

Die Zukunft der Zahnheilkunde lautet: Weniger Studenten besser Ausbilden

Marxkors, Reinhard

First published in:

Zahnärztliche Mitteilungen, 76. Jg., Heft 23, S. 2772 - 2775, Köln 1986

Münstersches Informations- und Archivsystem multimedialer Inhalte (MIAMI)

URN: urn:nbn:de:hbz:6-87419449142

Die Zukunft der Zahnheilkunde lautet: Weniger Studenten besser ausbilden

Prof. Dr. R. Marxkors

Es versteht sich von selbst, daß sich mit dem Rückgang der Karies die Zahnheilkunde inhaltlich strukturell ändert, sich ändern muß, und zwar umso mehr, als der Rückgang der Karies auf erarbeitete wissenschaftliche Erkenntnisse zurückgeführt werden kann. Was bei oberflächlicher Betrachtung zunächst so logisch erscheint, nämlich die Folgerung, daß nunmehr, da die Karies beherrschbar ist, alles einfacher sei, erweist sich bei näherem Hinsehen jedoch als völlig falsch.

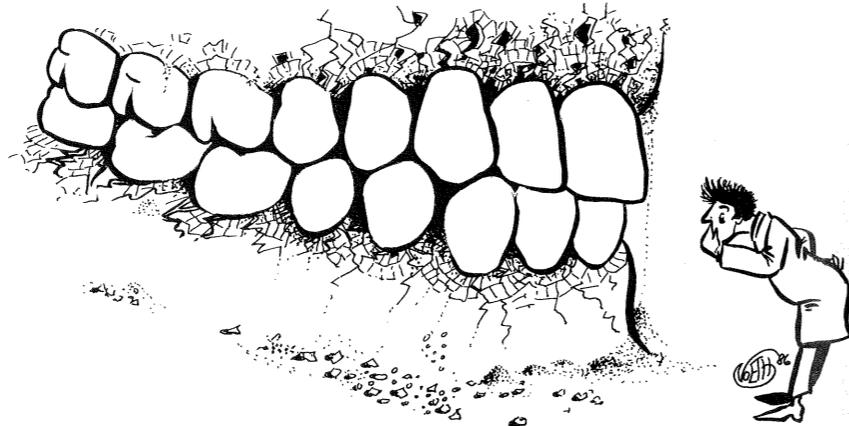
Die Zahnheilkunde wird mit dem Wissenszuwachs differenzierter. Der Wissensstand in seinen einzelnen Sparten ist immens hoch. Und gemessen an dem, was die Spezialisten in ihren Disziplinen zu erreichen imstande sind, fallen die Durchschnittsergebnisse ab. Solcherart Fakten machen es notwendig, darüber nachzudenken, wie man es bewerkstelligen kann, daß für jedermann eine optimale Therapie bzw. Prophylaxe, besser: zahnärztliche Betreuung, realisiert werden kann.

Dies läßt sich wohl nur erreichen, wenn man bereit ist, sich vom herkömmlichen Berufsbild zumindest teilweise zu lösen, wenn man flexibel, folgerichtiger den Beruf ausübt (1, 3, 4, 6, 8). Ehe hierzu Vorschläge gemacht werden, soll versucht werden, einige Schwerpunkte der künftigen Entwicklung zu skizzieren.

Kinderzahnheilkunde

Das Ziel der Zahnheilkunde muß es sein, daß sich ein gesundes, funktionstüchtiges Gebiß etabliert, und ein gesundes Gebiß gesund erhalten bleibt.

Die Kinderzahnheilkunde beginnt mit der Beratung der Eltern, wenn das Baby geboren ist. In der Folgezeit sind jene Personen, welche für die Gruppenprophylaxe verantwortlich sind, zu motivieren und zu instruieren. Bei der Übernahme in die Individualprophylaxe sind pädagogische und psychagogische Fähigkeiten vonnöten. Während des Wechselgebisses stellt sich die Frage nach kieferorthopädischer Behandlungen



Zukunft der Zahnheilkunde: makellose Zähne, Karies ausgestorben — aber dafür Zahnbett immer defekter, grassierende Parodontose?

bedürftigkeit. In der Zeit zwischen dem 14. und 18. Lebensjahr ist eine Entscheidung zu treffen, was mit den dritten Molaren geschehen soll. Und schließlich sollte nach Abschluß der Gebißentwicklung eine klinische und/oder instrumentelle Gebißanalyse vorgenommen werden, damit Störungen, die allenfalls beim Zahnwechsel in der okklusalen Anknüpfung und in der funktionellen Anpassung entstanden sind, korrigiert werden.

Beim 18jährigen sollte ein funktionell intaktes, prophylaxefähiges Gebiß vorhanden sein (5).

Natürlich muß man eventuelle kieferorthopädische und chirurgische Behandlungen nicht selbst durchführen. Man muß aber die Fäden in der Hand behalten und das Gesamtkonzept entwerfen. Vor allem brauchen Eltern und Kind kontinuierlich eine Bezugsperson.

Füllungstherapie

Die Reduktion der Karies bedeutet keineswegs, daß keine Füllungstherapie mehr notwendig ist, sie bedeutet nur, daß weniger Füllungen zu legen sind.

Legt man aber weniger Amalgamfüllungen, weniger Kompositefüllungen und hat man weniger Inlays bzw. Teilkronen anzufertigen, dann gewinnt man für die einzelne Aufgabe weniger Routine. Demgegenüber steht ohne jede Einschränkung die Forderung, daß die *wenigen* Füllungen *besser* gemacht werden müssen,

denn alle Erkenntnisse, die uns für die Primärprophylaxe zur Verfügung stehen, müssen als Sekundärprophylaxe in die Restauration einfließen.

Das sieht etwa so aus: Die Kompositefüllung wird nur randdicht sein, wenn sie absolut trocken gelegt wird. Das läßt sich in den meisten Fällen nur unter Cofferdam realisieren. Bei tiefreichenden Kavitäten und/oder entzündetem Parodontium kann aber selbst Cofferdam nicht zum Erfolg verhelfen. Es ist eine Vorbehandlung notwendig.

Die tiefreichende Kavität wiederum behindert die Parodontalbehandlung. Also bleibt nur folgender Modus procedendi: Behandlung der Karies profunda, provisorische Deckfüllung, Behandlung der Parodontopathie, definitive Füllung unter Cofferdam. Mutatis mutandis wird oft ein gleiches Vorgehen bei Amalgamfüllungen, Inlays und Teilkronen erforderlich.

Außer der Karies- und Parodontalprophylaxe wird bei der Füllungstherapie vor allem aber auch die Prophylaxe okklusaler Störungen relevant. Mit der Restauration muß das Kauflächenrelief mit einer dem natürlichen Gebiß entsprechenden Interkuspitationstiefe in zentraler Relation bzw. in zentraler Okklusion wiederhergestellt werden.

Schon jetzt wird deutlich, daß ein Spezialist für Primärprophylaxe keineswegs notwendigerweise auch ein Spezialist für Sekundärprophylaxe sein muß, und umgekehrt. Vom ersten werden völlig andere Fähigkeiten

und Eigenschaften verlangt als vom zweiten. Ersterer muß epidemiologisch arbeiten, in der Öffentlichkeit überzeugend auftreten und viel Organisationstalent besitzen, während der zweite technische Details beherrschen muß, in der Lage sein muß, bekannte Fakten bei der Formgebung von Restaurationen zu berücksichtigen; er darf getrost ein wortkarger Tüftler sein.

Diagnostik

Die Diagnostik ist ein in starkem Maße zu erweiterndes und zu betreibendes Fach. Diese Feststellung sei durch das Beispiel unklarer Beschwerden im oro-fazialen Bereich begründet. Es muß abgeklärt werden,

- ob eine zahnmedizinisch somatische Ursache vorliegt,
- ob die Beschwerden über die Okklusion bzw. über die Positionierung des Unterkiefers zu beeinflussen sind,

- ob somatische Ursachen im Bereich der Nachbardisziplinen vorliegen,
- ob es sich um psychosomatische Störungen handelt,
- ob es sich um Ionophobien handelt,
- ob elektrochemische Noxen vorliegen,
- ob eine Allergie vorliegt u.ä.m.

Was hier stichwortartig zur Abklärung angeführt wurde, setzt in den einzelnen Punkten ein hohes Maß an detailliertem Fachwissen voraus.

Eine Therapie ohne Diagnose kann

nur durch Zufall zum Erfolg führen. Unsicherheiten in der Diagnostik führen zur Polypragmasie mit erheblichen Kosten und zu Frustrationen auf Seiten des Patienten und des Arztes. Nicht selten werden dem Patienten schwere Schäden zugefügt. Es gibt nicht Unärztlicheres als eine undifferenzierte, am Befund und an den individuellen Bedürfnissen vorbeigehende schematische Behandlung.

Totalprothetik

Die Rehabilitation zahnloser Patienten wird in Zukunft immer schwieriger werden, entweder aufgrund besonders schwieriger anatomischer Voraussetzungen oder aufgrund gerontostomatologischer Probleme. Es ist längst abzusehen, daß die Menschen ihre Zähne länger behalten. Der Zustand der Zahnlosigkeit tritt durchschnittlich in immer höherem Alter auf. Muß aber der Patient erst im Alter sein Prothesendebüt geben, so hat er wegen verringerter stereognostischer Fähigkeiten Schwierigkeiten, den Ersatz zu adaptieren (7). Diejenigen, die heutzutage in relativ jungem Alter (um das 40. Lebensjahr) zahnlos werden, rekrutieren sich vorwiegend aus jener Gruppe von Patienten, die von der „progressiven Parodontopathie junger Erwachsener“ befallen waren (9).

Mit den Zähnen ist im allgemeinen auch der Alveolarfortsatz verlorengegangen, so daß schon primär die Ausgangssituation nicht eben günstig ist. Bei einer mittleren Lebenser-

wartung von 75—78 Jahren muß über 30 Jahre totaler Zahnersatz getragen werden. Während dieser Zeit verschlechtert sich das Prothesenlager in der Regel kontinuierlich. Gerade bei diesen Patienten muß durch kontinuierliche Betreuung und stets optimale Anpassung des Ersatzes um die Erhaltung der Substanz der Kiefergerungen werden.

Dysgnathien/Defektprothetik

Im Bereich der Dysgnathien und der Defektprothetik tut sich für die Zahnärzte ein sehr weites Feld auf.

Schmelzhyppoplasien, Schmelzaplasien, Hypodontien, Anodontien und andere Befunde aus dem Formenkreis ektodermaler Dysplasien sowie Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, tiefer Biß, offener Biß, Progenien und Malokklusionen werden noch zu selten in Praxen behandelt. Eine Spezialisierung der Zahnärzte für die Behandlungen solcher Krankheitsbilder ist dringend erforderlich.

Das gleiche gilt auch für die Behandlung erworbener Defekte: Abrasionsgebisse, Zustände nach Traumata und chirurgischen Behandlungen gutartiger und bösartiger Tumoren.

Allzuleicht wird der Bereich der Dysgnathien und der Defektprothetik von vornherein in den Praxen ausgeklammert mit der unüberlegten Vorstellung, solcherart Krankheitsbilder gehörten in den Kliniken versorgt. Vor 20 oder 10 Jahren konnte man diese Denkweise noch gelten lassen,

weil die Zahl der entsprechenden Patienten noch relativ gering war und die Behandlungsrichtlinien noch fehlten. Inzwischen sind aber auch für die genannten Bereiche Behandlungskonzepte entwickelt, die in der privaten Praxis realisierbar sind. Die Universitätskliniken sind überfordert, wenn sie ausschließlich als Krankenhäuser der dritten Versorgungsstufen fungieren.

Wegen der Ausbildungsaufgaben benötigen Kliniken vor allem auch „einfache“ Fälle.

Gerontostomatologie

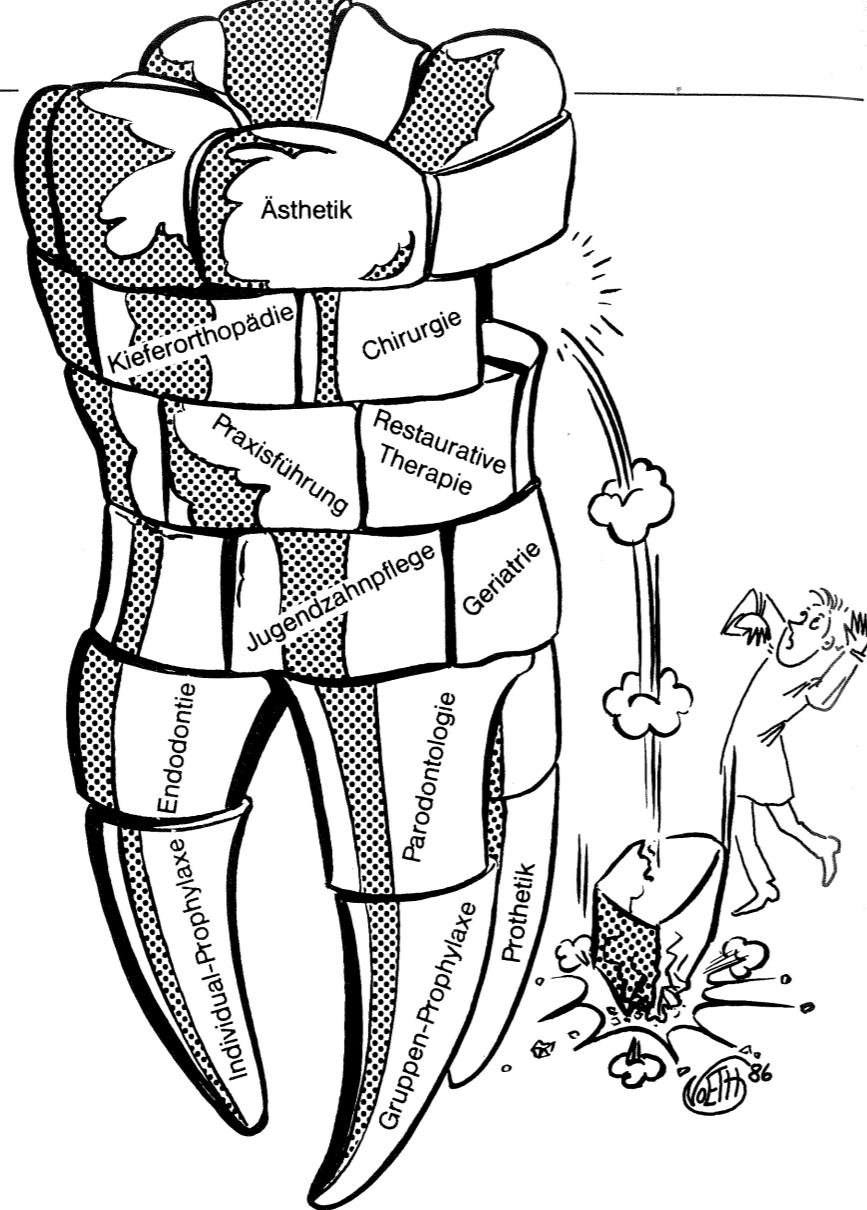
Im letzten Jahrhundert hat sich das Durchschnittsalter der Menschen in der Bundesrepublik verdoppelt (2). Während es 1870 36 Jahre betrug, liegt zur Zeit die mittlere Lebenserwartung bei etwa 75 Jahren. In der Allgemeinmedizin ist die Geriatrie als Fach längst etabliert. Die Gerontostomatologie wird erst jetzt inhaltlich definiert. Das Nachlassen der Stereognostik, das Nachlassen der Feinkoordination der oralen Muskulatur und das Nachlassen der fünf Sinne ganz allgemein haben direkten Einfluß auf zahnärztliche Versorgung. Fragen der Adaptation an Zahnersatz, professionelle „denture care“, Betreuungssysteme und professionelle Zahnpflege müssen mehr und mehr bedacht und beachtet werden.

Psychagogik

Ganz allgemein kann man darunter den Umgang mit dem Patienten verstehen. Es muß wieder mehr mit den Patienten gesprochen werden, nicht umsonst hat die frühere Generation die Begriffe „Sprechzimmer“ und „Sprechstunde“ geprägt.

Die Psychagogik reicht von der allgemeinen Anamneseerhebung über die Gesprächsführung, Beratung, Aufklärung bis hin zu Motivationsstrategien, zur vertieften biographischen Anamnese und zur Argumentation bei bestimmten Phobien, z. B. bei Elektrophobie und Ionenphobie.

Der Patient ist aufgeklärter als früher, hat größere Sachkenntnis, hat mehr Interesse, was mit ihm geschieht. Er hat die kritiklose Gläubigkeit an den Arzt verloren. Er hat ein legitimes Recht auf Aufklärung und Beratung. Er muß so weit kundig gemacht werden, daß er entscheidungsfähig ist. Entsprechend muß der Zahnarzt flexibel sein und auf den



Unser Zeichner läßt wieder einmal seine Phantasie walten: Die Wissenschaft Zahnmedizin immer höher, immer schwieriger, immer unübersichtlicher — Vorsicht, daß sie nicht zerbricht ...
Zeichnungen: Noeth

Einzelfall eingehen. Daß auch Zuhören zum Gespräch gehört, versteht sich von selbst.

Allein schon die wenigen genannten Punkte machen zweierlei deutlich:

Die Zahnheilkunde wird ständig weiter ausdifferenziert.

- das Fach wird immer differenzierter; die Skala der geforderten Tätigkeiten wird ständig ausgeweitet; von den herkömmlichen Sparten kann keine gestrichen werden, es treten vielmehr immer neue Teilbereiche hinzu.

- Die einzelnen Aufgaben müssen immer detaillierter und befundgerechter ausgeführt werden: die einzelnen Maßnahmen sind *seltener* aber *besser* zu erbringen.

Damit wird das eigentliche Problem offenbar! Ist denn ein Experte in der Kariesprophylaxe gleichzeitig ein

Spezialist für Endodontie, gleichzeitig ein Fachmann für die Behandlung von Parodontopathien, gleichzeitig ein Könnler in der Füllungstherapie? Der Könnler der Füllungstherapie muß natürlich auch die Gebißfunktion beherrschen. Ist der Spezialist für Primärprophylaxe auch ein Spezialist in der Sekundärprophylaxe? Deckt er gleichzeitig die Kinderzahnheilkunde souverän ab? Was hier für die Zahnerhaltung gefragt wird, nämlich ob ein Einzelner noch alle Sparten zu beherrschen imstande ist, kann auch für die anderen Grundfächer gefragt werden. Ist man denn ein Spezialist für die Rehabilitation zahnloser Menschen, wenn man nur noch *einen* totalen Zahnersatz im Quartal anfertigt?

Man erkennt, daß es aussichtslos erscheint, in allen Sparten Überdurchschnittliches zu leisten. Überdurchschnittliche Leistungen aber

sind gefragt. Der Zahnarzt schuldet zwar nicht den Erfolg, aber er schuldet eine dem Wissensstand adäquate Behandlung, und der Wissensstand in den einzelnen Sparten — man verzeihe die Wiederholung — ist immens hoch. Gewiß, der Zahnarzt kann sich nicht mit den Spezialisten der einzelnen Sparten messen lassen, aber er darf nur um einen gewissen Prozentsatz hinter deren Leistungen zurückbleiben, sonst verwehrt er dem Patienten die dem Wissensstand entsprechende Behandlung.

Niemand wird ihn als inferior betrachten, wenn er nicht mehr alles kann; man wird es ihm aber übelnehmen, wenn er aus falscher Eitelkeit dem Patienten Behandlungen vorenthält, die er selbst nicht erbringen kann, nur weil er sich geniert, eine Überweisung auszusprechen. Man kann daher allen jüngeren Kollegen nur raten, sich Bereiche zu erarbeiten, in denen sie sich mit Fug und Recht als Spezialisten bezeichnen können. Nur so werden sie die innere Freiheit gewinnen, Fälle abzugeben, die sie nicht beherrschen.

Eine Überweisung ist gewissermaßen ein psychologisches Problem für den Überweiser. Mit der Überweisung erklärt er sich für bestimmte Bereiche als nicht kompetent. Dies kann er vor sich selbst und vor den Patienten umso leichter tun, ohne daß Inferioritätsgefühle aufkommen, wenn er selbst Bereiche hat, in denen er absolut firm ist. Dieses Gefühl der Stärke gibt ihm die innere Souveränität anzuerkennen, daß andere Kollegen andere Stärken haben.

Die Erkenntnisse, das Instrumentarium und die Materialien für eine optimale Zahnheilkunde sind vorhanden. Die Umsetzung der Erkenntnisse in *seiner* Praxis muß jeder Zahnarzt

selbst vollziehen. Sie ist u. a. eine Frage der Organisation oder besser, der internen Strukturierung.

Was bleibt der Universität

Wenn so viele (schwierige) Behandlungen, die zur Zeit an den Universitäten durchgeführt werden, in die Praxen verlagert werden, so mag man sich fragen, was verbleibt dann für die Universität? Die Antwort ist leicht zu geben: die Universität kann dann endlich zu ihren eigentlichen Aufgaben finden: zur Lehre und Forschung.

Die Ausbildung muß endlich dem Stand des Wissens angepaßt werden. Die von den Gerichten viel beschworene „vorübergehende Senkung des Niveaus“ muß endlich aufgehoben werden. *Weniger* Studenten müssen *besser* ausgebildet werden. Auch die Weiterbildung zu spezialisierten jungen Zahnärzten ist unbedingt erstrebenswert.

Die Fortbildung muß intensiviert werden. Programme für „postgraduate studies“ müssen erarbeitet und angeboten werden. Solche Programme sind vor allem auch für Ausländer anzubieten; die ständige Nachfrage aus allen Ländern der Erde beweist die Notwendigkeit. Da Ausländer für 4- oder 6-Wochenkurse nicht eigens die deutsche Sprache lernen können, sollte es möglich sein, den Unterricht in der weltweit eingebürgerten Sprache der Wissenschaft, in englisch zu erteilen.

Die Auslandsbeziehungen würden auf diese Weise stark intensiviert. Für manchen unternehmungslustigen deutschen Zahnarzt ergäbe sich die Möglichkeit, auch ein paar Jahre im Ausland zu arbeiten, sei es, um dort Neues zu lernen, oder sei es, am Auf-

und Ausbau der Zahnmedizin mitzuwirken.

Die Wissenschaft würde endlich den ihr gebührenden Raum einnehmen. Die Heranbildung begabter junger Wissenschaftler zu Hochschullehrern ist ein dringendes Gebot. Und schließlich bleibt die Krankenversorgung der III. Stufe und die Erarbeitung von Behandlungskonzepten eine Daueraufgabe der Kliniken.

Literatur

1. Banger, E.: Ein Berufsbild ändert sich. Der „neue“ Zahnarzt. Zahnärzteblatt Westfalen-Lippe 10. Jg. (1985), Heft 5, S. 35
2. Hauss, W.H. und Lindner, J.: Wesen des Alters und der Krankheiten im Alter in: Geriatrie in der Praxis. Herausgegeben von W.H. Hans und W. Oberwittler, Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York 1975
3. Hein, J.W.: The Future of Dentistry — Especially Dental Education. Journal of Dental Education, Vol. 50, Nr. 3, 1986
4. Hokwerda, O.: A Dental Health Manpower Surplus — What are the Consequences for Dental Education. Tidskrift för odontologisk Pedagogik 7 (1984): 1
5. Ketterl, W.: Der Wandel der Zahnheilkunde. Deutscher Zahnärzte Kalender, Hanser, 1986
6. König, K.G.: Prophylaxe trotz Kariesrückgang und steigender Zahnärztdichte? Das Beispiel der Niederlande. Das Deutsche Zahnärzteblatt (ZWR) 94 (1985), S. 698
7. Landt, H.: Gerontologie. Das Deutsche Zahnärzteblatt (ZWR) 94 (1985), S. 801
8. Marthaler, Th.: Wandlungen der Zahnheilkunde in der Schweiz nach 20 Jahren Vorbeugung. Das Deutsche Zahnärzteblatt (ZWR) 94 (1985) S. 868
9. Topoll, H.H.: Der Wandel der Parodontal-Therapie unter dem Aspekt verstärkter mundhygienischer Maßnahmen. Das Deutsche Zahnärzteblatt (ZWR) 94 (1985), S. 734

Waldeyerstr. 30
Poliklinik und Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten
4400 Münster