

Brief an die ARD zum Beitrag mit Dr. Madsen

Prof. Dr. Gerhard Polzar, KKU, Büdingen

Einleitung

Meine Mutter (80) rief mich an, entsetzt darüber, wie schlecht offenbar der Ruf der Kieferorthopädie in Deutschland ist. So hat sie es jedenfalls im Fernsehen gesehen, in einem Beitrag in der Sendung „ARD Buffet“, einer vielbesuchten Mittagssendung. Sie bat mich nachzuforschen, woher denn der schlechte Ruf des Berufs ihres Sohnes komme. Nach kurzer Recherche im Internet wurde ich fündig. Da war er, der böse Zahnspangenreport mit meinem Kollegen Madsen, jetzt beim progressiven NDR-Fernsehen unter der Rubrik „Visite“

Mein Mitarbeiter Dr. Süß forderte mich auf, hierüber doch mal Stellung zu nehmen. Es war auch mein ureigenstes Bedürfnis, die Herren vom Fernsehen über die vielen Fehler und die ganz und gar falsche Darstellung unseres Berufsbildes korrigierend aufzuklären. Außerdem möchte ich erreichen, dass im Sinne meiner vielen rechtschaffenen Kollegen nicht weiterhin unsichere Patienten mit diesen Falschinformationen gefüttert werden, da das sonst jeden einzelnen Kollegen mit einem enormen Zeitaufwand belastet, um gegen diese falschen Behauptungen des Madsen aufzuklären. Es war sehr interessant, was ich alles in dem sechsminütigen Beitrag entdeckt und herausgefunden habe. Aber lesen Sie (meinen Brief an die ARD) selbst:

An Herrn
Peter Boudgoust (Intendant)
Herrn Benjamin Fischer (ARD Online)
Am Fort Gonsenheim 139
55122 Mainz

Büdingen, den 20.4.2018

Betreff

Ihre Ausstrahlung des Beitrages mit Dr. Madsen im ARD-Mittagsbuffet und in der NDR-Visite sowie im Internet unter:

<http://www.ndr.de/fernsehen/fernsehen/visite/Zahnspange-oft-teuer-und-wirkungslos,visite13990.html>

Titel: Zahnspangen oft teuer und wenig wirksam
Moderatorin: Tina Roth

Anliegen:

Aus den folgend dargestellten Gründen bitte ich Sie, diesen „Report“ in keinem öffentlich-rechtlichen Medium noch einmal zu senden oder an Dritte weiterzuleiten und den Beitrag mit sofortiger Wirkung von Ihrer Internetplattform zu löschen.

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie als öffentlich-rechtliche Rundfunkanstalt haben sich einem neutralen Qualitätsjournalismus, der unparteilich und aufgrund manifester Recherche ausgewogen aufgebaut ist, verpflichtet. Mit Ihren Beiträgen haben Sie direkten Einfluss auf die Gestaltung des öffentlichen Meinungsbildes. Die Ihnen zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel erheben Sie von allen Bürgern des deutschen Staates. Als historisch gewachsene Institution wird Ihnen, anders als den privaten Sendern, ein ganz besonderes Maß an Seriosität und Glaubwürdigkeit zugesprochen. Insofern unterliegen Sie umso mehr den Richtlinien des deutschen Pressekodex, der als Richtschnur für einen fairen Journalismus gilt.

Leider haben Sie mit dem Beitrag von Frau Tina Roth und dessen Ausstrahlung in der Sendung „Mittagsbuffet“ in der ARD sowie in der Sendung „Visite“ im NDR diese Prinzipien anscheinend nicht angewendet. Ein einseitiger, Aufmerksamkeit haschender und Verunsicherung ausstreuender Sensationsjournalismus weicht hier ganz von Ihrem sonst so seriösen Auftreten in der Medienwelt ab.

Der einer Boulevard-Presse gleichenden Suche nach scheinbaren Fakten, ähnlich der „Sensationsberichterstattung“ über unseren ehemaligen Bundespräsidenten Christian Wulf, werden hier die wirklichen Tatsachen ungleich bewertet. Falschen Aussagen des Herrn Dr. Henning Madsen wird à la Kujau (Hitlertagebuch) ungeprüft Glauben geschenkt und hierauf eine den Heilberufsstand diffamierende Story aufgebaut. Ähnlich der Affäre Kachelmann ist die Vorverurteilung eines ganzen Berufsstandes gleich zu Beginn der Reportage implementiert. Ausgewogene Gegendarstellungen würden in diesem Zerrbild nur stören, deshalb werden sie weggelassen oder mit dem Schein eines detektivisch-kriminalistischen Vorgehens als Blaupause einer Schreibmaschinenbotschaft auf den Bildschirm getippt.

Liebe Redaktion, diese Sendung war alles andere als eine Glanzleistung des freien Journalismus. Sie ist in ihrem Inhalt einseitig und einen einzelnen, womöglich das Sozialsystem untergrabenden Kollegen, bevorteilend. Für die Gesundheit und Fürsorge der in Deutschland wohnenden Bevölkerung wirkt dieser Beitrag eher schädlich und verunsichernd.

Deshalb fordere ich Sie auf, diese Sendung sowohl aus dem Netz zu nehmen, als auch eine weitere Ausstrahlung zu unterbinden, um eine individuell werbende Begünstigung dieses Kollegen zu verhindern und nicht fortlaufend an der falschen Darstellung des Berufsbildes mitzuwirken.

Ganz besonders bedauerlich ist, dass von der Journalistin Tina Roth anscheinend überhaupt keine Recherchen unternommen wurden und Ihre Institution ungeprüft so einen allgemein schädlichen und in keiner Weise der Sachlage entsprechenden „Report“ ausgestrahlt hat. An dieser Stelle wollen wir außerdem den unkommentierten Aussagen eine fundierte fachliche Kommentierung als Gegendarstellung wie folgt hinzufügen:

Das Motiv

Eine reiche Ärztegruppe, die Kieferorthopäden, quält unsere „armen Kinder“, um sich ihrer Profitgier willen noch mehr zu bereichern. Der „Messias“ Dr. Madsen bringt die „Wahrheit“ auf den Tisch und ist der einzig Gute in seiner Zunft. Dabei geht das lästige Thema mit den Zahnspangen scheinbar noch viel schneller vom Familientisch und ist ebenfalls anscheinend günstiger und fixer gelöst.

Dies könnte ja zunächst als Sensationsjournalismus (siehe ähnliche Veröffentlichungen im Magazin Stern etc.) ganz gut ankommen. Schaut man auf die Kommentare und die Resonanz zu Ihrer Sendung, so fällt auf, dass kaum einer Mutter dieses von Ihnen theatralische Zerrbild der Zahnspangenwelt gefällt und sie dem Kieferorthopäden ihres Vertrauens doch mehr Glaubwürdigkeit schenkt, als dem in Ihrer Sendung so eloquent agierenden Herrn Madsen.

Das Berufsbild

Wenn man über ein Berufsbild schreibt, sollte vorab eine ausführliche Recherche über dessen Tätigkeiten und Aufgaben erfolgen. In dieser Sendung ist noch nicht einmal ein Minimum dessen erfolgt, was zu einer adäquaten Berichterstattung erforderlich gewesen wäre.

Der Name Kieferorthopäde beschreibt eigentlich schon für sich, worum es sich handelt. Es geht vornehmlich um den Kiefer, und nicht, wie Madsen fehldeutet, nur um Zähne. Der Begriff „ortho“ kommt aus dem Griechischen und heißt „gerade“, „paedein“ wird mit erziehen übersetzt.

Neben den Kiefer-Orthopäden gibt es auch noch die Orthodontisten, vornehmlich im nordamerikanischen Raum. Diese stellen die schon vollständig durchgebrochenen Zähne gerade. Sind darüber hinaus noch Kieferfehlstellungen und Platzmangel vorhanden, so versuchen sie die Problematik mit Zahnextraktionen bleibender Zähne oder mit kieferchirurgischer Unterstützung zu lösen.

Der optimale Zeitpunkt der Behandlung

Allein der Name reflektiert schon das Berufsbild des Kieferorthopäden. Er erzieht die Kiefer. Er bringt die Kiefer in die richtige Relation zueinander und er hilft beim Wachstum zu klein geratener Kiefer. Es erübrigt sich von selbst, bei der Frage nach dem optimalen Zeitpunkt für so eine Behandlung und Steuerung des Kieferwachstums, dass dies nur möglich ist, solange sich der Kiefer noch im Wachstum befindet und nicht erst dann, wenn dieses Wachstum bereits abgeschlossen ist.

Der maximale Wachstumsschub liegt in der zweiten Wechselgebissphase oder kurz davor. Das ist im Alter von 8-12 Jahren der Fall. In dieser Zeit hat jeder Heranwachsende noch alle 12 seitlichen Milchzähne. Darunter sprießen die bleibenden Zähne und verdrängen die Milchzähne, bis diese ausfallen.

Die ganze Wachstumsenergie des Körpers ist in dieser Zeit auf die Kiefer-Gebiss-Zahn-Situation und Gesichtsentwicklung gerichtet. Gleichzeitig bildet sich erst jetzt die Kieferhöhle aus und aus dem Kindgesicht wird das Gesicht eines erwachsenen Menschen. Das Kindchenschema mit der proportional zu großen Stirn, den großen Augen und dem kleinen unteren Gesichtsdrittel geht damit verloren und weicht einer Erwachsenenphysiognomie. Das alles passiert vor der Pubertät und noch bevor alle bleibenden Zähne die Milchzähne abgelöst haben.

Herrn Madsen ist diese natürliche Gebissentwicklung und deren Förderungsmöglichkeiten offensichtlich fremd. Er argumentiert ganz im Sinne einer amerikanischen Orthodontie, welche fern von dem Gedanken der Förderung zu schwacher Selbstheilungskräfte liegt. Die Schäden, die aus so einem Gedankenansatz resultieren, sind z. B. überproportional häufiges Ziehen gesunder Zähne oder Überexpandieren der dentalen Zahnbögen, bis diese nicht mehr durch eine darunterliegende Knochenbasis getragen sind. Dies hat wiederum nach einigen Jahren verheerende Folgen für das Zahnfleisch durch die Ausbildung von zum Teil erheblichen parodontalen Rezessionen (= Zahnfleischrückgang).

Die gesetzlichen Vorgaben in Deutschland

Deutschland zählt zu den wenigen Ländern, in denen bei einigen Patienten eine kieferorthopädische Behandlung als Basiskonzept weitgehend von der Sozialversicherung übernommen wird. Bedingung hierfür ist, dass die zweite Wechselgebissphase begonnen haben muss (im Alter von ca. 9-11 Jahren) oder dass das 18. Lebensjahr zu Beginn der Behandlung noch nicht erreicht ist.

Liegt der Patient innerhalb dieser Altersstufe, muss für eine Kostenübernahme gemäß § 29 SGB V eine Anomalie vorliegen, bei der „das Kauen, Sprechen oder Atmen in erheblichem Maße gestört ist oder gestört zu sein droht“. Erst dann darf die gesetzliche Krankenkasse Behandlungskosten übernehmen. Was das im Einzelnen bedeutet, ist in den sogenannten „Kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) von 2001 definiert. Bei Einstufung in einer KIG und die daraus

zugestandene Leistung muss ausreichend und zweckmäßig sein und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Auf deutsch heißt das, dass einfacher zu tragende Spangen und komfortablere Wege, die etwas teurer sind, von den Leistungen der GKV ausgeschlossen werden.

Demgegenüber übernimmt die private Krankenkasse weitgehend alle Kosten einer kieferorthopädischen Behandlung, allerdings auf Basis eines Erstattungssatzes, der seit 1965 nicht mehr der allgemeinen Preisentwicklung angepasst worden ist. Auch die Art der Leistungsbeschreibung hat sich leider bis auf einen einzigen Punkt seit 1986 in keiner Weise geändert. Das heißt, die Kieferorthopäden haben mit der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bis dato seit über 32 Jahren keinen Inflationsausgleich erhalten oder eine Preissteigerung erfahren. Weiterhin wurden neue innovative Behandlungsmethoden ebenfalls nicht in die Leistungsbeschreibung der privaten Gebührenordnung aufgenommen

Zu den Kosten einer kieferorthopädischen Therapie

Soweit die Kosten von der GKV übernommen werden, erstattet diese ca. 1.000 € für die 1-3-jährige kieferorthopädische Behandlung mit herausnehmbaren Apparaturen. Diese machen dann buchstäblich die Knochenarbeit und sind für den weiteren Behandlungserfolg von entscheidender Bedeutung, denn nur auf einem sicheren Fundament stehen die Zähne stabil. Sind im ersten Schritt die Kiefer zueinander positioniert und in der Größe angepasst, so sollte danach der Zahnwechsel abgeschlossen sein.

In der darauffolgenden zweiten Phase werden nun nur noch die schiefen Zähne im geraden Kiefer korrigiert. Dies geht mit festen Zahnsparren/Brackets oder mit Folientechniken wie Invisalign. Die GKV zahlt bei festen Zahnsparren hier für eine ca. einjährige Therapie in etwa 2.000 €. Bei dieser Behandlung, die Madsen für sich als alleinige Therapie anstrebt, verdient der Kieferorthopäde das Doppelte in der halben Zeit. Zusätzlich können noch für besondere Brackets/Bögen und die Bracketumfeldversiegelung als Kariesschutz ca. 1.000 € und für die anschließenden Retentionsdrähtchen ca. 600 € berechnet werden, die nicht von der GKV übernommen werden.

So beträgt das Verhältnis von einer herausnehmbaren zu einer festen Zahnspange ca. 1.000 € zu 3.600 €. Wenn dabei die Zeiteinheit von 1-3 Jahren bei der Plattenbehandlung und nur einem Jahr mit der festen Zahnspange berücksichtigt wird, ergibt sich bei der Behandlung mit der festen Zahnspange eine um den Faktor 7-9 höhere Umsatzlukrativität! Die von Madsen unterstellte Bereicherung durch herausnehmbare Zahnspangen existiert also de facto nicht, sondern es verhält sich genau umgekehrt! Dies verschweigt der Herr Kollege aber aus gutem Grund, denn anscheinend will er nur das schnelle Geld verdienen und begnügt sich mit der lukrativeren Orthodontie à la American Style. Gleichwohl nimmt er die enormen Nachteile der einseitigen Orthodontie in Kauf, welche Wurzelresorptionen, Zahnfleischrückgang aufgrund der kleineren Knochenbasis und eine erhöhte Extraktionsfrequenz nach sich ziehen. Diese Vorgehensweise wendet sich ganz zum Schaden des Patienten. Der Vorteil des Kieferorthopäden Madsen ist, dass er dann in kurzer Zeit, für die „halbe Behandlung“ ein Vielfaches an Umsatz generiert und somit sein Einkommen steigern könnte.

Mit Ihrer Sendung haben Sie hier einem sehr einseitig therapeutierenden Kollegen, der nur an sein eigenes Wohl und an seine eigene eloquente Darstellung denkt, eine ideale Schaubühne zur Selbstdarstellung und Werbung gegeben. Und Sie haben dies leider noch nicht einmal im Ansatz bemerkt?!

Der internationale „Standard“

Gerade in diesem Punkt wäre von einem investigativen Journalismus eine minimale Recherche zu den unhaltbaren Behauptungen des Herrn Madsen zu erwarten gewesen. Madsen postuliert einen internationalen Goldstandard, den es in der Kieferorthopädie so, wie dargestellt, gar nicht gibt. Das Zitat hat allerdings im ersten Moment eine entsprechende Wirkung.

Wie oben schon erwähnt, gibt es verschiedene Behandlungsrichtungen in unserem Fachgebiet. Auf der einen Seite die profitorientierte und schnelle Begradigung schiefer Zähne, welche im angloamerikanischen Raum sehr verbreitet ist; und demgegenüber die viel aufwendigere, das Kieferwachstum der heranwachsenden Patienten lenkende Orthopädie, welche sich

vornehmlich der herausnehmbaren Apparaturen bedient. Während die Kollegen Angle und Tweet schon um 1900 nur mit festsitzenden Behelfen therapierten, kam mit der Erfindung des Kautschuks die deutsche „Schwarzsche Platte“ auf den Markt. Danach folgten nach Andresen und Häupel, Fränkel und Teuscher diverse funktionskieferorthopädische Apparaturen, die nicht nur den Kiefer vergrößern konnten, wie bei der Plattentherapie, sondern die auch die Kieferrelation zueinander korrigieren.

Im amerikanischen Raum behalf man sich dagegen lediglich mit Wachstumsunterdrückungen durch Extraktionstherapie oder durch die Anwendung des Head-gears. Eine sehr imposante internationale Metastudie, vorgestellt von Prof. Hägg's (Universität Hongkong) von Stella Efstratiadis (AJO-DO 2005), hat diese Wirkungen mit all ihren Facetten sehr deutlich beschrieben.

Heute ist es so, dass es nur noch wenige Staaten in Europa gibt, die überhaupt die Kieferorthopädie mit einem staatlichen Gesundheitswesen fördern. Selbst in den äußerst sozial orientierten skandinavischen Ländern, beispielsweise in Norwegen gibt es Ausschlussrichtlinien zur Kostenübernahme und im Falle der Staatsbehandlung muss man mindestens 2-3 Jahre auf einen Therapieplatz warten und dann noch mehrere tausend Kronen selbst bezahlen. In England gibt es z.B. - ähnlich unserem KIG - den IOTN (Index Of Treatment Need), der über den NHS nur eine Grundversorgung mit herausnehmbaren Zahnspangen garantiert. Hier sind die Wartezeiten mit bis zu 3 Jahren dementsprechend sehr lange.

Für diese verzögerten Behandlungen haben die Kollegen Clark und Denis Regan eine funktionskieferorthopädische, herausnehmbare Zahnspange für das permanente Gebiss entwickelt. Diese nannten sie dann TWIN-BLOCK. Da der ideale Zeitpunkt zur Wachstumsstimulation schon lange überschritten ist, müssen diese Kinder ihre Apparatur rund um die Uhr und eigentlich sogar beim Essen tragen! Ob das dann der bessere Weg ist, als frühzeitig zu beginnen und auf die vorhandene Wachstumskapazität zu setzen, muss bezweifelt werden. Wollen dann die Eltern noch die schiefen Zähne begradigt haben, so müssen sie dies bei privaten Kieferorthopäden aus eigener Tasche bezahlen. Hier

sind dann nochmal 6.000 bis 8.000€ fällig. Die Wartezeiten beim NHS-Kieferorthopäden sind sehr lange und betragen im Schnitt über 2 Jahre. Es werden täglich über 100 Patienten pro Behandler durchgeschleust, die Ergebnisse sind dementsprechend mäßig. (Diese Informationen habe ich von Dr. Denis Regan aus Mansfield, GB, direkt erhalten.)

In den Staaten Spanien, Italien und selbst in der Schweiz gibt es für die Kieferorthopädie überhaupt keinen Zuschuss. Die Kosten für eine Therapie liegen bei ca. 6.000-10.000 € für einen Fall mit fester Zahnspanne und in der Schweiz noch weit darüber! Da sich viele dies zunächst nicht leisten können, wird hier häufig erst im Erwachsenenalter behandelt, was dann natürlich dazu führt, dass es kaum orthopädische Kieferbehandlungen bei Kindern mit herausnehmbaren Geräten gibt.

Das heißt, allein ökonomische Zwänge spiegeln hier ein etwas anderes Therapiespektrum wider. In Frankreich und in den Niederlanden gibt es auch ähnliche Ausgrenzungen zur staatlichen Kassenkieferorthopädie und es ist mitunter sehr schwer, hier einen staatlichen Zuschuss zu bekommen. In den baltischen Ländern müssen sie in der Regel ebenfalls sämtliche Kosten selbst tragen und es gibt noch nicht mal eine private Versicherung, die hierfür einspringt, dementsprechend ist dort Kieferorthopädie purer Luxus.

Im internationalen Vergleich stehen wir in Deutschland trotz der ausgrenzenden KIG-Richtlinien noch sehr gut da. Weiterhin ist der durchschnittliche Kassenpreis mit ca. 3.000 € im Vergleich zu den anderen westlichen Ländern unschlagbar günstig. Selbst mit den durchschnittlichen zusätzlichen Nebenkosten von ca. 2.000 € sind die Preise der deutschen Kieferorthopädie in den westlichen EU-Ländern in hohem Maße konkurrenzfähig!

Eine Studie des European Journal of Orthodontics (2009 Feb;31 (1): 90-94), hat für die Länder Deutschland, Italien, Tschechische Republik, Litauen, Litauen, Niederlande und Slowenien die um den Lebenshaltungsindex (PPP) bereinigte Kosteneffektivität der Behandlungen gemäß ICON ermittelt. Danach steht Deutschland mit Tschechien im unteren Drittel und Italien mit Slowenien an der Spitze der Kosten pro Behandlungseffektivität.

Ausgabenentwicklung der Kieferorthopädie im Gesundheitswesen erstaunlich stabil!

Obwohl es trotz Rückgang der Geburtenzahlen zu einem immer größeren Bedürfnis der Jugendlichen geworden ist, perfekt stehende Zähne zu haben und damit auch die Anzahl der kieferorthopädischen Fälle gestiegen ist, sind die gesetzlichen Ausgaben erstaunlich stabil geblieben. Betrachtet man die letzten vorliegenden Zahlen der Jahre 2000 bis 2015 so ergibt sich folgende Kostenentwicklung:

Die Inflationsrate betrug den Jahren 2000 und 2015 zwischen 0,5%-2% pro Jahr. Für den Gesamtzeitraum ergibt sich eine Inflationsrate von 21%. Bei einer kostenneutralen Ausgabenentwicklung müssten demzufolge die Ausgaben für die KFO auch um diesen Faktor gestiegen sein. Dem ist aber ganz und gar nicht so!

Die GKV-Ausgaben für KFO einschließlich der Material- und Laborkosten beliefen sich im Jahr 2000 auf 1.088.700.000 € und im Jahr 2015 auf 1.084.400.000 € (Quelle:KZBV-Statistik Jahrbuch 2017). Das heißt, dass die Ausgaben im Bereich KFO in diesen 15 Jahren um 0,4% gesunken sind! Das entspricht einer Einsparung von 4.000.000 €. Gleichzeitig sind die Gesamtausgaben im GKV-Bereich von 123,418 Milliarden Euro auf 198,907 Milliarden Euro gestiegen (Quelle: Stat. Bundesamt 21.3.2018 Destatis). Dies sind +62,2% in diesem Zeitraum!

Auffallend hierbei ist, dass ausschließlich in der Kieferorthopädie in den letzten 15 Jahren sogar eine Kosteneinsparung erzielt wurde, während die GKV-Gesamtausgaben in dieser Zeit um 62,2% gestiegen sind. So ist die GKV-Ausgabenentwicklung fast dreimal so hoch wie die Inflationsrate. Die Ausgaben für die KFO haben sich demgegenüber nicht geändert.

Hinzu kommt, dass im Jahr 2015 deutlich mehr Patienten eine Zahnspanne über die GKV erhielten als im Jahr 2000, was bedeutet, dass die Ausgaben der GKV pro Patient wesentlich niedriger waren als 15 Jahre zuvor. Dies erklärt sich aus den stärkeren Kürzungen der Honorare für die Kieferorthopäden, welche durch Punktwertabwertung, Degression und Deckelung geprägt sind. Während im Jahr 2000 die GKV-Ausgaben

für KFO nur 0,882% der GKV-Gesamtausgaben ausmachen, verringerten sich diese Ausgaben im Jahr 2015 weiterhin auf nur noch 0,544% aller Ausgaben im gesetzlichen Gesundheitswesen (Abb. 1).

Alleine diese Zahlen sprechen für sich und es stellt sich die Frage, ob es überhaupt einer Diskussion wert ist, hier über die Ausgabenentwicklung der KFO in einem öffentlich-rechtlichen Fernsehen zu berichten, und wenn dann schon ein Bericht erfolgen sollte, so wäre zumindest zu erwarten, dass dieser auf einer stabilen Recherche mit sicheren und belastbaren Zahlen zu erfolgen hätte.

ARD/NDR nennen die Fakten nicht!

Im eigentlichen Sinne wäre hier doch die enorme Ausgabensparnis der KFO bei gleichzeitiger Qualitätsverbesserung ganz besonders positiv hervorzuheben. Wohlgermerkt, mir ist kein einziger Bereich im Gesundheitswesen bekannt, der so eine konstante, sparsame Entwicklung im Sinne der Schonung der zur Verfügung stehenden Ressourcen zu verzeichnen hat.

Warum die ARD/NDR im „Bericht“ von Tina Roth diese Zahlen nicht nennt und dann noch ein ganz anderes Bild vom sich am Gesundheitswesen bereichernden Kieferorthopäden zu zeichnen versucht, grenzt an pure Verleumdung. Obendrein präsentieren Sie dabei

einen Kollegen, der mit seinem Verhalten genau das Gegenteil dieses sparsamen, fürsorglichen Verhaltens zeigt. In der Fernsehsendung wirbt Madsen für seine, der Gesellschaft und den Bürger mitunter schädigende Therapie, und Sie eröffnen ihm damit ein sehr breites Forum. Die Problematik, die Sie mit der Vertuschung der realen Fakten und Regeln der Kassenkieferorthopädie hier bewirken und die enorme gesellschaftsökonomische Verunsicherung, die Sie damit anstoßen, möchte ich an Ihrem eigens herangezogenen „König“ der Kieferorthopädie, welcher nur nach seinen eigenen Goldstandards sich fleißig in die eigene Tasche therapiert, im folgenden darstellen:

Madsen, der absolutistische König der KFO? oder ein Facharzt ohne Berufsethos?

Im Folgenden trete ich anhand der von ARD und NDR ausgestrahlten Sendung die Beweisführung an, dass sich der Kollege Madsen weder an die Regeln der in Europa geltenden kieferorthopädischen Therapierichtlinien hält, noch die gesetzlichen Bestimmungen zur Kosteneinsparung (KIG = Kieferorthopädischen Indikationsgruppen-Einteilung) beachtet und somit sowohl seinen Kollegen als auch der Volksgesundheit Schaden zufügt. Es wäre hier auch die Frage zu stellen, in wieweit die dafür zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung entsprechende Regressforderungen stellen sollte, um diesem Auftreten des Kollegen Madsen eine

Abb. 1

GKV-KFO Ausgaben / Vergleich			
	2000	2015	Veränderung
KFO-Ausg. Mio.€	1.088	1.084	- 0,4 %
GKV Ausg. Mio.€	123.418	198.907	+ 62,2 %
Inflation von 100	100	121	+ 21 %
GKV/KFO Quotient	0,882 %	0,544 %	- 38,8 %

Ende zu setzen. Auch wäre zu überlegen, ob nicht die zuständige Landeszahnärztekammer wegen der nicht eingehaltenen Sorgfaltspflicht des Datenschutzes und der Körperverletzung ohne zahnärztliche Indikation ein Verfahren zum Entzug der zahnärztlichen Approbation einleiten sollte.

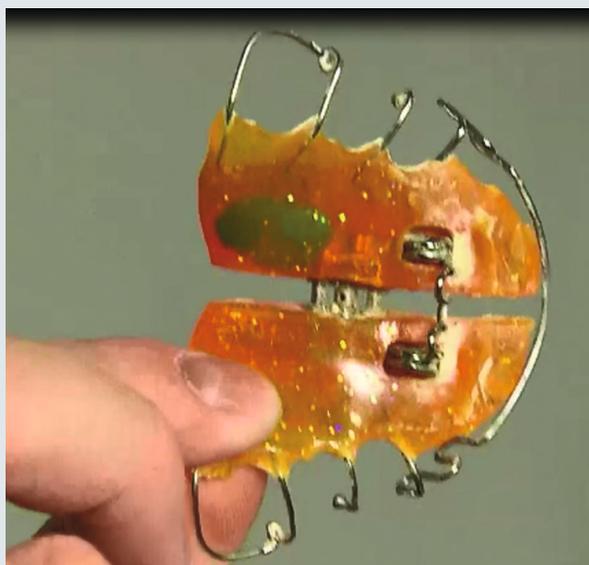
Hier die in der Sendung dargestellten Vorfälle im Einzelnen:

Min 00:00-00:35

Ein 15 Jahre junger Zahnsparngenträger wird vorgestellt. Er hat wegen seiner wohl noch bestehenden Zungenfehlfunktion seit zwei Jahren eine herausnehmbare Zahnsparngel getragen. Es ist deutlich zu sehen, dass er diese wohl regelmäßig getragen hatte, da sie Zahnsteinbeläge aufweist.

Weiterhin ist zu erkennen, dass damit der zu schmale obere Kiefer (in Folge des fehlenden Zungendrucks beim Schlucken) deutlich geweitet werden musste (Abb. 2). Die vier Jahre davor hatte er wohl nur herausnehmbare Zahnsparngel um seinen zurückliegenden Kiefer im Wachstum zu fördern.

Abb. 2



Herausnehmbare Zahnsparngel des 15-jährigen

In der späteren Folge unter 04:35 sind die Anfangsbefunde des Patienten zu sehen (Abb. 3). Es lag eine sagittale Stufe von weit über 8 mm vor. Die hinteren Backenzähne standen in einer vollständigen Rücklage-Verzahnung (1 PB KI II1 Okklusion). Der Oberkiefer war damals viel zu schmal. Wahrscheinlich stand sogar ein hinterer Seitenzahn deshalb zu weit nach innen, im Kreuzbiss (Zahn 16). Die oberen Frontzähne standen ziemlich schief nach vorne aufgefächert und nach vorne geneigt. Die Eckzähne befanden sich kurz vor dem Durchbruch oberhalb der seitlichen Schneidezähne.

Im FRS konnte man nochmals die große sagittale Stufe (größer als ein Prämolare) von ca. 8 mm mit tiefem Biss und zu flacher Zungenlage (wohl in Folge der ange deuteten Hyperplasie der Gaumentonsillen) deutlich erkennen (Abb. 4). Auch hier stehen die ersten Molaren im OK fast 4 mm vor denen im Unterkiefer, was für eine komplette KI. II-Fehlverzahnung spricht.

Abb. 3



Anfangsbefunde des Patienten

Abb. 4



FRS-Ausschnitt von Abb. 3

Min 00:35-00:53

Hier beschreibt die Mutter von Tobias, dass ihr die Fehlverzahnung und die schiefen Zähne schon recht frühzeitig aufgefallen seien und sie sich darüber, dass er schon eine Zahnsperre bräuchte, auch keine weiteren Gedanken gemacht hätte. Nach eindeutigen Befunden wurde die medizinische Notwendigkeit anhand von plausiblen Analysen belegt.

Min 00:54-01:38

Madsen untersucht ein siebenjähriges Kind. Hier ist in der Regel auch bei anderen Kieferorthopäden nicht damit zu rechnen, dass schon mit einer Behandlung begonnen wird! Um das Zerrbild der „bösen deutschen Kieferorthopäden“ jedoch recht gut zu gestalten und um den Bogen möglichst weit zu ziehen, eignet sich gerade eine so sehr junge Patientin hervorragend, um ein völlig falsches Bild der Realität entstehen zu lassen.

Während der Untersuchung kritisiert Madsen, dass die anderen Kollegen in der Regel viel zu früh beginnen würden und viel zu lange behandeln würden. Dabei blättert er in einem amerikanischen Journal über Schmerzen und Temporomandibuläre Dysfunktion (TMD).

ARD-Madsen und der Datenschutz**Min 01:08**

Während Madsen weiterhin kritisiert, schwenkt die Kamera über eine Modellkiste mit wahllos ungeordneten Modellen, deren Beschriftungen die Namen des Patienten (z. B. Deutschm..., W. Yannic) erkennen lassen (Abb. 5). Nicht nur, dass hier die unordentliche Arbeitsweise des Kollegen Madsen offenbar wird, nein, das heute nur allzu sensible Thema Umgang mit Patientendaten wird völlig ignoriert.

Weder die Redakteurin noch Herr Madsen wahren hier die persönliche Integrität der Patienten in dieser Praxis. Nach deutschem Recht stellt dies keine Unachtsamkeit mehr dar, sondern unterliegt dem Strafrecht und ist zu ahnden! Denn es ist nur allzu schwer vorstellbar, dass der hier gezeigte Patient mit der Darstellung seiner

durch Zahnextraktion (Amerikanisches Orthodontisten-Konzept, statt Wachstum zu fördern, lieber Zähne raus und schnell in kurzer Zeit viel Geld verdienen) verstümmelte Zahnreihen explizit sein Einverständnis ad antem gegeben hat. Leider spricht gerade dieses Malheur nur allzu gut für die unglaubliche Nachlässigkeit, mit der dieser „Report“ erstellt wurde.

Min 01:13

Madsen blättert wieder in einer amerikanischen Fachzeitschrift über die Wirkung der QH (Quad Helix) bei der Therapie des seitlichen Kreuzbisses. Wohl gemerkt, es ist internationaler Standard, dass ein seitlicher Kreuzbiss so früh wie möglich behandelt wird, also am liebsten direkt nach dem Durchbruch der 6-Jahr-Molaren, im Alter von 6-8 Jahren.

Warum? Sollte man diese Fehlentwicklung der zu weit unterentwickelten Breite nicht sofort korrigieren, dann führt der Reiz, der von dieser Fehlverzahnung ausgeht, zu einer einseitigen Entwicklung des Kiefers, sprich: die Anomalie wird um so schlimmer und ist demnach umso schwieriger zu behandeln.

Die eigentliche Ursache des Kreuzbisses ist sehr häufig eine Fehlfunktion der Zunge in Folge hypertrophierter Tonsillen und eingeengter Atemwege. Also nicht das Kind „ersticken“ lassen, sondern so früh wie möglich mit der Therapie zu beginnen ist, hier angesagt.

Abb. 5

Der Name ist in der Sendung deutlich zu lesen. Wird hier der Datenschutz mit Füßen getreten? Die neue DSGVO scheint noch nicht bekannt zu sein, weder bei der ARD noch bei Madsen.

Aber Madsen kennt, obwohl er eine amerikanische Fachzeitschrift vor sich liegen hat, anscheinend nicht die Zusammenhänge von Atemstörungen, Kieferfehlentwicklung und der Entstehung eines Kreuzbisses, sowie dessen dringenden therapeutischen Behandlungsbedarf, oder er will ihn nicht kennen, denn damit ist in einer langen Behandlungszeit (siehe oben) recht wenig Umsatz zu machen. Es ist jedenfalls nicht nachvollziehbar, auf Grund welcher Fehlinformationen und Freunde der ganzen Welt sich Herr Madsen zu solcher Darstellung seines eigenen Berufes verleiten lässt.

Herr Madsen sieht, dass bei uns mehr Kinder behandelt werden als in anderen Ländern (in denen der Staat ja auch nicht eine so gute Unterstützung bereit hält), aber er wertet es als Missbrauch im Gesundheitswesen, weil dieser enorme Aufwand ja nicht mit gesundheitlichen Gründen zu rechtfertigen sei. Weiterhin kritisiert er wiederum die Behandlungszeit, die im internationalen nicht belegten und nicht vergleichbaren Bezug wieder viel zu lange dauern würde.

Madsen übersieht therapierelevante Funktionsbefunde

Min 01:38-02:36

Die „Untersuchung“ der 7-jährigen Patientin wird fortgesetzt. Tina Roth interpretiert aus der Fehlinformation der Behandlungszeit schlichtweg „Doppelte Behandlungszeit“ gleich „Doppeltes Geld“. Kieferorthopädie wird lediglich auf die monetäre Situation reduziert (siehe weiter oben: doppelte Behandlungszeit ist eben nur maximal ein Siebtel des Geldes, welches Madsen mit seiner sehr ertragreichen manipulativen Methode in aller Kürze erreicht!).

Aber das scheint dem so investigativen Journalismus der Frau Roth eine nur allzu populistische Deutung ihrer Falschdarstellung zum Thema Zahnspangen zu sein. Frau Roth stellt fest, dass nur Madsen zu junge Patienten nach Hause schickt. Die siebenjährige Patientin Eline braucht noch keine Zahnspange. Madsen schlägt vor, bei dieser Patientin jetzt nichts zu tun (01:51), ein fataler Fehler, denn es ist alleine schon aus dem Interview feststellbar, dass diese Patientin über ein falsches frühkindliches Schluckmuster verfügt (Abb. 6), welches dringend vom Logopäden behandelt werden muss. An-

sonsten entwickeln sich gerade bei solchen Habbits Anomalien, wie der frontal offene Biss und der seitliche Kreuzbiss. Aber dem so gewissenhaft arbeitenden Kollegen ist diese schwere Funktionsstörung anscheinend in der Aufregung des Fernsehauftrittes völlig entgangen. Die Argumentation zu seiner Behandlungsverweigerung ist wieder einmal grotesk und für das Kind fatal. Nicht behandeln, weil noch Wachstumspotential da ist, sprich weil noch viele Milchzähne da sind.

Min 02:07-02:10

Jetzt hat Frau Roth, ohne weitere Recherche, die nicht belegbare Sondermeinung des Kollegen Madsen ungeprüft als Tatsache dargestellt und dies sogar noch mit angeblich internationalem Gewicht! Hier ist die Grenze des neutralen und gut ausgewogenen Journalismus weit überschritten und es folgt die negative, nicht belegte Propaganda gegen ein ganzes Berufsbild.

Min 02:26-02:36

Madsen unterstellt den deutschen Kieferorthopäden eine anarchische Handlungsweise und regelmäßiges Abweichen seiner sich selbstherrlich bestimmten angeblichen internationalen Norm. Wohlgedemerkte, diese gibt es einerseits nicht und andererseits sind die Systeme an sich nicht vergleichbar. Ferner bemerkt er nicht, dass er mit seiner einseitigen, die Orthopädie seines Berufes vernachlässigenden Sichtweise ganz alleine steht. Anstatt selbstkritisch mit sich umzugehen, verurteilt er alle anderen Kollegen und erfüllt mit den

Abb. 6



Das 7-jährige Mädchen mit visceralem Schluckmuster

dabei genannten Äußerungen den Tatbestand der üblen Nachrede und der Verleumdung gemäß § 185-187 StGB.

Der Madsensche Sonderweg und die internationale KFO

Min 02:36-02:40

Aus der deutschen kieferorthopädischen Versorgung wird nun laut Frau Roth ein Deutscher „Sonderweg“. Solch radikale Verallgemeinerungen tragen jetzt nicht mehr die Züge von Demokratie und Meinungsfreiheit. Sie gehören auch nicht auf die Bühne einer Rundfunkanstalt, die von allen in Deutschland finanziert wird. Es gibt keinen deutschen Sonderweg in der Kieferorthopädie und Frau Roth, bzw. die ARD sollten diese Falschaussage öffentlich zurücknehmen! Der Sonderweg wird allein von Madsen und einigen wenigen Kollegen bestritten, die in möglichst kurzer Zeit möglichst viel Geld zu verdienen gedenken. Dafür brauchen sie natürlich eine entsprechende Werbebühne. Hier scheint die ARD ja gerade recht zu kommen, um seine vielleicht nicht so gut laufenden zwei Praxen mit neuen Patienten zu füllen.

Von Kollegialität und Fairness ist der oben genannte Kollege ganz weit entfernt. Auch ist es unter den Kollegen allgemein üblich, nicht in laufende Behandlungen durch Abwerbung und Behandlungsübernahmeangebote einzugreifen. Dies sollte immer die absolute Ausnahme sein.

Madsen lebt allerdings, so wie er sich in dem Bericht darstellt, von den Behandlungsübernahmen seiner Kollegen. Dabei stellt jede Behandlungsübernahme ein Behandlungsrisiko dar. Denn alle Befunde müssen neu dokumentiert werden, was zu erheblichen Mehrkosten bei den gesetzlichen Krankenkassen führt. Alle vorangegangenen Therapieschritte müssen eruiert werden, geschieht dies nicht, so sind Folgebehandlungsfehler unvermeidbar. Und letztendlich muss neues Vertrauen von einem neuen Arzt aufgebaut werden. Wie soll das denn geschehen, wenn er behauptet, dass er der einzige Gute in seiner Zunft sei, aber allen anderen Kieferorthopäden nicht zu trauen ist.

Min 02:40-02:56

Nun betritt ein wohlgenährter Kieferorthopäde, Winnetou Kampmann, die Bühne. Auch er „outet“ den schon zur Tatsache mutierten „deutschen Sonderweg“ und gibt noch einige unglaubliche „Erkenntnisse“ dazu: Laut Kampmann sind lange Behandlungszeiten Belastungen für die Patienten. Dies entspricht ganz und gar nicht meinen Erfahrungen. Die Patienten kommen viel besser damit zurecht, wenn sie die rausnehmbaren Spangen nur abends und nachts tragen müssen, dafür sich aber die Zeit der festen Zahnsperre um mehr als die Hälfte verkürzt und obendrein die Gefahr einer Zahnextraktion vermieden wird. Zu später Behandlungsbeginn hat immer zur Folge, dass radikale Mittel wie Zahnextraktionen, eine chirurgische Intervention oder das ganztägige Tragen eines Twin Blocks notwendig werden könnten.

Min 02:56-03:19

Es folgt die einzige Gegendarstellung zu diesem Thema. Dort wird in einer ausführlichen Stellungnahme u.a. erklärt, was eine kieferorthopädische Frühbehandlung ist. Dies erfolgt in einem reinen Milchgebiss. Abzutrennen ist das von der frühen Behandlung. Ferner wird in dieser Stellungnahme ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es wichtig ist, die Patienten in ihrer maximalen Wachstumsphase zu therapieren, damit die unterstützenden Selbstheilungskräfte richtig gelenkt werden können.

Von dieser ausführlichen Stellungnahme der DGKFO wird lediglich ein Satz in detektivischer Weise als Blaupause auf den Fernsehbildschirm getippt. Es wird nochmals betont, dass für die Wahl eines richtigen Zeitpunktes allein medizinische Gründe ausschlaggebend sind. Es wird nur dieses Statement des so umfangreichen Briefes der DGKFO gesendet.

Warum sollte sich ein Kind im Alter von 8-11 Jahren einer erhöhten Verletzungsgefahr aussetzen, nur weil die oberen Schneidezähne zu weit nach vorne geneigt sind. Oder warum sollte ein Kind in dieser so wichtigen Entwicklungsphase allein wegen des vorliegenden Rückbisses (haben fast 50% aller Kinder in diesem Alter!) fortwährend unter Atemstörungen und

dadurch bedingten Sauerstoffmangel und nächtlichen Schlafstörungen leiden, wenn sich dies mit einer herausnehmbaren Zahnspange in diesem Alter dauerhaft und effektiv behandeln lässt?

Ein seitlicher Kreuzbiss stellt immer eine Atembehinderung dar, da allein aufgrund der Unterentwicklung des Oberkiefers der Nasengrund viel zu sehr eingengt ist und das Kind dann als Ausgleich viel zu häufig durch den Mund atmen muss. Dies führt wiederum zu einer gehäuften Infektanfälligkeit. Hier hat insbesondere das gut durchdachte deutsche Konzept der Kieferorthopädie einen ganz erheblichen präventiven Charakter und sorgt dementsprechend für Einsparungen im Gesundheitswesen, welche als Folgekosten der zu behandelnden OSAS (obstruktive Schlaf Apnoe Syndrom Patienten) und der damit als Risiko einhergehenden erhöhten Gefahr für Herzinfarkte entstehen würden.

Leider ist es Frau Roth nicht gelungen, hier wirkliche Experten zu Wort kommen zu lassen, wie z.B. Frau Prof. Dr. Kahl-Niehke, die als internationale Referentin für die so sehr geschätzte deutsche Kieferorthopädie mit herausnehmbaren Zahnspangen gefragt ist. Nein, um Ausgewogenheit hat sich die Moderatorin leider nicht bemüht. Das hätte sie aber tun müssen.

Min 03:19-03:39

„Tobias hatte noch 12 Milchzähne, als er damals die lose Zahnspange bekommen hatte.“ Dies ist aus Therapiesicht sinnvoll und sehr fürsorglich, entspricht aber nicht den deutschen Kassenrichtlinien KIG, denn erst beim Einsetzen der zweiten Wechselgebissphase darf die gesetzliche Krankenkasse bezahlen. Demnach müsste die erste KFO-Behandlung von den Eltern komplett selbst bezahlt werden.

Über den Unsinn bzw. Mangel des KIG-Systems, welches die gesetzlich zur Verfügung stehenden Ressourcen regelt, eine Reportage zu machen, wäre viel sinnvoller, als hier einzelnen, einseitig behandelnden Kieferorthopäden, die laut eigener Aussage ja nur schiefe Zähne gerade machen und den Namen „Kieferorthopäde“ eigentlich zu Unrecht tragen, eine große Bühne zur Verfügung zu stellen.

Wo ist Ihr gesellschaftlicher und ethischer Ansatz, wenn Sie mit solch einem Beitrag in der Bevölkerung aufgrund falscher Tatsachenbehauptungen nur Unsicherheit und Misstrauen streuen und letztendlich mit Ihrem Beitrag, statt aufzuklären, dafür sorgen, dass den behandlungsbedürftigen Kindern ein nicht wieder gut zu machender Schaden entsteht!? Mit den Grundsätzen eines „Öffentlich-Rechtlichen Rundfunks“ ist dies dann nicht mehr vereinbar.

Kampmann stellt fest, dass im Wechselgebiss nicht alle Zähne gerade stehen, das sei so normal. Aber hierum ging es bei Tobias gar nicht. Er hatte nach vorne abstehende Zähne (=erhöhte Verletzungsgefahr bei Sturz) einen zu schmalen Kiefer mit Tiefbiss und erheblichem Rückbiss, welcher wiederum ein Atemproblem darstellt. Die Mutter hatte es wohl richtig erkannt, dass hier etwas nicht gestimmt hatte.

Madsen kein Kiefer-Ortho-Päde?

Min 03.39-03.41

Hier outet sich Kollege Madsen. Eigentlich ist er ja kein Kieferorthopäde und möchte auch nicht orthopädisch behandeln, sondern nur die schiefen Zähne begradigen. Also ein Berufsbild, welches die Orthopädie außen vor lässt, dafür aber gerne Zähne ziehen in Kauf nimmt, wie in seiner unordentlichen Modellbox mit Patientennamen zu sehen war. Aber hat Madsen hier wirklich Zähne begradigt? Schauen Sie sich den Film mal genau an!

Tobias hatte beim Bracketkleben in der Szene in Min. 03:54 noch gerade Zähne (Abb. 7). Etwas später jedoch, wie er in der Anfangsszene des Beitrags mit fester Zahnspange in Min 00:00-00:16 zu sehen ist, sind die Zähne jedoch auf einmal ganz schief (Abb. 8)! Die Frontzähne stehen nun lückig zueinander und der obere rechte Schneidezahn ist nach außen (distal) weggekippt! Was ist passiert?

Min 03:38- 04:00

Frau Roth macht eine unhaltbare Falschaussage und bekräftigt damit noch den nachfolgenden von ihr selbst dokumentierten Behandlungsfehler des Hr. Madsen. Hier wird Journalismus zum Mittäter unnötiger, nicht

indizierter KFO-Leistungen! Sie sagt: „Nun ist Tobias 15 und seine mittlerweile bleibenden Zähne alles andere als gerade.“ Dass er 15 Jahre alt ist, mag wohl stimmen, aber auf dem Bildausschnitt in Min 03.56 ist ein Wechselgebiss zu sehen, in dem die bleibenden oberen Eckzähne noch nicht herausgewachsen sind, also ein viel zu früher Behandlungsbeginn, denn durch das Fehlen der oberen 3er (Eckzähne) ist die eigentliche Dauer der Behandlung mit festsitzender Zahnspange überhaupt nicht einzuschätzen (Abb. 7).

Warum nicht warten, bis alle Zähne da sind, so wie es Madsen fortwährend propagiert. Warum geht er bei Tobias anders vor? Ist es der Anspruch, den Patienten schnell an die Praxis binden zu wollen, oder drückt hier die Geldgier eines Behandlers? Wir wissen es nicht.

Fest steht allerdings, dass in keinem der gezeigten Ausschnitte beim Befestigen der festen Zahnspange irgend ein Zahn schief, falsch oder nicht achsengerecht

Abb. 7



Beim Bracketkleben noch gerade Zähne

Abb. 8



In der Anfangsszene nach einigen Wochen KFO Therapie bei Dr. Madsen sind die Zähne nicht mehr gerade. Die Frontzähne sind nach distal lückig abgewandert.

steht!!! Warum denn dann behandeln, wenn offensichtlich gar kein Behandlungsbedarf besteht? Macht sich hier ein Kollege strafbar wegen Körperverletzung in einer nicht behandlungsnotwendigen Gebissituation?

Warum wird so etwas auch noch vom Rundfunk unterstützt und dabei auch noch dokumentiert? Im strengen Sinne ist dies doch ein Fall für die Staatsanwaltschaft? (Ein Vergleich der Abb. 7 und Abb. 8, der Zahnsituation des Patienten beim Bekleben in Min 03:56 mit den dann doch schiefen Zähnen einige Wochen später in Abb. 8, als Tobias seine damalige herausnehmbare Spange vorstellt und die von Madsen geklebten Zähne jetzt wirklich schief stehen!)

Min 03:56

Bei genauer Betrachtung des Bildausschnittes in Min 03:56 fällt auf, dass Madsen das Bracket auf den oberen rechten seitlichen Schneidezahn viel zu hoch und viel zu weit nach hinten versetzt geklebt hat. Auch ist die Achsneigung dieses Zahnes eher nach hinten ausgerichtet, was dann zwangsläufig in der Nivellierungsphase zu schiefen Zähnen führen muss! Warum er so früh beginnt, obwohl eine ausreichend große Lücke für den noch nicht durchgebrochenen oberen Eckzahn vorhanden war, ist medizinisch nicht nachvollziehbar. Zumindest führt diese Taktik zu einer unüberschaubar langen Behandlungszeit mit der festen Zahnspange. Dies wiederum begünstigt das Kariesrisiko und das Risiko der Schädigung der Zahnwurzeln. Die hier dargestellten Klebefehler bedingen ein erhöhtes Risiko für sogenannte Wurzelspitzenresorptionen.

In dieser Szene in Abb. 7 sind zwischen den oberen Frontzähnen überhaupt keine Lücken zu sehen, in der Anfangsszene, welche den späteren Verlauf der Madsenschen Behandlung zeigt, sind jedoch ganz deutlichen Lücken zwischen den Zähnen erkennbar. Entweder hat er die Frontzähne nicht in den Griff bekommen und sie sind ihm nach vorne aus dem Knochen herausgewandert, oder sie haben sich in Folge des wohl offensichtlich vorliegenden Klebefehlers zur Seite hin aufgefächert und so den Platz für den Durchbruch des noch im Knochen liegenden Eckzahnes deutlich verengt. Eine medizinisch legitimierte Deutung für diesen Behandlungsverlauf ist kaum zu erbringen.

Halbes Bracketslot erfordert 16fach höhere Präzision!

Aber ein weiteres Detail gibt diese Szene 03:56 her. Ganz offensichtlich hat Madsen besonders kleine Brackets verwendet, wie z.B. die sogenannten SPEED-Brackets. Diese werden meistens mit Zusatzkosten gewinnbringend an die Patienten/Eltern weitergegeben. Die Theorie sagt, je weniger Kontakt die Brackets haben, desto weniger Reibung (Frikktion) kann entstehen und deshalb wären diese besonders kleinen Brackets angeblich so gut.

Dem ist aber leider nicht so. Denn der scheinbare Vorteil weicht zwei entscheidenden Nachteilen: Ein modernes Bracket hat in seiner Basis alle Informationen für die korrekte Platzierung des zu bewegenden Zahnes in allen drei Dimensionen. Wird diese Basis nun um die Hälfte verkleinert, so steigt der damit verbundene mögliche Klebefehler um den Faktor 16!

Das heißt, selbst bei kleinen scheinbar minimalen Abweichungen der Klebeposition zeigt sich nach der Nivellierung ein umso größerer Fehler. Er beträgt rein in der Fläche das Vierfache und in der dritten Dimension folglich das 16-fache. Das heißt, wer so kleine Brackets verwendet, muss eine 16-fach höhere Genauigkeit beim Bracketkleben walten lassen, um sich dann nur gerade mal auf dem Präzisionslevel zu bewegen, welches durch Brackets mit normaler Größe und durchschnittlicher Genauigkeit gegeben ist.

Darüber hinaus ist das Bracketkleben viel schwieriger und selbst mit Lupenbrille kaum kompensierbar. Diese Mikrobrackets geben im weiteren Behandlungsverlauf einen viel zu geringen Kraft-Ansatzpunkt, um den Zahn sicher in die gewollte Richtung zu bewegen. Leider unterliegen immer wieder einige kieferorthopädische Kollegen diesem „Irrglauben“, dass kleinere Brackets irgendwelche Vorteile in der Therapie hätten.

Diese Brackettypen kosten wesentlich mehr Geld, sie bieten aber weder dem Behandler noch dem Patienten einen realen Vorteil. Insofern ist Ihr Beitrag eine gute Dokumentation dieses Trugschlusses, welcher ganz zum Schaden für den von Ihnen gezeigten Patienten ist.

Das Madsensche Fehlurteil vom Behandlungserfolg seines Vorgängers

Min 04:00-04:40

Madsen gibt seine Expertise zur Vorbehandlung. Er hält ein Abschlussmodell des Vorbehandlers in der Hand und vergleicht es mit dem Fernröntgenseitenbild vor dem initialen Behandlungsbeginn. Im Abschlussmodell ist ein komplett neutrales Gebiss mit normalem frontalen Überbiss von ca. 2 mm zu sehen (Abb. 9).

Die minimale Rücklageverzahnung im Seitenzahnbereich ergibt sich daraus, dass hier ein Gebiss vorliegt, bei dem noch alle 12 Milchzähne vorhanden sind und die zweite Wechselgebissphase noch nicht begonnen hatte.

Ein ausgebildeter Fachzahnarzt für Kieferorthopädie müsste eigentlich wissen, dass diese Verzahnung exakt der Norm entspricht, denn die unteren letzten Milchmolaren sind immer 2-3 mm länger als die oberen, was zu dieser von Madsen beschriebenen minimalen Rücklageverzahnung im Seitenzahnbereich führt. Dieser Platzüberschuss heißt im Fachjargon Leeway-Space und müsste dem in der englischen Sprache versierten Kollegen Madsen bekannt sein.

Der von Madsen erkannte leichte Rückbiss der ersten Molaren ist in dieser Gebissphase ganz und gar physiologisch und nur dem oben beschriebenen Leeway Space geschuldet. Die Kieferrelation stellt sich entgegen dem Anfangsbefund hier in eindeutiger Neutralrelation dar!

Abb. 9



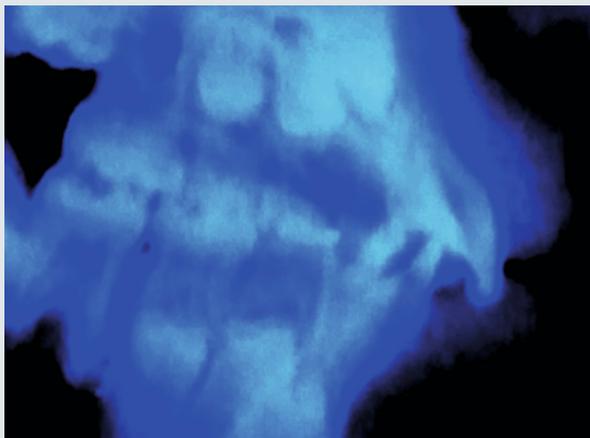
Abschlussmodell alio loco, vor der Behandlung bei Madsen

Dann schwenkt die Kamera auf das Fernröntgenseitenbild (FRS) vor Beginn der Behandlung (Abb. 3, Ausschnitt oben rechts, unten in Abb. 9a noch einmal vergrößert dargestellt). Dort ist eine vergrößerte sagittale Stufe von über 8 mm zu sehen und die seitlichen Molaren stehen hier im Vergleich zum Modell auch mindestens 6 mm zu weit in Rücklage. Daraus lässt sich ein deutlicher Behandlungserfolg der vorher ausgeprägten Unterkieferrücklage erkennen.

Auch ist im FRS die zu tiefe, flache Zungenlage (welches das Zungengitter in der Erstbehandlung erforderlich) eindeutig zu erkennen. Da der Zungengrund so weit nach vorne geschoben ist und dahinter sich ein Schatten andeutet, ist davon auszugehen, dass bei diesem Patienten vergrößerte Tonsillen vorgelegen haben, welche die Zungendyskinesie begünstigten.

Der Mundschluss stellt sich im FRS sehr angespannt dar. Dies lässt auf eine unphysiologische Mundatmung und sehr wahrscheinlich auf eine Behinderung der pharyngealen Atemwege schließen. Zusammen sind das sehr triftige Gründe, so einen Patienten mit funktionskieferorthopädischen Geräten, welche das Wachstum des Unterkiefers stimulieren, zu behandeln. Atemstörungen sind essentiell. Sie führen zu körperlich-geistigen Entwicklungshemmungen, schlechtem Schlaf und auch zu Gebissfehlentwicklungen wie dem Kreuzbiss. Für einen gewissenhaften Mediziner gibt es hier keinen Grund, mit der Behandlung noch zu warten, ganz gleich, ob dies von der GKV bezahlt wird oder nicht!

Abb. 9a



Vergrößerter FRS-Ausschnitt mit deutlich sagittaler Stufe vor der ersten KFO-Therapie

Aber Madsen erkennt diese Befunde nicht und er sieht diesen enormen Unterschied von über 6 mm nicht, oder will ihn erst gar nicht sehen. Er muss ja bei der Mutter den Eindruck hinterlassen, dass nur seine Therapie die richtige ist und dies heißt, Zähne begradigen. Aber gerade das macht er ja nicht! Sondern die vormals geraden Zähne werden durch seine Therapie erst einmal verrückt und schief gestellt.

Liebe Intendanten des ARD/NDR, glauben Sie mir, diese Darstellungen wirken auf einen Fachmann geradezu grotesk, denn sie sind rundum mit Fehlern behaftet und zeigen eine nachweislich völlig unnötige Fehlbehandlung eines sich in der Presse eloquent aufspielenden, nur sich selbstgerechten Kollegen. Das hat wirklich nichts mit Aufklärung zu tun, sondern ist eine ganz schlechte Fehlinformation für die Bevölkerung, für die Sie letztendlich die Verantwortung tragen.

Danach rechnet Madsen Millimeter in Euro um. Statt der vorliegenden über 6 mm großen Diskrepanz sieht er nur einen einzigen mm. (Vergleiche hierzu die schon oben erwähnte Europastudie von Kosten und Effektivität, in der Deutschland recht gut abgeschnitten hat.) Nun rechnet er die finanziellen Eigenleistungen der Eltern entgegen. Er verkennt dabei, dass selbst diese Vorbehandlung komplett von den Eltern hätte selbst bezahlt werden müssen, da eine Kostenübernahme der GKV den Beginn der zweiten Wechselgebissphase voraussetzt. Dieser Gebissentwicklungsstand ist jedoch noch nicht erreicht. Weder zu Beginn, noch zum Ende der Erstbehandlung liegt die zweite Wechselgebissphase vor.

Ganze 2-3 Jahre intensiver Betreuung und Motivation durch den vorangegangenen Behandler werden von Madsen ins schlechte Licht gerückt. Angesichts dieser falschen Darstellung bekommt die Mutter einen Schock! Madsen unterliegt einer kompletten Fehlinterpretation, stellt den gut arbeitenden Vorbehandler ins schlechte Licht und schockiert mit seiner ganz offensichtlichen und von Ihnen nachweislich dokumentierten Falschdarstellung noch die Mutter des Patienten. Diese unschöne Art der suggestiven Manipulation mit dem Erzeugen eines schlechten Gewissens und der Unterstützung einer auf Sensationsjournalismus erpichten Redakteurin hat nichts mehr mit gutem und

aufklärendem Journalismus zu tun. Es werden strafrechtlich belangbare Vorgehensweisen propagiert und gleichsam von Ihnen dokumentiert.

Min 04:40-04:46

Die Mutter des Patienten gibt zu, dass sie die Behandlungsbedürftigkeit ihres Sohnes überhaupt nicht einschätzen kann. Jetzt ist sie dem Irrglauben des Herrn Madsen unterlegen und ausgeliefert. Schade!

Die profitorientierte „Abzocke“, bei den deutschen Kieferorthopäden oder bei Madsen?

Min 04:46-05:11

Kollege Madsen definiert nun wieder Standards, nämlich die deutschen Kieferorthopäden würden immer nur 4 Jahre behandeln, weil sie erst dann dafür das entsprechende Geld bekämen. Das zu behaupten ist Unwissenheit und zeigt wiederum, wie wenig sich Madsen in der KFO auskennt.

Orthopädie braucht viel Zeit und auch Kieferorthopädie braucht viel Zeit, bisweilen auch bis zu 6 Jahre für eine gute wachstumsbegleitende Behandlung. In der Privatgebührenordnung kann man innerhalb des ersten Jahres alle seine Grundpositionen abrechnen. Warum sollte man dann auch noch ganze vier Jahre weiter behandeln? In der GKV ist das letzte Jahr ohne die Grundgebühren quasi kostenlos zu erbringen.

Warum sollte man dann noch vier Jahre behandeln, wenn man dafür dann kein weiteres Geld mehr bekommt, etwa so, wie es Madsen mit seiner verkürzten Behandlung macht? Deshalb fällt mir leider nichts anderes ein, als diese Aussage des Herrn Madsen als absoluten Unsinn zu bezeichnen!

Fest steht allerdings, dass Madsen mit seiner auf maximal 2 Jahre abgestellten Behandlungszeit mit festen Zahnspangen und wohl verkürzter Retentionszeit in der kürzestmöglichen Zeit den größtmöglichen Umsatz kreierte, und weil es ihm nicht passt, die mühselige orthopädische Arbeit mit den herausnehmbaren Apparaturen einfach weglässt.

Gleichsam beschimpft er diesbezüglich seine Kollegen. Das ist nicht nur unfair, sondern ethisch und moralisch nicht vertretbar. Die Abzocke, die er den deutschen Kollegen so sehr unterstellt, wird alleinig und geradewegs selbst von ihm in seiner eigenen Praxis umgesetzt.

Min 05:11-05:14

Madsen unterstellt deutschen Kieferorthopäden pauschal eine befundunabhängige Behandlung, also im eigentlichen Sinne eine Straftat. Dabei haben Sie selbst bis zu diesem Punkt in vortrefflicher Weise dokumentiert, dass dies eben nur auf den eloquent agierenden Herrn Madsen zutrifft.

Min 05:14-05:25

Madsen stellt wieder neue Maßstäbe auf. Eine KFO dauert bei ihm im allgemeinen 18 Monate. Ja, es stimmt, eine orthodontische Behandlung mit festen Zahnspangen kann schon mal so lange dauern. In unserer Praxis dauert eine orthodontische Behandlung im Durchschnitt nur 9-15 Monate. Eine Kiefer-Orthopädische Behandlung dauert jedoch in der Regel mindestens 2-3 Jahre. Aber hier scheint der Kollege Madsen wohl nur sehr wenig Erfahrung zu haben; sie ist ja auch in diesem Sinne überhaupt nicht lukrativ.

Min 05:25-05:56

Frau H. gibt zu verstehen, dass die gesamte Erstbehandlung im Grunde von der GKV bezahlt wurde. Dies entspricht nicht den gesetzlichen Bestimmungen, auch wenn es zu wünschen wäre, aber Tobias hatte bis zum Abschluss der Erstbehandlung die zweite Wechselgebissphase noch nicht erreicht. Diese ist jedoch für den Beginn einer Kassenbehandlung vorgeschrieben. Eigentlich hätte sie ihrem Vorbehandler dafür sehr dankbar sein müssen, denn dadurch sind ihr Kosten von ca. 1.500 € erspart geblieben und es hat dem Kind sicher sehr geholfen, dass es aus seiner Atemobstruktion befreit wurde. Stattdessen wird über den zahnmedizinischen Status Quo und die damit verbundenen Nebenkosten, welche die GKV nicht zu übernehmen bereit ist, diskutiert.

Wer nichts untersucht, der findet auch nichts!**Min 05:57-06:05**

Nun kommt auch noch ein „Kritiker“ zu Wort, dem ich unterstellen möchte, dass er von dem, was er da sagt, überhaupt keine Ahnung oder sich diesbezüglich in keinster Weise fortgebildet hat. Sowohl die DGKFO als auch die DGZMK und die Deutsche Gesellschaft für Funktionsanalyse haben schon 2001 in offiziellen Mitteilungen den Standard zur Untersuchung von möglichen Kiefergelenksfehlfunktionen festgelegt. Dort ist ganz eindeutig beschrieben, dass vor jeder Therapie, die in dieses System eingreift, so eine Untersuchung zwingend zu erfolgen hat! Selbstverständlich gehören dazu auch die gebissverändernden Kiefer-Ortho-Pädischen Maßnahmen.

Es gibt hierzu genügend wissenschaftliche Untersuchungen, dass selbst bei Kindern im Zahnspangentalter bei mehr als 50% dieser Patienten pathologische Befunde zur Kieferfehlfunktion vorliegen.

Wenn man allerdings diese Untersuchungen erst gar nicht macht oder auch nicht beherrscht, dann kann man diese pathologischen Befunde auch nicht erheben! Wenn ich nichts untersuche, finde ich auch nichts, das ist logisch, Herr Kampmann!

Ein Unterlassen dieser Voruntersuchungen hat mittlerweile in mehreren Gerichtsprozessen zu einer Verurteilung und zu Regressforderungen gegen den Behandler geführt. Insofern sind diese, den medizinischen Fortschritt negierenden und die medizinische Fürsorge des jugendlichen Patienten unterlassenden Äußerungen des Herrn Kollegen Kampmann in keiner Weise zeitgemäß und widersprechen den hierzu erlassenen medizinischen Leitlinien.

Auch hier hätte dringend eine entsprechende Recherche von der Redakteurin erfolgen müssen. Schlichtweg gegen medizinische Leitlinien zu argumentieren, ohne sich über die Zusammenhänge gewahr zu sein, ist mit gewissenhaftem Journalismus nicht vereinbar.

Min 6:05-06:17

Nun unterstellt Madsen, dass Tobias ein funktionsgesundes Gebiss gehabt hätte, ohne ihn wohl je daraufhin untersucht zu haben. Erfahrungsgemäß haben derartige Rückbisse regelmäßig zum Teil erhebliche Funktionsbefunde vorzuweisen, mitunter sogar Diskusverlagerungen.

Woher sollte man so etwas wissen, wenn man die hierfür dringend erforderlichen manuellen funktionsanalytischen Leistungen (MFA/FD), wie sie schon seit über 20 Jahren medizinischer Standard sind, nicht erbringt. Wenn ich keine Blutwerte bestimme, kann ich auch nicht feststellen, ob die Leber oder die Nieren krank oder gesund sind. Diese mittlerweile vorgeschriebenen Leistungen einfach zu unterlassen und dann zu behaupten, dass keine medizinischen Befunde vorgelegen hätten, grenzt an reine Blasphemie. Wie würden Sie selbst so einem Arzt gegenüber stehen, der einfach behauptet, dass sie nichts haben, gesund sind, und das, ohne Sie je untersucht zu haben.

Madsen scheut sich nicht, Kollegen, die ihren Beruf gewissenhaft und nach den vorgeschriebenen Regeln der ärztlichen Kunst ausüben, als solche zu bezeichnen, die sich einer „Cash-Cow“ bedienen.

Es ist nicht nachvollziehbar, mit welchem monetärem Neid Madsen gegen einen ganzen Berufsstand wettet, ihn verunglimpft und verpönt. Aber er hat scheinbar die Presse auf seiner Seite, um seine zwei Praxen dann mit gutgläubigen Patienten wie Frau H. zu füllen. So ein Unrechtsverhalten sollte besser nicht von einer öffentlich-rechtlichen Anstalt unterstützt werden.

Madsens Arbeitsweise ist kein Spiegel der deutschen Kieferorthopädie**Min 06:20**

Frau Roth kommt zu der Erkenntnis, dass Tobias wohl nur noch einmal eine Zahnspange tragen muss und diesmal eine festsitzende. Ob sie sich da so sicher sein kann, ist angesichts der dort gezeigten Szenen fraglich.

Von einem ziemlich chaotisch und unaufgeräumten Behandlungstray, bei dem der das Phosphorsäuregel oder den Kleber applizierende Pinsel die Zangenbranchen und Zangengriffe genau der Zangen berührt, die darauffolgend zum Einsetzen des Drahtbogens benutzt werden (dieses chaotische Vorgehen des Herrn Madsen birgt eine nicht gerade geringe Verletzungsgefahr für den Patienten, denn seine empfindlichen Schleimhäute könnten dadurch versehentlich verätzt werden) schwenkt die Kamera nun in den Mund des Patienten (Abb. 10).

Weitere Details dieser Sequenz entsprechen nicht den üblichen Sicherheits- und Hygienestandards deutscher Kieferorthopäden. So liegen die schon benutzten und mit Speichel getränkten Watterollen quer über das Tray verteilt und kontaminieren die Branchen des Nadelhalters. Diese gehören in eine separat gehaltene Schale und nicht quer über das Behandlungstray verteilt.

Die schon am Patienten verwendeten Speichelabsauggeräte sind direkt nach der Verwendung in einem entsprechenden Desinfektionsbad aufzubewahren,

um eine Keimausweitung in der Praxis zu verhindern. Bei so einer Arbeitsweise nutzen dann auch die Gummihandschuhe nicht mehr viel, ganz im Gegenteil, dadurch wägt sich der Behandler in einer falschen Sicherheit. Er spürt nun nicht mehr an der eigenen Hand die Feuchtigkeit der mit Speichel kontaminierten Zangenbranchen und verteilt mit jedem Arbeitsschritt diesen in der Praxis, insbesondere wenn er dann noch weitere Instrumente selbst aus den Schubladen holt, oder Karteikarteneintragungen anfertigt.

Die Polymerisierungslampe ist deutlich sichtbar verschmutzt. Der Scaler zum nachrücken der Brackets liegt mit seinem scharfen, spitzen Ende direkt unter der Zange, die Madsen darauffolgend zum Einsetzen des Bogens benötigt. Beim Ergreifen der Zangenbranchen besteht deshalb für den Behandler selbst eine erhöhte Verletzungsgefahr. Dabei bieten die verwendeten Latexhandschuhe keinen hinreichenden Schutz, man bleibt sogar noch eher mit dem scharfen Instrument an diesen hängen oder merkt eventuell nicht, dass das eigene Blut der Verletzung nachfolgend mit dem Mund des Patienten in Kontakt kommt.

Abb. 10



Das völlig chaotische Behandlungstray, welches durchaus die Gefahr einer Verletzung der Mundschleimhäute Vorschub leistet

Die von Madsen verwendeten Erstlingsbögen sind nicht individualisiert. Das heißt, dass dann relativ hohe Kräfte auf die Zähne wirken und der Patient deshalb einen um so höheren initialen Schmerz ertragen muss.

Gleichzeitig steigt die Gefahr der Wurzelresorption und des Verankerungsverlustes des vorangegangenen Therapieerfolges. Es ist auch nicht ratsam, diese Bögen auf das Behandlungstray zu legen, denn allzuleicht tritt dann eine Verwechslungsgefahr auf, bei der der zu schmale untere Drahtbogen mit dem etwas breiteren oberen Bogen vertauscht werden könnte. Deshalb ist es stets besser, sich unter Kontrolle der Assistenz diesen direkt anreichen zu lassen.

Ein derartiges „Bild“ ist mir bisher in keiner Praxis meiner Kollegen zu Gesicht gekommen. Es entspricht in keinsten Weise den kieferorthopädisch allgemein üblichen Sicherheitsstandards und lässt vermuten, dass in dieser Praxis die strengen Hygiene- und Unfallverhütungsvorschriften, wenn überhaupt, dann nur unzureichend, eingehalten werden. Eine Überprüfung durch das örtliche Gesundheitsamt halte ich angesichts dieses Abbildes der Arbeitsweise des Kollegen Madsen für geboten.

Für einen Profi ist unschwer zu erkennen, dass die Brackets nicht gerade, sprich orthoaxial geklebt wurden, denn der zweite untere linke Schneidezahn ist im Verhältnis zum ersten zu weit unten befestigt, er steht der marginalen Gingiva zu nahe. An dem daneben stehende Eckzahn ist das Bracket zu weit oben und rotiert befestigt. Das hat zur Folge, dass seine Wurzel zu weit nach hinten in den Zahnbogen gedrückt wird (Abb. 11).

Die Prämolaren auf der gegenüberliegenden Seite (Zähne 44,45) sind noch nicht richtig durchgebrochen. Das heißt, auch deshalb ist die feste Zahnspange viel zu früh in den Mund integriert worden. Um möglichst schnell noch zum Ziel zu kommen und möglichst viele Brackets auf einmal zu kleben, hat Madsen dann noch einen Aufbiss auf die in neutraler Okklusion stehenden hinteren Molaren geklebt. So etwas führt zu einer fortlaufenden Intrusion dieser Seitenzähne und zu erheblichen Kau-Fehlbelastungen während der Behandlung. Dieses Vorgehen kann sogar von Madsen abgerechnet werden, genauso, wie das Verwenden der winzigen

Brackets. Dieses Foto ist ein Hinweis, dass Madsen noch einen erheblichen Fortbildungsbedarf in punkto Funktionsdiagnostik und -therapie hat, denn diese Vorgehensweise ist potentiell schädigend für das Kiefergelenk.

Min 06:22

Frau Roth folgert nun, dass sich Tobias die erste Behandlungsphase mit der deutlichen Verbesserung der Atemwege hätte ersparen können. Aus der Sicht eines Experten eine fatale Behauptung! Dafür sieht man nochmals das Gebiss des getäuschten Patienten Tobias, der jetzt noch ganz gerade Zähne (im Vergleich Abb. 6 mit Abb. 7) mit klar ausreichendem Platz für den noch nicht durchgebrochenen Eckzahn aufzuweisen hat, es aber unschwer auffällt, dass auch das Bracket am oberen rechten Schneidezahn viel zu hoch und falsch platziert ist, was in der Folge, wie zu Beginn des Berichtes zu sehen ist, zu einer lückigen Abwanderung der jetzt noch gerade stehenden Frontzähne führen wird (Abb. 7).

Conclusio und Bitte:

Sehr geehrtes ARD/NDR-Team. Über die vielen Jahre als Konsument Ihrer Rundfunkanstalten weiß ich Ihr manchmal betont kritisches, jedoch stets faires Verhalten im Umgang mit Brennpunktthemen sehr zu schätzen und möchte hieran auch in keiner Weise mit Kritik rütteln.

Abb. 11



Falsche Position der Brackets

Mit meinen ausführlichen Erläuterungen und Recherchen zur Kostenentwicklung in der Kieferorthopädie und zum „Internationalen Vergleich“ - soweit dieser überhaupt angebracht bzw. möglich ist - wird recht eindeutig ersichtlich, dass Zahnspangen in fast aller Munde sind, dies jedoch weder finanz- noch gesellschaftspolitisch in irgend einer Weise ein Thema mit entsprechender Brisanz darstellt. Vielleicht hat aus diesem Grunde die Redakteurin Tina Roth sich so sehr bemühen müssen, hier ein Zerrbild aufzuzeigen, welches der Realität überhaupt nicht entspricht.

Von den Kommentaren im Netz kann ich nur weitgehend entnehmen, dass dieser Beitrag überhaupt nicht gut angekommen ist, denn die Patienten vertrauen da doch lieber Ihrem Kieferorthopäden als einer reißerischen Presse. Ganz im Gegenteil, es wäre sicherlich einen Beitrag wert, der betont, wie günstig und wie gut die deutsche Kieferorthopädie im internationalen Vergleich ist und mit welch enormen Erfolgen für die Gebisszukunft der jungen Patienten hier berichtet werden kann. Kieferorthopädie ist eine der besten prophylaktischen Maßnahmen für die Gesunderhaltung eines heranwachsenden Menschen.

Der Beitrag von Frau Roth entspricht leider nicht den Tatsachen. Es werden Einzelmeinungen von nicht haltbarer Tragweite einzelner stets eloquent nörgelnder Kollegen in den Raum gestellt. Diesen wird gleichzeitig ein unverantwortlich großer persönlicher Werbeauftritt ermöglicht, in dem sie ihre Sondermeinung sehr gewinnbringend und auch noch zum Schaden der Patienten vermarkten. Dies stellt in gewisser Weise ein Gestaltungsmissbrauch der von Ihnen zu verwaltenden öffentlichen Mittel dar. Es wurde von Reporter-Seite weder das Gebot der ausführlichen Recherche noch das Gebot der Ausgewogenheit beachtet.

Die Regeln des deutschen Presscodexes finden sich in dem Bericht an keiner Stelle wieder. Ungeprüft wurden mehrmals Einzelmeinungen von der Moderatorin Tina Roth als Tatsachenbehauptungen zitiert. Damit trägt sie im Namen der öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten ganz erheblich zur Desinformation der Bevölkerung bei, wie wir es ansonsten nur von privaten Sendern oder dem Springer-Konzern kennen (siehe letzter Stern-Artikel hierzu).

Nicht nur, dass sie hier mit verallgemeinernden Fehlinformationen um sich wirft, nein, hierdurch können in Folge der Verunsicherung der Eltern den Kindern erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen und Schäden zugefügt werden! Letztendlich stellt dieser Beitrag ein sehr komplexes und nur mit sehr hohem Aufwand zu erlernendes Berufsbild in ein falsches und ungebührliches Licht und macht es zum Opfer wie bei einem reißerischen falsch dokumentierten Presseartikel.

Im weiteren Sinne dokumentiert dieser „Report“ in beweiskräftiger Art mehrere Hinweise von straffähigem Verhalten wie:

1. Veruntreuung von Geldern der Gesetzlichen Krankenkassen (Behandlung eines Patienten unter Missachtung der KIG-Richtlinien).
2. Missachtung der in der Medizin strengen Vorschriften des Datenschutzes und der persönlichen Integrität der noch nicht selbst über sich bestimmen könnenden minderjährigen Patienten.
3. Etliche falsche Tatsachenbehauptungen (aufgrund mangelnder Recherche).
4. Verleumdung und üble Nachrede: „Cash-Cow“
5. Falsche Aufklärung und Betrug.
6. Unterlassene Hilfeleistung bei dringend gebotem Behandlungsbedarf (kleine Patientin muss zum Logopäden).
7. Unterlassung notwendiger und gemäß Leitlinien vorgeschriebener Voruntersuchungen (keine MFA/FD des Kiefergelenkes).
8. Missachtung der Hygienevorschriften und dadurch vermeidbare Gefährdung des Patienten (Kontrolle durch das örtliche Gesundheitsamt und des Gewerbeaufsichtsamtes ist geboten).
9. Vorsätzliche Körperverletzung unter der Vortäuschung eines angeblichen medizinischen Behandlungsbedarfs (Hinzuschalten des Landespatientenbeauftragten / Staatsanwaltschaft ist geboten).

10. Behandlung entgegen der medizinischen Kunst, nicht Lege-Artis-Therapie (falsche Bracketpositionierung insbesondere der Frontzähne im Oberkiefer).

Aus all diesen dargestellten Gründen bitte ich Sie, diesen Report in keinem öffentlich-rechtlichen Medium nochmals zu senden oder an Dritte weiterzuleiten und mit sofortiger Wirkung von Ihrer Internetplattform zu löschen.

Auch bitte ich Sie, diesbezüglich Herrn Madsen keinen weiteren Werbeauftritt zur Füllung seiner Praxis mit lukrativen, verkürzten und unvollständigen Behandlungen zu geben.

Eine Weiterleitung dieses Vorfalles und Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft sowie die zuständige Landes Zahnärztekammer, Gesundheitsamt, Gewerbeaufsichtsamt und Patientenschutzbeauftragten halte ich in diesem Falle für dringend geboten.

Ich bitte um Ihre zeitnahe Stellungnahme und Entfernung dieses „Reportes“, zumal dieser Brief aufgrund der Brisanz des Vorfalles in der Fachpresse ein entsprechende Echo finden wird. Sollten sich noch weitere Fragen ergeben, so stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Vielen Dank und mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. dent. Gerhard Polzar (KKU)
(Vorstandssprecher der KFO-IG, zweitgrößte Berufsvereinigung deutscher Kieferorthopäden)



Abb. Autor: Prof. Dr. Gerhard Polzar KKU, Büdingen; Studium der ZHK in Gießen, 1990-93 Weiterbildung KFO u.a. AfZ in Karlsruhe, 1994 Niederlassung in eigener KFO-Praxis in Büdingen; 2006 Gastprofessur in Sevilla und Khon-Kaen (Thailand), 2008 Ernennung zum Prof. in Orthodontics; seit 2008 vis. assoc. Prof. an der

Mahidol-University Bangkok (Thailand).