaben der Medizin, nämlich die Linderung des Leids des Patienten unter Außerachtlassung auch der gesamten höchstrichterlichen Rechtsprechung in Deutschland, verkannt wird:

Selbstverständlich kann die Medizin auch heute definitiv nicht alle Krankheitsbilder erfolgreich bzw. „wirksam“ im Sinne von Heilung behandeln. Selbst das aber ist ebenso selbstverständlich gerade nicht Anlass, deswegen Diagnosen oder Behandlungsmethoden auszuschließen, ansonsten die medizinische Entwicklung zu Lasten ihrer vornehmsten Verpflichtungen stagnieren müsste.

Demnach waren und sind, entgegen Ihrer veröffentlichten Schlussfolgerungen, selbstverständlich und in der Rechtsprechung unstreitig, auch Behandlungen an Krebs, Multipler Sklerose, an HIV, an neuen bzw. neu entdeckten und bisher nicht „heilbaren“ Erkrankungen bzw. Seuchen, - wie aktuell etwa auch die internationalen Bemühungen zur Eindämmung und Bekämpfung einer weiteren Verbreitung, des Coronavirus in China -, medizinisch notwendige Maßnahmen.

III. Aufgabenstellung und Intention der vorliegenden Ausführungen:

Mein Mandant, Herr Dr. Dr. Lechner, hat nun bisher vergeblich seinerseits versucht, insoweit eine Überprüfung Ihrerseits zu erreichen.

Parallel haben auch andere Behandler, trotz langjähriger positiver Erfahrungen und Erkenntnisse sich ergebnislos bemüht, auch nur eine Berücksichtigung der demnach in Ihrer Veröffentlichung ignorierten internationalen Forschungsergebnisse und Behandlungsberichte zu erreichen.

Auch u.a. eine in Deutschland ansässige Vereinigung einschlägig erfahrenen und erfolgreicher Behandler, ICOSIM e.V., bemüht sich insoweit bisher leider vergeblich um Gehör, bzw. Prüfung und Überarbeitung Ihrer so nicht zutreffenden Veröffentlichung.

Vor diesem Hintergrund hat mein Mandant mich, als langjährig im zahnmedizinischen Bereich tätigen Anwalt gebeten und beauftragt, zu versuchen, mir einen neutralen Überblick zu verschaffen, die Situation zu würdigen und geeignete Initiativen zu ergreifen.

Das Ergebnis meiner bisherigen Überprüfung ist die vorliegende Würdigung, in dem Versuch, Sie an unseren Überlegungen und Erkenntnissen teilhaben zu lassen, um damit außergerichtlich die Situation einer klärenden und zukünftigen weiteren Schaden vermeidenden Bereinigung zuzuführen.

Nachdem die bisherigen Bemühungen meines Mandanten bisher bedauerlicherweise ungehört blieben, sei zur Klarstellung an dieser Stelle auch bereits ausgeführt, dass die Prüfung, Überarbeitung und Änderung Ihrer Veröffentlichung jedenfalls auch erforderlich erscheint und hiermit der Ordnung halber namens meines Mandanten auch einzufordern ist, da nach meinem bisherigen

Ermittlungsstand damit u.a. auch in die Rechte meines Mandanten rechtswidrig eingegriffen wurde und erheblicher Schaden begründet wurde und auch weiterhin begründet werden würde.

Insoweit müssen alle weiteren Rechte und Initiativen meines Mandanten der Ordnung halber hiermit ausdrücklich vorbehalten bleiben.

Wir hoffen jedoch, dass Sie die vorliegende Inanspruchnahme zum Anlass nehmen, ihre Veröffentlichungen entsprechend zeitnah zu überarbeiten, womit weitere und ggf. gerichtliche Initiativen vermeidbar sein sollten und wozu wir Ihnen hiermit bereits an dieser Stelle nochmals ausdrücklich einen offenen Dialog und Hilfe und Unterstützung, so etwa durch Versorgung mit medizinischen Erkenntnissen, Erfahrungen und auch internationalen Analysen, Dokumentationen und Veröffentlichungen, gerne anbieten.

B. Zu Ihrer gegenständlichen Veröffentlichung im Einzelnen:

Unbenommen weiterer und hiermit vorbehaltener noch fachspezifisch differenzierter Bedenken möchte ich namens meines Mandanten im Folgenden bereits ein paar ganz wesentliche Überlegungen, aber auch Problemstellungen bzw. Unrichtigkeiten Ihrer gegenständlichen Veröffentlichung, bekanntgeben und um Prüfung und Korrektur bitten:

I. Anmerkung zur Institution und Parteifähigkeit der Bundeszahnärztekammer:

Die Bundeszahnärztekammer ist von der Systematik her gestaltet im Sinne eines eingetragenen Vereins, nach meinem bisherigen Kenntnisstand gegründet mit, inzwischen mehrfach geänderter, Satzung vom 27.03.1953, und eingetragen im Vereinsregister des AG Charlottenburg seit 05.07.2001 und zwar aktuell unter Registernummer VR 20915 B.

Insoweit wäre ggf. auch prozessrechtlich zu berücksichtigen, dass Vereinigungen, wie etwa eine GbR-Struktur, nach der Entwicklung der Rechtsprechung, aber auch der zwischenzeitlichen Reform der ZPO durchaus auch parteifähig im Sinne der ZPO (Zivilprozessordnung) sein können, wie also ggf. auch das zugrunde liegend agierende Beratungsforum und / oder dessen weitere Teilnehmer. - Eine abschließende Würdigung und / oder Prüfung jedoch ist nicht Inhalt der vorliegenden Recherche und wird auch hoffentlich in Zukunft gerade nicht erforderlich.

Zur Vermeidung weiterer, insoweit wohl nicht erforderlicher, Ausführungen insoweit, sei erlaubt, auf die einschlägige Rechtsprechung, so etwa auf die Entscheidung des OLG Köln vom 06.11.2012 im Verfahren unter Az. I – 15 U 221/11 zur dort ebenfalls bestätigten Parteifähigkeit und Passivlegitimation der Bundesärztekammer in einem sehr ähnlich gelagerten Streitfall, sowie die dort zitierte weitere Rechtsprechung, zu verweisen.

II. Zur Passivlegitimation der Bundeszahnärztekammer:

Zur Passivlegitimation der Bundeszahnärztekammer, - im Folgenden auch kurz „BZÄK“ gemäß deren eigener veröffentlichter Abkürzung benannt -, ist an dieser Stelle Folgendes anzumerken:

Unbenommen der Frage der individuellen Identität der Verfasser der Veröffentlichung bzw. der Frage der Mitwirkung sonstiger Beteiligter, macht sich jedenfalls die BZÄK diese hier gegenständlichen Veröffentlichungen ausdrücklich zu Eigen:

- Diese Regelungen bzw. Kommentierungen werden wiederholt zitiert, sind im Internet entsprechend unmittelbar aufzufinden und werden in der Internetrepräsentanz der Bundeszahnärztekammer unter ihrer eigenen Website unter „bzaek.de“ unter der Rubrik „GOZ“, dort unter dem Punkt „Beratungsforum für Gebührenordnungsfragen“ ausdrücklich zur Klärung von Rechtsunsicherheiten beworben und sind dort durch Anklicken unmittelbar einzusehen.
- Wie leider ausweislich den Berichten meines Mandanten, aber demnach auch weiterer Behandler festzustellen, machen sich demnach auch Versicherungen bzw. deren Sachbearbeiter, aber auch Sachverständige und Gerichte diese Veröffentlichungen augenscheinlich ungeprüft zu Eigen, was zu erheblich weiteren negativen Konsequenzen führt.

Insoweit dürfte in entsprechender Anwendung der Ratio der einschlägigen Rechtsprechung, wie nicht zuletzt auch der oben zitierten Entscheidung des OLG Köln vom 06.11.2012, die Passivlegitimation der BZÄK bereits begründet sein.

Höchst vorsorglich sei der Vollständigkeit halber auch noch auf die Struktur des zugrunde liegenden „Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen“ eingegangen:

- In den einschlägigen Veröffentlichungen, wie durch die BZÄK selbst vorgenommen, wird insoweit einfühend Folgendes ausgeführt:
*„Die Bundeszahnärztekammer, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Beihilfestellen von Bund und Ländern haben im Jahr 2013 die Einrichtung eines Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen vereinbart, um im partnerschaftlichen Miteinander daran zu arbeiten, die Rechtsunsicherheit nach der Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zu beseitigen. ...
... Mit der erklärten Zielsetzung, Probleme im Vorfeld zu lösen und dadurch Auslegungsstreitigkeiten oder vielfache gerichtliche Auseinandersetzungen zu vermeiden, haben sich die Mitglieder des Beratungsforum einvernehmlich auf die nachfolgenden Beschlüsse verständigt, die von den Vorständen und Gremien der Mitglieder bestätigt wurden:“*
- Wir gehen derzeit davon aus, dass die Bundeszahnärztekammer als die Institution, die diese Beschlüsse veröffentlicht und darauf auch nachhaltig verweist, hier jedenfalls sich diese zu eigen macht und passivlegitimiert ist.

Im Fall der nicht erhofften gerichtlichen Auseinandersetzung wird dies selbstverständlich ebenso noch weitergehend geprüft und verifiziert werden, wie auch die Frage der möglichen Mithaftung Drittbeteiligter. Wir gehen davon aus, dass es im Moment auf eine vertiefte Würdigung insoweit nicht ankommt, stehen aber für Hinweise oder Erklärungen der BZÄK auch in diesem Zusammenhang sehr gerne zur Verfügung.

III. Frage der Grundlagen und des Ablaufes Ihrer Entscheidungsfindung insoweit:

Ausweislich des oben in Auszügen zitierten einleitenden Hinweises in Ihren Veröffentlichungen zu den zugrunde liegenden Beschlussfassungen ist, wie oben dargestellt, auf ein „partnerschaftliches Miteinander“ mehrerer Beteiligter verwiesen worden.

Im Folgenden wird in der gleichen einleitenden Anmerkung, wie von Ihnen veröffentlicht, unter anderem auch ausgeführt:

„... Das neue Gremium hat die Aufgabe übernommen, grundsätzliche Auslegungsfragen der GOZ, Fragen der privat Zahnärztlichen Qualitätssicherung sowie Fragen des Inhalts und der Abgrenzung privat Zahnärztlicher Leistungen zu diskutieren und möglichst einvernehmlich zu beantworten. Ein wichtiges Ziel ist dabei die Verbesserung der Beziehung zwischen Patient, Zahnarzt und Versicherungsmitarbeiter in der täglichen Praxis.“

Die Umsetzung bzw. Realisierung dieser Grundlagen nun ist insoweit hier nicht leider gesichert nachvollziehbar, da in keiner Weise dargelegt ist, ob hierfür eine Beschlussfassung unter Beteiligung der Landeszahnärztekammern erfolgt ist, ob und welche Rechtsgrundlagen und Regularien es gibt und wie abgesichert ist, dass hier tatsächlich die auch von Seiten meines Mandanten ausdrücklich geschätzte Zielsetzung der „Verbesserung der Beziehung zwischen Patient, Zahnarzt und Versicherungsmitarbeiter in der täglichen Praxis“ gesichert umgesetzt werden kann.

Wie noch auszuführen, darf festgehalten werden, dass der dringende Eindruck im Raume steht, dass genau diese Beschlussfassung Nr. 32 weder den Behandlern, wie meinem Mandanten und auch anderen, insoweit hilft, noch den Patienten, die demnach nämlich ohne wirksame und von den Versicherungen zu tragende Untersuchungsmethodik und ohne wirksame Behandlungsmaßnahmen sprichwörtlich „allein gelassen“ werden. - Vorliegend leiden vielmehr der Patient, der Zahnarzt und

gegebenenfalls im Falle der weitergehenden Konfrontation letztendlich auch der dort zitierte „Versicherungsmitarbeiter“.

Die Einzigen, die daraus vermeintlich Vorteile ziehen, sind die Versicherungsträger, die sich unter Bezugnahme auf diese nach unserer Auffassung inhaltlich unzutreffende Veröffentlichung darauf berufen, dass die BZÄK hier eine Entscheidung veröffentlicht hat, demgemäß man eben nicht für entsprechende Untersuchungs- und / oder Behandlungskosten einzustehen hat.

Es darf auch an dieser Stelle bereits angemerkt werden, dass weder mein Mandant, noch sonstige Zahnärzte, die in diesem Bereich nachweislich langjährig erfolgreich behandeln, angehört wurden, noch die insoweit vorhandenen Institutionen, wie etwa die oben zitierte Vereinigung ICOSIM e.V.

Die Frage stellt sich daher, einerseits, wie das Ganze geregelt ist, andererseits, woher die Kenntnisse stammen, die man hier vermeintlich zugrunde legt, wie diese verarbeitet, geprüft und vor allen Dingen auch eine neutrale Beteiligung aller genannten Interessen gewährleistet wurde und wer dann verantwortlich mit welchen Sachverständigen eine abschließende Würdigung Ihrer Entscheidung zugrunde legt, wie vorliegend gehandhabt.

Nur dann, wenn das Ganze abgewogen und auf rechtsstaatlicher Grundlage entsprechend fundiert geprüft wurde, ist nämlich eine solche Veröffentlichung mit der damit verbundenen Tragweite zu rechtfertigen.

Auch dazu darf ich auf die nachfolgend noch weitergehend zu zitierende Rechtsprechung, wie insbesondere auch die Ausführungen in der oben bereits zitierten Entscheidung des OLG Köln vom 06.11.2012, nochmals höflich verweisen.

Wir wären daher sehr dankbar, wenn Sie uns freundlicherweise die Grundlagen, den Ablauf, die Beteiligten und natürlich auch sehr gerne die Regularien und Protokolle zu der Entscheidungsfindung zur Verfügung stellen könnten.

Wir sind sehr gerne bereit, dies zu überprüfen und unseren weiteren Überlegungen zugrunde zu legen. Unter Berücksichtigung der ganz erheblichen Relevanz dieser Veröffentlichungen wäre ich sehr dankbar, wenn ich hierzu Ihre Stellungnahme, Ausführungen und Dokumentationen bzw. ansonsten eine gerne auch weitergehende Stellungnahme und Würdigung von Ihrer Seite möglichst bitte bis spätestens

28.02.2020

erhalten könnte.

IV. Zum Inhalt der gegenständlich veröffentlichten Beschlussfassung Nr. 32:

Auch erscheint die Beschlussfassung Nr. 32 insoweit widersprüchlich und nach dem hier vorliegenden Informationsstand auch in den wesentlichen Behauptungen unzutreffend.

Es entsteht der Eindruck, als seien hier weder die zugrunde liegenden internationalen Studien und Untersuchungen berücksichtigt worden, noch die Grundlagen der Rechtsprechung zu entsprechenden Vergleichsfällen geprüft worden, sondern vielmehr das Ziel der Ablehnung diesbezüglicher Behandlungsmaßnahmen die alleinige Rechtfertigung für eine überraschend un schlüssige erscheinende Begründung.

Ausdrücklich nochmals ohne Anspruch auf Vollständigkeit sei zu den sich aufdrängenden Bedenken im Einzelnen Folgendes ausgeführt:

1. Zur Widersprüchlichkeit bereits des einleitenden Satzes:

Im ersten Satz wird ausgeführt:

„Bei der Behandlung der sogenannten NICO (...), ..., handelt es sich um medizinisch nicht notwendige Maßnahmen, da die Wirksamkeit durch wissenschaftlich medizinisch fundierte Studienuntersuchungen nicht belegt ist.“

Zunächst einmal sind offensichtlich die vorhandenen Studien, auch wenn diese bezeichnenderweise nicht aus Deutschland stammen, ganz offensichtlich ignoriert worden, da es eine ganze Vielzahl solcher Studien gibt, wie bekannt und durch meinen Mandanten längstens vorgelegt.

Hinzu kommt jedoch, dass es schon denklarer und auch anhand der üblichen Bewertung zur Frage medizinisch notwendiger Behandlungsmaßnahmen einfach falsch ist, dass eine Behandlung deswegen medizinisch nicht notwendig sei, weil angeblich keine medizinisch fundierte Studienuntersuchung die „Wirksamkeit“ belegt.

Wie oben bereits angesprochen, ist die medizinische Wirksamkeit einer Behandlungsmethode im Sinne der gesicherten Heilung, gerade nicht Voraussetzung für die Geeignetheit einer Behandlungsmaßnahme.

Betrachtet man die nach heutigem Stand der Technik noch in den meisten auftretenden Varianten nicht heilbaren Erscheinungsbilder von Krebs, Multipler Sklerose, bzw. zum Beispiel auch nicht heilbaren Erscheinungsbilder von HIV oder anderer, so müsste man jeweils die dort praktizierten Behandlungsmethoden, weil nicht „wirksam“, als „medizinisch nicht notwendig“ disqualifizieren und damit von einer Erstattung durch die gesetzlichen und / oder privaten Versicherungsträger ausschließen.

Das Gegenteil ist der Fall und ist auch in einer Mehrzahl von gerichtlichen Entscheidungen so bestätigt worden, so insbesondere auch durch den BGH (Bundesgerichtshof) in den Veröffentlichungen zur Würdigung von Standardklauseln der privaten Krankenversicherungsträger, wie etwa in der Entscheidung des BGH vom 30.06.1993 im Verfahren unter Aktenzeichen IV ZR 135/92, bzw. in der Entscheidung des BGH vom 30.10.2002 im Verfahren unter Aktenzeichen IV ZR 60/01, in der der BGH im Wesentlichen auf die vorgenannte Entscheidung auch Bezug nimmt.

Auch in der weiteren Entscheidung des BGH vom 10.07.1996 im Verfahren unter Aktenzeichen IV ZR 133/95, hat sich dieser mit der Frage der zu vergütenden Heilbehandlung dort betreffend Aids, auseinandergesetzt.

Unter anderem hat der BGH zum Beispiel klargestellt, dass etwa bei einer HIV-Erkrankung, es also nicht auf die Wirksamkeit der Behandlung ankommen kann. Wie etwa unter RdNr. 21 dieser Entscheidung ausgeführt, ist demnach Folgendes zu berücksichtigen:

„Demnach kann bei einer solchen Sachlage nicht – wie es in der Entscheidung des Berufungsgerichts anklingt – darauf abgestellt werden, ob die Behandlung zur Erreichung des vorgegebenen Behandlungszieles tatsächlich geeignet ist. Vielmehr ist in solchen Fällen die objektive Vertretbarkeit der Behandlung bereits dann zu bejahen, wenn die Behandlung nach medizinischen Erkenntnissen im Zeitpunkt ihrer Vornahme als wahrscheinlich geeignet angesehen werden konnte, auf eine Verhinderung der Verschlimmerung der Erkrankung oder zumindest auf ihre Verlangsamung hinzuwirken. Dabei ist jedenfalls bei schweren, lebensbedrohenden oder lebenszerstörenden Erkrankungen nicht zu fordern, dass der Behandlungserfolg näherliegt als sein Ausbleiben. Es reicht vielmehr aus, wenn die Behandlung mit nicht nur ganz geringer Erfolgsaussicht die Erreichung des Behandlungsziels als möglich erscheinen lässt (vgl. auch BSG ...).“

Das widerlegt diesen Einleitungssatz Ihrer Veröffentlichung augenscheinlich.

Es gibt in großem Umfang Behandlungsmethoden, die durchgeführt und bezahlt werden, ohne dass ihre Wirksamkeit gesichert feststeht, bzw. obwohl man weiß, diese nicht heilen zu können.

2. Unrichtige Unterstellung fehlender wissenschaftlicher Studien:

Unbenommen der Tatsache, dass es nicht zwingend auf die Wirksamkeit als solches im Sinne von „Heilung“ ankommt, wie oben ausgeführt, sind auch bereits in Satz 1 die Tatsachenbehauptungen unzutreffend:

Im Gegensatz zu Ihrer Veröffentlichung gibt es jedoch sogar Behandlungsmethoden, die nachweislich wirksam sind, und in internationalen „wissenschaftlich medizinisch fundierte(n) Studienuntersuchungen“ auch veröffentlicht wurden.

Tatsächlich ist also demnach genau das Gegenteil Ihrer Veröffentlichungen zutreffend, allerdings hinsichtlich der spezifischen Veröffentlichungen mit Schwerpunkt im Ausland:

Veröffentlichungen seit 1995, so etwa durch Prof. JE Bouquot, unter anderem Professor an der University of Texas, durch Brad Neville, seinerzeit Professor am College of Dental Medicine, Medical

University of South Carolina, Charleston, SC, durch Douglas D. Damm, von der University of Kentucky, College of Dentistry Lexington, KY, durch Carl Allen, seinerzeit Professor an der Ohio State University, und viele andere, wie bereits bekannt gegeben und nachgewiesen, wurden einfach nicht gewürdigt, sondern werden unverständlicherweise ignoriert und geleugnet.

Diese wurden Ihnen beispielhaft durch meinem Mandanten, aber demnach auch Dritte, in umfangreichen Auflistungen benannt. Auf Wunsch können diese gerne nochmals zur Verfügung gestellt werden, was ich auch hiermit namens meines Mandanten nochmals ausdrücklich anbiete.

Ein Bestreiten dieser ist nicht nachvollziehbar, zumal demnach entgegen besserer Kenntnis erfolgt. Es gibt bezeichnenderweise auch keine dies widerlegenden wissenschaftlichen Studien, weswegen umso weniger nachvollziehbar ist, weswegen die internationalen Studien ignoriert werden.

3. Tatsächlich erhebliche Relevanz der damit verbundenen Behandlungserfolge:

Unbenommen dessen aber ist vorliegend insbesondere zu berücksichtigen, dass die durch NICO verursachten Symptome, bzw. die durch die gegenständlich durchgeführten Behandlungsmaßnahmen nachweislich insbesondere erfolgreich beseitigten Neuralgien im Gesichtsbereich, - wie etwa die Trigenimusneuralgie -, laut der einschlägigen Veröffentlichungen neben den Cluster-Kopfschmerzen, zu den am schwersten empfundenen Schmerzbelastungen überhaupt gehören.

Wie ebenfalls als allgemein bekannt zu unterstellen, sind genau diese Schmerzsymptome, statistisch gesehen, eine der häufigsten Gründe für Suizidfälle von Patienten.

Die maßgeblichen Kriterien einer Erkrankung, die also hier gegebenenfalls sogar lebenszerstörend sein können, sind in einem Maße erfüllt, dass allen und vordringlichen Anlass geben müsste, die Interessen der Patienten umso mehr in den Vordergrund zu stellen und einer differenzierten Prüfung der einschlägigen internationalen Veröffentlichungen zuzuführen.

Vor diesem Hintergrund findet bereits der erste Satz dieser Beschlussfassung keine Grundlage unter Berücksichtigung einschlägiger Fachveröffentlichungen und Auswertungen, aber auch unbenommen dessen ganz offensichtlich keine Grundlage in der einschlägigen und längst bekannten oberstgerichtlichen Rechtsprechung in Deutschland.

4. Zum Hinweis in Satz 1 der Veröffentlichung auf „ähnliche Diagnosen“:

Völlig unverständlich für den Fachmediziner, aber auch für den Juristen, ist diese Ausweitung von ohnehin nicht nachvollziehbaren Schlussfolgerungen und Pauschalbehauptungen:

Schon die Bezeichnung von NICO als „sogenannt“ erscheint fragwürdig, wenn man die Vielzahl von internationalen Fachveröffentlichungen betrachtet, die möglicherweise allein nicht getragen werden mit einer insoweit nicht ausschlaggebenden ggf. nicht gleichartigen Veröffentlichungsdichte in Deutschland.

Der Hinweis aber, dass pauschal „ähnliche Diagnosen“, - was auch immer das sein soll -, ebenfalls in sich tragen, dass deren Behandlungsmaßnahmen nicht medizinisch notwendig seien, da die Wirksamkeit nicht belegt ist, begründet Folgenden dringenden Eindruck:

- Man hat nach eigenem Bekunden keine eigenen Erkenntnisse und wissenschaftlichen Analysen, insbesondere sich mit NICO nicht befasst.

- Die international vorhandenen Veröffentlichungen werden nicht reflektiert, wurden ganz offensichtlich nicht gewürdigt, da ansonsten die gesamten Ausführungen so nicht haltbar sind.

- Wenn man die Bezeichnung schon mit „sogenannt“ tituliert und klarstellt, dass man selbst keine Analysen dazu vorliegen hat, dann hat man offensichtlich keine Grundlagen, über eine Abgrenzung zu urteilen.

- Ein Krankheitsbild, das man selbst nicht bewertet habe, kann man nicht zum Anlass nehmen, vermeintlich andere und „*ähnliche*“ Diagnosen zu bewerten, die man schon mangels Identifizierung des angeblich „*sogenannten*“ Krankheitsbildes, gar nicht als ähnlich definieren und erkennen kann.

Auch hier entsteht zusammengefasst der dringende Eindruck, als versuche man, hiermit einen „*Rundumschlag*“ gegen dieses Krankheitsbild und diesen Bereich grundsätzlich vorzunehmen, so etwa, als würde man alles pauschal als medizinisch nicht notwendig betrachten, dass man nicht selbst in eigenen Veröffentlichungen bzw. Veröffentlichungen im Kreis der eigenen Mitglieder und / oder Universitäten als solches bestätigt hat.

5. Zur notwendigen Berücksichtigung auch ausländischer wissenschaftlicher Erkenntnisse

Dabei wird Folgendes übersehen zur ausdrücklichen Notwendigkeit der intensiven Auseinandersetzung auch mit ausländischen wissenschaftlichen Untersuchungen und Erkenntnissen:

- Selbstverständlich ist es äußerst wichtig und mit allen Mitteln zu fördern, dass man auch in Deutschland und an deutschen Universitäten und Universitätskliniken bestmöglich und intensiv Forschung betreibt.
- Es kann aber definitiv nicht ausgeschlossen werden, dass weltweit unter anderen Umständen, klimatischen Einflüssen und sonstigen Gegebenheiten andere Krankheitsbilder grundsätzlicher und / oder häufiger auftreten und / oder hinterfragt und / oder analysiert und behandelt werden, ggf. auch aufgrund anderer Forschungsmöglichkeiten.
- Das ist der Grund, warum es internationale Medizinerkongresse gibt.
- Das ist der Grund, weswegen wir uns immer wieder auch mit bisher nicht bekannten Phänomenen zu befassen haben, die ggf. im Ausland deutlich weitergehend aufgeklärt sind, wie etwa auch im Bereich der Tropenkrankheiten, anderweitig auftretenden Besonderheiten oder gar Seuchen, wie nicht zuletzt aktuell auch aus China; - die eben nicht spezifisch Deutschland betreffen bzw. auch nicht spezifisch in der Forschung an deutschen Universitäten behandelt wurden bzw. behandelt worden sein können.

Die Auseinandersetzung mit solchen Situationen und Krankheitsbildern ist ausdrücklich keine Disqualifizierung der deutschen Forschung, sondern vielmehr ein Aufgabenbestandteil, der selbstverständlich ebenso zu erfüllen ist, im Sinne der vorrangigen Aufgabe der Medizin, dem Gemeinwohl der Menschen und ihrer medizinischen Gesundheit zu dienen.

Die Auseinandersetzung mit dieser Thematik wird hiermit gefordert, was gleichzeitig gerade nicht bedeutet, dass damit in irgendeiner Art und Weise die Qualität der sehr geachteten deutschen Hochschulen oder wissenschaftlichen Veröffentlichungen in Frage gestellt werden soll.

Es gehört seit vielen Jahrzehnten als Standard der medizinischen Wissenschaft selbstverständlich dazu, sich international einen Überblick zu verschaffen und selbstverständlich auch die Analysen, Feststellungen und Beobachtungen aus anderen Ländern bzw. im internationalen Bereich zu berücksichtigen. - Das ist aber vorliegend bedauerlicherweise gerade nicht erfolgt und bedarf dringend der Überprüfung und Korrektur.

6. Zu Satz 2 betreffend der öffentlichen Benennung des Krankheitsbildes NICO:

Betrachtet man die einschlägigen Veröffentlichungen, so wird auch diese Behauptung in der gegenständlichen Beschlussfassung, wonach das Krankheitsbild der NICO weder nach ICD-10-Schlüssel, noch in den Verzeichnissen der WHO als Erkrankung gelistet ist, widerlegt:

Die ICD-10-GM Version 2020, wie bekanntlich auch in Bezug genommen durch die WHO, nämlich das systematische Verzeichnis der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, wird bekanntlich herausgegeben vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG), - so veröffentlicht im Internet unter dem Stichwort „ICD-Code.de“.

Richtig ist insoweit allein, dass in der medizinischen Wissenschaft bereits seit Jahrzehnten entsprechende Feststellungen bekannt sind, analysiert und veröffentlicht werden, so unter anderem durch den genannten Oralpathologen Prof. J. E. Bouquot, demgemäß durch eine Vielzahl von Kieferchirurgen auffällige Kieferknochenpräparate vorgelegt wurden, die sämtlich von Patienten mit Gesichtsneuralgien stammten, - der Diagnose, die eben auch zu einer auffällig hohen Rate an Suizidfällen führt, wie ausgeführt.

Aus der Überprüfung dieser Kieferknochenpräparate entstand die Zuordnung der fettig - degenerativen Osteonekrosen als „*Neuralgie duzierend*“ durch den genannten Pathologen Bouquot, bereits veröffentlicht durch Saunders seit 1995 bis 2008.

Es handelt sich hierbei um eine rein deskriptive Zuordnung von pathologischen Erscheinungen zu klinischen Befindlichkeiten. Insoweit hatte man dort nicht die Kurzform bzw. den Begriff „NICO“ formuliert. Vielmehr waren der international wissenschaftlich anerkannten Literatur diese Feststellungen als „*silent inflammation*“, - regelmäßig auch als „*avasakuläre Knochennekrose*“ oder als „*ischämisch-aseptische Knochennekrose*“ -, bezeichnet worden.

Die Vielzahl von Veröffentlichungen dazu können jederzeit nochmals zur Verfügung gestellt werden, liegen Ihnen nach Mitteilung meines Mandanten, aber auch der genannten Vereinigung ICOSIM e.V. im Übrigen wohl sogar bereits seit Längerem vor.

Genau dieser Bereich der idiopathischen aseptischen Knochennekrose wird in der ICD-10 unter M87.00 ausdrücklich wörtlich aufgelistet.

Vorsorglich darf auch insoweit nochmals darauf hingewiesen werden, dass in Satz 1 Ihrer Veröffentlichung nicht nur NICO als solches, sondern auch „*ähnliche Diagnosen*“ der gleichen negativen Schlussfolgerung unterzogen wurden.

Wir gehen davon aus, dass daher gegebenenfalls bestehende Unschärfen bei der Überschneidung der zitierten Begrifflichkeiten bzw. der Bezeichnung in den Veröffentlichungen des ICD-10 zu Lasten der BZÄK jedenfalls zu bewerten sein dürften.

6. Zu den Ausführungen in Satz 3 über angeblich fehlende medizinische Notwendigkeiten:

In Satz 3 der Beschlussfassung ist ausgeführt:

„Es besteht daher keine medizinische Notwendigkeit für die Durchführung der Diagnostik und der Behandlung dieser Erkrankung, wie zum Beispiel“

Hier wird zunächst einmal die Erkrankung als solches, nämlich die Qualität als „*Erkrankung*“, demnach ausdrücklich bestätigt, möglicherweise doch in Kenntnis der Veröffentlichungen und der Auflistung in ICD-10.

Unverständlich erscheint umso mehr, wie behauptet werden kann, es gäbe keine medizinische Notwendigkeit für die Durchführung der Diagnostik einer Erkrankung, wenn diese als solches bestätigt wird.

Wenn man angeblich keine bisher wirksamen Behandlungsmethoden festgestellt hat, dann rechtfertigt dies selbstverständlich nicht, die Anamnese bzw. die Diagnostik auszuschließen, sondern ganz im Gegenteil, umso intensiver muss man sich mit geeigneten und vertieften Methoden der Diagnostik befassen, um die Ursachenforschung voranzubringen und im Sinne der Aufgabenstellung der Medizin eine Lösung im Sinne von erfolversprechenderer Behandlung zu finden.

Im Übrigen werden betreffend der Diagnostik Begrifflichkeiten verwendet, die offensichtlich so nicht mehr dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik entsprechen und die als solches den

Eindruck begründen, als würden unbekannte oder unseriöse Diagnosemethoden verwendet. Auch das ist unzutreffend:

- Der Begriff „*Cavitat-Diagnostik*“ ist nach dem hier vorliegenden Kenntnisstand unwissenschaftlich, da es sich um die Übernahme des Begriffs eines auf dem Markt nicht mehr befindlichen veralteten Diagnosegerätes handelt. Der Fachbegriff lautet „*Ultraschall-Sonografie*“, wäre für alle Beteiligten deutlich verständlicher und würde allerdings die dortigen Behauptungen angeblicher Unwissenschaftlichkeit widerlegen.
- Wie bereits mehrfach auch in wissenschaftlichen Veröffentlichungen dargestellt und bezeichnend, ist die Tatsache, dass NICO zum Beispiel notwendigerweise ebenso wie andere Osteolysen bzw. Osteonekrosen des Kieferknochens, auf normalen 2D-OPG-Röntgenaufnahmen nicht zu erkennen ist.
- NICO-Läsionen können, müssen aber nicht zwingend, mit einem positiven Technetium 99 Scan, CAT Scan oder MRI festgestellt werden.
- Es darf insoweit auch auf die Veröffentlichung etwa von Herrn Professor Bomann in „*Der aktuelle Stand bildgebender Verfahren, Wissenschaft und Fortbildung*“, vgl. BZB November 09, 59, hingewiesen werden, wonach 34 % der apikalen Veränderungen in Panoramaschichtaufnahmen nicht erkannt werden und wonach Endodontologen in Panoramaschichtaufnahmen bei 40 % der Zähne mindestens einen Wurzelkanal übersehen. Demnach ist ein Drittel bis die Hälfte aller 2D-PSA für die zahnärztliche Diagnostik nicht hinreichend aussagekräftig.
- Gleichlautende Veröffentlichungen wurden auch durch die Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) in Hamburg vorgenommen, wonach gemäß Prof. Robert Sader von der Universitätsklinik Frankfurt / Main unter anderem gilt:

„Es fehlt eine verlässliche Methode, um schon vor dem zahnärztlichen Eingriff den Erfolg einer Zahnimplantation vorherzusagen. Demnach kann mit Ultraschall die Knochendichte deutlich besser bestimmt werden, insbesondere im Oberkieferbereich.“

Insoweit darf der Vollständigkeit halber auch nochmals angeboten werden, die bereits übermittelten und weitere Veröffentlichungen zur Verfügung zu stellen, insoweit übrigens typischerweise auch aus Deutschland, falls wider Erwarten die BZÄK nicht selbst hier einen ausreichenden Überblick haben sollte, der ihren diesbezüglichen Darstellungen offensichtlich widerspricht.

7. Zu den Ausführungen im Abschlusssatz dieser Beschlussfassung:

Die Ausführungen in der Veröffentlichung in Satz 3 verweisen auf § 2 Abs. 3 GOZ, also auf folgende Regelung:

„(3) Leistungen nach § 1 Abs. 2 Satz 2 und ihre Vergütung müssen in einem Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart werden. Der Heil- und Kostenplan muss vor Erbringung der Leistung erstellt werden; er muss die einzelnen Leistungen und Vergütungen sowie die Feststellung enthalten, dass es sich um Leistungen auf Verlangen handelt und eine Erstattung möglicherweise nicht gewährleistet ist. § 6 Abs. 1 bleibt unberührt.“

Die Bezugnahme auf diese Regelung bedeutet demnach, dass es sich nach Einschätzung der BZÄK bzw. der an der Beschlussfassung Beteiligten bei diesen Leistungen der Diagnose und Behandlung

von NICO um Leistungen im Sinne von § 1 Abs. 2 GOZ handelt, also um Leistungen, die nach dem Wortlaut dieser Regelung des § 1 Abs. 2 GOZ den Regeln der zahnärztlichen Kunst entsprechen.

Zum besseren Verständnis darf festgehalten werden, dass § 1 Abs. 2 GOZ folgenden Wortlaut hat:

„(2) Vergütungen darf der Zahnarzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst für eine zahnmedizinisch notwendige zahnärztliche Versorgung erforderlich sind. Leistungen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen, darf er nur berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind.“

Diese durch die BZÄK in Bezug genommene Regelung des § 2 Abs. 3 GOZ verweist also auf § 1 Abs. 2 GOZ, der nur das Maß, nicht aber den Inhalt der Regelungen differenziert bestimmt und jedenfalls nur Vergütungsgrundlagen zulässt nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst.

Durch die Inbezugnahme immerhin bestätigt die BZÄK die Tatsache, dass demnach also doch die Diagnose NICO und die darauf begründeten Behandlungsmaßnahmen den Regeln der zahnärztlichen Kunst zuzuordnen sind.

Insoweit drängt sich verstärkt der Eindruck auf, dass die vorbenannten und demnach nicht haltbaren vorangehenden Ausführungen in dieser Veröffentlichung Nr. 32 nicht wirklich das Ergebnis einer fundierten und neutralen Untersuchung des internationalen Standes der medizinischen Wissenschaft sind, sondern vielmehr der Versuch, eine fehlende finanzielle Unterstützung von Seiten der Versicherungsträger für diese Behandlungsmaßnahmen zu rechtfertigen.

Das aber ist nach unserer Auffassung nicht begründbar und vor allen Dingen auch weder im Interesse der Patienten, noch im Interesse der Versicherungsträger:

- Die statistisch ganz erhebliche Quote an Suizidfällen, begründet eben eine ganz andere Krankengeschichte des durchschnittlichen Patienten und ganz andere Belastung der Versicherungsträger.

- Mangels Anerkennung dieses Krankheitsbildes zum Beispiel in der Standardbehandlungsweise in Deutschland, werden alle möglichen Diagnosen und Untersuchungen durchgeführt, jedoch ohne Abhilfe, wie in einer Vielzahl von Patienten berichtet bzw. festzustellen.

- Wie auch in einschlägigen Veröffentlichungen berichtet, werden jahrelang Untersuchungen und Behandlungsinitiativen durchgeführt, mit großem Zeit- und Kostenaufwand, die zu keinerlei Ergebnis bzw. Abhilfe führen, bis dann eben die Behandlung unter der Perspektive von NICO im Sinne geeigneter Diagnosen und operativer Eingriffe stattgefunden hat. Selbst Ärzte, wie auch Zahnmediziner haben hier von dem Erfolg nach einem jahrelangen Martyrium berichtet.

Es liegt also im Ergebnis auf der Hand, dass das Ignorieren dieses Krankheitsbildes und der genannten Diagnosemethoden bzw. Behandlungsmaßnahmen also zu einem deutlich größeren Kostenaufwand und damit wirtschaftlichen Nachteil der Versicherungsträger führt, ganz abgesehen von dem Suizidrisiko und den damit verbundenen ggf. dramatischen sozialen und wirtschaftlichen Folgen.

V. Abschließende Anmerkung insoweit:

Betrachtet man also Punkt für Punkt und ohne Anspruch auf Vollständigkeit in diesem Sinne, den Inhalt der Veröffentlichung in Beschluss Nr. 32, so wird der deutliche Eindruck vermittelt, dass hier ganz offensichtlich nicht abschließend durchdacht, bzw. wissenschaftlich fundiert gearbeitet wurde.

Es geht nun weder meinem Mandanten, noch dem Unterzeichner darum, dies zu Lasten der Verfasser hier weiter zu vertiefen, zumal die Hintergründe der Erarbeitung dazu bisher nicht bekannt sind.

Es geht darum, aufzuzeigen, dass dies weder einer juristisch, noch einer wissenschaftlich fundierten Bewertung entspricht, noch den Interessen der Beteiligten, seien es Zahnärzte, seien es Patienten, aber auch nicht im Interesse der Versicherungsträger liegen kann.

Alle Beteiligten müssen vielmehr größtes Interesse daran haben, genau das umgehend zu überarbeiten und sich fundiert genau mit diesem Krankheitsbild, diesen Diagnosemethoden und vor allen Dingen diesen erfolgreichen Heilmethoden zu befassen.

Auch an dieser Stelle möchten wir nochmals dazu einladen, sich nun abschließend und fundiert, insbesondere aber auch offen unter Berücksichtigung der internationalen Veröffentlichungen, mit dieser Thematik zu befassen und im Interesse der Vielzahl von langjährig leidenden Patienten, sich konstruktiv diesen Fragesellungen zu widmen.

C. Zu insoweit in Ihrer Korrespondenz zitierter Rechtsprechung:

Im Zusammenhang mit der von mir gesichteten Korrespondenz habe ich auch festgestellt, dass als Hintergrund Ihrer Würdigung, aber auch im Dialog mit praktizierenden Medizinern zu dem gegenständlich diskutierten Krankheitsbild „NICO“ bzw. dem Umfeld, wiederholt von Seiten der BZÄK vermeintlich spezifische Rechtsprechung zitiert wird.

So etwa in einer hier vorliegenden Stellungnahme des Vorsitzenden des Ausschusses Gebührenrecht der BZÄK, Herrn Dr. Wolfgang Menke, an Herrn Zahnarzt Dr. Köhne, wird zum wiederholten Male zu NICO auf mehrere Entscheidungen verwiesen, die angeblich die Auffassung der BZÄK bestätigen.

Interessanterweise und wie ausdrücklich hiermit zu begrüßen, verkennt man dort nach den eigenen Ausführungen nicht die oben auch in Ausschnitten bereits zitierte oberstgerichtliche Rechtsprechung des BGH.

Man meint jedoch, unter Berufung auf Entscheidungen von Amtsgerichten bzw. einem angeblichen Urteil des OLG München vom 12.05.2015, betreffend NICO eine abweichende Auffassung rechtfertigen zu können.

Selbstverständlich habe ich mich zur Vervollständigung der vorliegenden bisherigen Überprüfungen auch mit diesen Entscheidungen befasst und musste dabei feststellen, dass hier der dringende Eindruck entsteht, als würden pauschal Zitate vorgenommen und / oder übernommen, ohne die zugrunde liegenden Entscheidungen auch in ausreichendem Maße geprüft zu haben.

Ich möchte ausdrücklich vorliegend nicht bewerten, durch wen und vor welchem Hintergrund es zu diesen Zitaten gekommen ist, möchte jedoch sehr gerne auch im Sinne des Bestrebens einer gemeinsamen konstruktiven Lösung, insbesondere auch im Sinne der Patienten, auch auf diese Zitate eingehen.

Es soll damit auch insoweit erreicht werden, auch insoweit in konstruktivem Sinne eine dringend erforderliche Überprüfung Ihres Standpunktes bzw. der eigenen Zitate zu initiieren, da diese keine geeignete Grundlage sind, den Wortlaut der Beschlussfassung Nr. 32 zu begründen.

Ich möchte mir demgemäß im Folgenden erlauben, beispielhaft in spezifischen Aspekten auf die von der BZÄK zitierte Rechtsprechung einzugehen:

I. Einleitende Anmerkung zur Analyse der zitierten Entscheidungen:

Es werden mehrere Einzelfall - Entscheidungen, und zwar ganz konkret von Seiten des Amtsgerichts und des Amtsgerichts Regensburg, zitiert, wie allein eine zweitinstanzliche, jedoch unzutreffend angegebene Entscheidung des OLG München.

Es ist bekanntlich jederzeit möglich, wie durch den Unterzeichner durchgeführt, bei den Gerichten um Vorlage dieser Entscheidungen zu bitten, um den Inhalt zu klären und dessen Relevanz, aber auch Konsequenz bewerten zu können. Hier entsteht der dringende Eindruck, dass dies nicht, bzw. zumindest nicht vollständig, stattgefunden hat, da teilweise bereits offensichtlich falsch zitiert wird.

Ich führe dies gerade auch unter Berücksichtigung der Tatsache hiermit aus, dass mein Mandant nicht die Konfrontation sucht, sondern letztendlich damit auch dokumentieren möchte, dass man selbstverständlich auch die Argumentation der BZÄK, soweit bisher bekannt, einer detaillierten Prüfung unterzieht, um auch selbst offen den eigenen Standpunkt zu reflektieren und zu hinterfragen.

In diesem Sinne sei zum besseren Verständnis im Folgenden auf die zitierten Entscheidungen kurz eingegangen.

II. Angebliches Urteil des OLG München vom 12.05.2015 im Verfahren unter Aktenzeichen 25 U 4759/14:

Ein solches Urteil ist nirgends veröffentlicht, wird jedoch auch im Internet erkennbar zitiert aus und im Zusammenhang mit den Darstellungen der BZÄK.

Der Unterzeichner hat daher beim OLG München nachgefragt und um Stellungnahme gebeten. Es wurde bestätigt, dass es dieses Verfahren gibt, jedoch in diesem Verfahren vor dem OLG München überhaupt kein Urteil verfasst wurde. Vielmehr gibt es allein unter dem genannten Datum einen Hinweisbeschluss, aufgrund dessen das Verfahren durch Berufungsrücknahme erledigt wurde.

III. Zugrunde liegendes Urteil des Landgerichts München I im Verfahren unter Aktenzeichen 26 O 600/14:

Dem vorbenannten Berufungsverfahren und Hinweisbeschluss liegt zugrunde ein erstinstanzliches Urteil des Landgerichts München I im Verfahren unter Aktenzeichen 26 O 600/14, das aufgrund Rücknahme der klägerseitigen Berufung dann in Rechtskraft ergangen ist.

Allein diese Entscheidung wäre hier also im Ergebnis auch inhaltlich weitergehend zu würdigen, wurde aber bezeichnenderweise nicht zitiert.

Bei höchstvorsorglich erfolgter Durchsicht der Entscheidung fällt auf, dass diese geprägt ist durch eine Übernahme einer Sachverständigenwürdigung, die als solches in Bezug genommen wird und deswegen im Urteil, wie üblich, nicht vollständig wiedergegeben ist.

Rückschlüsse aus dieser Entscheidung werden in Ihrer Korrespondenz nicht gezogen und wären auch unberechtigt:

In einem solchen Urteil wird nicht über medizinische Grundsatz-Fragen entschieden, da ganz einfach ein Richter kein Mediziner ist und ganz bewusst es auch regelmäßig vermeidet, sich Sachkenntnis in einem solch komplexen und anspruchsvollen Metier anzumaßen, das nicht seiner beruflichen Ausbildung als Jurist und diesbezüglich denkbarer Spezialisierung entspricht. Insoweit ist auch dieses Urteil konsequent mit entsprechender Distanz und ohne Anmaßung eigener medizinischer Sachkunde des entscheidenden Gerichts verfasst worden.

Hieraus ergibt sich für die Relevanz dieser Entscheidung Folgendes:

- Relevant ist die Qualifikation, das Engagement und die Sorgfältigkeit der Leistungen des jeweiligen Gutachters, auf das das Gericht dann seine Entscheidung gründet, wie auch vorliegend. Der Gutachter ist aber ebenso wenig genannt, wie auch dessen Stellungnahmen inhaltlich im Einzelnen wiedergegeben wurden, - wie im Übrigen üblich.
- Auffällig ist in diesem Urteil allerdings, dass ausweislich Seite 4 oben der dort beauftragte Gutachter anscheinend allein auf Aktenbasis und ohne Begutachtung des Patienten die Situation begutachtet hat, was den üblichen Richtlinien zur Begutachtung zum Bereich der Zahnmedizin bekanntlich widerspricht.
- Im Übrigen ist auch zu berücksichtigen, dass dort offensichtlich gerügt wurde, dass der Gutachter nicht über die erforderliche Qualifikation verfüge, da er weder im heilpraktischen Bereich tätig war, noch die erforderliche Zusatzqualifikation in der Kieferchirurgie habe, was hier jedoch zumindest für die gegenständliche Beschlussfassung Nr. 32 ganz offensichtlich relevant gewesen wäre. Auch das schließt schon unbenommen der weiteren fehlenden Inhalte des veröffentlichten Urteils eine ausreichende Grundlage für die diesbezügliche Berücksichtigung aus.

- Eine Würdigung medizinischer Aspekte ist allein insoweit erfolgt, als dass Bewertungen des Sachverständigen zu den Behandlungsmethoden kurz angesprochen werden, unter ergänzender Bezugnahme auf dessen nicht inhaltlich weitergehend dargestellten Würdigung.
- Eine Würdigung relevanter medizinischer Aspekte, wie in der vorliegenden Beschlussfassung durch die BZÄK veröffentlicht, würde voraussetzen eine gerichtliche Auseinandersetzung mit der Frage der wissenschaftlichen Basis und Grundlage von Erkenntnissen, Diagnosemethoden und Erfolgen zu dem Krankheitsbild von NICO, was dort insoweit nicht streitgegenständlich war, was vorliegend dem Wortlaut des Urteils Urteil gerade nicht zu entnehmen ist und auch nicht durch das Gericht selbst hätte gewürdigt werden können. Das hat sich das Gericht, wie gesagt, auch gar nicht angemaßt.
- Völlig zutreffend befasst sich dort das Gericht allein mit der Wiedergabe des Ergebnisses von Bewertungen eines Sachverständigen für einen ganz konkreten Fall, ganz konkrete Umstände und insbesondere eine ganz konkrete Beweislage. Dies kann weder verallgemeinert werden, noch sind Passagen enthalten, die überhaupt im Sinne einer zulässigen Verallgemeinerung verwendet werden könnten.

Im Ergebnis ist also eine Bezugnahme auf ein Urteil des OLG München insoweit unzutreffend erfolgt, weil es das Urteil gar nicht gibt. Des Weiteren liegt weder in dem Hinweisbeschluss des OLG München, noch in dem zugrunde liegenden Urteil des Landgerichts München I eine rechtlich tragfähige Klärung von relevanten Erkenntnissen für die gegenständliche Beschlussfassung vor.

IV. Entscheidung des Amtsgerichts München vom 28.05.2015 im Verfahren unter Aktenzeichen 213 C 30108/11:

Für diese Entscheidung gilt sinngemäß zunächst das Gleiche, wie oben zur Entscheidung des Landgerichts München I ausgeführt:

- Es handelt sich um eine Einzelfallentscheidung, in der das Gericht eben nicht Fragestellungen selbst rechtlich beurteilt hat, sondern vielmehr allein im Zusammenhang mit einer konkreten Einzelbehandlung die Würdigung eines Gutachters notwendigerweise mangels eigener medizinischer Fachkompetenz übernommen hat.
- Zu berücksichtigen ist dort allerdings, dass bezeichnenderweise ein erster Gutachter die Tätigkeit abgelehnt hat.
- Dass und weshalb es dann erst zur Auswahl des dann später in Bezug genommenen Gutachters gekommen ist, kann hier nicht überprüft werden.
- Die Bezugnahme auf das dortige Gutachten ist die nachvollziehbare Konsequenz eines in der medizinischen Fachkunde natürlich nicht versierten Richters, lässt aber mangels Vorlage des Gutachtens weder eine abschließende Schlussfolgerung zu, noch kann dies zwangsläufig eine Rechtfertigung sein für Bewertungen des Stands der medizinischen Wissenschaft im Sinne der Begründung des Beschlusses Nr. 32.

Ein Gutachter bei Gericht, der sich möglicherweise der Auffassung der BZÄK anpasst, die voraussichtlich Grundlage der vorliegenden Beschlussfassung Nr. 32 war, würde nach offensichtlich durch die BZÄK vertretene Auffassung letztendlich deren Meinung bzw. prognostizierte Auffassung wiedergeben, um auch weiteren Aufwand einer Analyse der internationalen

Untersuchungsmethoden sich möglicherweise zu ersparen, bzw. vermeintlich auf dem „sicheren Weg“ einschlägiger Auffassungen im Kreise der BZÄK zu bewegen.

Dies kann hier zwar nicht gesichert unterstellt werden, wäre aber aus der Perspektive des Gutachters unbenommen der Richtigkeit der Ergebnisse, zumindest nicht überraschend, sondern vielmehr nachvollziehbar.

Daraus wird auch deutlich, dass unbenommen der auch insoweit natürlich nur spekulativen Möglichkeiten der Hinterfragung der Grundlagen, auch diese Entscheidung keine Rechtsgrundlage für die Veröffentlichung der BZÄK sein kann, und schon gar nicht eine Grundlage für die dort vertretene medizinische Auffassung.

V. Entscheidung des Amtsgerichts Regensburg vom 08.10.2013, ergangen im Verfahren unter Aktenzeichen 4 C 2872/12:

Auch für dieses Urteil gilt sinngemäß das Gleiche, wie oben ausgeführt.

Im dortigen Fall hat das Gericht ebenfalls die Angaben des Sachverständigen zugrunde gelegt, wie mangels eigener medizinischer Sachkompetenz des erkennenden Gerichtes zwangsläufig naheliegend. In diesem Zusammenhang ist sehr auffällig, dass das Gericht einerseits schlagwortartig Wertungen des Sachverständigen übernommen hat, andererseits ausnahmsweise sich, warum auch immer, eine Interpretation medizinischer Zusammenhänge zutraut, wie etwa auf Seite 9 unten der Urteilsbegründung dargestellt, jedoch leider inhaltlich unzutreffend und bedauerlicherweise medizinisch verfehlt. Dazu sei zum besseren Verständnis höchst vorsorglich Folgendes angemerkt:

- Die zitierte Bewertung der dargestellten Degeneration des entnommenen Fettmarkes und der damit verbundenen medizinischen Indikation und Folgen, hat das Gericht demnach wohl nicht nachvollzogen, sondern ausgeführt, dass es nur der medizinischen Formulierung allein entnommen habe, dass das entnommene Gewebe Fetteinlagerungen enthalten habe. Das ist aber eine unzutreffende und um das Wesentliche reduzierte Vereinfachung.
- Das Gericht hat die Angaben des Zeugen über die Erfahrung von über 3000 positiven histologischen Befunden auf Seite 9 Mitte zitiert, insbesondere auch nicht in Frage gestellt, sondern den Zeugen und Behandler als in sich glaubwürdig bewertet.
- Es hat jedoch dann die Ausführungen des Sachverständigen auf Seite 10 auszugsweise wiedergegeben und letztendlich damit auch bestätigt, dass selbst nach seinen Angaben entsprechende Veröffentlichungen sehr wohl offensichtlich umfangreich vorlägen, aber eben von Seiten US-amerikanischer Autoren, - was auch immer das rechtfertigen soll.
- Im Übrigen habe der Sachverständige ausgeführt, dass nach seiner Ansicht den Fettgewebsnekrosen kein Krankheitswert zukomme, zumal es angeblich keinerlei statistisch reproduzierbare Zahlen gebe, die sich im Zusammenhang mit dem Dichteunterschied des Knochens bzw. der Verfettung einerseits und pathologischen Befunden andererseits herstellen lassen.
- Fehlerhaft wird dabei übersehen, dass die US-amerikanischen Analysen offensichtlich gar nicht berücksichtigt wurden, obwohl diese bestätigt wurden und das Gegenteil dokumentieren.
- Die Auffassung des Sachverständigen ist mangels entgegenstehender Veröffentlichungen nicht nachvollziehbar, solange diese nicht wissenschaftlich fundiert ist, was hier gar nicht hinterfragt wurde.
- Auch die Tatsache, dass keine einzige Analyse gegen diese Erkrankung, die Diagnosemethode und die Konsequenzen spricht und dass der Sachverständige dazu keinerlei Gegenanalyse

aufweisen konnte, die US-amerikanischen Analysen aus nicht nachvollziehbaren Gründen aber einfach ignoriert, wurde übersehen.

- Bezeichnend für die oben bereits angesprochenen Bedenken zur wirtschaftlichen Sinnhaftigkeit der unzutreffenden Beschlussfassung der Nr. 32 auch im vorliegenden Fall sind dann die Ausführungen unter Ziffer 3, wonach der Sachverständige gemäß Absatz 2 gemäß des Zitats in diesem Urteil vermeintlich nachvollziehbar dargelegt habe, dass die vom Kläger berichteten Beschwerden im Kieferknochen „*verschiedenste Ursachen haben könnten*“.
- Nach diesem Zitat des Sachverständigen soll bezeichnenderweise Folgendes gelten:

„Wenn die klassische Behandlungsmethode, nämlich eine Schiene nicht zum gewünschten Ergebnis führe, seien umfangreiche Untersuchungen des HNO-Systems erforderlich sowie das gesamte orthopädische Fachgebiet abzuklären. Häufig trete ein entsprechendes Krankheitsbild auch wegen einer nicht angepassten Brille auf.“

Das ist nichts anderes als eine offensichtliche medizinische „Bankrotterklärung“ des Sachverständigen, der nämlich eine beliebige Anzahl von Untersuchungen nahezu aller denkbaren Bereiche nennt, die man prüfen müsse.

Das genau ist der Vorwurf, der hier bestätigt wird, nämlich

- das Ignorieren internationaler Forschungsergebnisse,
- die Bankrotterklärung mangels jeglicher eigener Erkenntnisse und Analysen und
- die pauschale Behauptung einer Nichtbehandelbarkeit, weil man selbst keinerlei Auseinandersetzung mit der zugrunde liegenden Symptomatik vorgenommen hat und sich durch nichts anderes zu helfen weiß, als nur darauf zu verweisen, dass man eben beliebig alles untersuchen müsse.

Das ist keine seriöse Grundlage, sondern die Problemstellung, die ein Sachverständiger hat, wenn er ein Krankheitsbild nicht kennt, keine geeignete Analyseverfahren kennt und einfach die gesamten seit Jahrzehnten weltweit vorliegenden Fachveröffentlichungen ignoriert, um sich damit nicht auseinandersetzen zu müssen.

Dieses Urteil ist nicht eine Lösung der Problematik, sondern eine Dokumentation der Problematik als solches.

Das ist umso mehr Anlass, hiermit nochmals aufzufordern, sich dessen zu widmen, statt dieses Krankheitsbild und die Analyse der notwendigen und geeigneten Behandlungsmaßnahmen zu fördern.

VI. Zu den Bewertungen aufgrund höchstrichterlicher Rechtsprechung:

Ich gehe davon aus, dass die einschlägige höchstrichterliche Rechtsprechung bereits bekannt ist, wie teils von Seiten der BZÄK auch selbst dokumentiert und möchte die ohnehin umfangreichen Überprüfungen nicht noch vorliegend zusätzlich zum Anlass nehmen, diese Ausführungen noch weitergehend auszudehnen.

Ich gehe auch davon aus in Anbetracht der zitierten Stellungnahmen von Seiten der BZÄK, dass man sich dort der Konsequenzen der Rechtsprechung eigentlich auch bewusst ist.

Zusammenfassend möchte ich daher insoweit an dieser Stelle allein Folgendes festhalten:

1. Zur Frage der Verletzung von Rechten durch solche Veröffentlichungen:

Grundsätzlich ist auch der Praxisbetrieb eines Arztes notwendigerweise in gewissem Maße ein schützenswerter „*engerichteter und ausgeübter Gewerbebetrieb*“ im Sinne des juristischen Fachbegriffes, auch wenn hier natürlich kein „Gewerbe“ im rechtlichen Sinne betrieben wird.

Dieser Betrieb bzw. die Praxis unterliegt jedoch in Anbetracht ihrer Werthaltigkeit, aber auch Relevanz für die Existenz des jeweiligen Arztes dem verfassungsrechtlichen Schutz u.a. der Artikel 12 und 14 GG im Sinne von Berufs-, aber auch Eigentumsfreiheit.

In solche Rechte wird durch einschlägige Veröffentlichungen durchaus eingegriffen werden, was die Klagebefugnis des entsprechenden insoweit beeinträchtigten Arztes dann eben zu begründen geeignet ist.

2. Zur Passivlegitimation der Bundeszahnärztekammer:

Insoweit darf ich auf obige Ausführungen höflich Bezug nehmen. In den einschlägigen Entscheidungen, wie auch der oben zitierten Entscheidung des OLG Köln hat man sich damit befasst und die Passivlegitimation grundsätzlich auch in weniger eindeutiger Rechtsstruktur gegenüber der Bundesärztekammer bereits bestätigt, unbenommen der Frage der Haftung anderer.

3. Zur Frage der Abwägung und der Rechtfertigung des Eingriffs in die Rechte der Behandler:

Insoweit wird neben allen anderen Fragestellungen, vor allem aber gerichtlich abgewogen zwischen den Interessen des einzelnen Arztes oder auch verschiedener Ärzte und deren freier Berufsausübung, einerseits, den Interessen an der freien Meinungsäußerung von Institutionen, wie vorliegend der BZÄK, andererseits.

In den vorliegenden Veröffentlichungen ist nach hier vertretener Auffassung noch nicht vertieft reflektiert worden die Konsequenz solcher Veröffentlichungen im Sinne der einschränkenden Wirkung auf die gegebenenfalls ja gerade erfolgreiche alternative Behandlung von entsprechenden bisher durch die BZÄK nicht anerkannten Erkrankungen, bzw. bisher nicht anerkannten, aber erfolgreichen Behandlungsmethoden.

Jedenfalls aber hat der BGH, aber auch das Bundesverfassungsgericht, Kriterien in seiner Rechtsprechung entwickelt für die Frage, ob und unter welchen Umständen tatsächlich solche eingreifenden Veröffentlichungen gerechtfertigt sein können aufgrund eines vorrangigen Schutzes der freien Meinungsäußerung.

Hier wird insbesondere vorausgesetzt, dass eine objektiv nachvollziehbare und nicht einseitige Überprüfung der Grundlagen stattgefunden hat, bevor eine Veröffentlichung unter dem Recht der freien Meinungsäußerung auch gewisse einschränkende bzw. nachteilige Wirkung gegenüber den Behandlern rechtfertigt.

Nach bisherigem Kenntnis- und Prüfungsstand ist festzuhalten, dass dies bisher ganz offensichtlich auf Seiten der BZÄK nicht berücksichtigt bzw. entsprechend umgesetzt wurde.

Die Veröffentlichung als solches, wie auch die Kommentierungen Ihrer Mitarbeiter in der bisherigen Korrespondenz unter Bezugnahme auf angeblich einschlägige Rechtsprechung sprechen deutlich dagegen.

Im Ergebnis dürfte die gegenständliche Veröffentlichung ausweislich der vorliegenden Überprüfungen durch ausreichende rechtliche Interessen an freier Meinungsäußerung nicht getragen werden. Die Tatsache, dass eine Institution mit der Vorbildstellung der BZÄK eine solche Veröffentlichung mit solchen Behauptungen vornimmt, sich also zwangsläufig der Tragweite und Konsequenz bewusst sein muss, führt vielmehr zu noch deutlich höheren Anforderungen an die Prüfungstiefe. Diese scheinen hier ganz offensichtlich nicht erfüllt zu sein.

4. Zu den Konsequenzen für die Betroffenen:

Mein Behandler ist konfrontiert mit Urteilen, wie oben zitiert, bei denen teilweise der Eindruck begründet ist, dass die hinzugezogenen Sachverständigen genau solche Hinweise und / oder Veröffentlichungen pauschal übernehmen und damit auch zwangsläufig Gehör bei den medizinisch nicht fachspezifisch ausgebildeten Richtern erhalten und zu Unrecht mangels Prüfung der internationalen Veröffentlichungen und tatsächlichen Gegebenheiten zu Lasten der Behandler entscheiden.

Des Weiteren übernehmen Versicherungen und Versicherungssachbearbeiter diese Beschlussfassung der BZÄK, verneinen jegliche Deckung und Zahlungen und nehmen vielmehr solche Behandlungsmethoden inzwischen auch zum Anlass, auch sonstige Behandlungsmaßnahmen in Frage zu stellen, die damit überhaupt nichts zu tun haben und keinerlei Kritik unterliegen.

Auch das sind keine Einzelfälle und führen zu erheblichen weiteren Beeinträchtigungen.

Nicht zuletzt wird das Ganze dann auch im Gesamtbild rufschädigend, wenn den insoweit spezialisierten bzw. tätigen Behandlern damit immer mehr auch öffentlichkeitswirksam unterstellt wird, angeblich nicht bestehende oder nicht zu behandelnde Krankheitsbilder zum Anlass entsprechender Tätigkeit zu verwenden.

Wir meinen, dass ganz im Gegenteil unter Berücksichtigung der Schwere der Erkrankungen, der Belastung durch die Neuralgien bis hin zu einer erheblichen Suizidrate, ein großes Interesse der Öffentlichkeit, aber auch der BZÄK darin liegen dürfte, genau das Gegenteil zu proklamieren.

Wir möchten daher auch an dieser Stelle Sie nochmals dazu einladen, sich in Übernahme der durch die Rechtsprechung insoweit entwickelten Kriterien, nun einer objektiveren und umfassenderen Würdigung zuzuwenden, zu der wir selbstverständlich gerne einen konstruktiven Beitrag leisten möchten.

D. Wohl aktuelle eigene Prüfungsinitiativen Ihrer Kammer:

Unbenommen der noch fortlaufenden Überprüfungen und Recherchen von Seiten des Unterzeichners, haben wir nun erfahren, dass die BZÄK anscheinend auch eigenständig initiativ geworden sein soll, um eine objektive Überprüfung Ihrer Beschlussfassung Nr. 32 nun zu initiieren.

Diese Information ist hier eingegangen während der Ausarbeitung der vorliegenden Ausführungen. In jedem Fall aber dürfen wir festhalten, dass dies von Seiten meines Mandanten und selbstverständlich auch vom Unterzeichner ausdrücklich begrüßt wird und dass mein Mandant sehr gerne zur Verfügung steht, dies konstruktiv zu unterstützen. Wir hoffen, dass auch die deswegen möglichst zeitnah übermittelten Ausführungen zum aktuellen Erkenntnisstand des Unterzeichners hierbei behilflich sein können.

In diesem Zusammenhang möchten wir daher auch an dieser Stelle Ihnen gerne einen konstruktiven Dialog direkt mit meinem Mandanten, wie auch selbstverständlich gerne mit bzw. über den Unterzeichner anbieten, in der Hoffnung, dass mögliche Weiterungen durch eine eigenständige und konsequente Überprüfung der BZÄK gar nicht mehr erforderlich werden.

Im Einzelnen möchte ich daher folgende Anregungen zusätzlich unterbreiten, bzw. würden wir uns freuen, hier sehr gerne in einen konstruktiven Dialog mit Ihren Fachbereichen die objektive Klärung weitergehend unterstützen zu können:

I. Durch die BZÄK initiierte Begutachtung durch die DGZMK:

Mir wurde von dritter Seite mitgeteilt, dass ausweislich Ihrer eigenen Angaben die DGZMK beauftragt wurde, über diese Situation ein Gutachten zu erstellen als Grundlage für eine interne Überprüfung der zugrunde liegenden Beschlussfassung Nr. 32.

Selbstverständlich begrüßen wir eine solche Initiative.

In diesem Zusammenhang gehen wir auch davon aus, dass die Veröffentlichungen und Ausführungen meines Mandanten, wie auch der weiteren weltweit ganz erheblichen Veröffentlichungen mit zur Vorlage gebracht bzw. zumindest als Information weitergegeben werden. – Wir bitten ansonsten sehr gerne um Mitteilung, ob Sie diese Informationen und Veröffentlichungen nochmals benötigen bzw. die Weiterleitung von unserer Seite aus bzw. von Seiten meines Mandanten aus direkt an den DGZMK wünschen.

Wir stehen sehr gerne zur Verfügung und würden gerne einen Beitrag dazu leisten, dort sich noch schneller und effektiver einen Überblick über die internationalen Veröffentlichungen und Stand der medizinischen Wissenschaft verschaffen zu können.

II. Anregung einer zweiten Begutachtung durch insoweit auf einschlägige Erfahrungen zurückgreifende Institutionen, wie etwa DEGUZ:

Es steht offensichtlich im Raume die Tatsache, dass vorliegend möglicherweise eine nicht unerhebliche Anzahl von Zahnmedizinern der Auffassung sind, mangels eigener persönlicher Erkenntnisse bzw. mangels spezifischer akademischer Ausbildungsinhalte an deutschen Hochschulen zu diesem Bereich, dieses Krankheitsbild bzw. die notwendigen Konsequenzen und Behandlungsmaßnahmen verneinen zu müssen.

Diese Situation wollen wir hier auch gar nicht bewerten.

Es geht uns vielmehr darum, dass natürlich diese Haltung der Überprüfung bedarf, und zwar ganz einfach durch solche Behandler, die genau dieses Krankheitsbild eben bereits feststellten und gegebenenfalls eben mit sehr nachhaltigem Erfolg, behandelt haben.

Ein Behandler, der ein Krankheitsbild noch nie behandelt hat, wie auch ein Wissenschaftler, der an seinem Lehrstuhl sich mit diesem Krankheitsbild nicht befasst hat, kann natürlich dies auch nicht pauschal bestätigen, sondern muss zwangsläufig sich mit den Erkenntnissen und Analysen von Behandlern befassen, die eben sich dieses Krankheitsbildes bereits zu widmen hatten.

Wir meinen daher, dass es erforderlich ist, allein schon, um ein objektives Bild sich zu verschaffen, dass neben der DGZMK, die bekanntlich eher dem vorbenannten und den bisherigen Lehrinhalten entsprechenden Strukturen Rechnung trägt und sich hieraus besetzt, auch eine neutrale Gesellschaft beauftragt wird, die bzw. deren Mitglieder in diesem Krankheitsbereich eben erhebliche Erfahrungen haben. Wir würden hier die DEGUZ gerne vorschlagen.

Es kann weder für die BZÄK, noch durch die Drittbeteiligten, wie etwa die Zahnärzte und / oder Versicherungswirtschaft ein Nachteil sein, sich einen fundierten Überblick auch insoweit zu verschaffen und deswegen auch dort parallel ein entsprechendes Gutachten auf gleicher Grundlage einzuholen.

Wir möchten in diesem Zusammenhang auch gleich höflich anregen, dies gleichzeitig zu initiieren, damit nicht eine der Gesellschaften sozusagen die Argumentation der anderen hinterfragen kann und soll, sondern, damit wirklich gewährleistet ist, dass parallel zwei neutrale Würdigungen vorgenommen werden, gegebenenfalls eben mit anderem medizinischen Erfahrungshintergrund.

III. Zur weiteren Umsetzung und Konsequenz:

Wir meinen, dass mit einer solchen sachverständigen Überprüfung aus den zwei als solches möglicherweise zu bezeichnenden „Lagern“ die gemeinsamen Erkenntnisse konstruktiv gesammelt und verglichen werden können.

Auch wir sind gerne bereit, den Standpunkt des hier Vertretenen anhand dieser Begutachtungen dann kritisch zu reflektieren.

Wir meinen, dass in Anbetracht der erheblichen Tragweite dieses Krankheitsbildes, der erheblichen Unsicherheit diesbezüglicher Behandlungsmethoden, nicht zuletzt ausweislich des Zitats der Gutachteraussführungen vor dem Amtsgericht Regensburg, aber auch in Anbetracht der hohen Suizidrate in diesem Bereich, es im Interesse aller Beteiligten, aber auch der Versicherten, insbesondere der Patienten und Versicherungsgemeinschaft, liegt, dies wirklich einer fundierten und selbstkritischen Aufklärung zuzuführen.

Mein Mandant ist jedenfalls bereit, gerne auch insoweit einen konstruktiven Beitrag zu leisten und steht zur Verfügung.

E. Abschließende Anmerkung:

Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrter Herr Kollege Lemor,

wie Sie diesen Ausführungen entnehmen können, geht es hier nicht darum, vermeintlich Einnahmequellen zu generieren oder zum Nachteil der Versicherungsträger zusätzliche Kosten zu begründen.

Ganz im Gegenteil, haben wir hier einerseits eine Veröffentlichung der BZÄK vorliegen, die geeignet ist, rechtswidrige Eingriffe gegenüber den Behandlern zu begründen, die darunter in der Korrespondenz mit den Patienten, aber auch den Versicherungsträgern massiv leiden und beeinträchtigt werden bis hin zum Ausschluss von Vergütungszusagen der Versicherungsträger auch für ganz andere Leistungen ohne jeden Grund.

Vor allen Dingen aber die Patienten und die Problematik dieser äußerst schmerzhaften Beeinträchtigungen, die in einer Vielzahl von Veröffentlichungen als eine der schmerzintensivsten Erscheinungsbilder überhaupt betrachtet werden und auch vielfach zum Suizid führen, müssen Ansporn für alle Beteiligten sein, diese Veröffentlichung dringend zu überprüfen und sich nicht den

Erkenntnissen einer Vielzahl von Behandlern in Deutschland, aber auch weltweit, aber auch den Erkenntnissen der Wissenschaft zu verschließen.

Es entspricht mit Sicherheit auch dem Verständnis auf Seiten der BZÄK, dass Krankheitsbilder und Behandlungsmethoden nicht nur deswegen ignoriert werden dürfen, weil sie möglicherweise eben nicht in Deutschland, sondern in den USA vermehrt analysiert und seit Jahrzehnten erfolgreich behandelt wurden.

Eine Aufrechterhaltung dieser Beschlussfassung dürfte nicht im Interesse der BZÄK liegen, weil dies in Anbetracht der Behandlungserfolge, diesbezüglichen Auswertungen und internationalen Veröffentlichungen nicht nur provokant ist, sondern voraussichtlich den einzelnen Behandler sogar zwingen dürfte, eine gerichtliche Klärung herbeizuführen.

Genau das möchten wir hier vermeiden und stellen deswegen unsere Überlegungen hiermit gerne offen und konstruktiv zur Diskussion, verbunden mit der ausdrücklichen Bitte, diesen nicht zuletzt in Anbetracht Ihrer offensichtlich parallel verlaufenden Prüfungsinitiative auch Rechnung zu tragen.

Auch an dieser Stelle darf ich festhalten, dass höchst vorsorglich und der Ordnung halber natürlich alle Ansprüche meines Mandanten vorbehalten bleiben müssen, verbunden jedoch mit der Hoffnung, dass die BZÄK sich nun einer konstruktiven Überprüfung weitergehend zuwendet.

Mit vielem Dank für die Berücksichtigung im Namen meines Mandanten, wie auch in meinem Namen und freundlichen kollegialen Grüßen

11-02-2020 Stellungnahme von BZÄK an Abgeordnete MdB auf mein o.g. Schreiben vom 09-10-2019

NICO (Behandlung einer chronischen Kieferostitis als Störfeld)

Aus Sicht des PKV-Verbandes werden in der letzten Zeit vermehrt Behandlungen einer sog. „NICO-Diagnose“ durchgeführt. Zur Diagnostik dieses Krankheitsbildes werden verschiedene Untersuchungen (z.B. Cavitat, Oro-Tox-Tests usw.) angewandt. Das Beispiel stellt stellvertretend für die Fälle, in denen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Fachärzten für Gynäkologie, Radiologie, Zahnmedizin, Orthopädie, MKG-Chirurgie statt-findet. Dabei fällt auf, dass die radiologische Diagnostik zur Sicherung einer angeblichen medizinischen Notwendigkeit auffällig oft von denselben Radiologen durchgeführt wird. Dabei zweifeln selbst Experten auf diesem Gebiet prinzipiell die Möglichkeit der korrekten Darstellung einer NICO mit Hilfe des DVT an (vgl. Zahnstörfelder speziell: NICO - ein Aspekt der biologischen Zahnheilkunde, Journal of Professional Applied Kinesiology, Band 5, Ausgabe 3, 2017, S. 9).

Die Neuralgia Inducing Cavitational Osteonecrosis (NICO) ist eine Diagnose aus dem Bereich der Applied Kinesiology und zeigt sich laut der Deutschen Gesellschaft für UmweltZahnmedizin (DEGUZ) als chronisch-osteopathische Erweichungen im Kieferknochen. Sie wurde vom amerikanischen Pathologen Professor Bouquot entdeckt und so (NICO = Neuralgie induzierende hohlraumbildende Osteonekrosen) bezeichnet, weil sie häufig unspezifische Gesichtsschmerzen auslöst.

Diese Form von Osteopathie sowie die in diesem Zusammenhang durchgeführten Untersuchungen werden von weiten Bereichen der Medizin und Zahnmedizin nicht anerkannt. Deutlich unterscheidet sich die NICO von der klassischen Form einer akuten oder chronischen Osteomyelitis. Bei der Diagnose NICO handelt es sich somit nicht um ein schulmedizinisches Krankheitsbild. Das chirurgisch - invasiv ausgerichtete Therapiekonzept der NICO entspricht eindeutig nicht dem medizinischen/ zahnmedizinischen Standard und

erfordert eine entsprechende Aufklärung des Patienten. Dies haben bereits in der Vergangenheit verschiedene Gerichte bestätigt (OLG München, Urteil vom 12.05.2015, Az.: 25 U 4759/14, AG München, Urteil vom 28.05.2015, Az.: 213 C 30108/11, AG Regensburg, Urteil vom 08.10.2013, Az.: 4 C 2872/12).

Da bis dato keine wissenschaftlichen Stellungnahmen der Deutschen Fachgesellschaften zu diesem Thema vorliegen, wäre eine evidenzbasierte Bewertung dieser Diagnose (z. B. durch die DGMKG) wünschenswert.

Nach ausführlicher Diskussion verständigten sich die Teilnehmer schließlich auf folgenden – inzwischen veröffentlichten – Beschlusstext:

„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.“

Eine medizinisch notwendige Heilbehandlung liegt vor, wenn sich eine Behandlungsmethode dazu eignet, die Krankheit zu heilen, zu lindern oder ihrer Verschlimmerung entgegenzuwirken. Ausreichend ist, dass es nach den objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen im Zeitpunkt der Vornahme der ärztlichen Behandlung vertretbar war, diese als notwendig anzusehen (BGH NJW-RR 2014, 295, 296). Vertretbar ist die medizinische Notwendigkeit einer Heilbehandlung, wenn sie sowohl in begründeter und nachvollziehbarer wie fundierter Vorgehensweise das zugrunde liegende Leiden diagnostisch hinreichend erfasst und eine ihm adäquate, geeignete Therapie anwendet.

Wenn Private Krankenversicherungen die „medizinische Notwendigkeit“ an Kostengesichtspunkten auszurichten versuchen, so hat der BGH in seinem Urteil vom 12. März 2003 diesem Ansinnen eine klare Absage erteilt: Die Notwendigkeit einer Heilbehandlung ist allein aus medizinischer Sicht zu beurteilen (Az. IV ZR 278/01). Dies gilt nach Ansicht des BGH auch für eine Behandlung, deren Erfolg nicht sicher vorhersehbar ist - auch sie kann medizinisch notwendig sein (BGH-Urteil vom 8.2.2006, Az. IV ZR 131/05). Damit ist die Entscheidung, ob eine Behandlungsmethode „medizinisch notwendig“ ist, stets eine des Arztes. Die Beurteilung erfolgt ex ante, nicht ex post. Nicht, ob der Erfolg tatsächlich eintrat, ist entscheidend, sondern ob die Entscheidung zum Zeitpunkt, als sie getroffen wurde, berechtigt war.

Dass dies sogar für Methoden außerhalb der Schulmedizin gilt, hat der BGH in seinem Urteil vom 10. Juli 1996 deutlich gemacht: „Von der medizinischen Notwendigkeit ist im Allgemeinen auszugehen, wenn eine Behandlungsmethode angewandt worden ist, die geeignet ist, die Krankheit zu heilen, zu lindern oder ihrer Verschlimmerung entgegenzuwirken“ (Az. IV ZR 133/95).

An diesen Kriterien wird die Bundeszahnärztekammer nicht rütteln, sondern wird sie gegen jede Aufweichung verteidigen. Zu dieser Verteidigung zählt aber auch, die medizinische Notwendigkeit vor einem Missbrauch aus der anderen Richtung zu schützen. Auch wenn es letztlich der (Zahn-)Arzt ist, der bestimmt, was beim jeweiligen Patienten als Behandlungsverfahren indiziert ist, sind an die Entscheidung objektive Maßstäbe anzulegen. Der (Zahn-)Arzt hat keinen „Freibrief“, sondern muss seine Entscheidung aufgrund wissenschaftlicher Kriterien unter Beachtung der Umstände des Einzelfalles begründen können.

D.h. ob eine Eignung angenommen werden kann, ist objektiv auf der Grundlage der maßgeblichen medizinischen Gesichtspunkte des Einzelfalles und mit Rücksicht auf die Besonderheiten der Erkrankung und der auf sie bezogenen Heilbehandlung zu bestimmen. Dabei muss die gewählte Behandlungsmethode auf einem nach medizinischen Erkenntnissen nachvollziehbaren Ansatz beruhen, der die prognostizierte Wirkweise der Behandlung auf das angestrebte Behandlungsziel zu erklären vermag (BGH, Urteil v. 10.07.1996 - IV ZR 133/95, juris, Tz. 22 f.).

Die in dem Beschluss Nr. 32 genannte Leistung kann sich nach der aktuellen Literatur auf derartige nachvollziehbare, medizinische Erkenntnisse nicht berufen. Nur aus diesem Grund - und in dem beschriebenen Sinne ausnahmsweise - konnte der Beschluss im

Beratungsforum gefasst werden. In dem Zusammenhang darf ich auf den ständigen Zusatz zu den Beschlüssen des Beratungsforums hinweisen:
„Die Beschlüsse (Stand: April 2019) erfassen nur den ausdrücklich vom Wortlaut erfassten Sachverhalt. Auf andere, nicht ausdrücklich erfasste Sachverhalte sind sie nicht übertragbar.“

18-02-2020 Lechner an MdB/MdL Antwort auf o.g. Schreiben BZÄK an MdB/MdL

Sehr geehrte Frau MdB,

Sehr geehrter Herr MdL,

besten Dank für die Übermittlung des Schriftstückes vom 11.02.2020 der BZÄK/PKVen.

Diesen – wiederum nur anonym verfassten Textbaustein kennen wir natürlich seit Jahren zur Genüge: Er wird immer wieder dann verwendet, wenn bzgl. des – fast gleichlautenden - Beschlusses Nummer 32 des Beratergremiums sachliche Nachfragen stattfinden.

Erstaunlich ist, dass man sich nicht scheut, auch kompetente Gesundheitspolitiker mit diesen falschen und populistisch ausgerichteten Texten zu konfrontieren: Medizinisch und wissenschaftlich relevante Fakten werden verfälscht und unterdrückt zum gesundheitlichen Schaden Betroffener.

Ich bedaure, dass ich Ihre wertvolle Zeit mit der Wiederholung von Argumenten beanspruche, die seit Jahren in immer gleichem Kontext mit den PKVen ausgetauscht werden, leider ohne sich jemals positiv auf die Erstattung und Anerkennung zugunsten leidender Patienten ausgewirkt zu haben.

In gebotener Kürze zu Ihrer sachlichen Information:

- a) Die Kernaussage des – von Professor Bouquot geprägten - Begriffes „NICO“ (In den Auflagen 1 bis 3 in den Jahren 1995 bis 2015 in dem weltweit meistverkauften Buch zur Oralpathologie "Oral and Maxillofacial Patholog", Authors: Brad Neville, Douglas D. Damm, Carl Allen, Jerry Bouquot. Publisher: Saunders) ist die „Cavitationale Osteonecrosis“ bzw. „hohlräumbildende Osteolyse“. Osteonekrosen/ Osteolysen des Knochens – auch im Kiefer -sind selbstverständlich Bestandteil des ICD-10. „NICO“ ist damit ein auf neuralgiforme Gesichtsschmerzen bezogener Sonderfall eines allgemein anerkannten pathologischen Prozesses im Sinne von Knochenmarksdefekten im Kieferknochen („Bone marrow defects“). Diese Osteolysen sind aseptisch und deshalb nicht mit Entzündungen im herkömmlichen Sinne zu vergleichen. Die Aseptisch-ischämische Osteonekrose/Osteolyse (AIOK/ morphologisch eine fettig-degenerative Osteolyse im Kiefer = FDOK) ist - auch im Kiefer - eine anerkannte Krankheit. (ICD-10 M80-M94)
- b) Falsch ist das Zitat von OroTox: Dies ist ein chemischer Nachweis von Schwefelverbindungen im Mund und aus toten Zähnen („Foetor ex Ore“) und hat mit „NICO“ überhaupt nichts zu tun.(siehe www.orotox.de)

- c) Cavitat war ein US-amerikanisches Ultraschallgerät, das (seit 2010 nicht mehr erhältlich) seinerzeit von FDA und kanadischer Gesundheitsbehörde zur strahlungsfreien Kochendichtemessung – und damit zur Abklärung von AIOK/FDOK / „NICO“-Prozessen – behördlich zugelassen war.
- d) Völlig falsch ist die Behauptung *„Die Neuralgia Inducing Cavitational Osteonecrosis (NICO) ist eine Diagnose aus dem Bereich der Applied Kinesiologie“*: Die *Applied Kinesiologie* ist eine wissenschaftlich nicht anerkannte Methode zur Reflextestung, die weder von Prof Bouquot, noch von der DEGUZ, noch von mir in Zusammenhang mit AIOK/FDOK Knochenerweichungen propagiert wird.,
- e) Richtig dagegen ist der Nachsatz: *„und zeigt sich laut der Deutschen Gesellschaft für UmweltZahnmedizin (DEGUZ) als chronisch-osteopathische Erweichungen im Kieferknochen.“*, die tatsächlich nichts mit der akuten Osteomyelitis zu tun hat. Die DEGUZ vertritt mit 900 Mitgliedern das Konzept von AIOK/FDOK auf wissenschaftlicher Basis und auf Grund umfangreicher Laborteste (siehe meine Publikationen zu RANTES/CCL5 unter PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Lechner+Johann>) sowie die Arbeit des Leiters des IMD-Berlin Dr.med. Volker von Baehr und mir im Anhang (# 1).
- f) Einer der wenig richtigen Sätzen im BZÄK/PKV Schreiben ist: *„Dabei zweifeln selbst Experten auf diesem Gebiet prinzipiell die Möglichkeit der korrekten Darstellung einer NICO mit Hilfe des DVT an“* (Merkwürdig: Hier zitiert der anonyme Verfasser aus einer nicht wissenschaftlichen Zeitschrift der *Applied Kinesiology*, die von PKVen ansonsten strikt in der Erstattung abgelehnt wird (siehe oben!).
- g) Mit dem Zitat unter f) beginnt der trickreiche Zirkelschluss der PKVen: Gerade weil die „Bone marrow defects“ der „NICO“ (richtig wäre AIOK/FDOK) nicht/oder nur schwer auf Röntgen-Bildern/OPGs/DVTs zu erkennen sind, wurde die Ultraschalltechnik mit Cavitat von 1990 bis 2010 entwickelt und auch in D vereinzelt (5 Geräte, auch von mir) angewandt (NB: An indischen Universitäten waren z.B. über 220 Cavitat-Geräte im Einsatz). Cavitat ist seit Jahren vom Markt verschwunden.
- h) Wegen der Röntgen-Problematik, habe ich mit (hervorragender) Unterstützung von „Bayern Innovativ“ (Initiative des Bayr. Wirtschaftsministeriums) durch bislang vier Förderscheine seit 2013 ein zugelassenes Nachfolgegerät entwickeln können (www.cavitau.de), das im Sinne des Strahlenschutzgesetzes belastungsfreie Messungen der Knochendichte und damit Nachweise von „bone marrow defects“ /AIOK/FDOK ermöglicht. (NB: Kopie Förderscheine als Anhang #2; weltweite Patentierung;

international starke Nachfrage, da einzigartige umweltfreundliche, da unschädliche „Hightech made in Germany“.)

- i) Die Bedeutung von aseptisch-ischämischen Osteonekrosen/Osteolysen (AIOK) im Kiefer für von Gesichtsschmerzen/Trigeminus-Neuralgie gequälten Patienten habe ich in früheren authentischen Patientenberichten bereits übermittelt: Röntgen ist wie oben dargestellt umstritten, dagegen klare Diagnose mit Messung der Knochendichte mit Ultraschall CaviTAU® (alt Cavitat). Deshalb so viele positive Patientenberichte in unserer Praxisklinik, wie bereits übermittelt.
- j) Als praktizierender Zahnarzt aus der täglichen Begegnung mit AIOK/FDOK habe ich (neben zahlreichen anderen Autoren) zum Thema 11 PubMed indexierte und damit allgemein wissenschaftlichem Standard entsprechende Artikel publiziert:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Lechner+Johann>
Übersicht in Deutsch liegt als PDF als Anhang #3 mit bislang weltweit circa 85.000 Lesern als Beleg des internationalen wissenschaftlichen Interesses an AIOK/FDOK.
- k) Meine Arbeiten zu AIOK/FDOK wurden bislang von 19 anderen wissenschaftlichen Artikeln als Referenz zitiert (Übersicht als PDF als Anhang #4); soweit zur evidenzbasierten Bewertung von AIOK/FDOK durch internationale Forscher.
- l) Zum Thema „Kavitätenbildende Osteolysen im Kieferknochen“ habe ich drei Bücher publiziert, mit insgesamt 800 Seiten, 600 Fotos und Abbildungen und über 1.000 wissenschaftlichen Literaturziten zum Thema (Flyer hierzu im Anhang #5); auch erhältlich bei Amazon.
- m) Die tatsächliche Existenz einer fettig-degenerativen Knochenerweichung (AIOK/FDOK) als chronische Entzündung bei einem Patienten mit schulmedizinisch nicht heilbarer Amyotrophen Lateralsklerose (ALS) belegt unser Operations-Video mit Youtube Link: https://youtu.be/9_H5zti5o8Y
- n) Alle diese Unterlagen und Informationen liegen den verschiedensten PKVen als unsere Stellungnahmen inklusive eines Gutachtens von Prof. May (als PDF im Anhang #6) zur Unterstützung der Patientenrechte bei Erstattungsverhandlungen seit Jahren vor.

Besonders irritierend am Beschluss Nr. 32 des Gebührenausschusses ist:

- a) Die Anonymität: Es ist mir und den gleichzeitig tätigen medizinischen Gesellschaften (DEGUZ, GZM, UMG, ICOSIM; insgesamt über 2000 Zahnärzte) bis heute nicht

gelingen jemanden zu finden, der für die Falschaussagen in diesen Schriftstücken inhaltlich verantwortlich zeichnet

- b) Der Beschluss unterstellt für alle Behandler möglicherweise strafrechtliche Relevanz: "Medizinisch nicht notwendig" und stellt eine berufsrechtliche Beleidigung dar.
- c) Nr. 32 ist völlig widersprüchlich: Obwohl diese Krankheit angeblich „nicht existiert“, werden gleichzeitig Abrechnungshinweise zur Behandlung dieser Krankheit gegeben.
- d) Im Beschluss wird die Existenz dieser Krankheit bestätigt: Damit ist jeder Zahnarzt zur Behandlung dieser Krankheit nach §1 Zahnheilkundengesetz sogar verpflichtet.
- e) Angebliches Urteil des OLG München vom 12.05.2015 im Verfahren unter Aktenzeichen 25 U 4759/14: Ein solches Urteil ist nirgends veröffentlicht, wird jedoch auch im Internet erkennbar zitiert aus und im Zusammenhang mit den Darstellungen der BZÄK. Es wurde jedoch in diesem Verfahren überhaupt kein Urteil verfasst, vielmehr gibt es allein unter dem genannten Datum einen Hinweisbeschluss, aufgrund dessen das Verfahren durch Berufungsrücknahme erledigt wurde.
- f) Auch andere Kollegen haben sich wegen Beschluss Nr 32 a Ihre Abgeordneten gewandt: Als Anhang #7 das Schreiben von Herrn MdB Ingo Wellenreuther an Herrn Gesundheitsminister Jens Spahn in gleicher Sache.

Sehr geehrte Frau, sehr geehrter Herr....., ich bedaure sehr, dass die widrigen Stellungnahmen der BZÄK/PKVen mich zwingen, ausreichend zu den Falschmeldungen und Fehlbehauptungen des anonymen PKV Pamphlets Stellung zu nehmen und Ihre wertvolle Zeit zu beanspruchen. Dass die PKVen kein Interesse an der Diagnose, Behandlung und Bezahlung einer relativ neu entdeckten Erkrankung haben, ist nachvollziehbar. Der verständliche finanzielle Optimierungsdrang der PKVen darf aber nicht zu Lasten eines Wissenschaftsstandortes Deutschland und zu einer völligen Ignorierung dramatisch schmerzhafter Patientenbeschwerden gehen.

Gleichzeitig bedanke ich mich sehr für Ihr politisches Engagement in dieser Sache und höre gerne wieder von Ihnen.

Mit freundlichem Gruß verbleibe ich

Ihr J. Lechner

Anlage 1: Publikation Lecher/von Baehr zu RANTES/CCL5 und fettig-degenerativer Osteolyse

Kieferherd und systemische Entzündungen

Literaturrecherche zu RANTES-Publikationen

Johann Lechner, Volker von Baehr

Seit Jahrzehnten werden Phänomene wie „Kieferostitis“ und „NICO“ als sogenannte „Herde“ mit Allgemeinerkrankungen in kausale Verbindung gebracht. Auch Energielieferanten der chinesischen Akupunkturlehre dienen bislang als ganzheitliche Funktions- und Erklärungsmodelle. Die Forschungen der Autoren zeigen mit modernen Labormethoden, dass überaktive Signaltransduktionskaskaden speziell des Chemokins RANTES in osteolytischen Veränderungen des Kieferknochens in Verbindung mit RANTES-Wirkungen bei komplexen chronischen Erkrankungen stehen können. Wir legen dadurch ein erweitertes Erklärungsmodell der sogenannten „Störfeldwirkung“ aus dem Zahn-Kiefer-Bereich vor und fördern so komplementär und integrativ ausgerichtetes Denken in Medizin und Zahnmedizin. Dem modernen Wissenszugewinn über die pathophysiologische Rolle des Chemokins RANTES stehen allerdings bei einer entsprechenden Literaturrecherche minimale Treffer in Bezug auf Osteopathien des Kieferknochens gegenüber. Dieses extreme Ungleichgewicht wird dargestellt und kritisch hinterfragt.

Schlüsselwörter: Chemokin RANTES, Google-Scholar, fettig-degenerative Osteolyse des Kieferknochens, immunologische Systemerkrankungen
Keywords: chemokine RANTES, google-scholar, greasy-degenerative osteolysis of jawbone, immunological systemic disorder

Chronische Erkrankungen liegen unter der Oberfläche verstreut als Folge eines Immunsystems, das ständig von Zytokin-Überschüssen aktiviert wird. Diese stimulieren auch unterschiedliche Signalwege, deren Expression wir auch im Kieferknochen nachweisen konnten (LECHNER, VON BAHR 2013). Das bemerkenswerteste Ergebnis dieser Analyse ist die extreme Überexpression des Chemokins RANTES in den Medullarräumen des Kieferknochens. Der Nachweis der Überexpression dieses weitverbreiteten entzündlichen Botenstoffs im Kiefer ist ein echter Fortschritt für komplementär und integrativ denkende Therapeuten und Zahnärzte. Die röntgenologische Darstellung dieses chronisch-entzündlichen Prozesses beruht in der Praxis allerdings auf Problemen, was dessen geringe Anerkennung in der „Schulmedizin“ zur Folge hat (LECHNER 2015).

Was ist RANTES?

RANTES (= Regulated And Normal T-cell Expressed and Secreted) ist ein Chemokin mit chemotaktischer Wirkung. Eine in der Literatur synonym verwendete Bezeichnung ist CCL-5. RANTES/CCL5 wird von zytotoxischen T-Lymphozyten (CD28+) sowie neutrophilen und eosinophilen Granulozyten produziert und nach Aktivierung sezerniert. Chemotaxis und Immunaktivierung sind die wichtigsten Funktionen von RANTES. RANTES ist chemotaktisch wirksam, d.h. es induziert die gezielte Anlockung von NK-Zellen, Granulozyten, Monozyten und Makrophagen in ein bestehendes Entzündungsgebiet. Es wirkt auf diese Zellen über die Bindung an Oberflächenrezeptoren wie CXCR3, CXCR5 und CXCR1 (CCR - Chemokin-Rezeptor). RANTES ist somit an vielen Krankheitsbildern beteiligt, bei denen entzündliche Prozesse auftreten. RANTES bewirkt aber gemeinsam mit Interleukin-2 (IL-2) und Interferon-gamma (IFN-γ) auch die Aktivierung von NK-Zellen und regt diese zur Proliferation an.

RANTES-Überexpression bei aszeptischen fettig-degenerativen Osteonekrosen im Kiefer/FDOK („Kieferostitis“), „NICO“
Lineare Studien (LECHNER, VON BAHR 2013) weisen auf eine unmittelbare Bedeutung von RANTES bei Patienten mit FDOK-Entzündungsreaktionen im Medullarraum hin, und zwar mit einem völlig eigenen Zytokinprofil. Wir konnten nachweisen, dass in dem fettig-osteozytischen Operationsgewebe bei FDOK in allen untersuchten Fällen sehr hohe lokale RANTES-Spiegel messbar waren – mit bis zu 25-facher Überexpression von RANTES. Dagegen waren die Markerytokie eine akuten Entzündung wie TNF-α oder IL-6 weniger stark exprimiert als im gesunden Vergleichskieferknochen (siehe Abbildung 1).

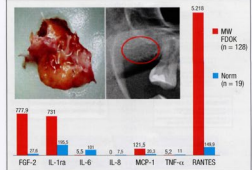


Abb. 1: Vergleich von 7 zytotoxischen im gesunden Kieferknochen (n = 128) bzw. Säulen) und im fettig-degenerativ veränderten Kieferknochen (n = 19) (bunte Säulen)

Ergebnis

Wir haben Stichwörter für 22 Krankheiten und deren Verbindung zu RANTES nach oben genannter Methode in GS eingetippt. Die Bandbreite der Treffer beläuft sich von „Allergy AND RANTES CCL5“ auf 8.500, bei „Cancer Review AND RANTES CCL5“ auf 8.410, bei „Pneumatic Arthritis AND RANTES CCL5“ auf 10, bei „Colon Cancer usw.“ auf 6.330, bei „Breast Cancer usw.“ auf 5.150, bei „Multiple Sclerosis usw.“ auf 5.140, bei „Pancreas Carcinoma usw.“ auf 4.180, bei „Melanoma usw.“ auf 3.750, bei „Prostate Cancer Metastasis usw.“ auf 3.750, bei „Prostate Cancer usw.“ auf 3.480, bei „Depression usw.“ auf 2.440, bei „Alzheimer Disease usw.“ auf 2.190, bei „Thyroid usw.“ auf 1.840, bei „Tuberculosis usw.“ auf 1.840, bei „Hodgkin usw.“ auf 1.770, bei „Non-Hodgkin usw.“ auf 1.750, bei „Parkinson Disease usw.“ auf 1.370, bei „Psoriasis usw.“ auf 942, bei „Opioid-Rezeptor usw.“ auf 862, bei „ALS usw.“ auf 506, bei „Lichen Planus usw.“ auf 356, bei „Trigeminal Neuralgia usw.“ auf 227, bei „Jawbone usw.“ auf 32. Die numerischen Ergebnisse hierzu führen wir in der Grafik in Abbildung 3 auf, was die Relation der RANTES-Treffer verdeutlicht.

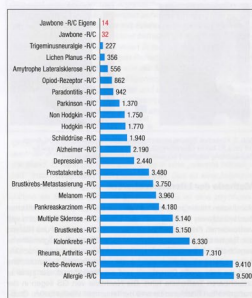


Abb. 3: Grafische Darstellung der Treffer in GS-Suche nach RANTES-Verbindung bei verschiedenen immunologischen Systemerkrankungen

Diskussion

Die Quantität der Suchergebnisse soll die Bedeutung und medizinische Relevanz des Chemokins RANTES für viele Systemerkrankungen und den intensiven aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstand hierüber dokumentieren: RANTES steht offensichtlich in zahlreichen wissenschaftlichen Publikationen im Zentrum des Interesses und gleichzeitig in zahlreichen Organen und im Zentrum pathogenetischer Prozesse, wie einzelne Forscher mit ausgewählten Publikationen zeigen: Venkatesh, Rampura T. et al.: „Distict

regulation of C3a-induced MCP-1/CCL2 and RANTES/CCL5 production in human mast cells by extracellular signal regulated kinase and PK kinase“. Molecular Immunology 42,5 (2005): 581-587; Kamou, Antoine E. et al.: „Mesenchymal stem cells within tumour stroma promote breast cancer metastasis“. Nature 449,7162 (2007): 557-565; Vaday, G.S., Pecht, Kadon, P.A., Lawrence, D.M., „Expression of CCL5 (RANTES) and CXCR3 in prostate cancer“. Prostate (2006); Bartosik-Psujek, H., and Stelmach, Z.: „The levels of chemokines CXCL4, CCL2 and CCL5 in multiple sclerosis patients are linked to the activity of the disease“. European journal of neurology 12,1 (2005): 49-54.

Einerseits wird RANTES in über 7.200 GS-Treffern für die 22 untersuchten Krankheitsbilder als mögliches Schlüsselelement einer Signal-kaskade angesprochen. Andererseits ist die extrem niedrige Zahl an RANTES-Forschungen an der von uns untersuchten Organpathologie der Osteonekrose/Osteolyse des Kieferknochens besonders auffällig. Mit 32 Treffern in GS offenbart sich das mangelnde wissenschaftliche oder auch klinische Interesse an den kavitätenbildenden Osteolyse und Osteonekrosen im Medullarraum der Kieferknochen. Es offenbart sich dadurch ein bemerkenswertes Defizit: Bei heutzutage sind diese Osteopathien nicht Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen als solche und auch nicht in Bezug auf die Beteiligung an systemischer Metainflammation über immunologische RANTES-Signale. Von den 32 Treffern unter „Jawbone and RANTES CCL5“ beziehen sich 14 auf Publikationen der Autoren selbst. Insgesamt belaufen sich die 32 „Jawbone-RANTES-Zitate“ auf nur 0,04% aller bei krankheitsrelevanten RANTES-Zitate.

Schlussfolgerung

Zusammenfassend ist festzustellen, dass künftig in komplementärmedizinischer Betrachtung verstärkt das Gewicht auf die von uns erstmalige labor-technische Aufdeckung dieses Entzündungsbotenstoffs im Kieferknochen gelegt werden sollte. RANTES-Analysen von FDOK-Proben können zum Nachweis einer ganzheitlich-systemischen Signalwirkung aus dem Kieferbereich mit modernen immunologischen Methoden dienen. Die in der vorgelegten Literaturrecherche dokumentierten Ungleichgewichte belegen einen weiteren Forschungsbedarf in den RANTES-basierten Beziehungen von systemischer Metainflammation im Kieferbereich und Systemerkrankungen. Über verstärkte Interdisziplinarität und Kommunikation der spezifischen Fachbereiche untereinander könnte die Qualität in der Behandlung chronischer Erkrankungen verbessert werden.

Korrespondenz-Autor:
Dr. (PhD.) Udo Dr. med. dent. Johann Lechner
Lehrer für Präzisions Zahnärztliche Zahnmedizin
Gruenewald Str. 10A
81547 München
Tel.: 089-697 00 55
Fax: 089-692 58 20
E-Mail: lechner@med.uni-muenchen.de
www.dr-lechner.de

Koautor:
Dr. med. Volker von Baehr
Medizinische Leiter Abteilung für Immunologie und Allergologie
am Institut für Medizinische Diagnostik im MVZ GdH,
Nicolletstraße 22
12247 Berlin
Tel.: 030-7701-220
Fax: 030-7701-236
E-Mail: volker@med-berlin.de
www.imd-berlin.de

Woher kommt diese RANTES-Überexpression? Fettgewebe bildet Zytokine und RANTES. Neuderdings gibt es zunehmend Hinweise, dass die dominante Zelltyp des Fettgewebes, der Adipozyt, proentzündliche Faktoren wie TNF-α, IL-6, Faktoren des Komplementsystems, Wachstumsfaktoren und Adhäsionsmoleküle bildet (MOHAMMEDI-ALI 1998, BURTON 2004). Die Wirkung der Adipozyten auf chronisch-entzündliche Erkrankungen gehört derzeit zu den spannendsten Themen in der Rheumatologie, der Gastroenterologie und der Endokrinologie und wird aufgrund der Pluripotenten der Adipozyten von zunehmend mehr Forschungsgruppen in den Mittelpunkt des Interesses gerückt. Die Mehrheit dieser Substanzen spielt eine Rolle in der Pathophysiologie der Begleit- und Folgeerkrankungen der Adipozyten (GALLARD 2007). Fettzellen und ihre Produkte sind Auslöser der systemischen Inflammation, denn nicht nur Immunzellen, sondern auch Fettzellen bilden Botenstoffe der Entzündung (KEHN 1995). Auch Chemokine wie MCP-1 und RANTES werden zunehmend den Adipozyten zugeordnet, da sie im Wechselspiel von Insulin und Adipozyten hochreguliert werden (MELTON 2013). Die Verbindung von Osteonekrose, Störung des Fettstoffwechsels und überaktivierter RANTES-Expression finden wir beispielhaft bei Morbus Gaucher, einer Erkrankung des Fettstoffwechsels. Dabei kommt es zur Freisetzung von Zytokinen mit entzündlicher Zerstörung am Skelett in Form einer avaskulären Nekrose. Zahlreiche Serumzytokine sind bei Morbus Gaucher erhöht. Dabei ist das Chemokin RANTES ein potentieller Biomarker der Osteonekrose (PAVLOVA 2011). Offensichtlich gibt es hier eine wesentliche Übereinstimmung von Morbus Gaucher und FDOK: In beiden Systemerkrankungen mit Fettstoffwechselstörungen spielt überaktiviertes RANTES die Hauptrolle. Die damit möglicherweise vergesellschafteten Erkrankungen werden durch diese chronischen Stressstimuli mit einem systemischen Entzündungsstatus assoziiert. Dabei wird von Autoren der Begriff der „Metainflammation“ gebraucht (HOTAMISLIGIL 2008).

Die Rolle von RANTES/CCL5 bei Systemerkrankungen
Experimentelle RANTES-Zitungen können in vielen Organen eine Kaskade dysregulierter Physiologie induzieren, wodurch sich Multisystemerkrankungen mit unterschiedlichsten Formen artikulärer GEMUS (2010). Ein Ungleichgewicht zwischen den Zytokinen und deren jeweiligen Inhibitoren ist ein Merkmal bei chronischen entzündlichen Zuständen. Zytokine sind eingebunden in das Auslösen der Immunantwort, in die Induktion von akut entzündlichen Ereignissen und in den Übergang oder in die Persistenz der chronischen Entzündung. Dies bedeutet, dass zur Wahrung gesunder Bedingungen die zytokinproduzierenden Mechanismen kontrolliert werden müssen (HAPPTEL). Denn zahlreiche Krankheiten sind mit der Freisetzung eines Sturms bioaktiver Verbindungen verbunden, auch repräsentiert durch pro-inflammatorische Zytokine wie RANTES (BREVINI 2005).

Klinischer Einzelfall mit Gelenksbeschwerden

Weitere Studien zeigen, dass durch die Expression von RANTES und IL-8 synoviale Fibroblasten möglicherweise am fortschreitenden Überexpressions RANTES-Signale können in vielen Organen eine Kaskade dysregulierter Physiologie induzieren, wodurch sich Multisystemerkrankungen mit unterschiedlichsten Formen artikulärer GEMUS (2010). Ein Ungleichgewicht zwischen den Zytokinen und deren jeweiligen Inhibitoren ist ein Merkmal bei chronischen entzündlichen Zuständen. Zytokine sind eingebunden in das Auslösen der Immunantwort, in die Induktion von akut entzündlichen Ereignissen und in den Übergang oder in die Persistenz der chronischen Entzündung. Dies bedeutet, dass zur Wahrung gesunder Bedingungen die zytokinproduzierenden Mechanismen kontrolliert werden müssen (HAPPTEL). Denn zahlreiche Krankheiten sind mit der Freisetzung eines Sturms bioaktiver Verbindungen verbunden, auch repräsentiert durch pro-inflammatorische Zytokine wie RANTES (BREVINI 2005).

in einem fortschreitend entzündlichen Prozess bei RA hochgradig beteiligt (ALAEEDINE 2001). RANTES ist ein Schlüsselprotein in der Pathogenese aller Onkolog-Gruppen von junger RA, während MCP-1 besonders wichtig ist bei der systemischen juvenilen RA. Serumspiegel dieser CC-Chemokine repräsentieren höher empfindliche Marker der Krankheitsaktivität als herkömmliche Marker der Entzündung (HAZ 2006). Der vorgestellte Patient mit zahlreicher retroauraler Kieferherde bei regio 18/19 leidet seit zwei Jahren unter Schulterschmerzen, mit schmerzhaft refraktärer Bewegungseinschränkung. Die intraartikulären Steroidbehandlungen können die fortgesetzten Remissionen nicht verhindern. Unmittelbar nach Kieferchirurgischer Bereinigung der FDOK bei regio 18/19 sistieren die Gelenkschmerzen an der Schulter links auf Dauer. Die Multiplexanalyse der dort entnommenen FDOK-Proben zeigt eine circa 25-fache Überexpression von RANTES, dessen proinflammatorische Wirkung auf das „Zielorgan Schulter“ sich offensichtlich nach Stilllegung der RANTES-Quelle bis zur Relapslosigkeit mindert. Die oben zitierten Publikationen belegen den Zusammenhang wissenschaftlich.

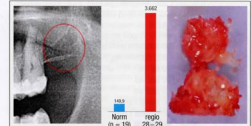


Abb. 2: Histisches Beispiel einer entzündungsreaktion im Kieferknochen mit circa 25-facher Überexpression von RANTES. Die pathologische Begleitwirkung zeigt nur Fettgewebe, ohne Entzündungszeichen.

Methode der Literaturrecherche

Vor diesem Hintergrund war es von Interesse, in wissenschaftlichen Suchmaschinen Publikationen und Literatur zu RANTES und damit verbundenen Krankheiten zu sichten. Wir beschränken uns hier mit der Recherche auf Google-Scholar (GS). GS ist eine allgemeinerwissenschaftliche Suchmaschine, die das Internet nach wissenschaftlichen Literaturhinweisen durchsucht. Vorfeld der Suchmaschine sind die sehr große Datenbasis und ein Algorithmus, der zu einer brauchbaren Trefferrate führt. Die Nachteile von GS liegen in der mangelhaften Filterfunktion und der fehlenden intellektuellen Qualitätsprüfung der Trefferliste. Suchergebnisse können nur schwer auf ein spezifisches akademisches Fachgebiet eingeschränkt werden, da die Trefferliste ausschließlich aufgrund formaler Kriterien maschinell erzeugt wird. Demnach sind die hier für Suchoptionen präsentierten Zahlen nicht sehr bedeutungsfähig und mit hoher Wahrscheinlichkeit mit zahlreichen Mehrfachbenennungen durchsetzt. Die medizinischen Begrifflichkeiten und Pathologien und Krankheiten wurden in mit dem Zusatz „_AND RANTES CCL5_“ eingetippt, „AND“ wurde als Boolescher Operator benutzt, um die neuere Bezeichnung des Chemokins CCL-5 mit chemokine ligand 5 und auch die ältere Bezeichnung RANTES (Regulated and Activated Normal T Cell Expressed and Secreted) in der Suchmaschine zu erfassen. Die Eingaben erfolgten immer in englischsprachiger Terminologie, um die wissenschaftlich indextierten publizierten Arbeiten zu erreichen.

Anlage 2: Förderung Entwicklung Ultraschallgerät durch Bayr. Saatsministerium

CaviTAU: Vier Förderungen durch das Bayerische Staatsministerium
für Wirtschaft, Energie und Technologie



Anlage 3: Publikationen PubMed Lechner und Koautoren in wissenschaftlichen Journals

Zum Thema „**Zahnstörfelder und Systemerkrankungen**“ sind bislang mehrere Publikationen von Dr. Lechner und den Koautoren W. Mayer und Dr. V. von Baehr von internationalen medizinischen Fachzeitschriften angenommen worden. Durchgehendes Thema dieser Publikationsreihe ist Erforschung der stummen chronischen **fettig-degenerativen Entzündungen im Kieferknochen (FDOK, auch genannt „Kieferostitis“, „NICO“)**, wobei als pathogenetisches Schlüsselement das Chemokin RANTES/CCL5 in bis zu 60-facher Überexpression auftritt. RANTES/CCL5 ist für viele Systemerkrankungen - Rheuma, Brustkrebs, Hashimoto, Melanome, Multiple Sklerose, ALS etc. – mitverantwortlich. Unsere erstmalige labortechnische Aufdeckung dieses Entzündungsbotenstoffs im Kieferknochen ist der widerspruchsfreie Nachweis einer ganzheitlich-systemischen Signalwirkung aus dem Kieferbereich mit modernen immunologischen Methoden. Da diese Beiträge „peer reviewed“, von mehreren Experten revidiert und wegen ihrer akademischen Sorgfalt in die medizinische Bibliothek PubMed bzw. ScienceDirect (Elsevier) aufgenommen wurden, sind diese Beiträge als anerkannte Wissenschaft und naturwissenschaftlich unbestrittener Bestandteil des medizinischen Fortschritts zu betrachten.

Die Auflistung erfolgt chronologisch; angegeben ist immer der Link zu dem entsprechenden Journal, gefolgt vom Link in PubMed.

1. Juni 2010: **European Journal of Integrative Medicine** *“Immune messengers in Neuralgia Inducing Cavitational Osteonecrosis (NICO) in jaw bone and systemic interference”*.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.eujim.2010.03.004>

Kostenpflichtiger Download in ScienceDirect (Elsevier) unter:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876382010000260>

Schwerpunkt und Schlussfolgerung: Pilotstudie mit 6 Fällen mit Aufdeckung von RANTES und FGF-2 aus 27 untersuchten Zytokinen als singular extrem überexprimierte Entzündungs-Botenstoffe in chronisch fettig-degenerativ verändertem Kieferknochen (FDOK/“NICO“/Kieferostits).

Keine METRICS

2. April 2013: **International Journal of General Medicine: Lechner J, von Baehr V. “RANTES and fibroblast growth factor 2 in jawbone cavitations triggers for systemic disease”**

Kostenfreier Download: http://www.dovepress.com/articles.php?article_id=12842.

Unter „Metrics“ am oberen Bildrand der Journal-Website ist Zahl der Abrufe zu studieren: **Bis Bis Sept 2020 über 48.117 Ansichten und über 7.440 Video-Views**

Link in PubMed :<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23637551>

Schwerpunkt und Schlussfolgerung: RANTES und FGF-2 in FDOK als Beförderer vieler immunologischer und neurodegenerativer Systemerkrankungen (Rheuma, Tumore, Hashimoto, MS/ALS) bei extremer Überexpression im Kieferknochen.

3. Januar 2013: **Deutsche Zeitschrift für Onkologie:** „Hyperaktivierte Signaltransduktionskaskaden des Chemokins RANTES/CCL5 in Osteopathien des Kieferknochens bei Mammakarzinom – Ein Fallbericht“

Kostenpflichtiger Download: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1334404>

Schwerpunkt und Schlussfolgerung: Fallbeschreibung: Extrem überexprimiertes RANTES in einer FDOK Probe einer Brustkrebspatientin mit Metastasen des Tumors im Kieferknochen. Kann RANTES eine Mitursache von Entstehung und Metastasierung von Brustkrebs sein? (Deutsch)

Keine METRICS

4. Mai 2014: **Journal of Breast Cancer: Basic and Clinical Research:** Lechner J, von Baehr V. “Hyperactivated Signaling Pathways of Chemokine RANTES/CCL5 in Osteopathies of Jawbone in Breast Cancer Patients—Case Report and Research”.

Kostenfreier Download: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.4137/BCBCR.S15119>

Link in PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24899812>

Unter „Article Metrics“ am unteren Bildrand der Journal-Website ist Zahl der Abrufe und deren weltweite Verteilung zu sehen: **Bis Feb 2020 über 1.600 Aufrufe (168 Downloads)**

Schwerpunkt und Schlussfolgerung: Fallbeschreibung: Extrem überexprimiertes RANTES in einer FDOK Probe einer Brustkrebspatientin mit Metastasen des Tumors im Kieferknochen. Kann RANTES eine Mitursache von Entstehung und Metastasierung von Brustkrebs sein? (Englisch). Operative Entfernung der FDOK kann RANTES Expression vermindern und zur Behandlung von entzündlichen Systemerkrankungen angewendet werden.

5. August 2014: **Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry:** “Validation of dental X-ray by cytokine RANTES – comparison of X-ray findings with cytokine overexpression in jawbone”.

Kostenfreier Download: http://www.dovepress.com/articles.php?article_id=18049.

Link in PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25170282>

Bis Sept. 2020 über 11.164 Aufrufe

Schwerpunkt und Schlussfolgerung: Fettige Degeneration im Kiefer (FDOK) als Quelle von RANTES ist nicht mit herkömmlichen Röntgenbildern/OPGs zu erkennen. Komplementär ist eine Ultraschallmessung der Knochendichte (transalveoläre Ultraschallmessung TAU) zur Diagnose der FDOK anzuwenden.

März 2015: **International Journal of General Medicine**: Lechner J, von Baehr V. "Stimulation of proinflammatory cytokines by volatile sulfur compounds in endodontically-treated teeth".

Kostenfreier Download: <http://dx.doi.org/10.2147/IJGM.S77693>

Link in PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25792853>

Bis Sept. 2020 über 9.875 Aufrufe

Schwerpunkt und Schlussfolgerung: Lokale Messung von Zahntoxinen an wurzelgefüllten Zähnen mit einem Indikator für Schwefelwasserstoffe (Biogene Amine/Thioeter/Merkaptane) korrelieren in Ihrer Summe/Intensität mit zunehmender Sensibilisierung des Immunsystems auf diese „Zahntoxine“. Bei 182 auf Merc/Thio sensibilisierten Patienten mit entzündlichen Systemerkrankungen mindert die Entfernung der toxisch wirkenden Zähne diese immunologische Sensibilisierung nachweisbar.

6. Mai 2015: **EPMA Journal** ([European Association for Predictive, Preventive and Personalized Medicine](#)): Lechner J, von Baehr V. "Chemokine RANTES/CCL5 as an unknown link between wound healing in the jawbone and systemic disease: is prediction and tailored treatments in the horizon?". 2015, 6:10. doi:10.1186/s13167-015-0032-4

Kostenfreier Download: <https://doi.org/10.1186/s13167-015-0032-4>

Link in PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25987906/>

Schwerpunkt und Schlussfolgerung: Areale nicht vollständig ausgeheilter Operations- und Extraktionswunden im Kiefer in Form fettig-degenerativer Osteolysen im Kiefer (=FDOK) stellen ein wenig bekanntes Entzündungsphänomen dar, da die Zellantwort nicht bakteriell oder viral, sondern durch persistierende metabolische Entgleisungen ausgelöst wird. Träger dieser abakteriellen und aviralen Zellantworten sind Zytokine (FGF-2 und MCP-1) sowie in erster Linie das Chemokin RANTES. Auf die systemisch-entzündlichen Auswirkungen einer chronischen RANTES-Überexpression in Bereichen gestörter Wundheilung im Kiefer haben die Autoren in früheren Publikationen hingewiesen.

Bis Sept. 2020 circa 2.633 Aufrufe

7. Juni 2015: Lechner J, von Baehr V. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine** "Peripheral Neuropathic Facial/Trigeminal Pain and RANTES/CCL5 in Jawbone Cavitation", Vol. 2015, Article ID 582520, 9 pages, 2015. doi:10.1155/2015/582520

Kostenfreier Download: <http://www.hindawi.com/journals/ecam/2015/582520/>

Table of Contents of Volume 2015: <http://www.hindawi.com/journals/ecam/contents/>

Link in PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25987906>

Bis Sept. 2020 circa 2.965 Aufrufe

Schwerpunkt und Schlussfolgerung: Atypische Gesichtsschmerzen und Trigeminus-Neuralgie (ATG/TrN) sind häufig Gründe für Suizid. Opioid-Rezeptoren spielen sowohl in den Neuronen der Peripherie als auch im ZNS eine wichtige Rolle bei der Schmerzfortleitung, werden aber durch RANTES/CCL5 gehemmt, was die Schmerzsignale verstärkt. Da wir bereits in früheren Untersuchungen die extreme Überexpression von RANTES in fettig-degenerativer Osteolyse des Kieferknochens(FDOK) demonstrierten (s.w.o), liegt es nahe, bei ATG/TrN durch chirurgische Säuberung der FDOK-Areale eine Reduzierung der RANTES-Signalgebung zu mindern. Bei

ATG/TrN werden in der Literatur die auslösenden FDOK-Areale auch „NICO“ genannt. Bei 15 Patientenfällen belegt die Untersuchung die RANTES Überexpression und die Sanierung den therapeutischen Erfolg der Schmerzminderung.

8. März 2017: **Journal of Dental and Oral Health Volume 3 Issue 3** “*Silent Inflammation in the Jaw and Neurological Dysregulation - Case study linking RANTES/CCL5 overexpression in jawbone with chemokine receptors in the central nervous system.*”

Kostenfreier Download: <http://scionline.org/open-access/silent-inflammation-in-the-jaw-and-neurological-dysregulation-case-study-linking-rantescccl5-overexpression-in-jawbone-with-chemokine-receptors-in-the-central-nervous-system.pdf>

Schwerpunkt und Schlussfolgerung: Für die Patientin – 19 Jahre alt - war es seit 1 Jahr schon „normal“, mehrmals täglich das Bewusstsein zu verlieren und das Haus nicht mehr alleine zu verlassen. Diesen neurologisch völlig ungeklärten Ereignissen ging **die Entfernung von 4 Weisheitszähnen voraus.** Neben der üblichen Röntgenuntersuchung zeigt die Ultraschall-TAU-Diagnose nicht ausgeheilte Operationswunden im Weisheitszahnbereich in Form fettig-degenerativer Osteolysen im Kiefer (=FDOK). Nach chirurgischer Sanierung dieser vier Kieferbereiche in 2010/2011 ist die Patientin bis heute völlig anfallsfrei.

Keine METRICS

9. Mai 2017: **Deutsche Zeitschrift für Onkologie:** „*Onkogenes Schlüsselsignal RANTES/CCL5 – „Cytokine cross talk“ des Tumors und „silent inflammation“ des Kieferknochens ---- Oncogenetic key signal RANTES/CCL5 - „Cytokine cross talk“ in tumors and silent inflammation of jawbone*”

https://profile.thieme.de/HTML/sso/ejournals/login.htm?type=default&subsidiary=www.thieme-connect.de&hook_url=https%3A%2F%2Fwww.thieme-connect.de%2Fproducts%2Fejournals%2Fpdf%2F10.1055%2Fs-0043-101090.pdf

Dann bitte einloggen und PDF-Version kann runtergeladen werden.

Schwerpunkt und Schlussfolgerung: Diese Studie – mit Falldarstellung von Brustkrebs-Metastasen im Kieferknochen - präsentiert Daten und die Hypothese, dass eine aus fettig degenerativer Osteolyse im Kieferknochen(FDOK) abgeleitete RANTES/CCL5-(R/C) Signalgebung im Kontext eines Tumors eine Rolle spielt. Entscheidend ist der Übergang einer akuten zu einer chronischen Entzündung und deren Persistenz in Form einer FDOK im Bereich einer gestörten Wundheilung. Die Lokalisation der chronischen Inflammation im Kieferbereich wirft die Frage auf, ob gängige zahnärztliche und kieferchirurgische Praxis nicht für die Entstehung solcher kryptischer R/C-Quellen mit verantwortlich sein könnte. Die Bedeutung der Studie liegt in dem Nachweis signifikant überexprimierter R/C-Signalgebung in FDOK, bei 38 Tumor/FDOK-Patienten. Die vorgeschlagene Verminderung der hyperaktivierten R/C-Signaltransduktion aus FDOK durch kieferchirurgische Kürettage der Fettdepots, kann, im Kontext einer komplementären Tumorthherapie, die Systemwirkung einer „silent inflammation“ im Kieferknochen ausschließen.**Keine METRICS**

10. Juli 2017: **Journal of BIOLOGICAL REGULATORS:** [J Lechner](#)¹, [K Huesker](#)², [V Von Baehr](#)³.“

The impact of RANTES from jawbone on Chronic Fatigue Syndrome”.

Abstract www.biolifesas.org/contentsJBRHA.htm **JBRHA 31, No. 2, April - June,2017**

Link in PubMed: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Lechner+J+CFS>

Schwerpunkt und Schlussfolgerung: Tragen chronische Entzündungen im Kieferknochen zur Entwicklung des chronischen Ermüdungssyndroms (CFS) bei? Fettige degenerative Osteonekrose im Kieferknochen (FDOK) kann zu CFS durch Induktion entzündlicher Mediatoren beitragen. Um neurologische Wechselbeziehungen zu klären, wurden Proben von 21 CFS-Patienten aus retromolaren Weisheitszahnbereich analysiert. Jede der retromolaren Kieferknochenproben zeigte FDOK mit hohen Expressionen von RANTES/CCL5 (R/C). Die FDOK-Kohorte zeigte eine 30-fache mittlere Überexpression von R/C im Vergleich zu gesunden Kontrollen. Da R/C in der Literatur als Beitrag zu entzündlichen Erkrankungen diskutiert wird, vermuten wir, dass FDOK in Bereichen unvollständiger Wundheilung im Kieferknochen Signalwege hyperaktivieren kann und eine bisher unbekannt Ursache für die Entwicklung von CFS darstellt. **Keine METRICS**

11. Oktober 2017: Lechner J, von Baehr V. **Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry:**

“Aseptic-avascular osteonecrosis: local “silent inflammation” in the jawbone and RANTES/CCL5 overexpression.” 2017;9 99–109.

Kostenfreier Download: https://www.dovepress.com/articles.php?article_id=35541.

Link in PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29184447>

Schwerpunkt und Schlussfolgerung: Im ICD-10 findet sich die Krankheitsbezeichnung „Idiopathische aseptische Knochennekrose“ in Verbindung mit „avaskulärer Knochennekrose“ auch im Kieferknochen (KK). Die Literatur spricht verkürzt von „Aseptisch-Ischämischer Osteonekrose im KK/jawbone“ (AIOJ). Um klinische Details hierzu zu erhellen, werden an einem Kollektiv von 24 Patienten mit unterschiedlichen systemisch-immunologischen Erkrankungen auffällige osteolytische Proben von KK in vier Schritten untersucht: Praeoperatives zahnärztliches Röntgen und postoperative Histologie, PCR-DNA- Bakterienanalyse und RANTES/CCL5 Expression. Die Gegenüberstellung zeigt, dass **weder Röntgen noch Histologie, eindeutige Hinweise auf Entzündungsprozesse und die PCR-Untersuchung keinerlei Hinweis auf eine mikrobielle Belastung in den Kieferproben geben. Auffällig ist aber eine durchgehende Überexpression des Chemokins RANTES/CCL5 in den AIOJ-Proben.** Die Arbeit belegt die aseptische Existenz einer klinisch als „silent inflammation“ ablaufenden Entzündung im KK. Der schwer zu interpretierende Begriff im ICD-10 (AIOJ) wird mit klinischen Inhalten belegt und seine Zytokinexpression erklärt die immunologisch-systemische Wirkung im untersuchen Patientenkollektiv. **Bis Feb. 2020 circa 4.150 Aufrufe**

12. April 2018: International Journal of General Medicine: " *The vitamin D receptor and the etiology of RANTES/CCL-expressive fatty-degenerative osteolysis of the jawbone: An interface between osteoimmunology and bone metabolism*" . DOI <https://doi.org/10.2147/IJGM.S152873>

Kostenfreier Download: https://www.dovepress.com/article_38000.t84543869

Link in PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29731660>

Schwerpunkt und Schlussfolgerung: Neuere Forschungen zu Vitamin-D zeigen, dass unser Verständnis der Faktoren, die zu chronischen Entzündungen führen, überholt werden sollte. Einer der

Schlüsselmechanismen, mit denen Mikroben Immunsuppression gelingt, könnte die Unterdrückung eines der verbreitetsten körpereigenen Zellkernrezeptoren sein, dem Vitamin-D-Rezeptor (VDR). Autoimmunerkrankungen könnten dabei mit einem deaktivierten VDR (VDR-deac) korrelieren, wenn der Rezeptor keine antimikrobiellen Wirkstoffe transkribieren kann. Überschüssig gebildetes 1,25-Dihydroxylvitamin D wird nicht in 25-Hydroxyvitamin D heruntergebrochen, so dass hohen 1,25D Werten niedrige 25D Werte gegenüberstehen. Da 1,25-Dihydroxylvitamin D die Osteoklastentätigkeit fördert und damit Osteoporose verursacht, können auch von uns beschriebene fettig-degenerative Osteolysen im Kiefer (FDOK) mit VDR-deac zusammenhängen. VD-Umsatz, Immunsystem und Qualität von Knochenab- und -aufbau im Kiefer sind zusammenhängende Faktoren, die sich möglicherweise bei chronischen Entzündungsprozessen verstärken. Diese Arbeit prüft an Patienten mit FDOK und mit immunologischen Systemerkrankungen (ISD) diagnostiziert. **die Verbindungen von Immunologie und Knochenstoffwechsel.** Sie erstellt eine Verbindung zwischen fettig-degenerativen Osteolysen des Kieferknochens (FDOK), deren RANTES/CCL5 Überexpression und einem VDR-deac. **Klinische Daten belegen das Zusammenwirken eines VDR-deac mit einer proinflammatorischen RANTES/CCL5 Überexpression in Patienten. Bis Sept 2020 6.593 Aufrufe**

13. Mai 2018: **Volume 8; Issue 3. DENTISTRY:** Lechner J, von Baehr V (2018) *“Impact of Endodontically Treated Teeth on Systemic Diseases”*. Dentistry 8: 476. Doi: 10.4172/2161-1122.1000476

Die Untersuchung vergleicht die röntgenologische Verteilung von apikalen Entzündungsprozessen (AP) an wurzelgefüllten und endodontisch behandelten Zähnen (WfZ) an einer gesunden Vergleichsgruppe (gVG) und an einem Kollektiv von systemisch Erkrankten (SyE); dieses zeigt die doppelte Zahl von AP. Daraus entsteht die Frage, ob biogene Amine (Merkaptan/Thioether/Schwefelwasserstoff) aus WfZ bei den SyE chronisch-subtoxische und immunologische Systemwirkungen zeigen. Zur Diagnose werden lokale Schwefelwasserstoff-Messungen am WfZ mit labortechnischen Serum-Analysen einer Typ IV-Immunreaktion auf die modifizierten Eiweiße kombiniert: 42,5% der SyE zeigen immunologische Irritation durch fSW. SyE zeigen auch fast dreimal mehr APs als die gVG (17,2 % /5,9 %). Zusammenfassend zeigen die Daten, dass **bei SyE endodontisch verursachte Pathologien immunologische Irritationen verstärken können.**

Direkt kostenfreier Download PDF: [10.4172/2161-1122.1000476](https://doi.org/10.4172/2161-1122.1000476)

Link in PubMed: in press **Keine METRICS**

14. Juni 2018: **EPMA Journal/Springer** : Lechner, J., Noubissi, S. von Baehr, V. *“Titanium implants and silent inflammation in jawbone – a critical interplay of dissolved titanium particles and cytokines TNF-a and RANTES/CCL5 on overall health?”* EPMA Journal (2018).
<https://doi.org/10.1007/s13167-018-0138-6>

Titanimplantate und stille Entzündungen im Kieferknochen - eine kritische Verbindung von gelösten Titanpartikeln und den Zytokinen TNF-a und RANTES / CCL5 mit systemischer Gesundheit?

Hintergrund und Einleitung: Es ist eine bekannte Tatsache, dass sich Titanpartikel, die von dentalen Titanimplantaten (DTI) stammen, in den umgebenden Knochen diffundieren. Obwohl Titan (Ti) als kompatibles Implantatmaterial angesehen wird, wächst die Sorge, dass die gelösten Titanpartikel

Entzündungsreaktionen um das Implantat herum auslösen. Speziell das inflammatorische Zytokin Tumornekrosefaktor alpha (TNF- α) wird im angrenzenden Knochen exprimiert. Der Übergang von einer TNF- α -induzierten lokalen Entzündung nach dem Einsetzen der DTI in ein chronisches Stadium der "stillen Entzündung im Kieferknochen" könnte eine vernachlässigte Ursache für ungeklärte Erkrankungen sein. **Material und Methoden:** Die an der Induktion der Zytokinfreisetzung beteiligten Signalwege wurden mittels Multiplexanalyse analysiert. Wir untersuchten Proben von Kieferknochen (KK) für sieben Zytokine in zwei Gruppen: Proben von 14 Patienten wurden in Bereichen von DTI für Partikel-vermittelte Freisetzung von Zytokinen analysiert. Jede der einem DTI benachbarten Gewebeproben zeigte klinisch fettig degenerierte und osteonekrotische medulläre Veränderungen (FDOK) im KK. Proben von 19 Patienten stammten von gesundem KK. In fünf Fällen haben wir die Konzentration gelöster Ti-Partikel spektrometrisch gemessen. **Ergebnisse:** Alle DTI-FDOK-Proben zeigten RANTES / CCL5 (R / C) als das einzige extrem überexprimierte Zytokin. Die DTI-FDOK-Kohorte zeigte eine 30-fache mittlere Überexpression von R / C verglichen mit einer Kontrollkohorte von 19 gesunden KK-Proben. Die Konzentration von gelösten Ti-Partikeln in DTI-FDOK war 30-fach höher als ein geschätztes Maximum von 1.000 $\mu\text{g} / \text{kg}$. **Diskussion:** Da R / C in der Literatur als mögliche Ursache von Entzündungserkrankungen diskutiert wird, untersucht die hier vorgestellte Arbeit die Frage, ob eine DTI die Entwicklung einer chronischen Entzündung im Kieferknochen bei einem gestörten Heilungsprozess auslösen kann. Solche Veränderungen in Bereichen des KK können zu hyperaktivierten Signalwegen von TNF- α induzierter R / C-Überexpression und zu unerkannten Quellen stiller Entzündung werden. Dies kann zu Krankheitsbildern wie rheumatischer Arthritis, Multipler Sklerose und anderen systemisch-entzündlichen Erkrankungen beitragen, was in wissenschaftlichen Veröffentlichungen ausführlich diskutiert wird. **Schlussfolgerung:** Aus systemischer Sicht empfehlen wir, der Zytokin-Überexpression, die durch gelöste Ti-Partikel aus DTI in der Medizin und Zahnmedizin verursacht wird, mehr Aufmerksamkeit zu widmen. Dies kann zur Weiterentwicklung personalisierter Strategien in der Präventivmedizin beitragen.

Kostenfreier Download PDF: <http://link.springer.com/article/10.1007/s13167-018-0138-6>

Link in PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30174768>

Article downloads: Sept 2020 4.400

15. November 2018: Lechner J, Rudi T, von Baehr V. **Clinical, Cosmetic and Investigational**

Dentistry: "Osteoimmunology of Tumor Necrosis Factor-alpha, Interleukin 6, and RANTES/CCL5: A Review of Known and Poorly Understood Inflammatory Patterns in Osteonecrosis

Hintergrund: Immun- und Knochensysteme sind über zytokine Zellkommunikation eng verbunden. Dieses interdisziplinäre Forschungsfeld wird als Osteoimmunologie bezeichnet und erstreckt sich auf entzündliche und osteoresorptive Krankheiten mit primärer Expression von Tumor-Nekrose-Faktor-alpha (TNF- α) und Interleukin 6 (IL-6). **Fragestellung:** Gibt es knochenresorptive Prozesse, deren chronische Entzündungslagen nicht mit Expression von TNF- α und IL-6, sondern mit Expression anderer Zytokine verbunden sind? **Material und Methode:** Umfangreiche Literaturrecherche in PubMed central. **Diskussion:** Obwohl bei allen Erkrankungen mit Knochenresorption Zytokine TNF- α und IL-6 im Vordergrund des entzündlich-destruktiven Geschehens stehen, findet sich dennoch in der Literatur eine Ausnahme: Fettig-degenerative Osteoporose/Osteolyse im Kieferknochen (FDOK) zeigt morphologisch massive Knochenerweichung, obwohl TNF- α und IL-6 unter den Spiegeln gesunden

Kieferknochens liegen. Auffällig ist dagegen eine bis zum 35-fache Überexpression des Chemokin RANTES/CCL5 (R/C) in allen in der Literatur bislang untersuchten FDOJ Arealen. **Schlussfolgerung:** FDOJ scheint ein im Körper einzigartiges Zytokin- und Entzündungsmuster mit Osteolyse darzustellen. Dabei kann R/C als dominanter Träger einer „Maxillo-Mandibulären Osteoimmunologie“ definiert werden. Kostenfreier Download PDF: https://www.dovepress.com/articles.php?article_id=42204

Link in PubMed: PMID: 30519117 PMCID: [PMC6233471](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30519117/)

Feb. 2020: Total views: **3.020** seit Erscheinen

16. August 2019: : Lechner J, Schulz T, von Baehr V. **EPMA Journal/Springer:** *“Immunohistological staining of unknown chemokine RANTES/CCL5 expression in jawbone marrow defects—osteimmunology and disruption of bone remodeling in clinical case studies targeting on predictive preventive personalized medicine”*. EPMA Journal, (2019), 1-14. DOI 10.1007/s13167-019-00182-1

1

Immunhistologische Färbung unbekannter Chemokin-RANTES/CCL5-Expression in Kieferknochenmarkdefekten - Osteoimmunologie und Störungen des Knochenumbaus in klinischen Fallstudien, unter dem Aspekt einer prädiktiven präventiven und personalisierten Medizin.

Die fett-degenerative Osteonekrose in den Markräumen des Kieferknochens (FDOJ) kann als eine wenig bekannte Quelle für die RANTES/CCL5 (R/C) Überexpression identifiziert werden. R/C stört auch den Knochenstoffwechsel, was zu einer Osteolyse in den FDOJ Arealen führt. Viele zahnärztliche Maßnahmen (Extraktion, Operation, Implantate) erfordern funktionierende Reparaturmechanismen, die durch R/C-Überexpressionen gestört werden können. Es ist mit immunochemischer Färbung zu klären, wie die R/C-Expression von Adipozyten in FDOJ eine Störung der Osteogenese und Auswirkungen auf medulläre Stammzellen verursacht. Wir untersuchten die Gewebeproben von 449 Patienten mit FDOJ, um den Gehalt des Chemokins R/C mit Luminex®-Analyse zu bestimmen. In sechs klinischen Fallstudien von FDOJ vergleichen wir Hounsfield-Knochenichte, histologische Befunde, R/C-Expression und immunhistochemische Färbung. R/C wird in den 449 FDOJ-Fällen im Vergleich zu gesunden Kieferknochenproben um das bis zu 30-fache überexprimiert. Die sechs klinischen Fälle zeigen durchweg eine stark reduzierte Knochenichte (d.h. Osteolyse), variieren aber im Grad der Übereinstimmung zwischen den anderen drei Parametern. R/C aus FDOJ-Quellen kann in mehrere Immunreaktionen involviert sein und als ein wichtiger pathogenetischer Pfad für eine erhöhte Adipogenese und für eine fehlende Osteogenese angesehen werden. Adipozyten wirken pathogen über die R/C-Expression im lokalen FDOJ und systemisch auf das Immunsystem. **Schwerpunkt und Schlussfolgerung:** R/C kann als wichtiger Auslöser für mögliche pathologische Entwicklungen im Schicksal hämatopoetischer Stammzellen angesehen werden. FDOJ ist kein starr einheitlicher Prozess, sondern spiegelt veränderte Entwicklungsstufen wider. Das Fehlen korrelierender Befunde sollte nicht als Fehldiagnose interpretiert werden. Es erscheint angebracht, weiter im Bereich der "maxillo-mandibulären Osteoimmunologie" zu forschen und sich auf die R/C-Überexpression in FDOJ-Bereichen zu konzentrieren.

Kostenfreier Download PDF: <http://link.springer.com/article/10.1007/s13167-019-00182-1>

Link in PubMed: PMID: PMID 31832111 **Downloads Sept 2020: 992**

17. Februar 2020: ACTA SCIENTIFIC DENTAL SCIENCES (ISSN: 2581-4893) Volume 4 Issue 3

March 2020. Johann Lechner, Christian Langer, Nicholas J Meyer. **The Effects of Craniosacral Techniques on the Kinematics of the Craniomandibular Joint – Kinematographic Validation**
Der Einfluss verschiedener cranio-sacraler Techniken auf die Kinematik des Kiefergelenks
Kinematografische Validierung fünf verschiedener cranio-sacraler Techniken mit dem K7
Diagnostic-System

Abstrakt

Einführung: In der vorliegenden Studie wurden fünf cranio-sacrale Techniken angewendet, um die Wirksamkeit osteopathischer Behandlungsform quantitativ zu erfassen. Die Hypothesen beinhalteten, dass diese Techniken bei gesunden und behandlungsbedürftigen Probanden wirksam, bei diesen beiden Stichproben wirksamer als Placebobehandlung und bei den Behandlungsbedürftigen wirksamer als bei den Gesunden sind. **Methode:** Bei allen Probanden wurden in einer ersten Sitzung mit Hilfe des Messgerätes K7 die Öffnungsgeschwindigkeit 2 mal gemessen, anschließend placebobehandelt und erneut die Messparameter 2 mal bestimmt. In einer zweiten Sitzung erfolgte die Verumbehandlung. Zur Validierung des quantitativen Einflusses der Behandlungsmethode bezüglich der Kiefergelenksmechanik wurde mit dem K7 ein Messgerät eingesetzt, mit dem objektiv die kinematischen Unterschiede, die durch die Behandlung erzielt wurden, erfasst und quantitativ abgebildet werden. Die Messprotokolle wurden statistisch ausgewertet. **Ergebnisse:** Signifikanz konnte gezeigt werden für die Zunahme der schnellen Schließungsgeschwindigkeiten nach Verumbehandlung, im Verum-Placebovergleich und für die Abnahme der Öffnungsgeschwindigkeiten nach Placebobehandlung jeweils in der Gesamtstichprobe. Die schnellen Schließungsgeschwindigkeiten stiegen nach Verumbehandlung bei den Behandlungsbedürftigen und den Gesunden signifikant an. Die schnellen Öffnungsgeschwindigkeiten nahmen bei den Gesunden nach Placebobehandlung signifikant ab. Der terminal tooth contact bei der schnellen Schließung nahm bei Gesunden ohne Okklusionsprobleme signifikant und den Behandlungsbedürftigen ohne Okklusionsprobleme zu. **Diskussion und Schlussfolgerung:** Es konnte gezeigt werden, dass Bewegungen des Kiefergelenks und nicht okklusionsbedingte cranio-mandibulären Dysfunktionen beeinflussbar waren. Die vorliegenden Ergebnisse deuten darauf hin, dass arthrokinematische Störungen des Kiefergelenkapparates bereits im Vorfeld subjektiver Beschwerden behandelbar und schwere Sekundärfolgen womöglich vermeidbar sind.

Kostenfreier Download PDF: <https://actascientific.com/ASDS-Article-Inpress.php>

18. Juni 2020: Lechner J, Zimmermann B, Schmidt M, von Baehr V. **Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry:** "Ultrasound sonography to detect focal osteoporotic jawbone marrow defects - Clinical comparative study with corresponding Hounsfield Units and RANTES/CCL5 expression". 2020;12:205-216. doi.org/10.2147/CCIDE.S247345

Abstrakt

Hintergrund: Die übliche Impulsecho-Ultraschalluntersuchung ist nicht geeignet, relevante Informationen über den Kieferknochen zu liefern, da Ultraschall (US) durch die feste Kortikalis nahezu vollständig reflektiert wird. Gleichzeitig sind umschriebene „fokale“ Knochendefekte im Kieferknochen („focal osteoporotic marrow defects“) (BMD) Gegenstand wissenschaftlicher Darstellung und Diskussion. **Fragestellung:** Ist ein neuentwickeltes Gerät zur Trans-alveolären Ultraschallsonographie

(TAU-n) im Zahn-Kieferbereich geeignet, fokale Knochenmarksdefekte wiederzugeben? **Material und Methoden:** Neues TAU Gerät: TAU-n besteht aus Handstück mit extraoralem US-Sender und enoraler Empfängereinheit. Die Anzeige von TAU-n zeigt unterschiedliche physikalische Dichten im dentoalveolären Bereich mit entsprechend unterschiedlicher Farbgebung an. Die Änderungen der Knochendichte werden auch numerisch dargestellt. Validierung der TAU-n Messwerte: Ein herkömmliches Orhopantomogramm (2D-OPG) eignet sich nicht zur Bestimmung der Knochendichte und wird ausgeschlossen. Zur Validierung wird in 82 Patientenfällen zur praeoperativen Bestimmung eines BMD ein 3D-DVT inklusive Hounsfield Units (HU) und TAU-n durchgeführt. Postoperativ werden histologische Befunde und Multiplex Analyse der RANTESS/CCL5 (R/C) Expression aus chirurgisch bereinigten BMD Arealen ausgewertet. **Ergebnisse:** In allen 82 operierten Knochenproben zeigen DVT-HU, TAU-n Werte und R/C Expressionen übereinstimmend das Vorliegen eines BMD mit chronisch-entzündlichem Charakter. In nur fünf Fällen zeigt die Histologie keinen Beleg für BMD. **Diskussion:** Alle vier Beurteilungskriterien bestätigen das Vorliegen eines BMD in jeder der 82 Proben. Das hier zu validierende TAU-n Verfahren reiht sich nahezu vollständig in die diagnostische Zuverlässigkeit der anderen Verfahren ein. **Schlussfolgerung:** Zur strahlungsfreien Aufdeckung eines BMD steht zuverlässig das neuentwickelte TAU-n Gerät zur Verfügung.

Kostenfreier Download PDF: https://www.dovepress.com/articles.php?article_id=54222.

Link on PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32801922/>

Downloads: bis Sept 2020 1.710

19. Juli 2020: Lechner J, Mayer W. Mitochondrial Function and Root-Filled Teeth – Detrimental and Unknown Interfaces in Systemic Immune Diseases. *Int J Gen Med.* 2020;13:387-402.
<https://doi.org/10.2147/IJGM.S258170>

Abstrakt

Hintergrund: Die Diskussion um mögliche toxische Wirkungen wurzelgefüllter Zähne ist sehr alt. Nur selten wird aber eine mögliche die Minderung der ATP-activity an der Mitochondrienmembran durch die diskutierten Zahntoxine in die Fragestellung einbezogen. In neuerer Zeit wird eine sogenannte Mitochondropathie für zahlreiche immunologische Systemerkrankungen in Verbindung gebracht. Dem Zahnarzt stehen aber nur wenige Methoden zur Beurteilung der Toxinabgabe am Zahn zur Verfügung.

Objectives: Hier soll mit einem experimentell-klinischen Studiendesign untersucht werden, wieweit extrahierte RFT Zahntoxine in Lösung geben und die Bereitstellung von ATP an der Mitochondrienmembran des Patienten mindern. **Material und Methode:** RFT werden auf ihre lokale Toxinabgabe mit einem Indicator für volatile sulfur compounds semiquantitativ (VSCI) bestimmt und extrahiert. Diese RFT werden für 24 Stunden in Aqua bidest bei Zimmertemperatur eingelegt und wieder entfernt. Die daraus entstehende Lösung (Tox-sol) wird 1:100 verdünnt, im Labor mit einer Peripheral Blood Mononuclear Cell (PBMC) –Fraktion des Patienten versetzt. Die verbleibende ATP-activity wird an der Mitochondrienmembran gemessen und mit der neutralen ATP-activity dieses Probanden verglichen. Dieser Prozess wird bei 30 Probanden durchgeführt. **Ergebnisse:** Das Gesamtkollektiv zeigt eine Reduktion der ATP-activity um circa 10% nach 24 h Exposition mit der Tox-sol. Es bilden sich drei Gruppen heraus mit stark verminderter (n=16) , neutraler (n=10) und sogar erhöhter (n=4) ATP-activity. In vier verschiedenen Krankheitsgruppen (Rhema, Neurologie, Allergie,

Tumor) zeigen sich gleichwertige Hemmungen der ATP-activity, ohne Präferenz einer bestimmten Erkrankung. **Diskussion:** Das Studiendesign beschränkt sich auf einen Expositionszeitraum sowohl in der Tox-sol als auch in der PBMC-Fraktion auf 24 h. Tatsächlich läuft diese Exposition im Mund des Patienten über Jahre und kann sich dadurch potenzieren. Krankheitsspezifische Wirkungen der Tox-sol zeigen sich nicht. **Schlussfolgerung:** Die Tox-Lsg verursacht in der kurzen Expositionszeit von 24 Std. und in einer Verdünnung von 1:100 bei 50% der Probanden eine Minderung der ATP-Verfügbarkeit im Median um circa 15%. Ein praxistauglicher VSCI zeigt direkt am RFT die toxischen Schwefelverbindungen zuverlässig an. RFT können damit als möglicher Beitrag zu Mitochondriopathien betrachtet werden.

Kostenfreier Download PDF: https://www.dovepress.com/articles.php?article_id=55224.

Link in PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32765044/>

Downloads: bis Sept 2020 1.351

Aufrufe gesamt:

September 2020 = circa 95.000

Sie finden alle Publikationen mit dem direkten Link zum Download unter

www.dr-lechner.de/wissenschaftliche-publikationen

oder unter: https://www.researchgate.net/profile/Johann_Lechner/publications

Anlage 4: Lechner und Koautoren werden zitiert mit Publikationen

Stand: 22-10-2020

1. Mangelsdorf I, Walach H, Mutter J. Healing of Amyotrophic Lateral Sclerosis: A Case Report. *Complement Med Res* 2017;24:175–181. DOI: 10.1159/000477397

References:

Lechner J, von Baehr V: RANTES and fibroblast growth factor 2 in jawbone cavitations: triggers for systemic disease? *Int J Gen Med* 2013;6:277-290.

Lechner J, Mayer W: Immune messengers in neuralgia inducing cavitation osteonecrosis (NICO) in jaw bone and systemic interference. *Eur J Integr Med* 2010;2:71-77.

2. Díaz Pérez, C. A., Barreiro Mendoza, G. N., & Martínez Rodríguez, M. (2018). Dolor crónico del maxilar. Presentación de un caso. *Revista Información Científica*, 97(1), 175-182.

References

Lechner J, Von Baehr V. Peripheral Neuropathic Facial/Trigeminal Pain and Rantes/Ccl5 in Jawbone Cavitation. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2015.

3. 洪帆, 梁江萍, 秦婷婷, 夏俊, & 徐洋. (2015). 乳腺癌患者化疗后乙肝病毒再激活及拉米夫定预防性应用的临床研究. *现代生物医学进展*, (8), 1505-1508.

Translation:

Clinical Study of HBV Reactivation and Prophylactic Application of Lamivudine in Breast Cancer Patients after Chemotherapy

Keywords: breastcancer; HBV; Chemotherapy; Liverfunction damage; HBV reactivation

References

[2]Lechner J, von Baehr V. Hyperactivated Signaling Pathways of Chemokine RANTES/CCL5 in Osteopathies of Jawbone in Breast Cancer Patients – Case Report and Research [J]. *Breast Cancer (Auckl)*, 2014;8:89-96

4. Tormod B. Krüger, Bente B. Herlofson, Maria A. Landin & Janne E. Reseland (2016): Alendronate alters osteoblast activities, *Acta Odontologica Scandinavica*, DOI: [10.1080/00016357.2016.1217041](https://doi.org/10.1080/00016357.2016.1217041)

References

Lechner J, von Baehr V. Chemokine RANTES/CCL5 as an unknown link between wound healing in the jawbone and systemic disease: is prediction and tailored treatments in the horizon? *EPMA J.* 2015;6:10.

5. Naveau, A., Shinmyozu, K., Moore, C., Avivi-Arber, L., Jokerst, J., & Koka, S. (2019). Etiology and measurement of peri-implant crestal bone loss (CBL). *Journal of clinical medicine*, 8(2), 166.

References

Lechner, J., Noubissi, S., & von Baehr, V. (2018). Titanium implants and silent inflammation in jawbone—a critical interplay of dissolved titanium particles and cytokines TNF- α and RANTES/CCL5 on overall health?. *EPMA Journal*, 9(3), 331-343.

6. Polli, A., Van Oosterwijck, J., Nijs, J., Marusic, U., De Wandele, I., Paul, L., ... & Ickmans, K. (2019). Relationship between exercise-induced oxidative stress changes and parasympathetic activity in chronic fatigue syndrome: an observational study in patients and healthy subjects. *Clinical therapeutics*, 41(4), 641-655.

References

Lechner J, Huesker K, von Baehr V. **Impact of RANTES from Jawbone on Chronic Fatigue Syndrome.** *J Biol Regul Homeost Agents.* 2017 Apr-Jun;31(2):321-327.

7. Noubissi, S., Scarano, A., & Gupta, S. (2019). A Literature Review Study on Atomic Ions Dissolution of Titanium and Its Alloys in Implant Dentistry. *Materials*, 12(3), 368.

References

30. Lechner, J., Noubissi, S., & von Baehr, V. (2018). Titanium implants and silent inflammation in jawbone—a critical interplay of dissolved titanium particles and cytokines TNF- α and RANTES/CCL5 on overall health?. *EPMA Journal*, 9(3), 331-343.

8. Qin, X., Li, Q., Chen, W., Bai, Y., Baban, B., & Mao, J. (2019). The circadian expression of osteogenic factors in periodontal tissue loading mechanical force: new concepts of the personalized orthodontic care. *EPMA Journal*, 10(1), 13-20.

References

37. Lechner, J., Noubissi, S., & von Baehr, V. (2018). Titanium implants and silent inflammation in jawbone—a critical interplay of dissolved titanium particles and cytokines TNF- α and RANTES/CCL5 on overall health?. *EPMA Journal*, 9(3), 331-343.

9. Wang, Y., Qi, H., Miron, R. J., & Zhang, Y. (2019). Modulating macrophage polarization on titanium implant surface by poly (dopamine)-assisted immobilization of IL4. *Clinical implant dentistry and related research.*

References

Lechner, J., Noubissi, S., & von Baehr, V. (2018). Titanium implants and silent inflammation in jawbone—a critical interplay of dissolved titanium particles and cytokines TNF- α and RANTES/CCL5 on overall health?. *EPMA Journal*, 9(3), 331-343.

10. Krüger, T. B., Herlofson, B. B., Landin, M. A., & Reseland, J. E. (2016). Alendronate alters osteoblast activities. *Acta Odontologica Scandinavica*, 74(7), 550-557.

References

Lechner J, von Baehr V. Chemokine RANTES/CCL5 as an unknown link between wound healing in the jawbone and systemic disease: is prediction and tailored treatments in the horizon? *EPMA J.* 2015;6:10.

11. Merino, J. J., Cabaña-Muñoz, M. E., Toledano Gasca, A., Garcimartín, A., Benedí, J., Camacho-Alonso, F., & Parmigiani-Izquierdo, J. M. (2019). Elevated Systemic L-Kynurenine/L-Tryptophan Ratio and Increased IL-1 Beta and Chemokine (CX3CL1, MCP-1) Proinflammatory Mediators in Patients with Long-Term Titanium Dental Implants. *Journal of Clinical Medicine*, 8(9), 1368.

References

48. Lechner, J.; Noubissi, S.; von Baehr, V. Titanium implants and silent inflammation in jawbone—a critical interplay of dissolved titanium particles and cytokines TNF- α and RANTES/CCL5 on overall health? *EPMA J.* 2018, 9, 331–343.

51. Lechner, J.; von Baehr, V. RANTES and fibroblast growth factor 2 in jawbone cavitations: Triggers for systemic disease? *Int. J. Gen. Med.* 2013, 6, 277–290.

12. Van Cleve C, Crans DC. The First-Row Transition Metals in the Periodic Table of Medicine. *Inorganics* 2019, 7, 111; doi:10.3390/inorganics7090111

51. Lechner, J.; Noubissi, S.; von Baehr, V. Titanium implants and silent inflammation in jawbone—A critical interplay of dissolved titanium particles and cytokines TNF- α and RANTES/CCL5 on overall health? *EPMA J.* 2018, 9, 331–343. [CrossRef]

13. Cadenas Martín M, Tirado I, Martín E, Ardura JA, Bravo B, Gortazar AR. Efectos de la estimulación mecánica en la comunicación entre células óseas. *Rev Osteoporos Metab Miner.* 2019;11(1):12-18

Correspondencia: Arancha R. Gortázar (argortazar@ceu.es)

22. Lechner J, von Baehr V. Chemokine RANTES/CCL5 as an unknown link between wound healing in the jaw-bone and systemic disease: is prediction and tailored treatments in the horizon? *EPMA J.* 2015;6(1):10.

14. Borys J, et al. Free Radical Production, Inflammation and Apoptosis in Patients Treated With Titanium Mandibular Fixations—An Observational Study. November 2019. *Frontiers in Immunology* 10:2662. DOI: 10.3389/fimmu.2019.02662

"... ol of osteoclast precursors, and promote the survival of osteoclasts by increasing their activity (30,46). TNF- α also increases RANKL expression in osteoblasts and bone marrow cells (46). ..."

30. Lechner J, Noubissi S, von Baehr V. Titanium implants and silent inflammation in jawbone—a critical interplay of dissolved titanium particles and cytokines TNF- α and RANTES/CCL5 on

15. Lilli NL, Révy D, Robelet S, Lejeune B. Effect of the micro-immunotherapy medicine 2LPARK® on rat primary dopaminergic neurons after 6-OHDA injury: oxidative stress and survival evaluation in an in vitro model of Parkinson's disease. July 2019. DOI: 10.2147/DNND.S202966

Thomas G, Cluzel H, Lafon J, Bruhwylér J, Lejeune B. Efficacy of 2LPAP[®], a micro-immunotherapy drug, in patients with high-risk papillomavirus genital infection. *AID.* 2016;6(01):7–14. doi:10.4236/aid.2016.61002

16. Floris I, Lechner J, Lejeune B. Follow-up of patients with systemic immunological diseases undergoing fatty-degenerative osteolysis of the jawbone surgery and treated with RANTES 27CH. *J Biol Regul Homeost Agents*. 2018;32(1):37–45.

17. Sauer H, Oertel WH. Progressive degeneration of nigrostriatal dopamine neurons following intrastriatal terminal lesions with 6-hydroxydopamine: a combined retrograde tracing and immunocytochemical study in the rat. *Neuroscience*. 1994;59(2):401–415.

16. Gürkan, Ali et al.: Cytokine, chemokine, and growth factor levels in peri-implant sulcus during wound healing and osseointegration after piezosurgical versus conventional implant site preparation: Randomized, controlled, split-mouth trial. Journal of Periodontology. Volume: 90. Issue: 6. 2019

1. Lechner J, von Baehr V. Chemokine RANTES/CCL5 as an unknown link between wound healing in the jawbone and systemic disease: is prediction and tailored treatments in the horizon? *EPMA J*. 2015;6:10. <https://doi.org/10.1186/s13167-015-0032-4>

17. Alison Barry et al. Plasma IL-8 signature correlates with pain and depressive symptomatology in patients with Burning Mouth Syndrome: results from a pilot study. December 2017. Journal of Oral Pathology and Medicine 47(Suppl 1). DOI: 10.1111/jop.12666

13. Coelho SC, Bastos-Pereira AL, Fraga D, Chichorro JG, Zamprônio AR. Etanercept reduces thermal and mechanical orofacial hyperalgesia following inflammation and neuropathic injury. *Eur J Pain*. 2014;18:957-967.

14. Lechner J, von Baehr V. Peripheral neuropathic facial/trigeminal pain and RANTES/CCL5 in jawbone cavitation. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2015;2015:582520.

15. Liu Y, Ho RC, Mak A. Interleukin (IL)-6, tumour necrosis factor alpha (TNF-alpha) and soluble interleukin-2 receptors (sIL-2R) are elevated in patients with major depressive disorder: a meta-analysis and meta-regression. *J Affect Disord*. 2012;139:230-239.

18. Peiyao Wu, et al. Possible Mechanisms Involved in the Cooccurrence of Oral Lichen Planus and Hashimoto's Thyroiditis: February 2020; Mediators of Inflammation 2020(2):1-9. DOI: [10.1155/2020/6309238](https://doi.org/10.1155/2020/6309238)

[58] J. Lechner, T. Rudi, and V. von Baehr, "Osteoimmunology of tumor necrosis factor-alpha, IL-6, and RANTES/CCL5: a review of known and poorly understood inflammatory patterns in osteonecrosis," *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*, vol. Volume 10, pp. 251–262, 2018.

19. Li Z, Zhu X, Xu R, Wang Y, Hu R and Xu W (2019) Deacylcynaropicrin Inhibits RANKL-Induced Osteoclastogenesis by Inhibiting NF-κB and MAPK and Promoting M2 Polarization of Macrophages Front. Pharmacol. 10:599.doi: 10.3389/fphar.2019.00599

Lechner, J., Rudi, T., and von Baehr, V. (2018). Osteoimmunology of tumor necrosis factor-alpha, IL-6, and RANTES/CCL5: a review of known and poorly understood inflammatory patterns in osteonecrosis. *Clin. Cosmet. Investig. Dent.* 10, 251–262. doi:10.2147/CCIDE.S184498

20. Cadenas Martin M, Tirado I, Martin E, Ardura JA, Bravo B, Gortazar AR. Effects of mechanical stimulation on communication between bone cells. *Rev Osteoporos Metab Miner.* 2019;11(1):12-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1889-836X2019000100003>
21. Ryan CM, Brown JA, Bourke E, Prendergast AM, Kavanagh C, Liu Z, et al. ROCK activity and the Gβγ complex mediate chemotactic migration of mouse bone marrow-derived stromal cells. *Stem Cell Res Ther.* 2015;6:136.
22. Lechner J, von Baehr V. Chemokine RANTES/CCL5 as an unknown link between wound healing in the jawbone and systemic disease: is prediction and tailored treatments in the horizon? *EPMA J.* 2015;6(1):10.
22. Lu L, Zhang X, Zhang M, Zhang H, Liao L, Yang T, et al. RANTES and SDF-1 Are Keys in Cell-based Therapy of TMJ Osteoarthritis. *J Dent Res.* 2015;94(11):1601-9.
23. Pereira S, et al. Recent advances in the understanding of the aetiology and therapeutic strategies in burning mouth syndrome: Focus on the actions of cannabinoids. Feb 2020 · *European Journal of Neuroscience.*
<https://doi.org/10.1111/ejn.14712>
- Lechner, J., & von Baehr, V. (2015). Peripheral neuropathic facial/trigeminal pain and RANTES/CCL5 in Jawbone Cavitation. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2015, 582520. [Crossref PubMed Google Scholar](#)
24. Peiyao Wu et al. Possible Mechanisms Involved in the Cooccurrence of Oral Lichen Planus and Hashimoto's Thyroiditis. February 2020; *Mediators of Inflammation* 2020(2):1-9. DOI: [10.1155/2020/6309238](https://doi.org/10.1155/2020/6309238)
- [58] J. Lechner, T. Rudi, and V. von Baehr, "Osteoimmunology oftumor necrosis factor-alpha, IL-6, and RANTES/CCL5: areview of known and poorly understood inflammatory pat-terns in osteonecrosis," *Clinical, Cosmetic and InvestigationalDentistry*, vol. Volume 10, pp. 251–262, 2018.
25. Moalem-Taylor G, Baharuddin B, Bennett B, et al. Immune dysregulation in patients with carpal tunnel syndrome. *Sci Rep.* 2017;7(1):8218. Published 2017 Aug 15. doi:10.1038/s41598-017-08123-6
58. Lechner J, von Baehr V. Peripheral Neuropathic Facial/Trigeminal Pain and RANTES/CCL5 in Jawbone Cavitation. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2015;2015:582520. doi: [10.1155/2015/582520](https://doi.org/10.1155/2015/582520). - [DOI](#) - [PMC](#) - [PubMed](#)
26. Sammy Noubissi S, Scarano A, Gupta S. A Literature Review Study on Atomic Ions Dissolution of Titanium and Its Alloys in Implant Dentistry. *Materials* 2019, 12, 368; doi:[10.3390/ma12030368](https://doi.org/10.3390/ma12030368)
29. Lechner, J.; Noubissi, S.; von Baehr, V. Titanium implants and silent inflammation in jawbone- a critical interplay of dissolved titanium particles and cytokines TNF-α and RANTES/CCL5 on overall health? *EPMA J.* 2018, 9, 331–343. [[CrossRef](#)]
27. Schäfer E, Appel C. Relevance of mercaptans/ thio ethers regulations in therapy decisions in endodontics Scientific Notification of the German Society of Endodontology and Dental Traumatology. DOI: [10.3238/dzz-int.2020.0050-0051](https://doi.org/10.3238/dzz-int.2020.0050-0051)

3. Lechner J, von Baehr V: Stimulation of proinflammatory cytokines by volatile sulfur compounds in endodontically treated teeth. *Int J Gen Dent* 2015; 29: 73–844.

28. Gorgieva S. Bacterial Cellulose as a Versatile Platform for Research and Development of Biomedical Materials. *Processes* 2020, 8, 624; doi:10.3390/pr8050624

103. Lechner, J.; Noubissi, S.; von Baehr, V. Titanium implants and silent inflammation in jawbone—a critical interplay of dissolved titanium particles and cytokines TNF- α and RANTES/CCL5 on overall health? *EPMA J.* **2018**, 9, 331–343. [CrossRef]

- **29. Yuzhi Yao Y, Bowen C, Li Sh. Relationship of Inflammation with Trigeminal Neuralgia: A Cohort Study. October 2019. *Journal of Craniofacial Surgery* 31(2):.DOI: 10.1097/SCS.0000000000005879**

7. Johann Lechner, Volker von Baehr. Peripheral Neuropathic Facial/Trigeminal Pain and RANTES/CCL5 in Jawbone Cavitation. *EvidBased Complement Alternat Med* 2015;2015:5825208.

30. Xingchen Ye et al. A correlative studies between osteoporosis and blood cell composition: Implications for auxiliary diagnosis of osteoporosis. June 2020. *Medicine* 99(26):e20864. DOI: 10.1097/MD.00000000000020864.

[15] Lechner J, Rudi T, von Baehr V. Osteoimmunology of tumor necrosis factor- α , IL-6, and RANTES/CCL5: a review of known and poorly understood inflammatory patterns in osteonecrosis. *Clin Cosmet Investig Dent* 2018;10:251–62.

31. Wen Lin Chai, Masfueh Razali, Keyvan Moharamzadeh, Muhammad Sohail Zafar, 10 - The hard and soft tissue interfaces with dental implants, Editor(s): Muhammad Sohail Zafar, Zohaib Khurshid, Abdul Samad Khan, Shariq Najeeb, Farshid Sefat, In Woodhead Publishing Series in Biomaterials, Dental Implants, Woodhead Publishing, 2020, Pages 173-201, ISBN 9780128195864,

<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-819586-4.00010-X>.

J. Lechner, S. Noubissi, V. von Baehr. Titanium implants and silent inflammation in jawbone - a critical interplay of dissolved titanium particles and cytokines TNF- α and RANTES/CCL5 on overall health? *EPMA J.*, 9 (3) (2018), pp. 331-343. [CrossRefView Record in ScopusGoogle Scholar](#)

32. Lilli NL, Révy D, Robelet S, Lejeune B. Effect of the micro-immunotherapy medicine 2LPARK[®] on rat primary dopaminergic neurons after 6-OHDA injury: oxidative stress and survival evaluation in an in vitro model of Parkinson's disease. *Degener Neurol Neuromuscul Dis.* 2019;9:79-88. Published 2019 Jul 8. doi:10.2147/DNND.S202966

16. Floris I, Lechner J, Lejeune B. Follow-up of patients with systemic immunological diseases undergoing fatty-degenerative osteolysis of the jawbone surgery and treated with RANTES 27CH. *J Biol Regul Homeost Agents.* 2018;32(1):37–45. [PubMed] [Google Scholar]

33. Peiyao Wu et al. Possible Mechanisms Involved in the Cooccurrence of Oral Lichen Planus and Hashimoto's Thyroiditis, February 2020; *Mediators of Inflammation* 2020(2):1-9. DOI: 10.1155/2020/6309238

[58] J. Lechner, T. Rudi, and V. von Baehr, "Osteoimmunology of tumor necrosis factor- α , IL-6, and RANTES/CCL5: a review of known and poorly understood inflammatory patterns in osteonecrosis," *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*, vol. Volume 10, pp. 251–262, 2018.

- **34. Pérez EA, et al. Epigenetic Components of Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome Uncover Potential Transposable Element Activation. April 2019. Clinical Therapeutics 41(4):675-698. DOI: [10.1016/j.clinthera.2019.02.012](https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2019.02.012)**
 -
 - **125. Lechner J. Huesker K. Von Baehr V. Impact of rantes from jawbone on chronic fatigue syndrome. *J Biol Regul Homeost Agents*. 2017 Apr-Jun; 31: 321-327.**
 -

- 35. Meng, B, Wu, D, Cheng, Y, et al. Interleukin-20 differentially regulates bone mesenchymal stem cell activities in RANKL-induced osteoclastogenesis through the OPG/RANKL/RANK axis and the NF- κ B, MAPK and AKT signalling pathways. *Scand J Immunol*. 2020; 91:e12874. <https://doi.org/10.1111/sji.12874>**
 - 46. Lechner J, Rudi T, von Baehr V. Osteoimmunology of tumor necrosis factor-alpha, IL-6, and RANTES/CCL5: a review of known and poorly understood inflammatory patterns in osteonecrosis. *Clin Cosmet Investig Dent* 2018; 10: 251-62.**

- 36. Xingchen Ye et al. A correlative studies between osteoporosis and blood cell composition: Implications for auxiliary diagnosis of osteoporosis. June 2020; *Medicine* 99(26):e20864. DOI: [10.1097/MD.00000000000020864](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000020864)**
 - 15] Lechner J, Rudi T, von Baehr V. Osteoimmunology of tumor necrosisfactor-alpha, IL-6, and RANTES/CCL5: a review of known and poorlyunderstood inflammatory patterns in osteonecrosis. *Clin Cosmet InvestigDent* 2018;10:251–62.**

- 37.Sónia Pereira et al. Recent advances in the understanding of the aetiology and therapeutic strategies in burning mouth syndrome: Focus on the actions of cannabinoids. February 2020. *European Journal of Neuroscience*. DOI: [10.1111/ejn.14712](https://doi.org/10.1111/ejn.14712)**
 - 94. Lechner, J., & von Baehr, V. (2015). Peripheral neuropathic facial/trigeminal pain and RANTES/CCL5 in Jawbone Cavitation. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2015, 582520.**


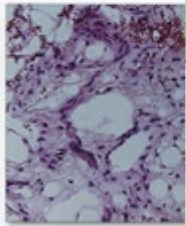
- 38. Relevance of mercaptans/ thioethers regulations intherapy decisions inendodontics - Scientific Notification of the German Society of EndodontologyandDentalTraumatology. Article · March 2020. DOI: [10.3238/dzz-int.2020.0050-0051](https://doi.org/10.3238/dzz-int.2020.0050-0051)**
 - 1. Lechner J, von Baehr V: Stimulation of proinflammatory cytokines by volatile sulfur compounds in endodontically treated teeth. *Int J Gen Dent* 2015; 29: 73–84**

- 39. Daltro PB, et al. CD4+T Cell Profile and Activation Response in Sickle Cell Disease Patients with Osteonecrosis. *Mediators of Inflammation*Volume 2020, Article ID 1747894, 12 pages<https://doi.org/10.1155/2020/1747894>**
 - [15] J. Lechner, S. Schuett, and V. von Baehr,“Aseptic-avascularosteonecrosis: local’silent inflammation’in the jawbone andRANTES/CCL5 overexpression,”*Clinical, Cosmetic and Inves-tigational Dentistry*, vol. 9, pp. 99–109, 2017.**

- 40. Ali, Sadaqat et al.: Biocompatibility and corrosion resistance of metallic biomaterials. *Corrosion Reviews*. Volume: 38. Issue: 5. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1515/corrrev-2020-0001>**

- Lechner, J., Noubissi, S., and von Baehr, V. (2018). Titanium implants and silent inflammation in jawbone—a critical interplay of dissolved titanium particles and cytokines TNF- α and RANTES/CCL5 on overall health?. EPMA J. 9: 331–343, <https://doi.org/10.1007/s13167-018-0138-6>.
- 41. Floris I, et al. Pro-Inflammatory Cytokines at Ultra-Low Dose Exert Anti-Inflammatory Effect In Vitro: A Possible Mode of Action Involving Sub-Micron Particles? October 2020; Dose-Response 18(Oct-December):1-11. DOI: [10.1177/1559325820961723](https://doi.org/10.1177/1559325820961723)
- 13. Floris I, Lechner J, Lejeune B. Follow-up of patients with systemic immunological diseases undergoing fatty-degenerative osteolysis of the jawbone surgery and treated with RANTES27CH. J Biol Regul Homeost Agents. 2018;32(1):37-45.

Anlage 5: Drei Bände zu „Kavitätenbildende Osteolysen des Kieferknochens“

	<p>Band I – 173 Abbildungen, 273 Literaturzitate 34.00€</p>	
 <p>Systemisch-ganzheitliche Wirkung von aseptischen Osteonekrosen „Kiefer und „JNCO“ im Kiefer Dokumentation und Einführung in eine im kollektivnarrativ erweiterte Therapie chron Mit einem Geleitwort von Prof. Dr. H. Heine</p>		<p>Band II – 268 Abbildungen, 301 Literaturzitate 62.00€</p>
 <p>Orale und systemische Manifestationen Maxillo-Mandibulären Pathomechanismen chronisch</p>		<p>Band III Neu 01/2019</p>
<p>Internet-Bestellung unter office@mindlink.info</p>	 <p>Orale und systemische Manifestationen pathogenetischer RANTES/CCL5 Signalexpression Maxillo-mandibuläre Pathomechanismen chronisch-systemischer Entzündungserkrankungen</p>	<p>178 Abb. 607 Literaturzitate 62.00€</p>

24-02-2020 BZÄK an Anwalt von Dr. Lechner

Anfrage und Bitte um Überprüfung der Bewertung von „NICO“ und vergleichbaren Krankheitsbildern

Sehr geehrter Herr Dr. Kowalski,

wir kommen zurück auf Ihr Schreiben vom 28. Januar 2020, mit dem Sie sich kritisch mit dem Beschluss Nr. 32 des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen auseinandersetzen, die Bundeszahnärztekammer zur Überprüfung des Beschlusses auffordern und zum konstruktiven Informationsaustausch einladen.

Ihr Schreiben haben wir an die Mitglieder des GOZ-Beratungsforums weitergeleitet. In der im April 2020 stattfindenden nächsten Sitzung des Beratungsforums wird Gelegenheit sein, sich mit Ihrer Kritik wie auch mit Ihren Anregungen zu befassen. Gern werden wir Sie im Anschluss über das Ergebnis der Beratungen informieren.

Losgelöst von dem im Beschluss Nr. 32 dokumentierten Meinungsbild der Mitglieder des Beratungsforums beschäftigt sich aktuell die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) wissenschaftlich mit der Behandlung einer chronischen Kieferostitis als Störfeld (NICO). Wann genau die wissenschaftliche Aufbereitung dieses Themas abgeschlossen sein wird, steht noch nicht fest. Der Zeitpunkt ist maßgeblich vom Umfang der in die Betrachtungen einzubeziehenden Fachliteratur abhängig. Unabhängig vom Datum des angekündigten Votums der wissenschaftlichen Dachgesellschaft der Zahnmedizin würden wir dazu raten, die weitere Diskussion auf den Zeitpunkt der Veröffentlichung zu vertagen. Die fachliche, wie auch die juristische Analyse der dazu vorliegenden Urteile sind letztlich entscheidend von dieser Einschätzung der Wissenschaft geprägt, wenn nicht abhängig.

Sobald der Bericht der DGZMK hier vorliegt, werden wir diese auswerten und nicht zuletzt den Beschluss Nr. 32 auf seine Bestandsfähigkeit prüfen. Sollte darüber hinaus noch weiterer Beratungsbedarf bestehen, kommen wir gern auf Ihr freundliches Angebot zurück und werden uns mit Ihnen in Verbindung setzen.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Wolfgang Menke
Vorsitzender des Ausschusses Gebührenrecht
der Bundeszahnärztekammer

17-04-2020 Stellungnahme von BZÄK an MdB

Behandlung der NICO (Neuralgia Inducing Cavitational Osteonecrosis)

Sehr geehrter Herr,

vielen Dank für Ihre Anfrage zur so genannten NICO (Neuralgia Inducing Cavitational Necrosis,) und dem damit einhergehenden Beschluss des Beratungsforums von Bundeszahnärztekammer, PKV und Beihilfe. ¹

Die NICO ist eine Diagnose aus dem Bereich der Applied Kinesiologie und zeigt sich laut der Deutschen Gesellschaft für UmweltZahnmedizin (DEGUZ) als chronisch -osteopathische Erweichung im Kieferknochen. Sie wurde vom amerikanischen Pathologen Professor Bouquot entdeckt und so

(NICO = Neuralgie induzierende hohlrumbildende Osteonekrosen) bezeichnet, weil sie häufig unspezifische Gesichtsschmerzen auslösen soll. Deutlich unterscheidet sich die NICO ganz offensichtlich von der klassischen Form einer akuten oder chronischen Osteomyelitis. Bei der Diagnose NICO handelt es sich aus unserer Sicht somit nicht um ein medizinisch anerkanntes Krankheitsbild.

In der Argumentation der Befürworter der Existenz einer so genannten NICO werden häufig die gut dokumentierten Krankheitsbilder von Ostitis, Osteomyelitis sowie apikalen Ostitiden und fremdkörperinduzierten Entzündungen im Kiefer, mit denen sich auch die Deutsche Gesellschaft für Zahn -, Mund - und Kieferheilkunde (DGZMK) und weitere Fachgesellschaften in Leitlinien intensiv beschäftigen, mit dem nicht allgemein wissenschaftlich akzeptierten Krankheitsbild der so genannten NICO vermischt. Es wird dabei suggeriert, dass das Beratungsforum und die Bundeszahnärztekammer auch die Notwendigkeit der Therapie wissenschaftlich allgemein anerkannter Krankheiten der Kiefer mit akuten oder chronischen Entzündungen negieren würde. Dies ist natürlich nicht der Fall und derartige Unterstellungen bzw. Verschleierungsversuche müssen wir aufs Schärfste zurückweisen.

Auch der offenbar Ihnen gegebene Hinweis auf zu verhindernde, potentielle Selbstmorde und eine gedankliche Verbindung mit der vom Komplex der NICO völlig zu trennenden Trigeminusneuralgie, deren vielschichtige Therapie in keiner Weise in Frage gestellt ist, soll eine Dramatik vortäuschen, die Sie selbst als Mediziner sicherlich auch als befremdlich empfinden werden.

In der Tat gibt es zahlreiche Veröffentlichungen zu dem Thema, wobei jedoch der Kreis der Autoren sehr überschaubar ist. Die alleinige Binnenanerkennung der NICO durch eine Diskussion in eingegrenzten Fachkreisen mit der Berufung auf immer wieder einen kleinen Kreis gleicher Autoren bedeutet eben noch

nicht, dass eine ausreichende wissenschaftlich fundierte medizinische Evidenz entsteht und dass derartige Behandlungen schon deshalb grundsätzlich lege artis sind. Im Wesentlichen befasst sich die Deutsche Gesellschaft für Umweltzahnmedizin (DEGUZ) mit der Erkrankung und den für ihre Existenz sehr speziellen Diagnosemethoden. Dabei fällt im Übrigen auf, dass die radiologische Diagnostik zur Sicherung einer angeblichen medizinischen Notwendigkeit auffällig oft von denselben Radiologen durchgeführt wird. Dabei zweifeln selbst Experten auf diesem Gebiet prinzipiell die Möglichkeit der korrekten Darstellung einer so genannten NICO mit Hilfe des DVT an (vgl. Zahnstörfelder speziell: NICO -ein Aspekt der biologischen Zahnheilkunde, Journal of Professional Applied Kinesiology, Band 5, Ausgabe 3, 2017, S. 9).

Im Verlauf der bereits längeren Auseinandersetzung mit der DEGUZ hatten wir diese gebeten, uns so bald wie möglich wissenschaftlich belastbare Stellungnahmen z. B. der DGZMK oder z. B. alternativ auch der American Dental Association (ADA), der British Dental Association (BDA) oder der Schweizerischen Zahnärzte -Gesellschaft (SSO) , zukommen zu lassen, die den vom BGH geforderten objektiven Anforderungen an die medizinische Notwendigkeit der Diagnostik und Behandlung der so genannten NICO genügen. Dies ist bisher nicht erfolgt. Nach unserer Kenntnis erarbeitet die DGZMK allerdings derzeit eine Stellungnahme, die sich mit der Problematik der NICO als fraglichem Krankheitsbild befasst.

Grundsätzlich hält die Bundeszahnärztekammer natürlich an der Auffassung fest, dass die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit, unter Berufung auf die Rechtsprechung ausschließlich durch den behandelnden Zahnarzt getroffen werden kann. Die Notwendigkeit einer Heilbehandlung ist allein aus medizinischer Sicht zu beurteilen (Az. IV ZR 278/01). Dies gilt nach Ansicht des BGH auch für eine Behandlung, deren Erfolg nicht sicher vorhersehbar ist - auch sie kann medizinisch notwendig sein (BGH -Urteil vom 8.2.2006, Az. IV ZR 131/05). Damit ist die Entscheidung, ob eine Behandlungsmethode „medizinisch notwendig“ ist,

stets eine des (Zahn-)Arztes. Die Beurteilung erfolgt ex ante, nicht ex post. Nicht, ob der Erfolg tatsächlich eintrat, ist entscheidend, sondern ob die Entscheidung zum Zeitpunkt, als sie getroffen wurde, berechtigt war.

Dass dies sogar für Methoden außerhalb der Schulmedizin gilt, hat der BGH bereits in seinem Urteil vom 10. Juli 1996 deutlich gemacht: Das Vorliegen einer Krankheit war in dem vom BGH zu entscheidenden Fall (hier HIV) unstreitig. Der BGH konnte hiervon ausgehend herausarbeiten:

„Von der medizinischen Notwendigkeit ist im Allgemeinen auszugehen, wenn eine Behandlungsmethode angewandt worden ist, die geeignet ist, die Krankheit zu heilen, zu lindern oder ihrer Verschlimmerung entgegenzuwirken“(Az. IV ZR 133/95). Auch wenn es letztlich der (Zahn-)Arzt ist, der bestimmt, was beim jeweiligen Patienten als Behandlungsverfahren indiziert ist, sind an die Entscheidung objektive Maßstäbe anzulegen. Der (Zahn-)Arzt hat keinen „Freibrief“, sondern muss seine Entscheidung aufgrund wissenschaftlicher Kriterien unter Beachtung der Umstände des Einzelfalls begründen können.

D. h. ob eine Eignung angenommen werden kann, ist objektiv auf der Grundlage der maßgeblichen medizinischen Gesichtspunkte des Einzelfalles und mit Rücksicht auf die Besonderheiten der Erkrankung und der auf sie bezogenen Heilbehandlung zu bestimmen.

Dabei muss die gewählte Behandlungsmethode auf einem nach medizinischen Erkenntnissen nachvollziehbaren Ansatz beruhen, der die prognostizierte Wirkweise der Behandlung auf das angestrebte Behandlungsziel zu erklären vermag.

Natürlich haben wir die Entscheidung im Beratungsforum nicht auf die leichte Schulter genommen und insbesondere die zu dem Thema vorhandene Literatur analysiert. Anders als seitens der DEGUS dargestellt, ergeben sich aber gerade keine Anhaltspunkte für die These, dass dem Verfahren bedenkenlos eine medizinische Notwendigkeit attestiert werden kann.

Das chirurgisch - invasiv ausgerichtete Therapiekonzept der NICO entspricht

eindeutig nicht dem medizinischen/zahnmedizinischen Standard und erfordert eine entsprechende Aufklärung des Patienten. Dies haben bereits in der Vergangenheit verschiedene Gerichte bestätigt (OLG München, Urteil vom 12.05.2015, Az.: 25 U 4759 /14, AG München, Urteil vom 28.05.2015, Az.: 213 C 30108/11, AG Regensburg, Urteil vom 08.10.2013, Az.: 4 C 2872 /12). Im Rahmen der gerichtlichen Auseinandersetzungen werden häufig histologische Befunde zitiert, in denen das entfernte Knochenmaterial aus dem Bereich einer vermeintlichen NICO als vitales Knochengewebe ohne Anzeichen einer Entzündung bei gleichzeitig festgestellter radiologischer und klinischer Symptomlosigkeit dargestellt wird.

Selbstverständlich steht es Zahnärzten und Patienten grundsätzlich frei, eine Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 zu treffen. Der dabei erforderliche erhöhte Aufklärungsbedarf ist aus unserer Sicht gerade auch im Hinblick auf den Patientenschutz, aber auch die Absicherung des Zahnarztes nicht nur sachlich vertretbar, sondern auch rechtlich dringend geboten.

Für weitere Rückfragen in der Angelegenheit stehen Ihnen unser stellvertretender Hauptgeschäftsführer und Justitiar, RA René Krouský (Mail: R.Krousky@bzaek.de, Telefon: 030- 40005-110) Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

14-06-2020 Lechner an MdB als Antwort auf BZÄK vom 17-04-2020

Sehr geehrter Herr MdB,

besten Dank für die Weiterleitung der Stellungnahme der BZÄK in der leidigen „NICO“-Affäre vom 14.04.2020. Da diese offizielle Stellungnahme auch zahlreiche andere Kollegen betrifft, darf ich mein Antwortschreiben an Sie als offenen Brief verfassen. Der Begriff „NICO“ wird in Deutschland in zwei wissenschaftlichen Gesellschaften verwendet: Deutsche Gesellschaft für Umweltzahnmedizin (DEGUZ) und Internationale Gesellschaft für ganzheitliche Zahnmedizin (GZM). Beide Gesellschaften haben zusammen über 2500 Mitglieder.

Zu einem Zeitpunkt, an dem sich in Erfurt die Innenminister der Länder und des Bundes treffen, um "gezielte Falschmeldungen, Verschwörungstheorien und Desinformationskampagnen" zu diskutieren, muss es erstaunen, mit welchen Falschaussagen Sie als Mitglied des Deutschen Parlamentes von dem Beratergremiums zu Beschluss Nr. 32 - hier durch die vertretende BZÄK - fehlinformiert werden: In diesem Stil und mit den gleichlautenden Falschaussagen und Textbausteinen werden wiederholt Zahnarztverbände (z.B. DEGUZ), mein eigener Anwalt auf ein 14-seitiges Schreiben (Anhang 5) und klagende Patienten von ihren Versicherungen seit Jahren abgespeist:

A. Die Aussage: „NICO ist eine Diagnose aus dem Bereich der Applied Kinesiologie“

Die Fakten hierzu sind:

A 1. Bereits im ersten Satz ist die o.g. Aussage unter die berüchtigten „Fake-News“ einzuordnen: „NICO“ stammt nicht aus der (zur Recht kritisch betrachteten, da nicht wissenschaftlich validierten) Applied Kinesiologie.

A 2. Der Begriff „NICO“ wurde von Prof J.E. Bouquot bereits 1998 in einer wissenschaftlichen Publikation geprägt [Bouquot JE, McMahon RE. Neuralgia-Inducing Cavitational Osteonecrosis of the jaws (NICO): Pathophysiology and systemic interactions. Oberg G (ed). Chart a new course for your patients and your practice. New Hope, Pennsylvania, American Academy of Environmental Medicine, 1998:121-154]

A 3. Ein Einblick in die wissenschaftlichen Leistungen und den universitären Lebenslauf von Prof J.E. Bouquot ist über den Link https://www.academia.edu/37544877/JBCV_2018_10.docx zu bekommen. (Bitte Vorsicht beim Ausdruck: Es sind 96 Seiten!) . Diesen hochdekorierten Universitäts- Wissenschaftler in die Nähe der nicht validierten und höchst „komplementärmedizinischen“ Applied Kinesiologie zu rücken, ist absurd.

A 4. In 1995 bis 2015 wird von Prof J.E. Bouquot **in dem weltweit meistverkauften Buch zur Oralpathologie "Oral and Maxillofacial Pathology"**, Authors: Brad Neville, Douglas D. Damm, Carl Allen, Jerry Bouquot das Thema „NICO“ mit wissenschaftlichem Für und Wider abgehandelt. In Anhang 1 ist dieser Abschnitt aus der 3. Edition mit Bildern dargestellt.

A 5. Prof J.E. Bouquot war Oralpathologe, hat also niemals selbst Patienten behandelt. Da die ihm von Kieferchirurgen zugestellten Präparate sämtlich von Neuralgie-Patienten

stammten und deren histologische Darstellung ischämisch-aseptische Osteonekrosen mit hohlraumbildender Auflösung der Spongiosa zeigten, hat Prof J.E. Bouquot für diese pathologischen Phänomene den Namen Neuralgia Inducing Cavitational Osteonecrosis (NICO) geprägt.

Warum ein US-amerikanischer Wissenschaftler in Deutschland nicht gehört wird, ist unverständlich.

B) Die weitere Aussage: „...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.**“

Die Fakten hierzu sind:

B 1. Wer die Beschreibung einer histologischen Pathologie mit einer „Erkrankung“ verwechselt und moniert, dass „NICO“ nicht im ICD-10 aufgeführt sei, muss sich den Vorwurf der Tatsachenverdrehung gefallen lassen. Bereits in 1995 in **Oral and**

Maxillofacial Pathology beschreibt Prof J.E. Bouquot seine Untersuchungsergebnisse:

„Ischämische Osteonekrose ist eine Knochenkrankheit, die durch Degeneration und Tod von Knochenmark und Knochen aufgrund einer langsamen oder abrupten Abnahme des Blutflusses im Knochenmark gekennzeichnet ist.“ Diese ischämische Osteonekrose ist natürlich Bestandteil des ICD-10 unter

ICD-10 (gekürzt):

Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und der Kiefer (K00-K14)

K10.- Sonstige Krankheiten der Kiefer

Entzündliche Zustände der Kiefer

K10.9 Krankheit der Kiefer, nicht näher bezeichnet Osteopathien und Chondropathien (M80-M94)

M87.- Knochennekrose

Exkl.: • Osteochondropathien (M91- M93)

M87.0- Idiopathische aseptische Knochennekrose

M87.00 Idiopathische aseptische Knochennekrose: Mehrere Lokalisationen.....M87.08 Idiopathische aseptische Knochennekrose: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf,Schädel, Wirbelsäule]

M87.09 Idiopathische aseptische Knochennekrose: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen ...

M87.2- Knochennekrose durch vorangegangenes Trauma [5. Stelle: 0-9] M87.20 Knochennekrose durch vorangegangenes Trauma: Mehrere Lokalisationen

M87.28 **Knochennekrose durch vorangegangenes Trauma:** Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]

B 2. Die ischämische Osteonekrose ist damit eine anerkannte Erkrankung und entspricht der Legaldefinition von Krankheit im zahnärztlichen Bereich: „Als Krankheit ist jede von der Norm abweichende Erscheinung im Bereich der Zähne, des Mundes und der Kiefer anzusehen, ...“ (§ 1 Abs. 3 Zahnheilkundengesetz (ZHG)). Dass eine Osteolyse/Osteonekrose im Kieferknochen „von der Norm“ abweicht, versteht sich von selbst.

B 3. In der internationalen wissenschaftlich anerkannten Literatur werden die von Bouquot beschriebenen ischämischen Osteonekrosen als „**avaskuläre Knochennekrosen**“ oder „**ischämisch-aseptische Knochennekrosen**“ bezeichnet, entweder „idiopathisch“ oder verursacht durch „vorangegangenes Trauma“, [[William R. Adams](#), [Kenneth J. Spolnik](#), [Jerry E. Bouquot](#). Maxillofacial osteonecrosis in a patient with multiple “idiopathic” facial pains. JPathology&Medicine. [Volume28, Issue9](#), October 1999, 423-432. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0714.1999.tb02115.x>] was sich auf vorausgegangene Zahnextraktionen, Weisheitszahnoperationen oder Wurzelentzündungen bezieht (siehe ICD-10 unter **M87.0**).

B 4. Was als „NICO“ bezeichnet wird ist morphologisch eine fettig-degenerativ erscheinende Osteolyse/Osteonekrose des Kieferknochens (FDOK) oder pathognomonisch eine **aseptisch-ischämische (siehe oben „avaskulär“)** Osteonekrose des Kieferknochens (in der wissenschaftlichen Literatur dann auch als AIOJ = Jawbone bezeichnet).

B 5. Seit dieses Konzept Ende der 1970er Jahre zum ersten Mal in der wissenschaftlichen Literatur auftauchte, gab es zahlreiche Versuche wissenschaftsbasierter Forscher, die klinischen und röntgenologischen Merkmale sowie die Histopathologie und Neuropathologie dieser Läsionen zu definieren. Diese Literatur ist in Anhang 2 aufgeführt.

B 6. Zu Prof J.E. Bouquot`s histologischen Untersuchungen steht zur öffentlich zugänglichen Recherche der Link zur Dropbox der Histologie-Bilder „Troubled Bones“ von Prof. J. Bouquot jedem Interessierten zur Verfügung:

https://www.dropbox.com/sh/71f33h579pzxp84/AACOFwDfjvVxb_NO_5XBR8jia?dl=0

C. Die weitere Aussage: „Dabei zweifeln selbst Experten auf diesem Gebiet prinzipiell die Möglichkeit der korrekten Darstellung einer so genannten NICO mit Hilfe des DVT an (vgl. Zahnstörfelder speziell: NICO -ein Aspekt der biologischen Zahnheilkunde, *Journal of Professional Applied Kinesiology*, Band 5, Ausgabe 3,2017, S. 9).“

Die Fakten hierzu sind:

C 1. Merkwürdig und für den verwirrenden Recherchezustand der Verfasser kennzeichnend: Nachdem im ersten Satz unter A. „NICO“ abgelehnt wird, da angeblich aus Applied Kinesiology stammend, wird hier eine pseudowissenschaftliche Publikation (nicht Peer Reviewed und nicht PubMed indexiert) zitiert, um eine längst auch von Prof J.E. Bouquot wissenschaftlich formulierte Problematik in der Bilddarstellung der „NICO“ als Gegenargument zu benutzen. Erste wissenschaftliche Darstellung einer „ischemic osteonecrosis of the jaws“-Ultraschalluntersuchung in 2001: „Bouquot J, Martin W, Wroblewski G. Computer-based thru-transmission sonography (CTS) imaging of ischemic osteonecrosis of the jaws - a preliminary investigation of 6 cadaverjaws and 15 pain patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2001; 92:550.“

C 2. Weitere wissenschaftlich basierte Literatur zur Ultraschalldarstellung von Knochenmarksdefekten im Sinne einer ischämischen Osteonekrose und zu Ultraschall-Transmissions-Geschwindigkeit (UTG)-Ultrasound-Transmission-Velocity (UTV) in Bezug auf Überprüfung des Kieferknochens zur Implantatstabilität prospektiv (**deutsche Publikationen mehrheitlich aus Kieferchirurgische Universitätsklinik Mainz**) ist in Anhang 3 aufgeführt.

C 3. Eigene PubMed indexierte wissenschaftliche Peer reviewed Publikation zur Ultraschalldarstellung von Knochenmarksdefekten im Sinne einer ischämischen Osteonekrose: „Lechner J, Zimmermann B, Schmidt M, von Baehr V. Ultrasound Sonography to Detect Focal Osteoporotic Jawbone Marrow Defects: Clinical Comparative Study with Corresponding Hounsfield Units and RANTES/CCL5 Expression. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2020;12:205-216 <https://doi.org/10.2147/CCIDE.S247345>“ ist im Journal zu finden unter: https://www.dovepress.com/articles.php?article_id=54222

D. Die weitere Aussage: „...der Ihnen gegebene Hinweis auf zu verhindernde, potentielle Selbstmorde und eine gedankliche Verbindung mit der vom Komplex der NICO völlig zu trennenden Trigeminusneuralgie, deren vielschichtige Therapie in keiner Weise in Frage gestellt ist, soll eine Dramatik vortäuschen, die Sie selbst als Mediziner sicherlich auch als befremdlich empfinden werden.“

Die Fakten hierzu sind:

D 1. Das pathologische Bild einer ischämischen Osteonekrose („sog. „NICO“) ist nur der Ausgangspunkt einer „Induktion“. In welchem neurologisch-klinischen Krankheitsbild die chronisch inflammatorische Störung endet – ob Atypischer Gesichtsschmerz oder finale

Trigeminusneuralgie – ist selbstverständlich vom individuellen Fall abhängig. Eigene wissenschaftlich (PubMed) publizierte Untersuchungen sind unter

<http://www.hindawi.com/journals/ecam/2015/582520/>

zu finden [Lechner J, von Baehr V. Peripheral Neuropathic Facial/Trigeminal Pain and RANTES/CCL5 in Jawbone Cavitation, Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, vol. 2015, Article ID 582520, 9 pages, 2015. doi:10.1155/2015/582520].

D 2. Eine Suggestion ist unnötig, wie ein Blick in das Internet der **AOL Redaktion** vom 20 Mai 2020 zeigt (Zitat gekürzt):

„Die wohl schmerzhafteste Krankheit der Welt: Man nennt sie auch die "Selbstmord-Krankheit":

Trigeminusneuralgie. Es handelt sich hierbei um eine Nervenkrankheit, die plötzlich und wiederholt heftige Schmerzen im Gesicht hervorruft.

Vier von 100.000 Menschen in Deutschland leiden unter den attackenartigen Gesichtsschmerzen, die meistens nach dem 40. Lebensjahr auftreten. Die Ursache ist in den oftmals schwer auszumachen, zumindest bei der klassischen Form der Krankheit. Die symptomatische Trigeminusneuralgie findet ihren Ursprung in einer Krankheit - wie beispielsweise Multiple Sklerose - oder wird durch einen Unfall veranlasst. **Auf einer Skala von 1 bis 10:** Betroffene leiden unter heftigen Schmerzschüben, die wenige Sekunden aber auch einige Minuten andauern können. Oft reicht eine Berührung, Kauen, Sprechen oder gar ein kalter Luftzug aus, die Schmerzattacken auszulösen. Durch die Schwere der Schmerzen - Erkrankte geben auf einer Skala von eins bis zehn eine zehn an - leidet der Großteil an depressiven Verstimmungen. **Die Selbstmordrate der an Trigeminusneuralgie Erkrankten ist vergleichsweise hoch.**

D 3. Warum konnten sich die AOL-Redakteure nicht in Wikipedia über „NICO“ informieren?

Von Standesvertretern der Kammer wurden die vorliegenden Arbeiten zum Thema ischämische Osteonekrose als "Scharlatanerie" bezeichnet und deshalb nicht in Wikipedia aufgenommen. Es wurde bei unserem Bestreben Transparenz über „NICO“ zu schaffen – wie üblich - alles ignoriert, was zum Thema wissenschaftlich geschrieben steht. Die einseitige Darstellung der Kommentatoren war verzerrend und entspricht nicht dem Umfang der Literatur über „NICO“ (siehe meine eigenen 12 PubMed Publikationen hierzu mit nachgewiesenen über 85.000 Zugriffen international; bereits im vorigen Schreiben mitgeteilt)

- Google Abfrage: "Neuralgia-inducing cavitation osteonecrosis" 4259 Antworten inkl. wiss. Papers

- Google Abfrage "Neuralgia-inducing cavitational osteonecrosis" "–Lechner" 3960 Antworten inkl wiss. Papers

Die Folge: Der suchende und Information zu seinen Schmerzen suchende Patient findet im deutschen Wikipedia unter „NICO“ nur den Rennfahrer **Nico** Rossberg. Möglichkeit und **Recht auf Information und Transparenz einer medizinischen Diskussion wurde für den deutschen Patienten dadurch beschnitten** (Korrespondenz hierzu kann offen gelegt werden).

E. Die weitere Aussage: „...uns so bald wie möglich wissenschaftlich belastbare Stellungnahmen....zukommen zu lassen, die den vom BGH geforderten objektiven Anforderungen an die medizinische Notwendigkeit der Diagnostik und Behandlung der so genannten NICO genügen. Dies ist bisher nicht erfolgt.“

Die Fakten hierzu sind:

E 1. Am 19.10.2019 hat der Vorstand der DEGUZ Dr. Lutz Höhne explizit auf der Basis der Leitlinien der DGZMK zu Beschluss Nr. 32 Stellung genommen und informative Kooperation vergeblich angeboten (siehe Anhang 4).

E 2. Im Schreiben meines Anwalts sind bereits stichhaltige Entgegnungen (wie hier zum x-ten Male wiederholt) zu den gleichen wiederholten Textbausteinen der BZÄK mit wissenschaftlicher Referenz enthalten (siehe Anhang 5).

F. Die weitere Aussage: „Der BGH konnte hiervon ausgehend herausarbeiten: „Von der medizinischen Notwendigkeit ist im Allgemeinen auszugehen, wenn eine Behandlungsmethode angewandt worden ist, die geeignet ist, die Krankheit zu heilen, zu lindern oder ihrer Verschlimmerung entgegenzuwirken“ (Az. IV ZR 133/95).

Die Fakten hierzu sind:

F 1. Selbstverständlich liegt wissenschaftlich basierte Literatur zur „Eignung einer chirurgischen Bereinigung einer ischämischen Osteonekrose im Knochenmark“ vor. Nur einige Beispiele sind:

Bouquot JE, Christian J. Long-term effects of jawbone curettage on the pain of facial neuralgia. J Oral Maxillofac Surg. 1995 Apr;53(4):387-97;

Bouquot JE, Roberts AM, Person P, Christian J. Neuralgia-inducing cavitational osteonecrosis (NICO). Osteomyelitis in 224 jawbone samples from patients with facial neuralgia. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1992 Mar;73(3):307-19;

Shankland WE 2nd. Medullary and odontogenic disease in the painful jaw: clinicopathologic review of 500 consecutive lesions. Cranio. 2002 Oct;20(4):295-303. PMID: 12403188 .PubMed - indexed for MEDLINE

F 2. Bereits meinen früheren Schreiben an Sie und Ihre Kollegen von Bundesstag und Bayr. Landtag ([REDACTED]) lagen umfangreiche persönliche Schilderungen von Leidens- und Heilungs-Kasuistiken chronischer Gesichtsschmerzpatienten bei. Nur ein aktuelles Beispiel: Frau A.H. schreibt heute am 14.06.2020 per Email: „*Der Dauerschmerz im Kiefer bestand seit 2001 - nach einer missglückten Weisheitszahn-OP unten links..... Die Schmerzen im Kiefer links waren zum Jahreswechsel 2018/2019 so schlimm, dass ich am 29.12.2018, am 31.12.2018 zum Notdienst musste. Geholfen hat mir keiner... Nach Ihrer NICO-OP am 29.10.2019 war der Schmerz im Kiefer unten links sofort weg.*“

G. Die neue Approbationsordnung (ZApprO).

Wie Sie sicher wissen ist vom Gesetzgeber eine zahnärztliche neue Approbationsordnung (ZApprO) verabschiedet worden. Entgegen den Widerständen zu den gesundheitlichen Auswirkungen einer ischämischen Osteonekrose im Kiefer ist in „§ 3 Inhalt und Organisation des Studiums der Zahnmedizin (1)“ zu finden: „.....*Der Unterricht im Studium soll fächerübergreifendes Denken fördern und, sofern zweckmäßig, problemorientiert am Lehrgegenstand ausgerichtet sein. Die Universitäten haben fächerübergreifenden Unterricht und Unterricht in Querschnittsbereichen anzubieten.*“

Beeindruckend ist, wie weitsichtig und in Übereinstimmung mit unseren Bestrebungen zur Integration systemischer Gesundheitsaspekte der Gesetzgeber sich verhält. Zu hoffen ist, dass die von uns vertretenen integrativen Themen in die von Kammer und Universitäten künftig angebotenen Lehrinhalte laut Gesetz (ZApprO) einfließen werden.

Sehr geehrter Herr Kollege Pilsinger mit den weiteren Aussagen zur juristischen Rechtslage möchte ich Ihre wertvolle Zeit nicht weiter beanspruchen. Ich freue mich, wenn meine Ausführungen zur hartnäckig und grundlos verfolgten Verweigerung der Beschlussgremien zu Nr. 32 Ihre Meinung erweitern können.

Folgende Fragen bleiben:

- a) Wie kommen künftig die betroffenen chronischen Schmerzpatienten zur finanziellen Erstattung und zu einer korrekten Anerkennung Ihrer Leiden?
- b) Wie können engagierte Therapeuten weiterarbeiten, nachdem alle Versicherer geschlossen hinter Beschluss Nr.32 stehen und jede Bezahlung von unterstellten

„NICO“-Therapeuten in offensichtlicher Form von Schwarzen Listen verweigern, auch bei Behandlungen, die mit Neuralgien nichts zu tun haben?

- c) Wie ist es mit der Sorgfaltspflicht der Mitglieder des Beschlussgremium Nr. 32 bestellt, wenn mit oberflächlicher Recherche und inhaltsverfälschter Vorschriftenbildung für betroffene Patienten eine derart weittragende medizinisch schädliche und finanziell belastende Lage fixiert wird?
- d) Warum wird medizinischer Fortschritt in Deutschland von der eigenen Landesorganisation behindert, an Stelle einer fairen und offenen Diskussion?

Wie bereits geschehen, stehe ich Ihnen natürlich gerne jederzeit wieder zu einem persönlichen Gespräch zur Verfügung.

Ich verbleibe mit herzlichem Dank für Ihre Mühe und freundlichem Gruß

Ihr J. Lechner

Anhang #4 Stellungnahme DEGUZ zu Nr. 32 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.

2

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.

3

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 bei folgenden 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.

4

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 Gewebeeränderungen 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.

5

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.

6

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

09-10-2020 Lechner an MdL/MdB

Sehr geehrter Herr

freue mich sehr über Ihre Benachrichtigung. Besten Dank auch für die Weiterleitung der Nachfragen der von Ihnen eingebundenen Stellen. Gerne informiere ich Sie über den Fortgang unserer Gespräche:

Zu Ihrer schnellen Übersicht: Streitpunkt sind die Beschlüsse des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen. Hier Nr. 32: *„Bei der Behandlung der sogenannten NICO (Neuralgia Inducing Cavitational Osteonecrosis), der fettig-degenerativen Osteolyse/Osteonekrose im Kieferknochen, handelt es sich um medizinisch nicht notwendige Maßnahmen, da die Wirksamkeit durch wissenschaftlich medizinisch fundierte Studienuntersuchungen nicht belegt ist.“*

Link:

https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b/Beratungsforum_Beschluesse.pdf

Diesen Beschluss selbst habe ich zusammen mit Kollegen aus DEGUZ, GZM und BNZ bereits kritisch kommentiert. (im Anhang Nr. 1). Wie eine „NICO“ (besser “Knochenmarks-Defekt“)

tatsächlich aussieht, können Sie auf unserem Video sehen:

Youtube: https://youtu.be/9_H5zti5o8Y

Gerne informiere ich Sie und die mir von Ihnen weitervermittelten MdBs und natürlich nochmal Herrn MdB..... CC über den aktuellen Stand der Diskussion:

- a) Herr MdB Pilsinger hat mir bereits fruchtbare Gesprächstermine ermöglicht, wobei der letztere noch zu terminieren ist. Ein Schreiben der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), die stellvertretend für das nach wie vor anonyme und intransparent urteilende „Beratergremium“ argumentiert, wurde Herrn MdB Pilsinger als Antwort zugeleitet (im Anhang Nr.2) und von mir weiter beantwortet (im Anhang Nr.3 mit weiteren erklärenden Anhängen).
- b) Die Sachlage ist nach wie vor: Die wissenschaftlich haltlose und für unsere Patienten medizinisch und finanziell unerträgliche Situation besteht natürlich weiter. Wie Sie aus meinen Stellungnahmen ersehen, vertritt das Gremium oberflächliche Meinungen und fällt Pauschalurteile, wie sie ähnlich in der Anti-Corona-Debatte populistisch kolportiert werden. In Folge von Beschluss Nr. 32 prozessieren die Patienten zahlreich und erfolglos gegen die im Gremium vertretenen Privatversicherer.
- c) Es bleibt die Frage: Wie weiter verfahren, nachdem seit Jahren fahrlässig verfasste Textbausteine aus dem Gremium mit uns ausgetauscht werden? Öffentlichkeit und Presse? Juristische Schritte gegen eine Körperschaft Öffentlichen Rechts? Hier bauen wir in erster Linie auf unser Vertrauen in die von Ihnen vertretene Gesundheitspolitik. Gerne binden wir Ihre Ratschläge und Unterstützung in das weitere Vorgehen ein.

Mit bestem Dank für Ihre wertvolle Hilfe und freundlichem Gruß verbleibe ich
Ihr J. Lechner

Übersicht Anhänge chronologisch:

- a) Erste Stellungnahme Lechner an Herrn MdB, weitergeleitet von Herrn MdB an BZÄK nach Gespräch mit Lechner
- b) Antwort Bundeszahnärztekammer BZÄK an Herrn MdB ...
- c) Antwort Lechner an Herrn MdB auf Schreiben BZÄK mit 4 Anhängen

13-10-2020 MdL an Lechner

Sehr geehrter Herr Dr. Lechner,

für Ihr Update danke ich Ihnen herzlich und bedauere, dass es noch keine größeren Fortschritte gegeben hat. Ich drücke Ihnen hier weiter die Daumen. Wie könnte die Gesundheitspolitik hier konkret unterstützend tätig werden? Wo müssten etwa Gesetze geändert werden?

Mit allen guten Wünschen grüße ich Sie herzlich

23-10-2020 Lechner an MdL/MdB

Sehr geehrter Herr

besten Dank für Ihren tollen Einsatz in diesen gesundheitspolitisch sicher schwierigen Zeiten!
Gerne versuche ich Antwort auf Ihre Anregungen zu finden:

In erste Linie sollten die fachlich maßgebenden Mitglieder des anonymen Gremiums namentlich benannt werden, um überhaupt Transparenz und Verantwortlichkeit herzustellen. Die BZÄK sollte die Namen endlich aufdecken! In einem zweiten Schritt wäre

eine Ladung beider „Parteien“ durchzuführen, um medizinische Fakten und vorurteilsbelastete „Meinungen“ zu klären.

Eine notwendige gesetzliche Änderung sehe ich hier nicht: Beschluss Nr.32 ist nur eine Empfehlung, leider weitreichend für zahnärztlich-medizinische Hilfestellung bei chronischen Schmerzpatienten. Mit der Novelle zur zahnärztlichen Approbationsordnung (ZApprO) ist in „§ 3 Inhalt und Organisation des Studiums der Zahnmedizin (1)“ zu finden: „.....*Der Unterricht im Studium soll **fächerübergreifendes Denken fördern** und, sofern zweckmäßig, problemorientiert am Lehrgegenstand ausgerichtet sein. **Die Universitäten haben fächerübergreifenden Unterricht und Unterricht in Querschnittsbereichen anzubieten.***“

Damit konterkariert der Gesetzgeber bereits weitsichtig die Engstirnigkeit des Gremiums. Allerdings bedarf Beschluss Nr. 32 dringend einer inhaltlichen Korrektur auf wissenschaftlicher Basis, denn er wird von Kostenträgern i eigenem Interesse benutzt, um medizinischen Fortschritt zu behindern.

Warum ist das zu fordern? Drei zahnmedizinische Fachgesellschaften mit über zweitausend Mitgliedern behandeln ihre Patienten nach Grundsätzen, die von Nr.32 verunmöglicht werden. In der Wissenschaftsdatenbank PubMed sind allein von mir 13 nach objektiv-wissenschaftlichen Kriterien publizierte Arbeiten registriert , mit aktuell über 1000.000 Lesern weltweit. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Lechner+Johann>).

Weiters werden meine Publikationen (Liste #1 mit deutschen Beschreibungen und Zahl der Zugriffe – über 100.000 weltweit - im Anhang). werden in 39 anderen PubMed indexierten Wissenschaftsarbeiten zitiert (Liste#2 im Anhang). Dem (und vielen weiteren Belegen) gegenüber steht die völlig substanzlose Stellungnahme der BZÄK für das Gremium: „NICO ist Bestandteil der Applied Kinesiology“, womit fahrlässig die Gesundheit zahlloser Betroffener gefährdet und ihre soziale und finanzielle Situation eingeschränkt wird.

In der Hoffnung über demokratische Wege Änderungen für unsere Patienten erreichen zu können, verbleibe ich mit verbindlichem Dank und freundlichem Gruß
Ihr J. Lechner

30-10-2020 MdL an Lechner

Sehr geehrter Herr Dr. Lechner,

danke für Ihre Konkretisierung. Allerdings sehe ich weiterhin keinen direkten Ansatz für legislatorische Maßnahmen. Die von Ihnen monierten Defizite betreffen meines Erachtens den Regelungsbereich der Selbstverwaltungskörperschaft. Hier könnten wir bundesgesetzlich nur mit einem großen Wurf reingehen, was sich durchaus hören, aber sicherlich nicht kurzfristig umsetzen lässt Mit Gut-Will seitens der Protagonisten der Selbstverwaltungskörperschaften kommen wir definitiv nicht weiter?

Beste Grüße und alle guten Wünsche für Sie

07-11-2020 Lechner an MdL/MdB

Sehr geehrter Herr

besten Dank für Ihr Engagement und Ihre aufmunternden Worte: Eine Einigung mit der BZÄK scheidert seit Jahren, trotz unserer intensiven Bemühungen und Kooperationsangebote

(siehe Schreiben Vorstand DEGUZ und Schreiben meines Anwalts/ in früheren Analgen bereits übermittelt) in Stellungnahmen mit immer gleichen inhaltsleeren Textbausteinen.

Das Unding besteht darin, dass alle wissenschaftlichen Vorlagen zur Existenz einer schmerzhaften Erkrankung durch ein anonymes Gremium von oben negiert werden. Gerade die Schmerztherapie beweist sich aber in der klinischen Evidenz und dem individuellen Erfolg aus der Praxis: Man will halt keine Bewegung in eine Integrative Medizin bringen (wie vom Gesetzgeber in der neuen ZApprO gefordert!). Dieses irrationale Beharrungsvermögen erinnert sehr an die Fortschrittsfeindlichkeit der deutschen Automobilindustrie.

Gerne informiere ich Sie natürlich über weitere Entwicklungen, vor allem innerhalb unserer Ganzheitlichen Zahnärztesgesellschaften

In der Hoffnung, dass wir vielleicht noch Fortschritte auf Bundesebene erzielen können verbleibe ich mit freundlichem Gruß

Ihr J. Lechner