

## Wir müssen Zahnmedizin neu denken

■ Zum Leitartikel „Bohrst du noch oder kratzt du schon?“  
Zahnmedizin 2.0“, zm 11/2016, S. 6

Es vergeht kein Tag an dem nicht Fachliteratur auf den Schreibtisch kommt, in der überwiegend über Neuerungen in der HighTechDentistry berichtet wird. Keine Ausgabe ohne Artikel über Implantate, 3-D Röntgen und andere „digitale Workflows“. Erfrischend hebt sich der Leitartikel von Prof. Benz ab: „Prävention und Paro sind unsere neue Karies. 41% weniger Füllungen, 25% weniger Extraktionen“. Nimmt man nun noch die pilzförmige Alterspyramide hinzu, muss man kritisch hinterfragen, ob die derzeitigen Aufwendungen für Neuentwicklungen in der Zahnheilkunde richtig platziert sind. Der enorme finanzielle und personelle Aufwand von Firmen und öffentlichen Institutionen in Forschung und Entwicklung neuer Behandlungsmethoden kommt meist nur einer kleinen zahlungskräftigen Patientenklientel zugute, die obendrein mit ungewissen, nicht kalkulierbaren Spätfolgen rechnen muss. Zahnärzte geben sich gern technikaffin, sie sind Vorreiter für neue Techniken und Verfahren und werden zu wahren „Abrechnungskünstlern“, wenn es um die Amortisation neuer Techniken geht. Zunehmend überträgt sich diese unreflektierte Fortschrittsgläubigkeit schon auf den Patienten, der dann häufig nicht mehr vernünftigen, kausalen Therapievorschlügen zugänglich ist. Es ist Zeit umzudenken! Die Zukunft der Zahnarztpraxis wird nicht in der neuen Lupenbrille und im letzten µ des Kronenrands liegen, son-

dern in der Flexibilität, mit der wir uns an die neuen Gegebenheiten anpassen. Der eigentliche Behandlungsbedarf liegt nicht bei den 20- bis 50-jährigen Patienten, die unsere Praxen aufsuchen, sondern in der massiv anwachsenden Zahl älterer Patienten, die oft nicht in der Lage sind, in die Praxis zu kommen, behinderter Patienten, Angstpatienten, blinder, gehörloser und Wachkomapatienten. Dieser sehr große Patientenkreis, der eine zahnärztliche Versorgung dringend nötig hätte, wird von den Zahnärzten und deren Forschung und Industrie stark vernachlässigt. Selbst in der universitären Ausbildung findet er in Deutschland kaum Beachtung.

Neben der „herkömmlichen“ wiederherstellenden Zahnmedizin und der Prophylaxe (Prävention und Paro, Prof. Benz) wird die zugehende, mobile zahnärztliche Betreuung (Prof. Nitschke) und die Behandlung körperlich eingeschränkter Patienten (Prof. Schulte) die dritte tragende Rolle in den Praxen werden. Es werden erfahrene Spezialisten für patienten- und befundgerechte Mundtherapieplanung benötigt, die den Patienten als Menschen wahrnehmen. Der Zahnarzt 2.0 kann durchaus technikaffin sein, die entscheidenden Fähigkeiten sind aber: ethisches Handeln, barrierefreies Denken, Empathie für den Patienten und ein hohes Maß an flexibler und persönlicher Zuwendung.

Dr. Michael Weiss, Essen

## Vergessen wir nicht, allen Patienten zu dienen

■ Zum Leserbrief von Dr. Michael Weiss „Wir müssen Zahnmedizin neu denken“, zm 13/2016, S.13, als Reaktion auf den Leitartikel „Bohrst Du noch oder kratzt du schon?“, zm 11/2016, S. 6

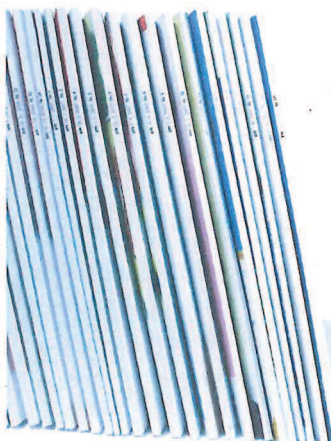
Ich habe schon lange auf diesen „Aufschrei“ eines erfahrenen älteren Kollegen in den zm gewartet. High Tech Dentistry, 3-D-Röntgen und digitale Workflows sind nur einige Stichworte, an denen sich der Kollege Weiss abarbeitet. Ein wenig erinnert das auch an die immer wieder aufflammende Diskussion „Generalisten und Spezialisten“. Die Mitgliederversammlung der DGET in München 2015 war ein gutes Beispiel für ein Neudenken in der Zahnmedizin. In der Veranstaltung wurde eine heile Welt präsentiert mit immer perfekteren Ausbildungsgängen und Gruppenbildungen der Spezialisten in vielen großen deutschen Städten. Kontakte zu Generalisten schienen nicht erwünscht. Die Vortragenden kreisten um ihr Spezialistentum selbst und ließen einen Zusammenhang zu anderen Feldern der Zahnheilkunde vermissen. Am darauf folgenden Festabend im großzügigen Franziskanerbräu, der natürlich von der Industrie in bekannter

Weise perfekt gesponsert war, kam ich ins Gespräch mit den jungen Spezialisten und kam mir verloren und fremd in der Zahnmedizin vor. Meine gute alte Lupenbrille aus der Mitte der 70er Jahre, die ich anfangs nur für die Endodontie gekauft hatte und die mir später auch für alle anderen zahnärztlichen Tätigkeiten unentbehrlich wurde, wurde beiseite gewischt und das Mikroskop war als Nonplus-ultra gefordert. Ohne Mikroskop fange man mit einer Wurzelkanalbehandlung gar nicht erst an und die wissenschaftlich bewährte laterale Kondensation bei der Wurzelfüllung sei nun ganz und gar out. Ich hatte das verzweifelte Gefühl, dass Spezialisten über unsere bewährten Behandlungsweisen in der Endodontie einen Mantel legen wollten. Es war Ihnen einfach nicht bewusst, dass es auch ärmere Bevölkerungsschichten gibt, etwa Studenten, alleinerziehende Mütter und Väter, Rentner am Existenzminimum und viele andere mehr. Sie haben anscheinend nur eine Klientel, welche ihre inzwischen horrenden Endorechnungen ohne Widerspruch zu zahlen bereit ist. Die Zahnerhaltung als Klammer des Faches scheint immer mehr in attraktive Teilgebiete bewusst ausgeweitet zu werden. An der Heimatuniversität unseres schon damals bekennenden Zahnerhalters Prof. Dr. Alfred Kantorowicz steht inzwischen die

Parodontologie an erster Stelle des Klinikschildes. Mit einem Federstrich hat der international anerkannte Parodontologe sein Teilgebiet an die erste Stelle gesetzt und natürlich sind die Akzente im Unterricht anders gesetzt worden! Auch an der alten Universität Greifswald pfeifen es inzwischen die Spatzen vom Dach, dass die Stelle des international anerkannten Zahnerhalters zu Gunsten eines Teilgebietes ausgeschrieben werden soll. In unserem Studium in den 60er Jahren hatte die Zahnerhaltung als Klammersache noch absolute Priorität. In Bonn sorgten damals die sozusagen letzten Schüler von Kantorowicz, Prof. Dr. Ernst Sauerwein (der blaue Thiemeband Zahnerhaltung, bekannt unter den Studenten als „Der kleine Sauerwein“) und der damalige Priv.-Doz. Dr. Heinz-Friedrich Overdieck, der später Direktor der Zahnerhaltung in Heidelberg wurde, für das Motto „Einmal Zahnerhalter, immer Zahnerhalter“. Die Industrie kriecht heute in beängstigendem Wechsel immer neuere Therapiemethoden, die bewährte Konzepte ersetzen sollen. Viele der neuen „Erfindungen“ sind völlig überflüssig. Nicht wenige Zahnärzte sind inzwischen Abrechnungskünstler geworden, wenn sie z. B. mit einem aufwendigen Lasergerät Therapien anbieten, die konservativ behandelt, gleiche oder bessere Ergebnisse erzielen. Das mag sich eine kleine, wohlverdienende Schicht noch leisten können, nicht aber

die angestiegene Zahl ärmerer Mitbürger. Ich vermisse einen Dialog, der genau über dieses Thema von Zahnärztekammer, Hochschulen und Gesellschaften der DGZMK geführt werden sollte. Eine bessere Aus- und Fortbildung der Generalisten in neuen Teilgebieten (wie z. B. die Behandlung der steigenden Zahl von behandlungsbedürftigen Senioren) ist unumgänglich. Dies kann auch nur die Gesamtheit der Zahnärzte leisten. Spezialisten sind hier fehl am Platze. Mir fehlt bei der Ausrichtung der heutigen Zahnmedizin der Grundgedanke, dass wir Zahnärzte angetreten sind, unseren Patienten zu dienen! Wir Zahnärzte leben alle inzwischen in einem vertretbaren Luxus, den wir uns allerdings auch selber erarbeitet haben. Umso mehr müssten wir als Stärkere die Schwächeren unserer Gesellschaft wieder in unser Behandlungskonzept einbeziehen und für einen Ausgleich sorgen.

Dr. Fritz Haun, Bonn



■ Die zm-Redaktion ist frei in der Annahme von Leserbriefen und behält sich sinnwahrende Kürzungen vor. Außerdem behalten wir uns vor, Leserbriefe auch in der digitalen Ausgabe der zm und bei [www.zm-online.de](http://www.zm-online.de) zu veröffentlichen. Bitte geben Sie immer Ihren vollen Namen und Ihre Adresse an.