

## **Der „Grundsatz der Zahnerhaltung“: ein unerträgliches Relikt aus Zeiten, in denen Mediziner die Patienten gängeln durften**

Wo immer ein Verbraucher dem Arzt als Patient gegenübertritt, tut er dies selbstbewusst und autonom. Patientenautonomie und Patientenmitbestimmung prägen den Entscheidungsprozess, welche medizinische Maßnahme durchgeführt wird. Ein Autonomieverzicht, etwa in Gestalt eines Aufklärungsverzichtes, soll gar nicht erst zulässig sein. Es ist alleine der Patient, der über seine körperliche Integrität verfügt, und bei einem Eingriff hierin bedient er sich eines Arztes, der die konsentierten Maßnahme als verlängerter Arm des Patienten und seines Sachverstandes als sog. learned intermediary ausführt.

In der Zahnmedizin wird der Grundsatz der Zahnerhaltung von interessierten Kreisen in den Vordergrund gerückt. Faktisch wird so von interessierten Kreisen versucht, den Patienten daran zu hindern, zielführende Maßnahmen zur Beseitigung seiner Zahnprobleme zu ergreifen. Im Ergebnis wird damit bewirkt, dass ein schrittweiser Verfall von Zahnschubstanz durch wiederholte zahnmedizinische Einzelmaßnahmen möglichst umfassend und möglichst lange zu „behandeln“ sei. Daran haben Zahnärzte Interesse, die nicht dazu ausgebildet sind, moderne implantologische Leistungen zu erbringen. Leistungserbringer, die in der Zahnmedizin durch ihre Aufsichtsorganisationen, die sogenannten „Kammern“ (in der Schweiz „SSO“) angehalten werden, es dem Patienten zu verwehren, sich frühzeitig gegen den Verbleib ihrer eigenen Zähne zu entscheiden. Der Patient ist somit faktisch gezwungen, seine Zähne selbst wider eigenes besseres Wissen und wider eigene Erfahrungen zu behalten und zu erhalten (im Regelfall unter hohen eigenen finanziellen Aufwendungen). Dabei wird es ihm wo immer möglich verwehrt, eine umfassende Ersetzung durch heute verfügbare besser haltbare, moderne Zahnimplantate zu ermöglichen. Diese Vorstellung von einem Erhaltungsgebot gegen den Patientenwillen stellt rechtlich wie auch medizinisch einen Fremdkörper in der täglichen Versorgungsrealität dar.

## 1. Patientenautonomie von Kopf bis Fuß: stoßende Beispiele

Schon das beginnende Leben ist das Produkt eines autonomen Entscheidungsprozesses des Patienten, indem die in Deutschland geltende Regelung eine Abtreibung bei Wahrung der dort vorgesehenen Kautelen in die Entscheidung der Mutter stellt. Der Gesetzgeber übersieht dabei völlig, dass die am meisten vom Entscheidungsprozess betroffene Person, nämlich das abgetriebene Kind, sich in keiner Weise wirksam an dem Entscheidungsprozess beteiligen darf.

Bis zum ca. 10. Lebensjahr besteht ein ideales Zeitfenster für eine klassische kieferorthopädische Funktionsbehandlung mit dem Zweck der Wachstumssteuerung. Später, im Verlaufe und nach der Pubertät, wird mit festsitzenden Spangen in die Morphologie und die Funktion des Kieferbereichs eingegriffen. Mitunter werden im Verlauf solcher Behandlungen im Rahmen der „Extraktionstherapie“ zur Platzschaffung für eine Begradigung aller verbleibender Zähne einzelne gesunde Prämolaren und sogar wichtige Molaren (!) gezogen, auch wenn diese völlig gesund sind. Simple Funktionstherapien im früheren Lebensalter werden hingegen kaum noch angeboten. Die entfernten Zähne teilen dann dasselbe Schicksal wie die Weisheitszähne, deren Entfernung jedoch unter medizinischen Gesichtspunkten sehr häufig oder fast immer indiziert ist.

Mit dem Eintritt der Alterssichtigkeit (Presbyopie) im Zeitfenster ab dem 45. Lebensjahr kann der Patient die Implantation einer Multifokallinse und die Explantation der **völlig gesunden natürlichen Linse** veranlassen, etwa um Brillenfreiheit zu erreichen, mithin einem selbst gewählten Zweck der reinen Ästhetik als einer sog. Verlangensleistung ohne jede medizinische Indikation.

Diese Entscheidung des Patienten gegen die Erhaltung des gesunden Organs des Auges (Augenlinse) wird in ständiger Rechtsprechung als autonom und zulässig bestätigt und zwar selbst dann, wenn keinerlei medizinische Indikation gegeben ist (diese liegt nach dem internationalen Konsensus der Mediziner vor bei einer sog. myopia magna erst ab -6 Dioptrien und mehr). Das refraktive System beider Augen wird so zum Gegenstand einer freien Verfügung des Patientenwillens. Dies sogar in Ansehung des Risikos der totalen Erblindung bei der gleichzeitigen Operation beider Augen.

Auch das Lebensende wird in die autonomen Hände des Patienten gelegt, wenn es in der Formulierung des Bundesverfassungsgerichtes heißt, dass der freibestimmte Tod Ausdruck der allgemeinen Handlungsfreiheit sei und eine dahingehende Patienten-Entscheidung durch das Grundgesetz geschützt werde, sofern nur der autonome Charakter dieser Entscheidung gesichert sei<sup>1</sup>. Das Verbot der Selbsttötung und die Erhaltung des Lebens um jeden Preis mag moralisch gefordert worden sein, rechtlich ist ein solches niemals niedergelegt worden, so dass ein Schutz des Lebens um jeden Preis auch vor einer autonomen Entscheidung des zur Selbsttötung entschlossenen Patienten nicht besteht, sondern im Gegenteil die Selbsttötung gerade als Ausdruck der Patientenautonomie durch oberste Verfassungsprinzipien institutionell gewährleistet ist.

Vor diesem Hintergrund erscheint die Aussage geradezu banal, dass ein Patient über den Verbleib oder die Entfernung von Zähnen autonom entscheiden kann, selbst wenn einzelne, mehrere oder sogar alle Zähne für sich betrachtet „gesund“ sind. Eine wichtige Frage muss hier aufgeworfen werden: Ist die „Gesundheit“ eines Zahnes wirklich das entscheidende Kriterium? Wie soll mit Zähnen verfahren werden, die zwar kariesfrei sind, die jedoch (im Hinblick auf die Bissebene) am falschen Ort stehen, die also intrudiert, elongiert oder gekippt sind? Diese Frage wird heute sicher anders zu beantworten sein also noch vor wenigen Jahren, weil erst in den letzten Jahren erschreckende Literatur zu den Spätwirkungen von kieferorthopädischen Behandlungen, die nach dem Beginn der Pubertät durchgeführt wurden, erschienen sind<sup>2,3</sup>. Als Ergebnis dieser Publikationen kann festgehalten werden, dass die vor Jahren oder Jahrzehnten durchgeführte kieferorthopädische Behandlung schwere, lange verdeckte Schäden am Zahnhalteapparat erzeugen, die nicht mehr repariert

---

<sup>1</sup> Eberbach, Suizidhilfe zwischen Selbstbestimmung und Bürokratie, MedR 2022, 455

<sup>2</sup> Ihde A., Ihde S., Sipic O., Zappa U. Beschreibung des Ursprungs schwerer Schäden im Kausystem eines erwachsenen Patienten nach kieferorthopädischer Behandlung in der Jugend, sowie Beseitigung der Schäden durch Entfernung der gesamten Dentition und sofortige Rekonstruktion unter Verwendung der Technologie des Strategic Implant®. Journal of Unwanted Results and Their Correction (JUR), Vol. 19, No. 2, International Implant Foundation Publishing, 2025

<sup>3</sup> Sipic O., Ihde A., Ihde S. A Case of Full-Mouth Rehabilitation Using Immediately Loaded Fixed Prosthesis Supported by Corticobasal® Implants as Consequence of a Standardized Fixed Orthodontic Treatment. Journal of Unwanted Results and their Correction (JUR), Vol. 18, No. 1, International Implant Foundation Publishing, 2024

werden können. Mit recht hoher Wahrscheinlichkeit sind alle Bezeichnungen von Menschen, die nach ihrer Pubertät mit kieferorthopädischen Mitteln behandelt wurden, früher oder später ganz oder teilweise entfernungsfähig, weil die Zahnhalteeregionen schwer beschädigt sind. Es fällt auf, dass die betroffenen Patienten von sich aus erkennen, dass ihre Zähne „irgendwie nicht in Ordnung sind,“ dass sie also Zahnbehandlungen verweigern und Extraktionen wünschen, dass sie aber gleichzeitig die Ursache des Problems (die lange zurückliegende kieferorthopädische Behandlung) nicht erkennen oder verstehen. Angesichts der stark zunehmenden Erwachsenenbehandlungen in Europa ist damit zu rechnen, dass sich der Sachverhalt früher oder später bei den Patienten herumspricht und dass dies dann zu umfangreichen Schadensersatzansprüchen gegen die früheren kieferorthopädischen Behandler führen wird. Die Behandler werden sich dann auf die eventuell eingetretene Verjährung berufen, die eventuell bei solchen schweren aber verdeckten Schäden nicht eingreifen wird. Dass es für kieferorthopädische Behandlungen keine publizierten Langzeitergebnisse gibt, dürfte sich schon lange herumgesprochen haben, und das hätten freilich auch die Behandler merken müssen.

Von interessierten Kreisen wird die Frage aufgeworfen, ob die Verfügungsbefugnis von Patienten wirklich so weit reicht, sich gleich eine Reihe von Zähnen oder alle Zähne entfernen zu lassen. Im Lichte seiner viel weiterreichenden Autonomie zu den Rechtsgütern Leben und Gesundheit wird dies jedoch zu bejahen sein; es sprechen auch viele rechtssystematische Argumente für eine als so weitgehend verstandene Patientenautonomie.

Vergleicht man diese genannten Beispiele unter pekuniären Gesichtspunkten, so wird schnell eines deutlich: in allen Fällen wird durch die Standesvertreter (die auch den Gesetzgeber beeinflussen) so entschieden, dass es zu Mehreinnahmen der Mitglieder kommt. Selbst die Tötung des ungeborenen Lebens wird ermöglicht, ebenso die Mitwirkung von Medizinern oder Helfern an der Tötung von an sich gesunden Personen. Zugleich und assistierend verbreiten Medien das Märchen der Überpopulation der Erde, welches quasi als Allgemeinrechtfertigung für zahllose medizinische und nicht-medizinische Maßnahmen zu gelten hat. Damit wird auch die „nicht-helfende“ Medizin legitimiert.

Dass die Medizin in den letzten Jahren erheblich von „den guten Sitten“ abgewichen ist, wird jedem klar, der sich näher mit der Covid-Situation und den nachfolgenden (m-RNA-) Impfungen auseinandersetzt. Gegen ein nie nachgewiesenes „Virus“ wird eine Injektion eingesetzt, die Bestandteile enthält, die klinisch nie hinreichend untersucht wurden und deren Gefährlichkeit alltäglich von der Tagespresse offen diskutiert wird.

## 2. Einzelbetrachtung vereitelt Gesamtabwägung

Das Postulat der unbedingten Erhaltung eines jeden einzelnen Zahns (sog. Erhaltungsgrundsatz), bis keine auch nur denkbare zahnärztliche Erhaltungsbemühung nach der Einschätzung des Behandlers mehr verfügbar ist, überzeugt nicht, denn dieses Postulat führt selbst zu einer langfristigen und unzumutbaren Einschränkung der Patientenautonomie. Denn manch eine umfassende prothetische Gesamtplanung wird gar nicht erst erfolgen können, wenn eine insofern hinderliche Restbezahnung dem Patienten ansonsten leicht verfügbare Planungsoptionen nimmt. Die Befürworter des Postulats der unbedingten Zahnerhaltung lassen eine Abwägung mit anderen Gütern erst gar nicht zu (Ermöglichung anderer Versorgung; Reduzierung von sonst erforderlichen permanenten Erhaltungsversuchen; u.U. auch **erhebliche** Kostenersparnis durch eine einmalige umfassende Implantatsanierung mit modernen Implantaten) nach eingetretenem Sanierungsstau. Dies steht im Widerspruch zur Berufspraxis sowohl des Zahnarztes als auch des Richters: denn der Zahnarzt will den Patienten zur autonomen Entscheidung befähigen und klärt ihn über die Vor- und Nachteile der diversen Versorgungsvarianten auf, was umfassende Güterabwägungen bis hin zur Kostendarstellung umfasst. Der Richter wird in Anwendung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes fragen, ob sich dem Patienten Versorgungsalternativen bieten, die die Entfernung selbst gesunder Zähne rechtfertigen können, weil eine umfassende Sanierung die Verfolgung viel weitgehender Versorgungsziele ermöglicht und sich so sowohl zahnmedizinische wie auch finanzielle Vorteile im Rahmen der Kosten-Nutzenabwägung ergeben können. Gleichzeitig drohen die Kammern damit, den behandelnden Zahnarzt berufsrechtlich zu bestrafen, wenn er über zahnfreie und lange haltbare, im Hinblick

auf die damit durchgeführte Kauleistung erheblich preiswertere moderne Implantatversorgungen aufklärt und diese dann auch durchführt.

Dieses krasse Beispiel zeigt, dass der Einfluss der Zahnärztekammern zur sogenannten Re-Dentistry führt, bei der einmal reparierte Zähne immer wieder repariert werden, was nach deutschen Kassenrichtlinien auch alle zwei Jahre einmal bezahlt wird. Eine echte und bleibende Problemlösung ist somit in diesem Gesundheitssystem gar nicht vorgesehen. Dies führt unweigerlich zu erhöhten Kosten im Gesundheitswesen, was den Kammern und ihren Mitgliedern nur Recht sein kann.

### **3. Die Einzelzahnbehandlung stellt in vielen Fällen eine Unterbehandlung dar**

Dem Postulat des Erhaltungsgrundsatzes liegt die isolierte Betrachtung eines jeden einzelnen Zahns zugrunde. Das gesundheitliche Interesse des Patienten besteht aber nicht in einer Vielzahl von gesunden Einzelzähnen, sondern an einem insgesamt funktionierenden stomatognathen System als solchem. Dieses System wäre nach dem Postulat der unbedingten Erhaltung aller Einzelzähne permanent neu zu konzipieren und aufzusetzen, durch den fortschreitenden Zahnverfall und den konstanten Abänderungsbedarf der bereits vorhandenen Versorgung. Denn unbestritten kann jede prothetische Einzelmaßnahme an auch nur einem einzigen Zahn die Gesamtokklusion und die Verteilung der Kaufunktion verändern. Jeder Zahnverlust wird die Funktion des Systems verändern. Gerade diese Fülle an Einzelmaßnahmen über viele Jahre hinweg an einer Vielzahl von Einzelzähnen kann als „Flickschusterei“ interessewidrig sein, da bekannt ist, dass spätere Erkrankungen des stomatognathen Systems auf der „Schädigung des Gebisses mit umfangreicher zahnmedizinischer Versorgung in Form von Brücken, Wurzelfüllungen etc.“ beruhen kann<sup>4</sup>. Je mehr repariert wird, umso mehr leidet das Gesamtsystem. Hier klingt an, dass ein so verstandenes Overtreatment schädlich und standardwidrig sein, weil der Blick auf das Funktionieren des Systems verloren gegangen ist. Betrachtet man den Funktionszustand vieler Erwachsenenengebisse, so ist unklar, wie die Patienten mit einer achterbahnartigen Zahnkurve, mit vielen gekippten Zähnen, mit ungleicher Abrasion und zugleich einzelnen nicht-abrasiven Zirkonkronen überhaupt noch essen können.

---

<sup>4</sup> OVG Baden-Württemberg, Urt. v. 01.02.2019, 2 S 1352/18

Es entsteht der Eindruck, dass viele Patienten erst beim Erreichen der Totalprothese im Rentenalter wieder normale Kaufunktion erreichen können, während sie im Alter von ca. 35 bis 55 Jahren sehr häufig mit funktionell falsch gestaltetem Zahnersatz ausgestattet werden. Hierzu muss angemerkt werden, dass klammergehaltener Teilersatz ohnehin funktionell ungeeignet ist, auch wenn dies die Standard-Kassenversorgung für Millionen von Menschen darstellt.

Inzwischen wird angenommen, dass ca. drei Mio. Menschen der Bevölkerung in Deutschland eine behandlungsbedürftige cranio-mandibuläre Dysfunktion mit sich herumtragen und an der so induzierten Erkrankung ihres stomatognathen System als chronisch Erkrankten mit weit in die Orthopädie ausstrahlenden Krankheitsbild leiden<sup>5</sup>. Viele Patienten entwickeln in einer solchen Situation sogar (einschießende) Schmerzerkrankungen (z.B. „Trigeminus-Neuralgie“), die, anstatt eine umfassende Sanierung des Kausystems als erstes vorzunehmen, mit psychogen wirkenden Substanzen behandelt wird.

Sicher eine sehr bedenkliche Entwicklung, wenn berücksichtigt wird, dass bei allen Einzelmaßnahmen an Zähnen und letztlich auch den Gesamtmaßnahmen am stomatognathen System ebenso wie im Rahmen der Kieferorthopädie keine Funktionsplanung vorgenommen wird. Diese ist im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung und der öffentlichen Beihilfe gar nicht vorgesehen. Dabei stellen gesetzlich versicherte Kranke immerhin einen Anteil von ca. 92 % z.B. der deutschen Bevölkerung. Es liegt auf der Hand, dass eine Aneinanderreihung von Zahneinzelmaßnahmen und eine Abfolge von Einzelzahnverlusten jeweils Erschütterungen des Systems auslösen und in aller Regel diese permanenten Auswirkungen weder diagnostisch erfasst noch therapeutisch bewältigt werden. Das Postulat der unbedingten Einzelzahnerhaltung kann deshalb selbst nur dann fachlich richtig sein und eine Einschränkung der Patientenautonomie rechtfertigen können, wenn die Einzelmaßnahmen jeweils unter Erfassung und Bewältigung ihrer Auswirkungen auf das Gesamtsystem durchgeführt würden. Dies ist aus den genannten Gründen meist nicht der Fall und führt zu massenhaften CMD-Erkrankungen, die nicht nur durch eine individuelle Belastungssituation des Patienten

---

<sup>5</sup> Bayerischer VGH, Urt. v. 23.03.2023, 24 B 20.549

verursacht sind, sondern Folge der permanenten zahnärztlichen Eingriffe ohne jede Folgenabschätzung auf das System.

Die klinische Realität zeigt, dass ein echter „Reset“ der Kaufunktion im alternden (Rest-)Gebiss gar nicht möglich ist, weil sich im Regelfall zu viele Parameter unabhängig voneinander in negative Richtung entwickelt haben: Zähne elongieren (mit oder ohne dem sie umgebenden Knochen), sie kippen oder intrudieren und hierdurch wird die Kauebene verlagert. Dies kann auf diesen Zähnen im Regelfall gar nicht mehr therapiert werden, auch wenn einige der Zähne „gesund“ sind. Lücken und Freund-Situationen führen zu einem geänderten Kauverhalten und zu einer Neuverteilung der Mineralisation im Knochen. Damit sind weitere Veränderungen, z.B. Zahnlockerungen in Folge von abnehmender Mineralisation des funktionell unterbenutzten Knochens, die logische Folge.

Dies führt am Ende zur Zahnlosigkeit und zur Eingliederung von Totalprothesen: erstaunlicher Weise werden genau diese Totalprothesen nach standardisierten Bauplänen konzipiert, die optimale Funktion garantieren. Das heißt, sehr häufig stellen Patienten nach jahrzehntelangem Leiden und immer wiederkehrenden Zahnentfernungen fest, dass sie mit der totalen Prothese weitaus besser kauen können als mit den diversen vorhergehenden vom Zahnarzt eingegliederten Hilfskonstruktionen auf den verbliebenen Zähnen.

An den Universitäten werden diese Zusammenhänge nicht gelehrt, man konzentriert sich auf die Behandlung einzelner Probleme: der Student wird heute eher unterrichtet, eine „Sache richtig zu machen“, anstatt „die richtige Sache zu machen“.

Nachdem heute mit der modernen Methode der Corticobasal® Implantologie langfristig haltbare Implantatversorgungen in Sofortbelastung möglich sind, stellt sich immer früher im Leben des einzelnen Patienten die Frage, wann mit der Behandlung und der Wieder-und-wieder-Behandlung der gleichen Zähne aufgehört werden kann. Denn diese mittlerweile langfristig erprobte und mit sehr großen Langzeitstudien belegte Methode der Implantologie führt zu langfristig haltbaren Resultaten, die die Notwendigkeit des Erhalts von Zähnen in Frage stellt.



Diese Situation existierte nicht, als nur die ältere sogenannte Osseointegrationsmethode zur Verfügung stand.

#### **4. Implantate müssen länger halten als die Zähne, die ersetzt werden**

Die vorstehende Aussage klingt logisch, aber leider gibt es damit in der Realität Probleme.

Da es in der dentalen Implantologie fast nur herstellergesponserte Studien gibt, kann auf diese „wissenschaftlichen“ Beiträge nicht abgestellt werden, da BIAS fest anzunehmen ist. Amerikanische Haftpflicht-Rechtsanwälte empfehlen ihren Zahnarzt-Klienten bei der Beratung von Patienten von einer Haltbarkeit von herkömmlichen Implantaten i.H. von sieben bis zehn Jahren zu sprechen und nicht mehr. Das heißt, die vollmundigen Aussagen der Universitätsstudien stimmen nicht überein mit dem, was in der realen Praxis von den Implantologen erwartet werden kann.

Hieraus ergibt sich ein anderer Grund, warum viele Implantologen bei der Zahnentfernung zögerlich sind: Sie erwarten (oft aus eigener Erfahrung), dass die herkömmlichen Dentalimplantate kürzer halten werden als die vorher entfernten Zähne. Unter diesem Aspekt ist die Zahnentfernung von gesunden oder nicht erheblich geschädigten Zähnen eventuell nicht vertretbar (obgleich sich viele Patienten dennoch zur Entfernung dieser (bzw. aller) Zähne entschließen werden).

Dieses Problem wird durch die modernen Corticobasal® Implantate insofern gelöst, als diese Implantate keine Periimplantitis erzeugen, womit das Hauptproblem der herkömmlichen Implantate beseitigt wurde. Da es außer der Periimplantitis kaum nennenswerte Verlustgründe bei osseofixierten Corticobasal® Implantaten gibt, haben diese Implantate, nachdem sie die ersten vier Jahre im Munde überstanden haben, eine im Prinzip unbegrenzte Standzeit. Demzufolge gibt es im Bereich dieser Implantologie keine in die Zukunft gerichtete Berechnung von Verlustraten im Sinne von Kaplan-Meyer Kurven. Somit bestehen auch keinerlei Bedenken gegen die Entfernung von (meistens allen) Zähnen, sofern anschließend kortikale, osseofixierte Implantate eingesetzt werden.

Osseofixierte Implantate (Corticobasal® Implantate; Strategic Implant®) haben so gesehen die erwachsenen Menschen von der Notwendigkeit befreit, eigene Zähne überhaupt zu erhalten oder zu haben.

## 5. Fazit

Es sind keine sachgerechten Planungen denkbar, in denen sich stets bestimmte (heute überholte) Dogmen durchsetzen. Sie nehmen Freiheiten, indem ihnen eine Geltung a priori zugeschrieben wird. Ein Grundsatz der Zahnerhaltung kann als zahnärztlicher Zielauftrag sinnvoll sein. Dieser Zielauftrag wurde formuliert, um dem Berufsstand der Zahnärzte eine Richtung des Handelns anzuweisen. Der Fortschritt der modernen Implantologie, insbesondere die Entwicklung der modernen Methode der Osseofixation in der Implantologie, hat jedoch Therapieoptionen gebracht, die früher unvorstellbar waren. Es ist somit schon lange fällig, dass der „Grundsatz der Zahnerhaltung“ ersetzt wird durch ein realistisches, patienten-freundliches Behandlungsziel, welches z.B. als **„Ziel der festsitzenden Versorgung bis zum Lebensende“** formuliert werden kann. Die Erreichung eines solchen Behandlungsziels ist heute realistisch, bezahlbar und ohne beachtenswerte Risiken zu erreichen. Eigene Zähne sind hierfür nicht notwendig, sie stellen im Gegenteil aus Patientensicht ein jedes Jahr grösser werdendes medizinisches und finanzielles Risiko dar.

Da an jedem Zahn stets ein ganzer Mensch hängt, kommt dem Wunsch des Patienten an einer Neuplanung und -versorgung (ohne dogmatischen Schutz des natürlichen Altbestandes an Zähnen) und einem darauf gerichteten Patientenwillen ein besonders hohes Gewicht zu. Unter Berücksichtigung der Möglichkeiten der modernen Implantologie und der wesentlich günstigeren Kostensituation für die betroffenen Patienten kann es nicht zugelassen werden, dass den Patienten die Entscheidung für moderne Implantate quasi von „top down“ (insbesondere von demokratisch nicht legitimierten Zahnärztekammern) verwehrt wird.

Zu bedenken ist ferner, dass Zahnärztekammern bzw. der „SSO“ keinerlei gesetzgeberische Funktionen zukommen. Faktisch schaffen die Zahnärztekammern jedoch aus eigenem Antrieb (und in Vertretung vieler ihrer Mitglieder, die nichts anderes gelernt haben, als Zähne zu reparieren) eine gesetzesgleiche

Zwangssituation. Sie versuchen, den betroffenen Patienten sowie auch den Implantologen jegliche Entscheidungs- bzw. Handlungskompetenz abzusprechen.

Es muss hingegen umgekehrt in Frage gestellt werden, ob Zahnärzte, die Patienten ab einem mittleren Alter behandeln und die eben nicht in moderner Implantologie ausgebildet sind, Zahnärzte also, die nur auf Zähnen therapieren oder nur veraltete implantologische Methoden und Theorien anwenden, überhaupt noch zur Versorgung der Bevölkerung in dieser Altersgruppe geeignet sind.

Es ist an der Zeit, die viel zu weit reichenden „Vorgaben“ der Zahnärztekammern zu beseitigen, denn diese Vorgaben entbehren jeder Gesetzesgrundlage, die Vorstellungen dieser Berufsgruppe sind nicht mehr zeitgerecht und sie entsprechen vor allem nicht dem Stand der heutigen Erkenntnisse.

Damit kann sich dann der freie Patientenwille endlich wirksam entfalten. Leitlinien, die bei der Entscheidungsfindung für oder gegen die eigenen Zähne helfen können, finden sich hier: <https://www.implantfoundation.org/de/if-leitlinien/9-konsensus-betreffend-die-indikationen-fuer-zahnextraktionen-im-rahmen-von-sanierungen-des-kausystems-mit-und-ohne-oralen-implantaten>.

## **Autoren**

Evidence and Research Department  
International Implant Foundation IF®  
DE-80802 München

Dieser Artikel wurde Zuhilfenahme der fachlichen Beratung von Herrn Prof. Dr. Stefan Ihde erstellt. [www.ihde.com](http://www.ihde.com)

Letztes Update des Artikels 06.11.2025