



Angesichts der extrem hohen kieferorthopädischen Behandlungsraten in Deutschland liegt es nahe, gerade in diesem Teilgebiet der Zahnmedizin die den DAZ seit langem beschäftigende Frage nach Über- und Fehlversorgung zu stellen. Im nachfolgenden Aufsatz kritisiert Dr. Wolfgang Kirchhoff die fehlende Erforschung von Wirkungen und Nebenwirkungen der in Deutschland vorherrschenden KFO-Therapien, analysiert die zugrunde liegenden geschäftlichen Interessen und fordert eine Neubestimmung des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfes und des Behandlungsspektrums. Diese Neubestimmung soll unter Einschluss von nicht-zahnmedizinischen Professionellen und Patientenvertreterenerfolgen. Zum Teil verwandte Kritikpunkte hat in Forum 118 der Ludwigshafener Kieferorthopäde Dr. Henning Madsen, Referent der DAZ-IUZB-Jahrestagung am 20.09.2014 (siehe S. 5), dargelegt. Beide Autoren liefern reichlich Stoff, der hoffentlich bei der Tagung, aber auch darüber hinaus, für Diskussion sorgen wird. (Forum-Redaktion)

Die deutsche Kieferorthopädie (KFO) gerät zunehmend unter Legitimationsdruck. Bei einer Berücksichtigung wesentlicher Forschungsergebnisse ist die Krankheits-Definition zahlreicher Kiefer- und Zahnstellungsanomalien aus dem Jahr 1972 nicht länger haltbar; für eine Reihe von lautstark verkündeten Präventions-Hypothesen (Parodontalerkrankungen, Cranio-mandibuläre Dysfunktionen, Karies etc.) konnte keinerlei wissenschaftliche Evidenz vorgelegt werden. Einzelne Therapiemethoden sowie die bei uns übliche Behandlungsdauer kollidieren signifikant

Das Milliardending: Deutsche Kieferorthopädie – neuer Rotlichtbezirk der Zahnmedizin?

von Dr. Wolfgang Kirchhoff, Marburg

mit internationalen Standards. Der Geburtenrückgang und die Zunahme der seit 1992 zugelassenen Kieferorthopäden um ca. 30 Prozent förderten den Konkurrenzdruck, aber gleichzeitig die Tendenz zu wissenschaftlich umstrittenen Frühbehandlungen und den außer Kontrolle geratenen Wildwuchs außervertraglicher Leistungen ohne zahnmedizinischen Zusatznutzen. Wie in unserem Berufsfeld leider üblich, wird versucht, interne Kritiker dieser Zustände auf niedrigem Niveau zu diffamieren und damit auszugrenzen. Die kieferorthopädische Wissenschaftselite trägt nichts dazu bei, das Postulat der vergleichswisen Überlegenheit der zu Zeiten des deutschen Faschismus präferierten Platten-KFO nachzuweisen; sie weiß, es gibt sie nicht. Evidenz bleibt in weiten Bereichen der KFO ein Fremdwort.

Kiefer- und Zahnstellungsanomalien eine Krankheit?

Die gesetzliche Basis für kieferorthopädische Maßnahmen in der GKV lieferte einst die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts; im Jahr 1972 wurden Kiefer- und Zahnstellungsanomalien als Krankheit im Sinne der damals gültigen Reichsversicherungsordnung ins Gesetz aufgenommen. Zu jenem Zeitpunkt verkörperte diese Definition einen gesellschaftlichen Fortschritt, der u. a. von den DGB-Gewerkschaften massiv gefordert worden war. Die KFO konnte damit aus ihrer elitären Isolation als Behandlungsmaßnahme für Besserverdienende herausgeholt werden. Auch im Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde (§1, Abs. 3) findet sich die Generalklausel, dass jede von der Norm abweichende Erscheinung im Bereich der Zähne, des Mundes und der Kiefer, einschließlich der Anomalien der Zahnstellung und des Fehlens von Zähnen, als Krankheit anzusehen ist. Daraus leiteten die Kieferorthopäden/-innen über Jahrzehnte die medizinische Notwendigkeit ab, naturgegebene Vielfalt orofazialer Erscheinungsformen zu korrigieren; Therapieziel war und ist die iatrogen

gesteuerte Kreation eugnather Uniformität durch „Ideal“-Okklusionen. Optimale Verzahnungen in entsprechend ausgeformten Kiefern liegen in der Realität bei weniger als 5 Prozent der naturgesunden Gebisse vor. Allerdings wiesen in der Vergangenheit selbst die von Kieferorthopäden/-innen erschaffenen Ideal-Okklusionen eine Rezidivrate von 40 Prozent auf (Kahl B / Schwarze CW. **Subjektive und objektive Bewertung von Langzeituntersuchungsbefunden durchschnittlich 17 Jahre nach Therapieabschluss. Fortschr Kieferorthop**, 53. Jg./1992: 161-166). In diesen Fällen hat es den Anschein, als hole sich die Natur ihr Recht auf Individualität zurück. Die auf der Grundlage ausufernder Honorare im Jahr 2002 zaghaft eingeleitete Einschränkung des Krankheitsbegriffs auf exakter definierte Indikationsgruppen (KIG) von Kiefer- und Zahnfehlstellungen, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigen, führte temporär zu beträchtlichen Einsparungen. Die Reduktion der Honorare wurde gleichwohl sukzessive kompensiert durch Früh- und Mehrfachbehandlungen im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), durch außervertragliche Leistungen, durch privatvertraglich zu vereinbarende Erwachsenen-KFO und den Ansatz von Mehrkosten durch Materialinnovationen, die vorwiegend den zeitlichen Arbeitsaufwand der Fachzahnärzte/-innen zu verringern vermögen. Festsitzende Apparaturen wurden durch außervertraglich vereinbarte Materialien aufgewertet, die höheren ästhetischen Ansprüchen Rechnung tragen sollen. Die für das Jahr 2006 errechnete Behandlungsquote von 46 Prozent der leistungsberechtigten GKV-Versicherten gibt ausreichend Anlass zu der Vermutung, dass wir es im internationalen Vergleich vermutlich mit deutlichen Über-, wenn nicht Fehlversorgungen zu tun haben. In diesem Zusammenhang mutet der von Bauer et al. 2009 beschriebene Sachverhalt irrational oder willkürlich an, dass die Behandlungsquote innerhalb von vier Jahren (2000-2004) um 50 Prozent ab-

nehmen bzw. innerhalb von zwei Jahren (2004-2006) wieder um 30 Prozent zunehmen konnte, während sich weder die Leistungspflicht der GKV noch die Zahl der leistungsberechtigten Versicherten merklich verändert hatte (**Bauer J, Neumann T, Saekel R. Zahnmedizinische Versorgung in Deutschland. Bern 2009, S. 104ff.**). Für die kieferorthopädische Therapie bei Gebissen mit Platzmangel, die häufig als Folge frühzeitiger Milchzahnverluste durchgeführt wird, müssen erhebliche Mittel bereitgestellt werden, die durch Umschichtung in eine präventiv orientierte Kinderzahnheilkunde im Rahmen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) wesentlich effektiver investiert werden müssten. Untersuchungen des Zahnärztlichen Dienstes in Thüringen ließen erkennen, dass eine deutliche Abnahme des Anteils offener Bisse und Distalbitte mit einer drastischen Reduktion des Anteils der Kariesrisikofälle und der Steigerung der Prozentzahl naturgesunder und eugnather Gebisse korrelierte (**Gottstein I et al. Kieferorthopädischer Behandlungsbedarf aus Sicht des ÖGD – Datenauswertung in den Landkreisen Eichsfeld / Thüringen und Dahme-Spreewald / Brandenburg. In: Zahnärztlicher Gesundheitsdienst. 43. Jg. / April 2013. S. 9.**

U. a. im Rahmen dieser bedeutenden Ressourcenverschwendung erzielte die deutsche Kieferorthopädie lukrative Umsätze. 2011 gab die GKV einen wesentlichen Teil der für KFO verwandten 740 Mio. Euro, inklusive Labor- und Materialkosten insgesamt von 970 Mio. Euro (978 Mio. Euro im Jahr 2012), für zahlreiche Behandlungsfälle vermeidbarer Spätversorgung aus. In Wirklichkeit sind die Umsätze jedoch wesentlich höher, weil zunehmend privatvertragliche Leistungen in beträchtlicher Höhe zusätzlich liquidiert werden. Die PKV zahlte 2011 allein für KFO innerhalb der Erwachsenenbehandlung 219 Mio. Euro. Bei diesen Umsätzen darf es niemanden verwundern, dass die Anzahl der Kieferorthopäden/-innen von 2.100 im Jahr 1992 auf mittlerweile 3.000 anstieg. 3.000 Kieferorthopäden/-innen und einige auch kieferorthopädisch behandelnde Allgemein Zahnärzte/-innen teilten sich 2012 knapp 1 Mia. Euro GKV-Honorare aus dem Gesamtaufkommen von 11,7 Mia. Euro für die über 53.000 Zahnärzte/-innen (**KZBV. Jahrbuch 2013. Köln 2014**) – ein Milliarden Ding für eine sehr kleine Schicht von Therapeuten im Zusammenhang mit Maßnahmen, die mehrheitlich objektiv außerhalb einer

plausiblen Definition von Krankheit nach heutigen Standards liegen. Das wären grob kalkuliert etwa 10 Prozent des gesamten GKV-Honoraraufkommens für überwiegend ästhetisierende Maßnahmen durch eine kleine Anzahl von Kieferorthopäden/-innen, die gemessen an der gesamten Zahnärzteschaft 5 Prozent Anteil kaum überschreiten dürfte.

Dass die Behebung von Zahnstellungsanomalien eine wirksame Voraussetzung für die Erhaltung der natürlichen Bezahnung ist, konnte nicht nachgewiesen werden; ähnliches gilt für die Voraussagen hinsichtlich der Kariesanfälligkeit. Für die Ermittlung des Kariesrisikos im Sinne epidemiologischer Kennzahlen existiert keine Studie, die zumindest Anteile oder Raten des Auftretens von Karies im Vergleich zu einer nicht behandlungsbedürftigen Kontrollgruppe ermitteln konnte. Noch ist sogar ungeklärt, welche diagnostischen Maßnahmen wie Vermessungstechniken, bildgebende Verfahren etc. wissenschaftlich belastbar ausschlaggebend und ausreichend begründet sind. Es besteht begründeter Anlass zu der Vermutung, dass die Bereitschaft und die Motivation zur Mundhygiene einen größeren Einfluss auf das Auftreten von Zahnerkrankungen haben als die jeweilige Zahnstellung. Kieferorthopädische Interventionen haben keinen Einfluss auf die Verhinderung von parodontalen Erkrankungen. Es wurde keine Evidenz gefunden für die Hypothese, dass kieferorthopädische Interventionen geeignet wären, einer CMD vorzubeugen.

KFO statt Ritalin® oder besser gleich Bruxi®plus und dann KFO?

Der § 29 Abs. 1 des SGB V lädt die Fachzahnärzte/-innen dazu ein, unverändert die wissenschaftlich überholte Form einer vermeintlich präventiv orientierten Zahnheilkunde im Milch- und Wechselgebiss zu vermarkten. Nach einer Hypothese der Fachvertreter/-innen verspricht erst das eugnathe Gebiss eine umfassende Mundgesundheit, die es bereits im Milch- und Wechselgebiss durch frühzeitige Therapie-Maßnahmen einzuleiten gilt. So besteht wahrscheinlich zwischen dem Geburtenrückgang in Deutschland, der Zulassungszahl von Kieferorthopäden/-innen und der Zunahme von Frühbehandlungen vor dem Hintergrund einer aus Konkurrenzgründen immer frühzeitigeren Klientelsicherung eine Koinzidenz. Das fadenscheinige Erklärungsmuster, frühzeitig günstigere Ausgangsbedingungen

für die endgültige Gebisskorrektur vorzubereiten oder diese sogar vermeiden zu helfen, fand bislang außer lautstark verkündeten „eminenzbasierten“ Behauptungen kein wissenschaftlich belastbares Korrelat. Entgegen der Entwicklung kybernetisch orientierter und biopsychosozial-medizinischer Vorstellungen verharren die Protagonisten einer Kieferorthopädie mit primär privatem Erwerbshintergrund auf dem mechanistischen Weltbild des 19. Jahrhunderts und gleichen darin den zahnbasierten „Gnathologen“. Diese teilen das Geschäftsmodell, die kaufunktionell devianten Patienten/-innen der Idee einer iatrogenen Imagination der „idealen“ Okklusion zu unterwerfen (vergl. **Rinchuse DJ, Kandasamy S. Mythen der kieferorthopädischen Gnathologie. In: Ortho Kieferorthop 2010;42:138-146**). In letzter Konsequenz treffen sich beide Fachrichtungen in einer von Evidenz weitgehend freien, aber monetär lukrativen Zone: der vermeintlichen Prävention einer international bislang nicht einmal übereinstimmend definierten, sich aber in deutschen Praxen plötzlich endemisch ausbreitenden Erkrankungsform, den Craniomandibulären Dysfunktionen (CMD). Dass Normabweichungen offensichtlich keine CMD verursachen, zeigt schon ein gewöhnlicher Blick auf die Normalbevölkerung; dort gilt die morphologische Abweichung vom eugnathen Gebiss als Regelfall. Nicht einmal extreme Normabweichungen im Kausystem oder die die Morphologie signifikant verändernden kieferorthopädischen Interventionen stellen ein erhöhtes CMD-Risiko dar (**Hirsch C. Craniomandibuläre Dysfunktionen bei Kindern und Jugendlichen. In: Quintessenz 2011; 62(11): 1453-1449**). Gerade im Wechselgebiss finden naturgemäß permanent morphologische Veränderungen statt; Widersprüche dieser Provenienz werden auf der Wissenschaftsseite schlechthin verleugnet, sie würden das Geschäftsmodell empfindlich stören.

Weder unter Berücksichtigung der natürlichen Vielfalt der menschlichen Individuen noch hinsichtlich des Inklusionsgedankens der Menschenrechtskonvention kann die Herbeiführung eines metrisch definierten Idealzustandes menschlicher Norm-Gebisse ernsthaft als human und medizinisch notwendig erachtet werden. Die iatrogene Herbeiführung eines massenhaft uniformen orofazialen Zustandes erfüllt vor allem fehlgeleitete ästhetisierende Zielsetzungen. Solange es sich nicht um funktionell relevante Korrektu-

ren handelt, ist die Herstellung der „idealen“ Okklusion schönheits-chirurgischen Veränderungen anderer Körperteile mit dem wesentlichen Unterschied gleichzustellen, dass im Rahmen kieferorthopädischer Maßnahmen eine bislang nicht quantifizierte Anzahl von Minderjährigen objektiv und teilweise über viele Jahre in ihrer Lebensqualität erheblich beeinträchtigt wird; es könnte in diesem Zusammenhang auch von Lebensqualen die Rede sein. Dass die Betroffenen immer jünger werden, dokumentiert der Hinzukonzern für kieferorthopädische Zahntechnik; er wirbt für eine Schienenanwendung („BRUXI®plus“), mit deren Hilfe bereits dreijährige (sic!), nachts mit den Zähnen knirschende Kinder „behandelt“ werden sollen. Die pseudowissenschaftliche Arbeitshypothese für diese Maßnahme lautet, man vermute, dass sich unbehandeltes Bruxieren auf das bleibende Gebiss übertrage und daher ursächlich für CMD sei – geht's noch?

Geschäftsmodell Krankheitserfindung

Dass der Fortschritt gleichzeitig die Gestalt einer Schnecke und einer Chimäre annehmen kann, wurde durch die Auslassungen des Fachautors Andreas Jäger im Gasteditorial der *Deutschen Zahnärztlichen Zeitschrift* vom April 2014 deutlich. So konzidierte der Bonner Hochschullehrer im Vorzeigebblatt der deutschen Zahnärzteschaft, dass das „gerade Gebiss“ über viele Jahre automatisch mit einem „gesunden Gebiss“ gleichgesetzt wurde, während heute die Forderung erhoben werde, diagnostische und therapeutische Maßnahmen durch die Ergebnisse empirischer biomedizinischer Forschung zu bestätigen. Gleichzeitig setzte er - ohne dafür die gerade eben noch geforderten Ergebnisse empirischer biomedizinischer Forschung vorzulegen, die nächste Hypothese zur Patienten/-innen-Akquise in die Welt, dass nämlich Kinder mit einer vergrößerten Schneidezahnstufe gehäuft Probleme im Sinne einer obstruktiven Schlafapnoe („OSAS“), ggf. kombiniert mit Symptomen wie Schnarchen, unruhigem Schlaf, Müdigkeit am Tag und „Hyperaktivität“ (Jäger A. Warum eigentlich KFO? In: *DZZ* 2014;69 (4)), aufwiesen. Mit dieser pseudowissenschaftlich insinuierten Korrelation von trendiger Symptomatik und KFO begrüßen wir Prof. Dr. Jäger im legendären Reich der Krankheitserfinder (vergl. ausf. Kirchhoff W. Mit den Krankheitserfindern unterwegs: KFO & FAL & CMD & & &. Forum für

Zahnheilkunde 106, März 2011. S. 12-17)! KFO statt Ritalin® oder doch besser Bruxi®plus und dann KFO? Man kann berechtigte Zweifel daran hegen, ob die ethische Grundausstattung einiger deutscher Universitäts-Wissenschaftler noch ausreicht, diesbezüglich primär rationale medizinische Zusammenhänge in Verbindung mit Adipositas, Hyperplasien der Rachen- und Gaumenmandeln, adenoiden Vegetationen, mit den Ergebnissen der Gehirnforschung etc. oder psychosozialen Hintergründen herstellen zu können. Bilden die bei DGZMK-Leitlinienautoren an anderer Stelle zu beobachtenden, zahlreichen bezahlten Geschäftsverbindungen auch hier die Grundlage pseudowissenschaftlich legitimierter Therapieempfehlungen (vergl. ausf. Kirchhoff W. Wissenschaftslobbyismus in der Zahnmedizin I und II. In: *DZW* 33-34/2013, S. 10-11 und *DZW* 35/2013, S. 7-8, sowie ders. Wissenschaftliche Unabhängigkeit versus wirtschaftliche Verflechtungen. In: *DZW* 30/2014, Teil 1, Seiten 1 und 3, und Teil 2 in *DZW* 31/2014)? Ein Teil der KFO-Wissenschaftselite scheint zur Absicherung eines sich sukzessive delegitimierenden Honorarvolumens auf direktem Weg ins therapeutische Rotlichtmilieu zu sein, ein Milieu, das die Implantat-Prothetiker gerade zu verlassen beginnen – Wachablösung? Spätestens an dieser Stelle ist die GKV gefordert, den Krankheitsbegriff im Sinne wissenschaftlicher Rationalität und Wirtschaftlichkeit korrigierend zu modifizieren.

Ein sauberer Zahn wird niemals krank

Wohl wissend, dass der ideologische Unterbau reiner Ästhetik die gesellschaftlich-solidarische, respektive die gesundheitspolitische Akzeptanz der KFO langfristig nicht mehr zu tragen versprach, wurden gebetsmühlenartig kostenintensive Maßnahmen als einzig zielführende Prävention ausgegeben. Entgegen belastbarer, meist internationaler wissenschaftlicher Erkenntnisse verfolgt die in Deutschland praktizierte KFO davon unbeeindruckt und ohne Selbstzweifel das erklärte Ziel, ihre Patienten/-innen durch die Herstellung „idealer“ Zustände vor Karies, Parodontal-Erkrankungen, Bruxismus und/oder Störungen der Kiefergelenkfunktion, vor Schnarchen und/oder Hyperaktivität schützen zu müssen. So mag es eventuell zutreffen, dass Engstände bei unzureichender Mundhygiene die Kariesinzidenz erhöhen können, wir wissen allerdings seit Alfred Kantorowicz (1880-1962) auch, dass ein sauberer

Zahn niemals an Karies erkranken wird. Mundhygiene zu erlernen und dadurch vorzeitigem Milchzahnverlust mit sich ergebenden Engständen vorzubeugen, muss die Aufgabe des ÖGD ohne privaten Erwerbshintergrund sein. Wir dürfen die Möglichkeit nicht ausschließen, dass manche KFO-Therapie unter dem Vorwand der Prävention gerade die entscheidenden Schäden setzt, die sie vorgibt, verhindern zu wollen. Jeder kritische Beobachter kennt die Zustände nach Abnahme von Brackets im wegen der Brackets lange Zeit deutlich schwerer zu reinigenden Gebiss mit Entkalkungen und/oder kariösen Läsionen oder beginnenden Parodontitiden. Wer kennt nicht die durch ständige Eingriffe in die Okklusion ramponierten Kiefergelenke junger Frauen nach jahrelanger Früh- und Spätbehandlung? Es ist bezeichnend, dass es die deutschen Kieferorthopäden/-innen sowohl unterlassen haben, ihre Präventions-Hypothesen wissenschaftlich zu belegen als auch gleichzeitig umfassend belastbar die pathologischen Auswirkungen ihrer Therapie zu dokumentieren.

Geklonte Kinder im Stuhl des Prokrustes von Robotern geröntgt

Welche abartigen Vorstellungen von Versorgungsforschung und Evidenz manchen Kieferorthopäden so umtreiben, wurde auf einer gemeinsamen Veranstaltung des Bundesverbandes der Kinderzahnärzte, der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und Organisationen wie dem Bundesverband der Deutschen Kieferorthopäden in Frankfurt offenbar. Unter dem Kongressmotto „Kinder-Zahn-Spange“ ging es u. a. um das evidenzfreie Thema „Osteopathie in der dentalen Kinderbehandlung“. Die *DZW* berichtete in einem Leitartikel über die wissenschaftlichen Phantasien des KFO-Professors Dr. Jörg Lisson aus Saarbrücken, der sich *by the way* über den Vorwurf, sein Forschungsgebiet sei nicht evidenzbasiert, in abwegiger Form echauffieren durfte. Lisson vertrat die Auffassung, Medizin könne keine Evidenz haben, weil die Messung selbst bereits die Situation verändere. Wörtlich: „Um eine evidenzbasierte Aussage zu erreichen, so Lisson, müsse man eigentlich ein Kind klonen, in einen Stuhl einspannen, alle zwei Tage röntgen und von einem Roboter behandeln lassen“ (N.N. Kinderzahnsperre mit Leitfunktion. In: *DZW* 23/2014, S.1 u.4). Sind Vorstellungen dieser Art noch mit der *venia legendi*

kompatibel, könnten sich nicht einmal bössartige Zeitgenossen fragen.

Wir müssen äußerst besorgt sein, wenn unsere Kinder den teilweise hoch invasiven Therapieverfahren von Kieferorthopäden/-innen ausgesetzt werden, solange die Klärung der Frage der medizinischen Indikationsstellung in nicht vitalen Fällen noch völlig offen ist. Kieferorthopädische Behandlungen müssen hinsichtlich ihrer medizinischen Notwendigkeit besonders gründlich geprüft werden, solange sie neben der Einbuße von Lebensqualität mit dem Risiko von Nebenwirkungen durch immer höhere Strahlenbelastungen bei den obligaten Röntgenverfahren (u. a. OPG, DVT, 3D-Technologie) oder der Einbringung von dentalen Hilfsimplantaten einhergehen. Selbst die DGKFO räumt die Notwendigkeit ein, dass die „medizinische Strahlenexposition einen hinreichenden Nutzen erbringen muss.“ Die 3D-Bildgebung mit ihrem hohen Strahlenrisiko ist allenfalls im Zusammenhang mit komplexen Behandlungsfällen der Spaltmorphologie bei uni- und bilateralen Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten indiziert und, nicht, wie gelegentlich empfohlen, im Rahmen der gewöhnlichen Behandlungsplanung.

Völlig unbeeindruckt von den Ergebnissen der DIMDI-Studie 2008

Das Versagen der kieferorthopädischen Wissenschaftselite wurde schon im Jahr 2008 deutlich, als die unabhängige DIMDI-Studie (Frank W, Pfaller K, Konta B. **Mundgesundheit nach kieferorthopädischer Behandlung mit festsitzende Apparaturen (HTA). Köln 2008**) erschienen war und ein teilweise bizarres, erschreckend niveauloses Echo in kieferorthopädischen Fachkreisen hervorrief. Diese von Kieferorthopäden/-innen jeglicher Provenienz unabhängige wissenschaftliche Analyse rief Wissenschaftler/-innen, Standespolitiker/-innen oder alio loco wirtschaftlich involvierte Zahnmediziner/-innen auf den Plan. Besonders zu nennen sind hier Gernot Göz vom Universitätsklinikum in Tübingen, Bärbel Kahl-Nieke als damalige Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGFO) und Rolf Hinz mit zahntechnisch motivierten Geschäftsinteressen im Schienen- und kieferorthopädischen Plattenbereich. Göz schaffte es in einem Atemzug, die zuvor allgemein von Kieferorthopäden/-innen verteufelten und bekämpften Kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG)

jetzt als Kronzeugen für eine wissenschaftlich fundierte, individuelle und subjektive Einschätzungen ausgrenzende Indikationsammlung aufzurufen. Letztlich aber vermochten auch die KIG nur temporär die Honorarmargen für eine primär ästhetisch orientierte KFO mit jenseits ethischer Grenzen zu verortenden Behandlungsperioden zu limitieren. Außerdem sind die KIG nur Bestandteil der Verträge mit der GKV, nicht mit der PKV; letztere hat es seither verstärkt mit der unangefochtenen, dem Jahr 1972 entlehnten „alten KFO“ zu tun. GKV-Patienten dagegen werden teilweise benötigt, privatvertraglich zu vereinbarende Zusatzleistungen der alten Art mit kostenpflichtigen Materialien hinzu zu kaufen. Die Präsidentin der DGKFO des Jahres 2008 und seit 2013 Präsidentin der DGZMK, Bärbel Kahl-Nieke, sah euphemistisch eine große Chance zur beachteten Weiterarbeit und dichtete das katastrophale Studien-Ergebnis in allerlei nicht nachvollziehbare Verdienste und beachtenswerte wissenschaftliche Leistungen um (vergl. dazu ausf. **Kirchhoff W. Evidenz von Mundgesundheit nach kieferorthopädischer Behandlung mit festsitzenden Apparaturen weitgehend ungeklärt. In: DAZ Forum 98, 3/2009. S. 12-13**). Auf die den inkriminierten Sachverhalt belastbar belegende Evidenzstudien warten wir heute noch. Ersatzweise zu beobachten ist eine Renaissance des Irrationalen, wie die Verlautbarungen beamteter Wissenschaftler wie Jäger und Lison leicht belegen.

Renitenter Außenseiter im monolithischen Block

Wer Zurückhaltung und Aufarbeitung der eklatanten Wissenschaftsdefizite oder eine konstruktive Zurückhaltung der Publikationsorgane erwartet hatte, wurde spätestens eines Besseren belehrt, als der niedergelassene Kieferorthopäde Henning Madsen 2013 in der überregionalen Presse wie *Welt am Sonntag* (22.12.2013) oder *Spiegel online* (03.11.2013) mit seinen vom lukrativen Mainstream abweichenden Thesen auf den Plan trat. Madsen hatte in den zurückliegenden Jahren in der kieferorthopädischen Fachpresse bereits ähnlich kritische Sachverhaltsdarstellungen publiziert, war in jenem Rahmen aber wie in derartigen Fällen üblich auf keine wesentliche Resonanz der kieferorthopädischen Wissenschaftselite gestoßen. Als dieser der evidenzbasierten Zahnmedizin verpflichtete Kieferorthopä-

de nunmehr vor größerem Publikum begründete Kritik, die mittelfristig die üppige Honorarbasis des Faches zu gefährden versprach, an den Usancen der Branche aus der Mitte der Branche heraus übte, musste der publizistische Aufstand naturgemäß noch gewaltiger als der des Jahres 2008 in Erscheinung treten. Denn Madsen hatte die entsprechenden Kreise zusätzlich auf einem Nebenkriegsschauplatz empfindlich getroffen. Seine schonungslose Analyse des der Rekrutierung neuer Patientenschichten durch „disease mongering“ (Krankheitserfindung) dienenden „Leitfaden(s) kinderärztlich-kieferorthopädische Untersuchung“ war ein öffentliches Ärgernis gewesen (**Offener Brief an die Bundes- und Landesverbände des BVKJ und des BDK vom 12.09.2013**). Aber das ist wieder ein ganz anderes Thema.

Was machte Madsens Agenda in den Augen des Establishments so gefährlich, dass man ihn mit dem unverhohlenen primitiven Argument zu desavouieren versuchte, es sei ihm vorrangig an individueller Praxiswerbung gelegen? Er exemplifizierte den der gesamten deutschen Zahnmedizin inhärenten Sachverhalt der Übertherapie am Beispiel der korrumpierenden Wirkung der Einzelleistungsvergütung durch objektiv patientenfeindliche Ausdehnungen der Behandlungsdauer. Die Unterbindung diagnostischer/therapeutischer Exzesse sollte durch einen späteren Behandlungsbeginn (10. bis 12. Lebensjahr) im frühen bleibenden Gebiss mit vorwiegend festsitzenden Apparaturen erfolgen. Die Therapiedauer müsste im Rahmen von Festpreisen auf 18 – 24 Monate beschränkt werden. Mit Ausnahme weniger Einzelfälle seien die herausnehmbaren Apparaturen inklusive ihrer laboratoriumstechnischen Herstellung aus dem Behandlungskatalog zu eliminieren. Der Behandlungskatalog sei dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechend zu reduzieren; diesbezüglich sei der Krankheitsbegriff von 1972 neu zu definieren. Frühbehandlungen bis zum sechsten Lebensjahr seien vollständig ohne und bis zum zehnten Lebensjahr nahezu ohne Evidenz. Es würden sehr frühzeitige kieferorthopädische Interventionen bei Vorliegen des einseitigen Kreuzbisses auf der Grundlage einer einzigen experimentellen Studie „an jungen Hasen“ gerechtfertigt. Mehrphasige KFO-Behandlungen seien kostensteigernd, ohne die Ergebnisqualität zu verbessern. Mit dem Leitfaden zur Implementierung einer flächendeckenden Rekrutierung von drei- bis siebenjährigen

Kindern durch Kinderärzte/-innen sei die Grenze zum Erfinden von Krankheiten eindeutig überschritten (**Madsen H. Offener Brief an die Bundes- und Landesverbände des BVKJ und des BDJ zum „Leitfaden kinderärztlich-kieferorthopädische Untersuchung“ vom 12.09.2013**). Diese Maßnahme diene vorzugsweise der die Gewinne maximierenden Nachfragesteuerung; es fehle ihr der Nachweis eines medizinischen Nutzens durch randomisierte, kontrollierte Studien nach evidenzbasierten Kriterien. Das waren massive Vorwürfe; der monolithisch auftretende Block aller Kieferorthopäden/-innen musste sich öffentlich bloßgestellt fühlen.

KFO – das war schon immer so

Während Madsen sich auf fundierte Literaturangaben stützte, sind die Erwidierungen von Hinz eher geschäftsbasiert. Als Betreiber eines Laboratoriums zum Herstellen herausnehmbarer KFO-Platten mit – wenn gewünscht – Bedienungsanleitungen für Zahnärzte/-innen, bemühte er sich vermutlich nicht ganz uneigennützig und stellvertretend für die Fachzahnärzte/-innen mit eigenem Labor und entsprechenden Umsatzinteressen, u. a. die international isolierte deutsche Platten-KFO zu retten. Hinz unterließ es vorsichtshalber, diesbezüglich belastbare Literatur aufzuführen. Stattdessen empfahl er ganz allgemein, sich der deutschsprachigen Literatur zuzuwenden – welcher evidenzbasierten deutschsprachigen Literatur bitte? Eher kurios mutete seine These an, dass die Multiband-Therapie im deutschsprachigen Raum deshalb abgelehnt worden sei, weil sie durch „zu starke Kräfte Wurzelresorptionen ausgelöst“ habe. Während in allen vergleichbaren Ländern infolge der feinmotorischen Fähigkeiten der Leistungsanbieter die Anwendung adäquat dosierter Kräfte gewährleistet zu sein scheint und keine nennenswerten Resorptionen beobachtet wurden/werden, gelingt der Behandlungserfolg in Deutschland häufig nur durch in kommerziellen Laboratorien gefertigte Platten im Rahmen von deutlich komfortreduzierten und Kinder wie auch Erziehungsberechtigte oftmals massiv stressenden Langzeittherapien. Eine Art *präventiver Imperativ* der KFO-Gemeinde lautet daher kategorisch: „Sich anbahnende Gebissfehlentwicklungen“, die sich zu „muskulären Fehlfunktionen“ und „Sprechfehlern“ entwickeln könnten, sollten frühzeitig durch KFO-Maßnahmen und nicht etwa durch kurzzeitige und

kassenwirtschaftliche logopädische bzw. krankengymnastische Maßnahmen beseitigt werden. Hinz' Fazit ist nach den heutigen, auf internationale Studien gestützten Erkenntnissen mit der deutschen Definition des Krankheitsbegriffs von 1972 nicht mehr vereinbar, wenn er fordert: „Die Kieferorthopädie ist ein Teil der präventionsorientierten Zahnheilkunde – und das sollte auch so bleiben“ (**Hinz R. „Schiefe Zähne“ – 40 Jahre Kassenleistung. In: DZW 4/2014, S. 2 und ders. Kieferorthopädie in Deutschland – sachlich betrachtet. In: DZW 4/2014, S. 3 u.4**).

Ausblick

Bei allem Aufwand konnte es bislang nicht gelingen, vielen Gebiss- und Kiefervariationen eine langfristig vorhersehbar pathologische Potenz zuzuordnen. Insofern basiert ein wesentlicher Teil der deutschen KFO nicht auf naturwissenschaftlichen Erkenntnissen der modernen Medizin und ist daher nicht mehr unter dem Krankheitsbegriff aus dem Jahr 1972 zu subsummieren. Dabei soll nicht vollständig ausgeschlossen werden, dass eine neue Definition von Krankheit auch psychosomatisch determinierte Elemente einer Grundästhetik im orofazialen Bereich für jugendliche Populationsgruppen, die durch soziale Deprivation und Akkulturation benachteiligt sind, enthalten könnte. Kurz- bis mittelfristig sollte ein Teil des gegenwärtig fehlgeleiteten Honoraraufkommens an anderer Stelle Verwendung finden. Zu denken wäre in diesem Zusammenhang u.a. an einen weiteren Ausbau der primären Prävention im Rahmen des ÖGD, an zusätzlich bereitgestellte Mittel für evidenzbasierte Behandlungsmaßnahmen innerhalb der Parodontalthherapie und/oder für die medizinisch notwendige Zahnersatzversorgung durch Anhebung der Festzuschüsse. Um eine effektive Mittelumschichtung erreichen zu können, müsste zunächst das kieferorthopädische Behandlungsspektrum neu definiert werden. Um die Bedarfe für jede einzelne Anomalie festzustellen, sind zukünftig die Rechte der Kinder auf Unversehrtheit nach den entsprechenden Kinderschutzbestimmungen abwägend in den Vordergrund zu stellen. Um kommerziell orientierte Vorgehensweisen der Leistungsanbieter und/oder eine primär einseitig elterliche Wünsche erfüllende KFO zu Lasten der Solidargemeinschaft zu verhindern, muss ein neuer Weg gefunden werden, interdisziplinär unter Einschluss von unabhängigen Wissenschaft-

lern/-innen, Psychologen/-innen, Patientenvertretern/-innen und Verbraucherschützern/-innen und nicht zuletzt von Kinderschutzorganisationen, ggf. unter moderierender Beteiligung des Gemeinsamen Bundesausschusses G-BA, medizinisch vertretbare Standards in der deutschen KFO zu etablieren. Das schließt sowohl eine Umverteilung des zahnmedizinischen Leistungsgeschehens innerhalb der GKV als auch eine professionelle Flexibilität der bisherigen Leistungserbringer/-innen ein. Dabei muss den Beteiligten klar sein, dass psychische Irritationen bei Kindern und Jugendlichen mit kau-funktionell störungsfreien Anomalien weder durch schönheitschirurgische noch durch kieferorthopädische Therapieoptionen grundlegend zu beeinflussen sind. Einem psychologisch/psychosomatischen Behandlungsbedarf ist mit Psychotherapie und gesamtgesellschaftlicher Inklusion zu begegnen; Sprach- und ähnliche Störungen zu beseitigen, ist die Aufgabe von Logopäden/-innen.

Es ist mit Sicherheit ein beschwerlicher Weg durch alle Gesellschaftsschichten, den Mainstream pseudoästhetischer Normierung auf Dauer zu verändern, ohne gleichzeitig neue Benachteiligungen zu generieren. Beginnen wir eine vorbehaltlose, interdisziplinär angelegte Diskussion mit den Betroffenen, allerdings unter Ausschluss der allseits bekannten Lobbyisten einer pseudowissenschaftlich und kommerziell aufgestellten Kieferorthopädie.

Dr. Wolfgang Kirchhoff

Der Autor dieses Beitrags ist Zahnarzt, war zum Teil im Hochschulbereich, später jahrzehntelang in eigener Praxis tätig. Er ist Autor zahlreicher Veröffentlichungen zu zahnmedizinisch-versorgungspolitischen und medizinhistorischen Themen. **Weitere Infos:** www.zwp-online.info/de/zwp-online-koepfe/dr-med-dent-wolfgang-kirchhoff **Kontakt:** kuwkirchhoff@gmx.de

Lesetipp

KFO-Fachzahnarzt Dr. Henning Madsen zu „Missstände und Probleme in der deutschen Kieferorthopädie“ in Forum für Zahnheilkunde 118, März 2014, Seiten 11-15; auf der DAZ-Website:

www.daz-web.de/lesetipps/docs/Madsen_Kfo_Forum118.pdf