

# Ist uns das Symptom wichtiger als die Ursache?

## Eine kritische Betrachtung zur Geschichte der Prävention

**Die zahnmedizinische Prävention ist das zentrale Thema des 60. Bayerischen Zahnärztertages. Im folgenden Beitrag blickt Prof. Dr. Christoph Benz auf ihre Entstehungsgeschichte zurück.**

Die Zahnmedizin ist eine Disziplin mit historischem Interesse. Viele Veröffentlichungen beschreiben die Entwicklung nahezu aller wichtigen Aspekte, eine erstaunliche Ausnahme bildet aber die Prävention. In diesem Bereich findet sich meist nur anekdotisches Wissen: Ägyptische Ärzte mischten vor 4000 Jahren die erste Zahnpaste und ein Zahnarzt aus New Orleans erfand vor 150 Jahren den Vorläufer der Zahnseide. Gerade für die neuere Zeit stiften solche Einzelfälle eigentlich nur Verwirrung. Jedes Land hat seine eigenen Helden, alles kennt mehrere Mütter und Väter und große Linien scheinen zu fehlen. Verlassen wir deshalb das Anekdotische und begeben wir uns auf die Suche nach zentralen Ankerpunkten.

### Ein Revolutionär ohne Revolution

Ein Ankerpunkt ist ohne Zweifel das Jahr 1889, als Willoughby Dayton Miller in Berlin alle Spekulationen über die Ursachen der Karies beenden konnte. Seine chemoparasitäre Theorie degradierte die Karies bereits vor 130 Jahren zum bloßen Symptom einer Erkrankung mit scheinbar banaler Ursache: „A clean tooth never decays.“ Eigentlich hätte man erwarten müssen, dass sich die praktische und wissenschaftliche Zahnmedizin begierig auf den neuen Ansatz stürzen und mögliche Umsetzungskonzepte diskutieren würde. Doch weit gefehlt! Miller selbst erweckte überhaupt nicht den Anschein,



Willoughby Dayton Miller (1853 bis 1907)  
degradierte Karies zum Krankheitssymptom.

als ob ihm bewusst gewesen wäre, am Beginn eines – wie man heute zu sagen pflegt – „disruptiven Prozesses“ zu stehen. Ausreichende Mundpflege verhindert Karies – richtig, aber das beschreibt er 1889 derart beiläufig, dass es dafür nur eine Erklärung geben kann: Der Zusammenhang von Mundpflege und Mundgesundheit war längst empirisches Wissen der Zahnärzte und sogar der Scharlatane. So stammt die Aussage „A clean tooth never decays“ auch aus Zeiten vor Miller. Zugeschrieben wird sie Diocletian Lewis (1823 bis 1886), einem schillernden und illegal arbeitenden Zahnbehandler.

Miller hätte sich mit seinem wissenschaftlichen Gewicht an die Spitze einer neuen, präventiven Zahnmedizin stellen können. Genau das tat er aber nicht. In seinem „Lehrbuch der Conservierenden Zahnheilkunde“, das 1896 dem bahnbre-

chenden Werk folgte, beklagte er zwar, dass „die prophylaktische Behandlung (bislang) nicht in ihrer Bedeutung für die Erhaltung der Zähne und der Gesundheit im Allgemeinen ... gewürdigt worden ist“. Das steht aber nicht am Anfang des Buchs, sondern weiter hinten versteckt, nachdem in großer Ausführlichkeit zunächst alle restaurativen Prozesse beschrieben werden.

Warum schenkt Miller seiner eigenen Revolution so wenig Aufmerksamkeit? Eine Begründung scheint er zu geben, wenn er – ebenfalls weiter hinten im Buch – die Zahnreinigung beschreibt: „Die Reinigung der Zähne ist eine Operation, die ... recht vernachlässigt wird, vielleicht deswegen, weil sie erstens eine anstrengende und wenig angenehme ist, zweitens weil die meisten Patienten den Zweck ... gar nicht zu würdigen verstehen.“ Das kommt uns sehr modern vor: „Da muss man viel zu viel erklären, dafür habe ich keine Zeit, außerdem wollen meine Patienten das nicht.“ Unausgesprochen ließe sich ergänzen: „Außerdem machen restaurative Prozesse viel mehr Spaß.“

### Handwerker wollen nicht vorbeugen

Doch wäre es unfair, den Zahnärzten die Hauptschuld dafür zu geben, dass die präventive Revolution lange ausblieb. Um 1900 waren die deutschen Zahnärzte nämlich gar nicht Herr im eigenen Haus. Eine kleine – man muss wohl annehmen – absichtsvolle Auslassung in der Gewerbeordnung des Norddeutschen Bundes von 1869 (bis 1872 im Deutschen Reich übernommen) ließ diese Ordnung ausdrücklich nicht für die Heilkunde gelten. Damit war eine Situation entstanden, die aus heutiger Sicht völlig absurd erscheint.

Jeder, der sich dazu berufen fühlte, durfte sich zwar nicht „Zahnarzt“ nennen, aber doch Zähne behandeln. Das muntere Völkchen, das sich hier tummelte – eine Aufstellung aus dem Jahr 1879 nennt Malergehilfen, Buchhändler, Schauspieler, Opersänger und Kaminfeger –, war überwiegend handwerklich geschickt und beanspruchte weniger Geld. Der Abwehrkampf gegen die „Dentisten“, wie sie sich ab 1908 nannten, lähmte die akademische Zahnmedizin bis zum Jahr 1952.

Es erscheint nachvollziehbar, dass man keine präventive Revolution propagieren wollte und konnte, wenn eine zahlenmäßig viel größere Gruppe von Handwerkern die aus Sicht von Patienten und Politik „richtige“, mechanische Zahnmedizin vertrat. Sehr wahrscheinlich hätte ein präventiver Ansatz Patienten in Scharen zu diesen „Zahnkünstlern“, wie sie sich zunächst nannten, getrieben.

Im selben Zusammenhang steht, dass die Zahnmedizin in dieser Zeit um ihre akademische Anerkennung kämpfte. Erst 1909 war das Abitur Studienvoraussetzung. Die Möglichkeit zur Promotion bestand erst ab 1919. Vor diesem Hintergrund ist die Befürchtung, mit scheinbar banalen „Putzkonzepten“ den gerade erst langsam wachsenden Eindruck einer universitätswürdigen Disziplin zu zerstören, durchaus nachvollziehbar.

## Lass das doch die Frauen machen!

Die Kollegen in den USA gingen die Akademisierung wesentlich nassforscher an. Da die medizinischen Colleges keine Zahnärzte ausbilden wollten, gründete man eben eigene. Schließlich dauerte es nur wenige Jahre, bis die Mediziner doch Zahnärzte ausbildeten. Weil die Amerikaner sich nicht im Kompetenz- und Akademisierungstreit verzettelten, hätten sie mehr Zeit für Millers Revolution haben können. Oder doch nicht?

Der Zahnarzt Alfred Civilion Fones, der uns eher von einer weniger verbreiteten Zahnputztechnik bekannt ist, schloss 1890 sein Studium am „New York College of Dentistry“ ab. Er wunderte und ärgerte

sich darüber, dass Millers gerade publizierten Ergebnisse niemanden zu interessieren schienen. Schon 1901 hatte Fones in seiner Praxis ein aus dem Stand erfolgreiches Prophylaxekonzept etabliert, merkte aber gleich, wie viel Arbeit damit verbunden war.

Durch seine rege Referententätigkeit – auch an seiner Alma mater – wurde ihm bewusst, dass sich weder die Hochschule noch die Zahnärzte für den neuen Ansatz begeistern ließen. Wer konnte ihm also helfen? Warum sollten das nicht „lay women“ (Laienfrauen) tun? Gesagt, getan. 1906 bildete Fones seine Cousine Irene Newman aus, erfand 1911 den Titel „Dental Hygienist“ und sammelte so lange Geld, bis er 1913 in einer Garage hinter seiner Praxis in Bridgeport die erste „School of Dental Hygiene“ gründen konnte. Erstaunlicherweise waren gleich viele renommierte Hochschullehrer verschiedener Colleges bereit, unentgeltlich ein Garagenprojekt zu unterstützen, das gleich mit 33 Teilnehmerinnen startete. Offensichtlich war vielen die große Bedeutung der Prävention klar, gleichzeitig schien man aber auch dankbar gewesen zu sein, dass Fones die Universitäten von einer intensiveren Beschäftigung mit dem Thema entlastete. Zudem passte es zum Geist einer Zeit, in der Zahnärzte überwiegend männlich waren, Frauen mit niederen „Putzdiensten“ zu betrauen. So pragmatisch Fones' Ansatz gewesen sein mag, so führte er die amerikanische Zahnmedizin doch in eine Spaltung zwischen Restauration und Prävention, die bis heute anhält und einer modernen Zahnmedizin inzwischen völlig entgegensteht.

## Jugendzahnmedizin als „Käseglocke“

In Deutschland war das Interesse, der Prävention breiteren Raum in den universitären Curricula einzuräumen, ähnlich groß wie in den USA. Aber auch wir fanden einen Ausweg. Einen Ausweg, der die junge Disziplin zudem in ein besseres Licht rückte: die Schul- und Jugendzahnmedizin. Obwohl es niemals hieß „A young clean tooth never decays“, war es für die Profession und die Gesellschaft völlig



Alfred Civilion Fones (1869 bis 1938) entwickelte in seiner Praxis das erste Prophylaxekonzept.

überzeugend, dass präventive Schulungen im Kindesalter auf eine lebenslange Mundgesundheitsvorbereitung vorbereiten. Ein Leben, in dem man sich nicht mehr so intensiv um Vorbeugung bemühen müsse. Ein großer, vielleicht aber auch ein kalkulierter Irrtum.

Präventionsorientierte Wissenschaftler erkannten endlich ihr Betätigungsfeld. 1902 begründete Ernst Jessen in Straßburg, das damals zu Deutschland gehörte, die erste Schulzahnklinik. Auch die Politik zeigte sich interessiert, und schon 1914 gab es 200 überwiegend kommunale Einrichtungen. Die Zahnärzteschaft war hingegen gespalten. Ein Teil begrüßte das zentralisierte System, die größere Gruppe wünschte jedoch eine freie Zahnarztwahl – nicht zuletzt, um die eigenen und teilweise begrenzten Verdienstmöglichkeiten aufzubessern. Mit der Weltwirtschaftskrise begann der Niedergang der Schulzahnkliniken, bis sie in der Zeit des Nationalsozialismus endgültig nicht mehr in das ideologische Bild passten.

Im Westen gewann nach dem Krieg die freie Zahnarztwahl die Oberhand: kollektive Untersuchung, aber individuelle Behandlung. 1949 wurde dazu der „Deutsche Ausschuss für Jugendzahnpflege“ (DAJ) gegründet, der ab 1963 die Gründung von Landesarbeitsgemeinschaften initiierte. Die deutsche „Käseglocke“ jedoch blieb

noch lange bestehen. Es dauerte bis in die 1980er-Jahre, ehe man endlich Prävention – über die frühen Lebensjahre hinaus – denken wollte.

### Axelsson und Lindhe mischen die Szene auf

„These results indicate, that dental treatment is a highly ineffective means of curing caries and periodontal disease.“ Wenn man eine Publikation mit dieser unerhörten Provokation gegenüber der klassischen Zahnmedizin beginnt, sollte man gute Argumente haben. Die hatten Per Axelsson und Jan Lindhe im Jahr 1978 tatsächlich. Ihnen ist es zu verdanken, dass sie die zu kurz greifende Schlussfolgerung – Prävention ist Jugendzahnmedizin – aufbrachen und Praxis-Prävention bei Erwachsenen anwandten, dass sie die Zielgröße um die Parodontitis erweiterten und dass sie den langen Atem für eine zunächst sechsjährige, am Ende sogar 30-jährige Studiendauer hatten. Von interessierten Kreisen der Krankenkassen wird diese bahnbrechende Untersuchung heute kritisiert. Sie genüge nicht den höchsten Ansprüchen der evidenzbasierten Medizin und die Kontrollgruppe sei nach sechs Jahren aufgegeben worden. Dem ist entgegenzuhalten, dass der Begriff EBM erst 20 Jahre nach Studienbeginn entstand und es ethisch nicht vertretbar gewesen wäre, eine Kontrollgruppe mit schlechten Ergebnissen fortzuführen.

Was Miller 100 Jahre zuvor nicht vermochte, gelang nun. Weitsichtige Pionierpraxen – pars pro toto: Lutz Laurisch, Klaus-Dieter Hellwege, Wolfgang Bockelbrink –



Ernst Jessen (1859 bis 1933) gründete die erste Schulzahnklinik in Deutschland.

griffen das Thema in Deutschland auf und begannen ganz ohne Elfenbeinturm, die Vorurteile ihrer Kollegen zu zerstreuen.

Wer die Zeichen der Zeit immer noch nicht erkennen wollte, erhielt 1989 mit der Ersten Deutschen Mundgesundheitsstudie einen ganz persönlichen Schlag in die Magengrube. Die Ergebnisse waren im internationalen Vergleich derart niederschmetternd, dass es ernst zu nehmende Stimmen gab, sie nicht zu veröffentlichen. Glücklicherweise wurden die Resultate doch veröffentlicht. Die erste Reaktion folgte zwar noch dem alten Reflex und betraf Kinder und Jugendliche (IP-Leistungen), aber schließlich wurde Prävention als lebenslanges Projekt verstanden und auf immer mehr Lebensbereiche ausgedehnt.

### Große Erfolge und neue Gegner

Heute, 130 Jahre nach Miller und 41 Jahre nach Axelsson und Lindhe, steht Deutschland in puncto Mundgesundheit der Bevölkerung an der Weltspitze. Ein Erfolg, zu dem wir nicht auf geradem Weg gekommen sind. Ein Erfolg aber, den wir ganz allein erreicht haben. Das deutsche Modell ist weltweit besonders erfolgreich: Der Patient hat seinen „Personal

Mund-Trainer“, den er ernst nimmt, weil er ihn selbst bezahlt. Schwindeln hilft nicht, weil der Trainer sofort sieht, wenn die persönliche Mundpflege schwächelt. Gleichzeitig wird er mit der Professionellen Zahnreinigung fit gemacht für die Zeit bis zur nächsten Trainerstunde. Weil der Trainer Zahnarzt ist, hat er keinen Tunnelblick, sondern weiß, wo Prävention endet und Restauration notwendig wird. Damit ist inzwischen immer mehr Patienten bewusst, dass Zahnmedizin kein „Repariert-und-gut-ist-Projekt“ ist, sondern einen lebenslangen Kampf gegen den inneren „Mundpflege-Schweinehund“ bedeutet.

Leider ruft jeder Erfolg auch Gegner auf den Plan. In unserem Fall sind es Stimmen der gesetzlichen Kostenträger, die inzwischen zwar Milliarden im restaurativen Bereich einsparen, aber Zuzahlungen für präventive Leistungen vermeiden wollen. Da werden Axelsson und Lindhe kritisiert, weil sie wissenschaftliche Regeln, die Jahrzehnte später entstanden, nicht eingehalten haben. Da wird eine aktuelle englische Studie aus dem NHS-System propagiert, die den Gegenentwurf zu Axelsson und Lindhe darstellt: methodisch bemüht, aber ohne jedes präventive Herzblut. Wenn die präventive Aufstellung der Zahnmedizin im NHS-System schlecht ist, wie die British Dental Association beklagt, wird auch die formal beste wissenschaftliche Analyse keine positiven Resultate nach sich ziehen können.

Ohne Zweifel wird sich die Politik der Nadelstiche fortsetzen. Davon sollten wir uns aber nicht beirren lassen. Immerhin haben wir über einen Zeitraum von 130 Jahren alle denkbaren Irrwege ausprobiert, um schließlich aus eigener Kraft den richtigen Weg zu finden. Wir Zahnärztinnen und Zahnärzte haben heute jedes Recht, unsere Patienten auf diesen Weg zu führen.



Der Autor ist Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer sowie Referent Patienten und Versorgungsforschung der Bayerischen Landes-zahnärztekammer.