

„Für einen breitflächigen Behandlungsbeginn im Wechselgebiss gibt es heute keine wissenschaftliche Rechtfertigung mehr“

Stellungnahme von Dr. Henning Madsen, Ludwigshafen, zum Beitrag „Millionen für ein Lächeln“ in der Welt am Sonntag und zur Kritik von BDK und DGKFO

In einem am 22. Dezember 2013 in der Welt am Sonntag erschienenen Artikel über kieferorthopädische Behandlungen werde ich dreimal zitiert. Die Autorin Anette Dowitz hatte wenige Wochen vorher ein telefonisches Interview mit mir geführt, wobei mir allerdings der Beitrag nicht vorab zum Redigieren der zitierten Äußerungen vorlag. Dies bedaure ich nicht zuletzt wegen einiger sachlicher Fehler, die ich aus meiner Sicht gerne korrigiert hätte.

Als erstes werde ich zitiert mit der Äußerung, dass gesetzlich versicherten Patienten seit 2004 flächendeckend private Zusatzleistungen angeboten oder aufgedrängt würden, die nicht alle sinnvoll seien. Als unstrittig sinnvoll habe ich exemplarisch festsitzende Retainer erwähnt, als eingeschränkt sinnvoll die Bracketumfeldversiegelung, als primär für die Kieferorthopäden vorteilhaft die Verwendung selbstligierender Brackets. So wenig diese Aufzählung vollständig ist, spiegeln die erwähnten Beispiele den publizierten Stand der Wissenschaft wider und dürften eigentlich kein Anlass für eilig gefertigte Gegenstellungen sein.

Zweitens werde ich dahingehend zitiert, dass die kieferorthopädische Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland grundsätzlich zu früh, nämlich meistens vor Abschluss des Zahnwechsels, begonnen würde. Dies ist in meinen Augen ein schwerer Missstand, der einerseits historische Gründe hat – die Kieferorthopädie wurde in Deutschland zwischen 1935 und 1975 fast ausschließlich mit herausnehmba-

ren Geräten betrieben und über die halbe Kindheit und Jugend ausgedehnt –, andererseits aber auch durch die deutsche Gebührenordnung bedingt ist. Während fast überall auf der Welt für kieferorthopädische Behandlungen pauschale Honorare üblich sind, besteht in Deutschland Einzelleistungsvergütung. Es besteht also ein hoher wirtschaftlicher Anreiz, bei jedem Patienten möglichst viele einzelne Leistungen zu erbringen. Die wichtigste Voraussetzung dafür ist, die Behandlungszeit möglichst früh zu beginnen und über lange Zeit auszudehnen.

Interessanterweise wird in der aktuellen wissenschaftlichen Literatur fast durchgängig von einer Dauer zwischen 18 bis 24 Monaten für eine kieferorthopädische Behandlung ausgegangen, während in Deutschland die Behandlungen grundsätzlich über vier Jahre geplant werden und fast unbegrenzt verlängerbar sind. Diese auffällige Differenz erklärt sich nicht durch unterschiedliche wissenschaftliche Ansichten, sondern allein durch ein Abrechnungssystem, das ineffizientes Arbeiten belohnt und effizientes Arbeiten

bestraft. Verstärkt wird dieser Effekt noch dadurch, dass deutsche Kieferorthopäden in aller Regel über ein eigenes Labor verfügen, in dem herausnehmbare Apparaturen hergestellt werden – so besteht ein doppeltes Interesse an frühem Behandlungsbeginn und ausgedehnter Behandlungszeit mit herausnehmbaren Apparaturen.

Nach meiner Schätzung erwirtschaftet ein Kieferorthopäde mit herausnehmbaren Apparaturen vor diesem Hintergrund pro Behandlungszeit etwa den doppelten Gewinn wie mit festsitzenden Apparaturen. Da diese wesentlich effizienter, die meisten herausnehmbaren Apparaturen dagegen ineffizient und obsolet sind, stellt die deutsche Gebührenordnung ein mächtiges staatliches „incentive“ für kunstvolle kieferorthopädische Verzögerungsgefechte dar.

Wie sieht es dagegen in der Kieferorthopädie fortgeschrittener Nationen aus? Dort ist die Kieferorthopädie in aller Regel eine Veranstaltung, die im frühen bleibenden Gebiss beginnt, mit einer festsitzenden Apparatur durchgeführt wird und in maximal zwei Jahren abgeschlossen ist. Rechtfertigende Indikationen für früheren Behandlungsbeginn oder den zusätzlichen Einsatz eines einzigen herausnehmbaren Geräts gibt es, jedoch betreffen diese nur einen kleinen Teil der üblichen Behandlungspopulation.

Für einen breitflächigen Behandlungsbeginn im Wechselgebiss gibt es heute keine wissenschaftliche Rechtfertigung mehr. In diesen Punkten weiß ich mich als langjähriger Abonnent und Leser praktisch aller relevanten kieferorthopädischen Fachzeitschriften in der Mitte des wissenschaftlichen „mainstreams“ zu verorten.

Mit allem Selbstbewusstsein kann ich anfügen, dass die deutsche Kieferorthopädie dagegen innerhalb der wohlhabenden Länder ein Unikum darstellt: Es ist skandinavisches, niederländisches oder US-amerikanisches Kollegen kaum verständlich zu machen, warum in Deutschland vier Jahre (zuzüglich gelegentliche Verlängerungen) für etwas benötigt wird, das in diesen Ländern weniger als die Hälfte dauert.

Drittens werde ich mit der Einlassung zitiert, dass es keine wissenschaftlichen Belege für schmerztherapeutische Effekte kieferorthopädischer Behandlungen in anderen Körperregionen gebe – auch dies gibt, entgegen populären anderslautenden Vorstellungen, nichts weiter als den nüchternen Stand der Wissenschaft wieder. Warum verfassen BDK und DGKFO innerhalb zweier Werkstage eine mit allerheißester Nadel gestrickte Stellungnahme gegen solche Äußerungen? Kann ich mir das im Fall des Berufsverbands der Kieferorthopäden (BDK) noch mit der Kernaufgabe dieses Verbands, nämlich der wirtschaftlichen und rechtlichen Interessenvertretung der Kieferorthopäden, erklären, bleibt die Beteiligung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGKFO) ein Mysterium.

Nun geht es in der gemeinsamen Stellungnahme zunächst gar nicht um die oben erwähnten Kritikpunkte, sondern um meine Per-

son. Indirekt wird insinuiert, meine Motivation sei nicht fachlicher, sondern wirtschaftlicher Art, um mehr Patienten in meine Praxis zu locken. Dies ist nichts weiter als eine persönliche Diffamierung, für die es nicht den geringsten Beleg gibt. Im Gegenteil habe ich seit 2001 zahlreiche wissenschaftliche Artikel, Kommentare, Editorials und Leserbriefe veröffentlicht, die durchgängig vom Geist der evidenzbasierten Medizin getragen sind und sämtlich in der Fachpresse veröffentlicht wurden.

Aufgrund dieser Arbeiten und zahlreicher Informationen auf meinen Websites werde ich gelegentlich von Journalisten befragt. Gibt es einen ehrlichen Grund, diesen Leuten nicht Rede und Antwort zu stehen? Sollen der Öffentlichkeit solide Informationen aus unserem Fachgebiet vorenthalten werden?

Die persönliche Diffamierung fällt daher auf ihre Urheber zurück, die ihre argumentative Schwäche nicht verbergen können. Dabei kann ich mich des Verdachts nicht erwehren, dass die Initiative und die meisten Formulierungen der Stellungnahme vom BDK und – ihrem Sprachduktus nach zu schließen – vor allem von Kollegin Mindermann ausgehen. Ich halte es eher für einen Unfall, dass renommierte und geschätzte Wissenschaftler hier in so ein oberflächliches und zum Teil persönlich diffamierendes Machwerk hineingezogen werden. Eine valide wissenschaftliche Stellungnahme einer Fachgesellschaft sieht nach Art und Inhalt jedenfalls anders aus.

Zunächst beeindruckend erscheint der Satz der BDK/DGKFO-Stellungnahme, es gäbe „viele Fälle [...]“, wo eine leichtere Frühbehandlung eine aufwendige Spätbehandlung vermeiden oder mindestens reduzieren helfen kann“.

Wirklich viele Fälle? Interessant zu lesen, aber entgegen dem wissenschaftlichen Trend der vergangenen 20 Jahre. Hier müssten die Autoren sich doch einmal die Mühe machen, Ross und Reiter zu nennen. Ganz in der Tradition der deutschen Kieferorthopädie auch die Auffassung, man korrigiere schließlich nicht nur Zahnstellungen, sondern beeinflusse „muskuläre Fehlfunktionen“ in positiver Weise. Ich kann nicht zählen, wie oft ich dies schon seit Studienzeiten und durch meine gesamte Karriere hören musste, nur fehlen belastbare Daten, dass kieferorthopädische Behandlungen solches tun: Welche Funktionen sollen das sein? Stellen sie ein Problem für die Betroffenen dar? Sind sie zuverlässig und reproduzierbar zu beeinflussen? Gibt es Nachweise mit patientenrelevanten Endpunkten? Rechtfertigen die „Fehlfunktionen“ Frühbehandlungen? Keine dieser Frage kann überzeugend im Sinne eines funktionellen Nutzens der Kieferorthopädie beantwortet werden.

Weiterhin führen die Autoren aus, „dass sich evolutionsbedingt, vermutlich auch aufgrund geänderten Ernährungsverhalten, die Größe der Kiefer verringert hat (...)“. Auch dafür scheint mir die Datenlage mehr als dürrig zu sein, was die Autoren wohl selbst ahnen mit ihrer einschränkenden Bemerkung, dass dieser Zusammenhang sich zumindestens „aufdränge“. Nicht einmal das salbungsvolle Schlagwort des „ganzheitlichen Therapiekonzepts“ fehlt, worunter sich die Autoren vorstellen mögen, was sie möchten, das jedoch in der wissenschaftlichen Literatur eher als Signalwort für schlecht begründete medizinische Konzepte bekannt ist.

Da ich in der Kürze der Zeit nicht alle fachlichen Aspekte so ausführlich behandeln kann, wie

sie es verdient hätten, verweise ich auf meinen Artikel „Evidenzbasierte Medizin in der Kieferorthopädie“ in der *Quintessenz* 2008, Bd. 59, S. 977–984 und meinen Lehrbuchbeitrag „Mythen und Fakten in der festsitzenden Klasse-II-Therapie“ im Lehrbuch *Festsitzende Apparaturen zur Klasse-II-Therapie. Bewährte Methoden und neueste Entwicklungen*, hrsg. von M. Baxmann, *Quintessenz* 2012. Diese Beiträge und viele andere sind auf meiner Website www.madsen.de herunterzuladen, sodass sich jeder interessierte Kollege ein Bild vom angeblich unermüdlich werbenden Kollegen Madsen machen kann.

Ebenso herunterladbar ist dort auch mein offener Brief an den BDK und den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte BVKJ, in dem diese aufgefordert werden, ihren gemeinsam herausgegebenen *Leitfaden zur kinderärztlichen-kieferorthopädischen Untersuchung* wegen schwerer methodischer Mängel zurückzuziehen. Auf diesen Brief, der am 12. September 2013 an alle beteiligten Bundes- und Landesverbände beider Organisationen versendet wurde, ist bis auf eine Eingangsbestätigung des BDK-Landesverbands Nordrhein bis heute keine Reaktion erfolgt. Es ist doch bemerkenswert, wie eilig der BDK es dagegen mit Stellungnahmen hat, wenn kritische Standpunkte an die Öffentlichkeit gelangen!

In eigener Sache und der Fairness halber füge ich an: Ja, selbstverständlich biete auch ich in meiner Praxis private Zusatzleistungen für gesetzlich Versicherte an. Dazu bin ich gezwungen, weil in meiner Praxis fast ausschließlich festsitzend behandelt wird und die durchschnittliche aktive Behandlungszeit nur wenig über 18 Monate beträgt, was unter deutschen Verhältnissen ein für viele

Kollegen jenseits der Vorstellungskraft befindlicher, extrem niedriger Wert ist. Gleichzeitig im Übrigen bei einer hohen Ergebnisqualität: Die durchschnittliche Verbesserung des Peer Assessment Ratings (PAR) aller Abschlüsse aus den letzten drei Jahren liegt bei 73 Prozent, der End-PAR bei sehr guten sechs Punkten. Alle PAR-Werte sind von einem unabhängigen Gutachter der Universität Cardiff (Wales) – also nicht von mir – gemessen worden (eine Publikation ist in Vorbereitung).

Ich kann nur feststellen, dass ein solches Konzept für die jugendlichen Patienten, ihre Eltern wie auch ihre Kostenträger wunderbar, aber im deutschen Abrechnungssystem wirtschaftlich kaum tragfähig ist. Da es rechtlich nicht möglich ist, für diese besondere Leistung eine Pauschale zu berechnen, wie ich es für ehrlicher und transparenter halten würde, muss ich natürlich Einzelleistungen aufführen, die mir bei der geringen zur Verfügung stehenden Auswahl oft weder nach der Art noch dem preislichen Umfang zuzusagen. Nichtsdestotrotz befindet sich die durchschnittliche Höhe unserer privaten Zuzahlungen in der Rhein-Neckar-Region bestenfalls im oberen Mittelfeld.

**Dr. Henning Madsen,
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie, Ludwigshafen** ■

Ihre Meinung ist gefragt

Sie möchten diesen Beitrag kommentieren? Nutzen Sie unsere Kommentarfunktion auf unserem Online-Auftritt unter www.dzw.de.

Einfach anmelden, einloggen und Kommentar eingeben.