



Brauchen tatsächlich 2 von 3 Kindern/Jugendlichen Kfo-Behandlung? - Foto: Initiative proDente

Misstände und Probleme in der deutschen Kieferorthopädie

von Dr. Henning Madsen, Ludwigshafen

In den letzten Monaten wurden, ausgelöst durch kritische Artikel in der allgemeinen Presse, auch in der zahnmedizinischen Fachpresse einige sehr grundsätzliche Aspekte kieferorthopädischer Behandlung in kontroversen Beiträgen beleuchtet. Einer der Beteiligten, Dr. Henning Madsen, niedergelassener Kieferorthopäde aus Ludwigshafen, hat für das Forum seine Kritik am gängigen Vorgehen zusammengefasst. Angesichts der auch nach Einführung von Indikationsbeschränkungen in der gesetzlichen Versorgung weiterhin sehr hohen Zahl kieferorthopädischer Behandlungen hält die Forum-Redaktion die Diskussion über den gesundheitlichen Nutzen und effektive Methoden für dringend geboten und will mit dem Abdruck des nachfolgenden Beitrags und Hinweisen auf weitere Veröffentlichungen dazu anregen. Die Leserinnen und Leser sind herzlich eingeladen, sich zu beteiligen.

Zunächst im November 2013 in Spiegel online, danach kurz vor Weihnachten in der Welt am Sonntag erschienen kritische Artikel zur Kieferorthopädie, in denen u.a. auch ich zitiert wurde. Trotz der Weihnachtstage gelang es dem Berufsverband der deutschen Kieferorthopäden (BDK), unverzüglich eine Gegenstellungnahme zu veröffentlichen und dafür auch noch die wissenschaftliche Fachgesellschaft, die Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGKFO), ins Boot zu holen. Der Eifer ist nicht leicht zu verstehen, hatte ich doch bereits im Jahr 2008 einen längeren wissenschaftlichen Artikel zur evidenzbasierten Kieferorthopädie in der „Quintessenz“ veröffentlicht, in dem es profunder und kritischer zur Sache ging

als bei den kurzen Äußerungen in den erwähnten Artikeln – darauf habe ich in allen Jahren keine Reaktion vernommen. Vielleicht bedarf es also einer gewissen Öffentlichkeit, soll in der Kieferorthopädie etwas bewegt werden. An der kieferorthopädischen Versorgung in Deutschland gäbe es in der Tat einiges zu verbessern. Die in meinen Augen dringlichsten Misstände und Probleme fasse ich im folgenden Text unter Verzicht auf Fußnoten als Thesenpapier zusammen.

1. Kieferorthopädie und „medizinische Notwendigkeit“

Bis zu Beginn der 1970er Jahre war kieferorthopädische Behandlung in Deutschland Privatsache. Im Jahr 1972 urteilte dann das Bundessozialgericht, dass Zahn- und Kieferfehlstellungen Krankheiten im Sinne der Reichsversicherungsordnung (RVO) seien, womit die kieferorthopädische Behandlung Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde. Heute ist es jedoch in der Kieferorthopädie weitgehend anerkannt, dass Begriffe wie „Krankheit“ und „medizinische Notwendigkeit“ auf kieferorthopädische Befunde nur in Ausnahmefällen angewendet werden können. Von einer Norm abweichende Zahn- und Kieferfehlstellungen sind in der Regel nicht krankhaft und auch nicht – oder nur in geringem Umfang – mit sekundären Erkrankungen verbunden. Im Licht des heutigen Wissenstandes müsste das damalige Urteil also revidiert werden. Nichtsdestotrotz setzt sich der Eiertanz um den Begriff der medizinischen Notwendigkeit nicht nur in der GKV, sondern auch in der privaten Krankenversicherung (PKV) und im

Beihilferecht fort. Der Gipfel der Versicherungsliturgie ist die von Beihilfestellen vom Kieferorthopäden verlangte Erklärung, die Behandlung sei „notwendig zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit und zur Vermeidung von Gebisssschäden“, ohne die kieferorthopädische Behandlungen nicht erstattet werden. Der erste Teil der Erklärung ist fast immer wahrheitswidrig, da unsere Patienten in der Regel auch vor der Behandlung kauen können, der zweite Teil halbseiden und spekulativ. Dagegen wird im englischsprachigen Schrifttum kaum über „medical treatment need“ oder ähnliches diskutiert. Kommen Kostenträger ins Spiel, werden vernünftigerweise fast überall Kataloge aufgestellt, ab welchem Ausmaß kieferorthopädische Befunde erstattet werden, wie dies auch in der deutschen GKV mit der Einführung der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) passiert ist. In der englischsprachigen Kieferorthopädie geht es stets um „eligibility“ (deutsch etwa Anspruchsberechtigung, Beihilfefähigkeit), nicht um philosophische Konstrukte wie „medical need“. Die Kieferorthopädie muss also keineswegs untergehen, wenn man sie von Begriffen wie „Krankheit“ und „medizinischer Notwendigkeit“ entkoppelt. Eine soziale Indikation für die Behandlung starker Abweichungen wird in den meisten wohlhabenden Ländern anerkannt, da und dort kann ein gewisser medizinischer Aspekt dazukommen: das ist genug, um daraus „eligibility“ abzuleiten. Die Notwendigkeit eines Leistungskatalogs mit festen cut-off Punkten ergibt sich bei Unterstützung der Behandlung durch Versicherungen regelmäßig, um Missbrauch und Überversorgung zu verhindern. Wir täten uns in Deutschland leichter, wenn wir uns von den Begriffen der Krankheit und medizinischen Notwendigkeit im Zusammenhang mit der Kieferorthopädie weitgehend trennen würden und stattdessen über gut begründete Kriterien zur „eligibility“ nachdenken würden. Gleichzeitig sollte auch die Vermarktung kieferorthopädischer Behandlung als „medizinisch notwendig“ durch ein ehrliches Angebot einer Wahlbehandlung ersetzt werden, damit Patienten aufgeklärte und realistische Entscheidungen über die Aufnahme kieferorthopädischer Behandlungen treffen können.

1. Effizienz der kieferorthopädischen Behandlung

Das primäre Ziel der kieferorthopädischen Behandlung ist die Verbesserung der Okklusion und traditionell ihre Annäherung an ein Lehrbuchideal. Unsere Patienten wünschen sich ein gutes und stabiles okklusales Resultat zu möglichst geringen Opfern. Tatsächlich ist die Forderung nach effizienter Behandlung, also dem Erreichen einer hohen Verbesserung in möglichst kurzer Zeit, eine ethische Grundforderung in der Medizin. In der Kieferorthopädie ist effizientes Vorgehen besonders bedeutend, weil Patienten sich in der Regel nicht über einen Zeitraum von mehr als 2 Jahren für kieferorthopädische Behandlung motivieren lassen. Der Begriff der Effizienz spielt in der deutschsprachigen Fachliteratur jedoch kaum eine Rolle. Der Hintergrund dafür ist nicht zuletzt die Honorierung kieferorthopädischer Behandlungen in Form der Einzelleistungsvergütung, die dazu führt, dass der ineffizienteste Behandler pro Patient das meiste Honorar erwirtschaftet. Man muss wirklich keinem Kollegen unterstellen, dies bewusst auszunutzen, jedoch macht der Blick über die Landesgrenzen deutlich, dass die Art der Honorierung die Länge der Behandlung weit aus mehr steuert als die fachliche Ausbildung oder die wissenschaftliche Lehre. Auch in anderen Bereichen der Medizin ist in der Vergangenheit bereits von einer korrumpierenden Wirkung der Einzelleistungsvergütung gesprochen worden. In

nahezu allen anderen wohlhabenden Ländern werden Fixpreise für die kieferorthopädische Behandlung vereinbart, was dazu führt, dass der Kieferorthopäde mit einer kurzen und eleganten Behandlung am meisten verdient – weder diagnostische noch therapeutische Exzesse wirken unter diesem Umstand einkommenssteigernd. Die aktive Behandlungszeit ist daher auch in den meisten Ländern wesentlich kürzer als in Deutschland, meistens zwischen 18 und 24 Monaten. In Deutschland werden sowohl in der GKV als auch in der PKV kieferorthopädische Behandlungen grundsätzlich über 4 Jahre beantragt mit der Möglichkeit der anschließenden Verlängerung über weitere Jahre. Gehen wir von einer durchschnittlichen Behandlungszeit von 4,5 Jahren aus, ziehen ein Jahr Retentionsmaßnahmen ab, bleibt immer noch eine durchschnittliche aktive Behandlungszeit von über 3 Jahren. Das ist fast das Doppelte der Behandlungszeiten, die in der internationalen Literatur heute zu finden sind. Sind deutsche Zähne etwa anders? Hier wäre über den kostenneutralen Ersatz der Einzelleistungsvergütung durch Fixpreise nachzudenken, wobei sowohl Kostenträger als auch Ärzte Vorteile durch eine erhebliche Vereinfachung der Verwaltung hätten. Damit entfielen jedes staatliche „incentive“ für diagnostische und therapeutische Überversorgung wie auch für sinnlose zeitliche Ausdehnung kieferorthopädischer Behandlungen.

2. In welchem Alter mit der Behandlung beginnen?

Die kieferorthopädische Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist in den meisten entwickelten Ländern eine Veranstaltung, die in der Regel im frühen bleibenden Gebiss mit einer einzigen, festsitzenden Apparatur durchgeführt wird. Das Abwarten bis zum Abschluss des Zahnwechsels und die Verwendung einer vollständigen Bracketapparatur auf allen durchgebrochenen Zähnen sind die Voraussetzungen für kurze Behandlungszeit und hohe Ergebnisqualität. Im Hinblick auf das deutsche Honorarsystem ist eine solche Behandlungsstrategie aber mit Einkommensverlusten für den Behandler verbunden. Tatsächlich erfolgt in Deutschland nach meiner Einschätzung der Behandlungsbeginn in der Regel im Wechselgebiss. Für einen so frühen Behandlungsbeginn werden in der Literatur einige Ausnahmeindikationen diskutiert, zu denen frontale und seitliche Kreuzbisse, sehr große sagittale Frontzahnstufen sowie schmerzhafte oder sozial hindernde Befunde zählen. Befunde, die ehrlichen Herzens eine frühe Intervention im Wechselgebiss rechtfertigen, finden sich meines Erachtens bei etwa 5% unserer jungen Patienten. Diese Befunde sollten jedoch in einer kurzen, gezielten Intervention korrigiert werden und nicht der Auftakt zu einer die halbe Kindheit und Jugend überschattenden Dauerbehandlung werden. Mit dem BEMA 2004 ist wenigstens das Erreichen der letzten Wechselgebissphase mit dem Durchbruch des ersten Prämolaren oder Eckzahns als Voraussetzung für die Einleitung einer kieferorthopädischen Behandlung definiert worden, womit dem ärgsten Schindluder ein Riegel vorgeschoben wurde. Die geltenden kieferorthopädischen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sehen daneben eine Reihe Indikationen für die Einleitung sogenannter Frühbehandlungen vor, die innerhalb von 18 Monaten abgeschlossen werden sollen. Im Sinne einer rationalen und wirtschaftlichen Verwendung der für die Kieferorthopädie zur Verfügung gestellten Versicherungsmittel sollte meines Erachtens in der Regel der Zahnwechsel nahezu abgeschlossen, also die bleibenden Zähne in den Stützzonen weitgehend durchgebrochen sein.

Ausnahmen sehe ich hier vor allem bei der Distalokklusion bei Mädchen mit spätem Zahnwechsel und bei der Progenie. Darüber hinaus sollten die unter Ziffer 8a-d der Kfo-Richtlinien genannten Indikationen für eine BEMA-Frühbehandlung strenger definiert werden: seitliche Kreuzbisse ohne funktionelle Abweichung oder skelettale Asymmetrie können z.B. problemlos zum idealen Zeitpunkt im frühen bleibenden Gebiss behandelt werden. Offene Bisse bei Kindern im Vorschul- und Grundschulalter tendieren zu spontaner Besserung und sind daher nur unter besonderen Umständen früh zu therapieren. Die seit 2004 geltende Rechtslage im BEMA war ein Fortschritt, sollte jedoch noch weiter präzisiert und im Sinn eines späteren Behandlungsbeginns verändert werden.

Das Argument der Verfechter eines frühen Behandlungsbeginns, zunächst „skelettale Strukturen“ bzw. „Fehlfunktionen“ zu behandeln, um den Aufwand in der meist notwendigen zweiten Behandlungsphase zu verringern, ist eine durch die wissenschaftliche Literatur nicht gedeckte Behauptung. Im Gegenteil gibt es zahlreiche hochklassige Veröffentlichungen, die zeigen, dass frühe Intervention im Regelfall zu verlängerter Gesamtbehandlungszeit und höheren Kosten führt. Und hier schließt sich der Kreis: genau hier liegt der Grund, warum ein Berufsverband wie der BDK, der vor allem die wirtschaftliche Interessenvertretung seiner Mitglieder verfolgt, vehement für den frühen Behandlungsbeginn streitet. Früher Behandlungsbeginn ist unter dem deutschem Honorarsystem wirtschaftlich interessant für den Behandler, aber schlecht für alle anderen Beteiligten: unsere jungen Patienten, deren Eltern, nicht zuletzt auch für die Versicherungen, deren Mittel in unserer aller Interesse nicht verschleudert werden sollten.

3. Wozu überhaupt noch herausnehmbare Apparaturen?

Studien zur Qualität und Effizienz kieferorthopädischer Behandlungen zeigen einheitlich die Überlegenheit der festsitz-



**Reduktion auf ein Minimum, dabei hocheffizient:
Bracket-Apparatur**

zenden Apparaturen auf. Behandlungen allein mit herausnehmbaren Apparaturen führen zu überlanger Behandlungszeit, schlechter Ergebnisqualität und einer hohen Quote von Behandlungsabbrüchen. Aus diesen Gründen sind herausnehmbare Apparaturen als alleinige Behandlungsapparatur obsolet; solche Behandlungsplanungen sollten durch zukünf-

tige Kfo-Richtlinien generell ausgeschlossen werden. Typischerweise werden kieferorthopädische Behandlungen junger Patienten in Deutschland aber mit einer Abfolge von zunächst herausnehmbaren, später festsitzenden Apparaturen durchgeführt. Diese Abfolge ist schon deshalb fragwürdig, weil die festsitzenden Apparaturen Universalapparaturen sind, mit denen nicht nur Zähne begradigt werden, sondern alle weiteren transversalen, sagittalen und vertikalen Probleme effizient gelöst werden können. Grundsätzlich sollten sogenannte aktive Platten überhaupt nicht mehr verwendet werden, weil alle



**Schön bunt, aber in den meisten Fällen zweitklassig:
herausnehmbare Zahnspangen**

Behandlungsaufgaben mit festsitzenden Apparaturen schneller, effizienter, kostengünstiger und für die Patienten angenehmer gelöst werden können. Das letzte Refugium für herausnehmbare Apparaturen ist meines Erachtens die Behandlung des ausgeprägten, skelettalen Distalbisses, da es bei der alleinigen Behandlung mit festsitzenden Apparaturen in diesen Fällen zu überlangen Bracketierungszeiten kommen kann, die die Risiken von Entkalkungen und Gingivitis erhöhen. Aus diesem Grund erscheint der Einsatz einer (nicht mehrerer) bi-maxillären Apparatur in wenigen, gut selektierten Fällen gerechtfertigt. Eine Abfolge mehrerer herausnehmbarer Apparaturen ist dagegen fast grundsätzlich als unwirtschaftlich und obsolet einzustufen.

4. Goldesel herausnehmbare Apparatur

Auch wenn für einen Patienten mit festsitzender Apparatur pro Quartal mehr Honorar abgerechnet wird, als das bei Behandlung mit herausnehmbaren Apparaturen der Fall ist, wird dieser Unterschied mehr als ausgeglichen durch den Umstand, dass die jährliche Zuwendungszeit für Patienten mit herausnehmbaren Apparaturen wesentlich geringer ist. Meines Erachtens können Kieferorthopäden pro Patient mit herausnehmbaren Apparaturen bei einer jährlichen Zuwendungszeit zwischen 15 und 20 Minuten Umsätze in der Größenordnung von 500-1000 € erwirtschaften: sechs jährliche Termine von wenigen Minuten Dauer, ein bis zwei herausnehmbare Apparaturen aus dem Eigenlabor, etwas Diagnostik und weitere Begleitleistungen, den Rücken nicht einmal krumm gemacht, und der Umsatz fließt. Mit keiner anderen zahnärztlichen Leistung kann unter derartig geringer Anstrengung, mit so niedrigem Risiko so viel Umsatz erwirtschaftet

werden wie mit einem Jahr herausnehmbarer kieferorthopädischer Behandlung.

Verstärkt wird dieser Effekt noch dadurch, dass die Arbeit mit herausnehmbaren Apparaturen neben geringerer personeller Zuwendungszeit mit weniger Stuhlzeit und geringeren Materialkosten verbunden ist, während das Honorar bei festsitzenden Apparaturen zum großen Teil durch die entstehenden Praxiskosten aufgezehrt wird. Unter dem Strich bleibt pro Zeit bei herausnehmbaren Apparaturen etwa der doppelte Gewinn gegenüber der Arbeit mit festsitzenden Apparaturen im Haus. Meiner Auffassung nach müsste es die festsitzende Apparatur sein, die besser honoriert und mit höherem Praxisgewinn verbunden ist. In diesem Punkt sollte gezielt über eine Umstrukturierung von BEMA und GOZ nachgedacht werden, falls dem Gesetzgeber an einer effizienten und gezielten Nutzung der Ressourcen in der Kieferorthopädie gelegen ist.

Erwähnt sei an dieser Stelle, dass es nur in Deutschland, aber nirgendwo sonst selbstverständlich ist, dass niedergelassene Kieferorthopäden ein Eigenlabor betreiben – der Betrieb lohnt sich nur unter deutschen Bedingungen, wäre in anderen Ländern dagegen ein Klotz am Bein. Neben der Einzelleistungsvergütung ist das Betreiben eines Eigenlabors ein weiterer korrumpierender Faktor, denn das einmal eingerichtete und mit einem angestellten Techniker betriebene Labor muss schließlich ausgelastet werden. Da stellt sich die Frage „fest oder herausnehmbar“ natürlich in anderer Weise, als es sich ein Patient wünschen würde.

6. Budgetierung des Honorars

Eine weitere, ökonomisch bedingte Verstärkung des Trends zur herausnehmbaren Apparatur ist der Budgetierung des zahnärztlichen Honorars zu verdanken. Wäre beispielsweise ein Praxisset von etwa 200.000 € BEMA-Honorar jährlich (wie es für meine Praxis gilt) die Obergrenze der Einnahmen, so wäre damit allein, ohne erhebliches GOZ-Zubrot, in Deutschland keine Praxis zu betreiben und kein Praxiskredit zurückzuzahlen. Mit etwa 80 Multibracket-Patienten pro Jahr ist so ein Budget voll, während ein gesunder Kieferorthopäde mit eingespielten Mitarbeitern auch dreimal so viele Patienten versorgen könnte. Hier wird durch das Budget eine zwangsweise Unterauslastung ärztlicher Arbeitskraft geschaffen. Ist es nicht gesundheitspolitisch widersinnig, Ärzte erst für viel Geld auszubilden, um sie dann am Arbeiten zu hindern? Laborleistungen sind dagegen unbudgetiert, so dass hier eine fast beliebig auszubeutende Goldader geschaffen wurde. Absurd insofern, als gerade die festsitzenden Apparaturen als effizienteste Lösung abgestraft werden, die Verwendung der meist obsoleten herausnehmbaren Apparaturen dagegen belohnt wird. Auch im Punkt der Budgetierung wäre eine Neuregelung daher dringend erforderlich.

7. Deutsche Kieferorthopädie im Zauber der Romantik

Neben dem Honorarsystem gibt es einen historischen und kulturellen Hintergrund für die bis heute festzustellende, starke Neigung deutscher Kieferorthopäden, herausnehmbare Apparaturen bei ihren Patienten zu verwenden. Kieferorthopädie wurde bis in die Mitte der 1930er Jahre überwiegend mit festsitzenden Apparaturen betrieben und hieß – auch in Deutschland – Orthodontik. Die um 1935 im nationalsozialis-

tischen Deutschland eingeführte Funktionskieferorthopädie trat gegen die überwiegend in den USA betriebene, festsitzende Orthodontik an, die als mechanistisch und oberflächlich bezeichnet wurde. Die Funktionskieferorthopädie würde nicht nur Zähne richten, sondern über Korrektur oraler Fehlfunktionen zu einer echten, „kausalen“ Gesundheit führen. Andresen, einer der beiden Erdenker der Funktionskieferorthopädie, forderte denn auch in der deutschen Fachpresse in der zeittypischen Sprache die „Ausrottung“ der Orthodontik.

Und so geschah es, denn das passte exzellent zu den Plänen des NS-Staates, aus Alternativmedizin und einigen wissenschaftlichen Versatzstücken eine eigene „Deutsche Heilkunde“ zu generieren. Der „Deutschen Heilkunde“ war allerdings kein besseres Schicksal beschieden als der „Deutschen Physik“: beides waren unter den besonderen Bedingungen eines Terrorregimes eingeführte Irrlehren, die mit dem Verschwinden des Regimes keine Grundlage mehr hatten. Die Einführung der Funktionskieferorthopädie führte schließlich zur Umbenennung des Faches von Orthodontik in „Kieferorthopädie“ (einem vollkommen irreführenden Begriff) und einem fast ein halbes Jahrhundert andauernden Schisma der deutschen und US-amerikanischen Kieferorthopädie. Noch vor wenigen Jahren äußerte ein deutscher Hochschullehrer in der Fachpresse, dass seiner Auffassung nach mit herausnehmbaren Apparaturen eine bessere Beeinflussung skelettaler Strukturen möglich sei. Wenn auch im Licht der Forschung der letzten Jahrzehnte vom Lehrgebäude der Funktionskieferorthopädie fast nichts übrig geblieben ist, sind derartige Glaubenssätze in Deutschland immer noch virulent, und zwar nicht nur unter niedergelassenen Kollegen, sondern auch unter Hochschulpersonal. Es besteht in Deutschland nach wie vor ein tief verwurzelt, durch keine Forschungsergebnisse begründetes Vorurteil zu Gunsten herausnehmbarer Geräte. Was sollen diese nicht alles für Wunderdinge tun: schönere Gesichter, längere Unterkiefer, weniger Extraktionen, dauerhafte Stabilität, Gesundheit, Lebensglück – es ist ein faktenfreies, aber scheinbar endloses Trauerspiel. Herausnehmbare Apparaturen sind genau so mechanisch wirkende Hilfsmittel wie festsitzende: der wesentliche Unterschied ist, dass sie weniger effizient sind. Irgendein weiterer Mehrwert der herausnehmbaren Apparaturen gehört zum Reich der Mythen und Sagen.

8. Relative Isolation der deutschen Kieferorthopädie

Verfolgt man die internationale wissenschaftliche Literatur in der Kieferorthopädie seit Jahrzehnten, fallen wichtige Veränderungen auf. Noch um 1970 wurde ein Großteil der relevanten Publikationen von Autoren aus US-Amerika bestritten. Heute ist deren Anteil sehr stark zurückgegangen, und dies zu Gunsten von Autoren u.a. aus Skandinavien, Großbritannien, den Niederlanden, der Schweiz, interessanterweise aber auch aus zahlreichen Schwellenländern wie China, Türkei, Brasilien und Indien. Die über dreißig deutschen Hochschulabteilungen für Kieferorthopädie publizieren ihre Ergebnisse dagegen nach wie vor überwiegend in der deutschsprachigen Fachpresse, die im Ausland kaum zur Kenntnis genommen wird. Nach meinem Eindruck ist der Höhepunkt des Jahres für viele deutsche Hochschullehrer der Kieferorthopädie die Jahrestagung der DGKFO, während es für Skandinavier und Niederländer eher die Meetings der europäischen oder der amerikanischen Fachgesellschaften sind. Die kieferorthopädische Szene der meisten europäischen Nachbarländer ist für solche Selbstbezogen-

heit einfach zu klein, vielleicht auch der Horizont der Akteure in manchem Nachbarland größer.

Resultat ist jedenfalls, dass viele fachliche Entwicklungen in Deutschland gar nicht oder mit großer Verspätung ankommen. Während es in Skandinavien eine unbestrittene Selbstverständlichkeit ist, dass klinisches Handeln aus der wissenschaftlichen Literatur begründet werden muss, kann man mit diesem Ansinnen in Deutschland bis heute große Empörung hervorrufen. Wie viele deutsche Kieferorthopäden haben wenigstens eine englischsprachige Fachzeitschrift abonniert? Viele können es nicht sein. Und ohne Zugang zu englischsprachigen Publikationen ist man als Kieferorthopäde etwa in der Lage wie die Bevölkerung in Teilen des Elbtales in der früheren DDR, in denen kein Westfernsehen empfangen werden konnte: man war auf hausgemachte Informationen angewiesen und befand sich im „Tal der Ahnungslosen“. Wo außer in Deutschland finden sich in der Kieferorthopädie noch Kuriositäten wie der Pont'sche Index oder das Biomet-Profilfeld nach Schwarz? Wo außer hier glaubt man immer noch, das Schädel- und Gesichtswachstum stünde unter der Herrschaft „kleiner, ephemerer Plastikstücke“ (L. Johnston)? In welchem entwickelten Land werden noch so hingebungsvoll Platten gelegt wie bei uns?

Letzten Endes führen die genannten Probleme zu einer Fehlversorgung im Bereich der Kieferorthopädie. Verwendung ineffizienter, herausnehmbarer Apparaturen, unnötig lange Behandlungsdauer, hohe Behandlungskosten und bescheidene Ergebnisqualität sind die unvermeidlichen Folgen. Das Problem könnte zum größten Teil durch eine vernünftige Umstrukturierung des Honorarsystems in der Kieferorthopädie gelöst werden. Darüber sollte in der nächsten Zeit verstärkt diskutiert werden, statt sich in alte Schützengräben zurückzuziehen. Es sollte doch auch den Kieferorthopäden nur recht sein, wenn sie ihr Geld mit vernünftiger, effizienter Behandlung verdienen können und nicht durch ein anachronistisches Honorarsystem zu kunstvoller Verzögerungsstrategie gezwungen werden.

Dr. Henning Madsen, info@madsen.de

P.S. Dieser Text ist zunächst ein Meinungsartikel. Um ihn leicht lesbar zu gestalten, habe ich auf Fußnoten verzichtet. Dennoch gibt es für fast alle Aussagen eine wissenschaftliche Begründung. Ich verweise dafür auf folgende Artikel, die alle auf meiner Homepage www.madsen.de herunterladbar sind.

Literatur (kleine Auswahl)

Evidenzbasierte Medizin in der Kieferorthopädie. Quintessenz 2008, S. 977-984

Expansion der Zahnbögen – eine sinnvolle kieferorthopädische Prozedur? Informationen aus Orthodontie und Kieferorthopädie, Band 36, 2004, S. 155-160

Mythen und Fakten in der festsitzenden Klasse-II-Therapie. In: Baxmann M Hrsg., Festsitzende Apparaturen zur Klasse-II-Therapie. Bewährte Methoden und neueste Entwicklungen. Quintessenz Verlag, Berlin 2012, Kapitel 10, S. 68-76

Dr. Henning Madsen

Seit 1993 niedergel. Kieferorthopäde in Ludwigshafen
Seit 2001 zahlreiche Publikationen

Besondere Interessengebiete:
effiziente Kieferorthopädie,
Diagnostik und Therapie von CMD, evidenzbasierte Medizin
Fachinfo-Angebote im Web:
www.madsen.de
Mitglied zahlreicher Fachgesellschaften



Die Diskussion geht weiter

Nach dem „Forum“-Redaktionsschluss hat sich die Kontroverse um eine effiziente Kieferorthopädie fortgesetzt, u.a. zwischen Dr. Madsen und dem emeritierten Kfo-Lehrstuhlinhaber und DZW-Herausgeber Prof. Dr. Rolf Hinz aus Herne. Das „Forum“ will sich in seiner Juni-Ausgabe 119 weiter mit diesem Thema beschäftigen. Wer an den wissenschaftlichen Belegen, auf die Dr. Madsen sich beruft, interessiert ist, kann eine umfangreiche **Literatur-Liste** unter Lesetipps von der DAZ-Website www.daz-web.de herunterladen oder über kontakt@daz-web.de per Mail anfordern. Und es lohnt sich, schon jetzt einen Termin im Herbst vorzumerken – siehe unten.

Vorankündigung:

DAZ-IUZB-Jahrestagung am 20.09.2014 in Berlin

Der DAZ
und die Initiative Unabhängige Zahnärzte Berlin (IUZB)
laden zu einer Fortbildungsveranstaltung (10-13 Uhr)
im Rahmen ihrer gemeinsamen Tagung in Berlin ein
ins
Tagungshaus Alte Feuerwache, Berlin-Kreuzberg
zu
Vortrag und Diskussion
zum Thema:

„Gewinn-Maximierung in der Zahnmedizin am Beispiel der Kieferorthopädie: aggressives Marketing und ineffiziente Behandlung“

Referent:

Dr. Henning Madsen,
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie