IMPLANTOLOGIE

Die Zukunft der Zahnmedizin ist weiblich – Implantologie darf keine Männerdomäne bleiben!

Indizes

Implantologie, Chirurgie, Zahnmedizinstudium, Ausbildung, Weiterbildung, Genderaspekte

Zusammenfassung

Die Zahl der Zahnärztinnen wird in einem deutlich größeren Maße steigen als die der Oralchirurgen, der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen sowie jener, die Curricula oder Masterstudiengänge der Implantologie absolvieren. Um den steigenden Bedarf in der implantologischen Versorgung unserer Patienten weiterhin gewährleisten zu können, bedarf es eines Umdenkens in der Zahnmedizin: Jeder Zahnarzt, jede Zahnärztin sollte Implantate als mögliche Therapieoption im Behandlungs- und Beratungsspektrum haben, unabhängig davon, ob und welche Schritte er bzw. sie selbst durchführen kann und möchte. Denn Implantologie bedeutet nicht, eine Schraube in den Kiefer zu setzen, sondern zu wissen, wann dies bei wem wie möglich ist und wie man dafür sorgt, das Ergebnis langfristig zu erhalten. Inhalte und Qualität des Zahnmedizinstudiums und der Weiterbildung mit der Idee monoedukativer Kurse sollten diskutiert werden. Es sollten Möglichkeiten gefunden werden, bei der Generation Y eine Leidenschaft für den zahnärztlichen Beruf zu entfachen und Frauen zur Ausübung auch der chirurgischen Fächer zu motivieren. Den Patienten könnte es zugutekommen, wenn sie in der Zukunft eher von weiblichen Zahnärzten behandelt werden.

Einleitung

Es ist hinlänglich bekannt, dass zunehmend mehr Studierende der Zahnmedizin weiblich sind, dass immer mehr Approbationen an Zahnärztinnen vergeben werden, dass insgesamt der Anteil der Zahnärztinnen in den letzten 10 Jahren extrem gestiegen ist¹² und weiterhin steigen wird. Schon ab dem Jahr 2017 wird die zahnmedizinische Versorgung überwiegend durch Frauen erfolgen ("gender switch")¹⁸. Der Frauenanteil bei Approbationen steigt voraussichtlich bis zum Jahr 2030 sogar auf 70 % an⁸. Die Frage ist, ob und wie sich dies auf die Implantologie auswirken wird, die traditionell ebenso wie die Oral- und die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie mehrheitlich von Männern ausgeübt wird.



Anette Strunz Dr. med. Dr. med. dent.

Praxis für Implantologie und Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie Hohenzollerndamm 28a 10713 Berlin E-Mail: anette.strunz@praxis-strunz.de Die Zukunft der Zahnmedizin ist weiblich – Implantologie darf keine Männerdomäne bleiben 19/1/25

ane bleiben ghis reserved

Frauen in der Implantologie

Schon 2003 titelte das Journal BDIZ-konkret: "Wo sind die Frauen in der Implantologie?"³ –damals waren gerade einmal 5 % der Mitglieder des Bundesverbandes der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ) weiblich. Auch die Deutsche Gesellschaft für Implantologie im Zahn-, Mund- und Kieferbereich (DGI) hatte 2004 nur 10 % Frauen als Mitglieder¹⁶. Doch was hat sich seitdem getan?

Insgesamt konnten die implantologischen Fachgesellschaften einen großen Zuwachs verzeichnen, denn die Mitgliederzahlen haben sich in den letzten 10 Jahren nahezu verdoppelt. Und ja, auch der Anteil der implantologisch interessierten Frauen ist gestiegen. In der DGI sind aktuell immerhin 17,5 % der Mitglieder Frauen, und im BDIZ beträgt der Frauenanteil 12,6 % bei insgesamt etwa 3.500 Mitgliedern³. Aber weiterhin überwiegt in den implantologischen Gesellschaften der Männeranteil. So sind in der DGI 2013 von den über 8.000 Mitgliedern immer noch mehr als vier Fünftel Männer¹⁶. Im Vorstand dieser Gesellschaft gab es noch nie eine Frau, und in den Vorständen der verschiedenen Landesverbände findet sich keine Vorsitzende – lediglich zwei Frauen sind als Beisitzerin bzw. Schriftführerin tätig. Die von der DGI angebotenen spezifischen Weiterbildungen werden von einem deutlich kleineren Anteil Frauen als Männern besucht¹⁶ (Abb. 1).

Die Zahl der Fachzahnärztinnen für Oralchirurgie sowie der Fachärztinnen für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie ist etwas angestiegen: Von den 2.908

Tab. 1 Spezialisierung bei Männern/Frauen²⁸

	Frauen (%)	Männer (%)
Kinderzahnheilkunde	44,0	20,8
Prophylaxe/Prävention	78,7	69,1
Parodontologie	51,7	59,3
Endodontologie	33,3	43,1
Prothetik	51,7	65,2
Implantologie	30,0	57,3
Kieferorthopädie	12,3	7,4

Fachzahnärzten für Oralchirurgie in Deutschland sind 21,8 % Frauen, 2003 waren es noch 8,1 %¹⁴. In der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, schon aufgrund des Doppelstudiums und der langen Facharztzeit traditionell ein Männerfach, betrug der Frauenanteil 2013 immerhin 11,6 %¹¹ (Abb. 2).

Zahnärztinnen unterscheiden sich von Zahnärzten in den Arbeitsschwerpunkten: Deutlich mehr Zahnärztinnen wählen Kinderzahnheilkunde und Kieferorthopädie, während Prothetik und Implantologie eher männliche Domänen sind²⁸ (Tab. 1). Auch die Mediennutzungsstudie 2014 der LA-MED ergab, dass Frauen eher keine Spezialisierung haben und wenn, dann seltener als die Männer in der Implantologie und in der Prothetik. Die Frauen, die implantologisch tätig sind, setzen bzw. versorgen insgesamt weniger Implantate und überweisen häufiger für den chirurgischen Teil als die Männer²⁷ (Abb. 3). In der Medizin stellt sich dies genauso dar: Frauen suchen sich eher Fachrichtungen wie Gynäkologie, Kinderheilkunde und Allgemeinmedizin aus und sind in den chirurgischen Fächern wie Allgemeinchirurgie, Traumatologie und Orthopädie deutlich unterrepräsentiert^{11,21}.

Bei dem rasch ansteigenden Anteil der Frauen sowohl in der Zahnmedizin als auch in der Medizin stellt sich also die Frage, warum der Frauenanteil in den chirurgischen Fächern und in der Implantologie so zurückbleibt. Eine Bestätigung fand diese Zurückhaltung der Frauen in der DGI-Masterthese von Boll⁶, in der implantologisch tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte in Deutschland umfangreich befragt wurden. Auch hier zeigte sich, dass Frauen eher die "einfachen" implantatchirurgischen Eingriffe selbst durchführten und vor den komplexeren Fällen, bei denen Augmentationen nötig waren, zurückscheuten. Als ein wesentlicher Grund für die Minderpräsenz der Frauen in der Implantologie wurde die Kollision mit der Lebensplanung einschließlich Kinderwunsch und folgender Kinderversorgung genannt. Durchliefen Frauen jedoch die implantologische Ausbildung, so seien dann keine Unterschiede in der chirurgischen Kompetenz festzustellen⁶.

Die Frage ist, ob Frauen und Männer die gleichen Indikationen für ein Implantat stellen. *Zitzmann* et al.³⁸

IMPLANTOLOGIE -

Die Zukunft der Zahnmedizin ist weiblich – Implantologie darf keine Männerdomäne bleiben

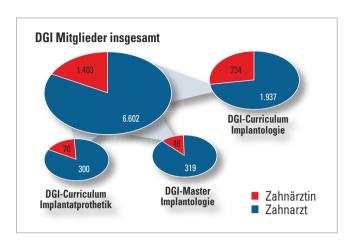


Abb. 1 Anteile Männer/Frauen bei DGI-Mitgliedern und Curricula-/Masterstudiengangsteilnehmern

konnten anhand einer Umfrage zeigen, dass Therapieentscheidungen nahezu unabhängig vom Geschlecht des Zahnarztes getroffen werden. Auch sie stellten aber fest, dass Zahnärztinnen Implantationen und Sinusaugmentationen häufiger zum Spezialisten überweisen, während Zahnärzte mehr Eingriffe selbst durchführten, was in Umfragen von *Rieg*^{β1} bestätigt wird.

Entwicklung der Implantate in Deutschland

Insgesamt haben Implantatversorgungen in Deutschland zunehmend an Bedeutung gewonnen: Laut der Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie veränderte sich von 1997 bis 2005 deutschlandweit die personenbezogene Verbreitung von Implantaten bei den Erwachsenen (35 bis 44 Jahre) von 0 auf 1,4 % und in der Seniorengruppe (65 bis 74 Jahre) von 0,7 auf 2,6 %²⁹. Durch den im Januar 2005 eingeführten Festzuschuss für gesetzlich Krankenversicherte kam es zu einer verstärkten Inanspruchnahme von Implantatversorgungen: Mittlerweile ist jede zwanzigste Zahnersatzneubehandlung eine Implantatkonstruktion⁷. Der Anteil der über 60-Jährigen wird von ca. 20 Mio. im Jahr 2005 auf etwa 28 Mio. im Jahr 2030 steigen, was zu einem wachsenden Bedarf an Implantaten beitragen wird8. Wurden in Deutschland im Jahr 2002 noch etwa

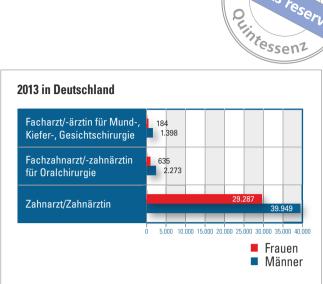


Abb. 2 Anteile Männer/Frauen in der Zahnmedizin/ Oralchirurgie/MKG-Chirurgie, Stand 2013^{11,14}

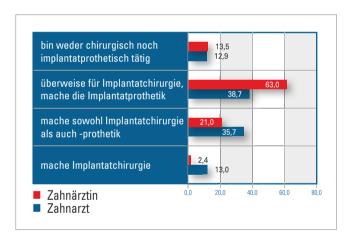


Abb. 3 Mediennutzungsstudie²⁷. Antworten zur Relevanz der Implantologie in der Praxis

200.000 Implantate³⁰ gesetzt, waren es 2013 schon über 1 Mio.¹⁷.

Ausgehend von der steigenden Tendenz zu Implantatversorgungen und von der Hypothese, 10 % der fehlenden Zähne würden durch ein Implantat ersetzt, kann man für die Zukunft mindestens 1,2 Mio. Implantate im Jahr errechnen, welche gesetzt und versorgt werden müssen (Abb. 4). Nicht berücksichtigt sind dabei die Patienten, denen die Zähne schon länger fehlen und die sich im Verlauf noch für eine Implantatversorgung entscheiden.

IMPLANTOLOGIE

Die Zukunft der Zahnmedizin ist weiblich – Implantologie darf keine Männerdomäne bleiben ightische

Zahnentfernungen im Jahr 2012 ²⁴	
totale Anzahl gezogener Zähne 2012 bei GKV-Versicherten	13 Mill.
minus Weisheitszähne (BEMA-Positionen "Ost 2" und "Ost 3")	- 1,25 Mill.
plus entsprechender Anteil bei den PKV-Patienten*	+ 1,5 Mill.
minus geschätzter Anteil von 5 % Milchzähnen	- 1,0 Mill.
Totale Zahl entfernter Zähne	> 12 Mill.

Abb. 4 Schätzung der entfernten Zähne in Deutschland (*: Im Jahr 2013 waren 70 Mio. Einwohner GKV- und 9 Mio. Einwohner PKV-versichert³⁴)

Frauen als Patientinnen in der **Implantologie**

Stellt man die Versorgung von Frauen und Männern gegenüber, wiesen Frauen 2005 deutschlandweit insgesamt eine bessere und hochwertigere prothetische Versorgung auf. Sie hatten überdies mehr als doppelt so häufig Implantate (3,6 vs. 1,4 %)²⁹. Auch weil Frauen durchschnittlich eine um 5 Jahre höhere Lebenserwartung¹⁹ als Männer haben, werden sie noch häufiger unsere Implantatpatienten sein^{36,37}.

Der Bedarf an Implantaten und damit an implantatchirurgisch und -prothetisch versierten Zahnärztinnen und Zahnärzten wird in jedem Fall steigen. Das genaue Ausmaß hängt von soziologischen, gesundheitspolitischen und ökonomischen Faktoren ab.

Fort- und Ausbildungsangebote explizit für Frauen

Ein vorhandener Fachkräftemangel und die Erkenntnis, dass Frauen bei bestimmten Studienrichtungen Hemmschwellen haben, führten zur Einrichtung spezieller Frauenstudiengänge für die sogenannten MINT-Fächer³⁵. Eine Untersuchung zum Erfolg monoedukativer Kurse für Frauen an der Universität Ulm zeigt, dass sich die Teilnehmerinnen durch das Erlernen von neuem Fachwissen und durch praktische Übungen am Tierpräparat motiviert fühlten, zeitnah selbstständig chirurgische Eingriffe am Patienten durchzuführen. Aus der Sicht nahezu aller Zahnärztinnen hatte sich die Teilnahme gelohnt, und es bestand der Wunsch nach weiteren monoedukativen Kursen. Im Anschluss an den Kurs wurden Veränderungen bei der persönlichen Durchführung von Eingriffen beobachtet: Die Teilnehmerinnen gaben eine Zunahme ihres Selbstbewusstseins an und wagten mit deutlich mehr Mut und Sicherheit die praktische Umsetzung von gelerntem Wissen. Sie trauten sich nach dem Kurs signifikant häufiger Eingriffe am Patienten zu²⁶. Mit der Untersuchung konnte bestätigt werden, dass es durch monoedukative Chirurgiekurse möglich wäre, die vermeintlich gendertypische "Abneigung" von Zahnärztinnen gegenüber der Chirurgie zu überwinden - Chirurgie müsse nicht "männlich" bleiben²⁵.

Auch bei den Fortbildungsangeboten von Implantatherstellern und Dentallaboren zeigt sich seit einigen Jahren ein Zuwachs an Implantologiekursen explizit für Frauen. In unserer Praxis durchgeführte Implantologiekurse speziell für Zahnärztinnen wurden sehr gut angenommen, und unser "Überweiserinnen-Stammtisch" ist immer gut besucht. Die Kolleginnen gaben als Grund für die Teilnahme an, man habe weniger Hemmungen, Fragen zu stellen, wenn keine männlichen Kollegen dabei seien⁹.

Unsere Überweisungspraxis

In unserer eigenen Überweiserklientel zeigen sich ebenfalls Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Zahnärzten: Eine 2012 durchgeführte Überweiserumfrage²³ ergab, dass die zuweisenden Zahnärztinnen durchschnittlich jünger sind und etwas häufiger Implantate empfehlen als die zuweisenden Zahnärzte, aber insgesamt weniger Patienten zur Implantatinsertion überweisen. Dies bestätigt sich in der statistischen Auswertung des Überweiserverhaltens der letzten 5 Jahre: Der überwiegende Teil der Überweiser, der für eine Implantatinsertion überweist, ist männlich. Die Zahnärzte haben insgesamt dreimal so viele Patienten zur Die Zukunft der Zahnmedizin ist weiblich - Implantologie darf keine Männerdomäne bleiben!

Implantatversorgung überwiesen wie die Zahnärztinnen. Seit der Einführung spezieller Praxisveranstaltungen für Überweiserinnen und der Etablierung eines Frauenstammtisches hat der Anteil der Frauen, die für eine Implantatinsertion überweisen, etwas zugenommen. Trotzdem bleiben die zahlenmäßig starken Implantatüberweiser noch die Männer: Die vier Hauptüberweiser schicken die Hälfte der insgesamt überwiesenen Implantatpatienten.

Einschätzung der chirurgischen Kompetenz

In einer Befragung stuften Zahnärztinnen chirurgische Eingriffe eher als "kompliziert und risikoreich" ein und gaben an, dass auf diesem Gebiet häufig Unsicherheiten bestünden. Dagegen waren der hohe Zeitaufwand und eine geringe finanzielle Honorierung für männliche Zahnmediziner Argumente, die gegen die Durchführung zahnärztlich-chirurgischer Eingriffe sprachen. Interessant ist die unterschiedliche Einschätzung der persönlichen Sicherheit: Männer waren grundsätzlich mutig und selbstsicher, während Frauen ihre Fähigkeiten eher unterschätzten und persönliche Unsicherheiten angaben²⁵.

Ob die von Boll⁶ angeführte "Vereinbarkeitsorientierung" wirklich den ausschlaggebenden Grund darstellt, sich nicht implantologisch oder chirurgisch zu orientieren, ist vor dem Hintergrund, dass schon 1995 knapp die Hälfte (48,9 %) und 2013 mehr als die Hälfte (54 %) der Fachzahnärzte für Kieferorthopädie Frauen waren, fraglich^{13,22,32}. Eine kieferorthopädische Weiterbildung gestaltet sich ähnlich zeitaufwendig wie eine implantologische oder oralchirurgische. Viel eher scheinen die Aspekte der Risikofreudigkeit, der Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung und des Selbstvertrauens bedeutsam zu sein. All dies sind Faktoren, die in der Chirurgie eine große Rolle spielen und als eher "männliche" Eigenschaften gelten. Damit ist die Männerdominanz in der Chirurgie offenbar doch eine Frage der Erziehung³³. Das könnte man, wie die genannte Studie aus Ulm zeigt, im Studium durch spezielle Angebote für Studentinnen ausgleichen und diese so dazu bringen, den Fokus auch auf die chirurgischen Aspekte der Zahnmedizin zu legen.

Es scheint, dass Frauen sich in ihrer Kompetenz eher unter- und Männer sich eher überschätzen^{5,10}. Die Frage, ob Frauen die besseren und umsichtigeren Diagnostikerinnen sind, sei dahingestellt. Zumindest scheinen sie zurückhaltender bei der Indikationsstellung zu invasiven Verfahren zu sein. Diese Präferenz minimalinvasiver Vorgehensweisen kann den Patienten entgegenkommen, ihnen aber auch schaden, wenn durch zu viel Empathie und vermeintliche Fürsorge vorteilhafte Therapieoptionen vermieden werden²⁰. Darum muss es für die Zahnärztinnen heißen, sich ihrer Entscheidungen und Therapieempfehlungen bewusst zu sein und schwierige chirurgische Maßnahmen von Spezialisten vornehmen zu lassen. Für die Patienten hat dies den Vorteil, dass sie damit weniger sich selbst überschätzenden Zahnärzten ausgesetzt sind, die im Jahr 20 Implantate inserieren und meinen, sie müssten eine Sinusbodenelevation durchführen.

Implantologie als Teilaspekt der Zahnmedizin

Es stellt sich die grundsätzliche Frage, ob wirklich nur der ein "Implantologe" ist, der die Implantate setzt. Die Implantologie ist doch vielmehr ein Teilgebiet innerhalb der Zahnmedizin und sollte heute auch vor dem Hintergrund des Patientenrechtegesetzes von jedem Zahnarzt als Alternative zu herkömmlichem Zahnersatz angesprochen werden. Das bedeutet, dass die Implantologie sowohl einen chirurgischen als auch einen prothetischen Aspekt mit sich bringt. Damit kann und sollte sie unabhängig davon, ob man männlich oder weiblich ist und chirurgisch oder nicht chirurgisch orientiert ist, in jeder Praxis angeboten werden.

Zukunft der Implantologie im Kontext der Feminisierung der Zahnmedizin

Man kann davon ausgehen, dass sich das Verhalten der Zahnärztinnen zwar ändern wird, aber nicht in einem Umfang, der den Bedarf an implantologischen Die Zukunft der Zahnmedizin ist weiblich – Implantologie darf keine Männerdomäne bleiben 19/1/25

Penights reserved

Versorgungen zukünftig deckt. Als positiv darf die Tendenz bewertet werden, dass es mehr Spezialisierungen und große Praxen geben wird, da Zahnärztinnen häufiger Teilzeit- und Angestelltenarbeitsverhältnisse eingehen. Von Vorteil für den Erhalt der Implantate und für eine langfristig angelegte Oralmedizin ist auch die Tendenz zum Schwerpunkt Parodontologie und Prophylaxe in den weiblich geführten Zahnarztpraxen. Um die Qualität der zahnärztlichen und implantologischen Therapie in dem oben beschriebenen Kontext gewährleisten zu können, sollten die im Folgenden aufgeführten Aspekte überdacht werden.

Ausblick

Verbesserung der Ausbildung im Studium und vor der Niederlassung

Ein großes Manko stellt die Ausbildung im Studium dar. In der aktuellen Approbationsordnung, die aus dem Jahr 1955 stammt, spielt die Implantologie noch keine Rolle. Eine Novellierung ist seit Langem in Gange und findet keinen Abschluss.

Vor dem Hintergrund der Erkenntnisse insbesondere der Parodontologie der letzten Jahre sollten auch Zahnmediziner sich mit Aspekten wie Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Hormonhaushalt, Onkologie und Pharmakologie besser auskennen. Implantate kommen in der Chirurgie und in der Prothetik nur an einigen Universitäten vor. Auch die praktische chirurgische Ausbildung wird, wenn überhaupt, nur nebenbei behandelt: Es ist möglich, das Studium ohne eine einzige durchgeführte Naht oder Zahnextraktion abzuschließen. Generell liegt im Zahnmedizinstudium der Schwerpunkt auf den praktischen und zahntechnischen Fähigkeiten. Es wird wenig geübt, komplex und langfristig zu denken, einen Patientenfall aus allen Richtungen zu betrachten und die unterschiedlichen Fachrichtungen zusammenzubringen. An einzelnen Universitäten findet dieser Ansatz in der Humanmedizin beispielhaft in Modellstudiengängen Berücksichtigung: Das Lernen erfolgt multidisziplinär, und es wird von Anfang an komplexes Denken studiert. Auch innerhalb der Zahnmedizin sollte ein Wandel schon in der Ausbildung eingeleitet werden: weg von der Zahn-Medizin, hin zur Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bzw. zur Oralmedizin und zu Multidisziplinärität!

Die Humanmediziner haben ein um 1 Jahr längeres Studium, das ein praktisches Jahr enthält. Dann folgt eine mindestens 5-jährige Facharztausbildung, bevor sie sich als Facharzt für Allgemeinmedizin niederlassen dürfen, oder eine 4- bis 6-jährige Facharztausbildung, bevor eine Niederlassung in anderen Fachrichtungen erfolgen kann. Eine Zulassung als Vertragsarzt ist in Deutschland ohne Facharztweiterbildung nicht mehr möglich. Dies bedeutet, dass ein niedergelassener Arzt mindestens 10 Jahre Ausbildung hinter sich hat. Dagegen dauert das Zahnmedizinstudium nur 5 Jahre und die Assistentenzeit 2 Jahre, so dass sich ein Zahnarzt schon nach insgesamt 7 Jahren Ausbildung niederlassen kann. Ist man aber erst einmal niedergelassen, stehen zunächst wirtschaftliche Aspekte im Vordergrund, so dass oft keine Zeit mehr für fachliche Weiterbildung bleibt. Dadurch kann es schnell passieren, dass die Qualität der Medizin leidet. Deshalb sei an dieser Stelle für die Einführung eines Fachzahnarztes für Oralmedizin plädiert. Er sollte analog dem Facharzt für Allgemeinmedizin der Ansprechpartner für seine Patienten sein, der eine gute Diagnostik betreibt und die Therapie koordiniert. Für spezielle Indikationen überweist er zu Fachzahnärzten oder zu Fachärzten. Die Ausbildung vor einer möglichen Niederlassung sollte verlängert und um die verschiedenen Aspekte erweitert werden.

Akzeptanz der Implantologie als Teilaspekt der Zahnmedizin – Implantologie ist ein Querschnittsfach

Aktuelle Untersuchungen deuten darauf hin, dass bei parodontal vorerkrankten Patienten mit einer Periimplantitisinzidenz von etwa 15 % über 10 Jahre zu rechnen ist und bei Patienten ohne parodontale Vorerkrankung ein geringeres Risiko besteht. Ein veränderbarer Faktor scheint jedoch zur Verringerung des Periimplantitisrisikos wichtig zu sein: wir selbst².

Die Zukunft der Zahnmedizin ist weiblich - Implantologie darf keine Männerdomäne bleiben!

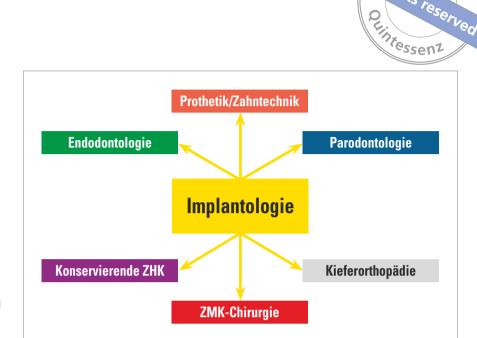


Abb. 5 Querschnittsfach Implantologie (Abdruck mit freundlicher Genehmigung von Dr. *Karl-Ludwig Ackermann*, Filderstadt)

Daher sollte man den Begriff des "Implantologen" verwerfen und die Versorgung mit Implantaten so selbstverständlich in die Zahnmedizin integrieren, wie das auch mit Kronen, Brücken und anderem Zahnersatz passiert ist. Zunächst geht es doch um die richtige Indikationsstellung, die Anamnese, die Diagnostik und die Parodontalbehandlung - alles Dinge, die der "Haus-Zahnarzt" durchführen kann. Den chirurgischen Teil der Implantologie sollten dann Kollegen übernehmen, die in der Chirurgie geübt sind, und der prothetische Teil sollte von Zahnärzten vorgenommen werden, die sich in der Prothetik auskennen. Hilfreich für die Einschätzung des Schwierigkeitsgrades des jeweiligen Falles kann dabei die SAC-Klassifikation sein¹⁵. Wichtig sind eine gute Zusammenarbeit und Kommunikation. Nur durch ein solches durchdachtes Konzept ist es möglich, dem gestiegenen Periimplantitisrisiko zu begegnen und den Patienten fachkompetent zu behandeln. Laut Dr. Ackermann kann es Implantologie nicht zum Selbstzweck geben, und man sollte nicht vom "Implantologen", sondern vom "implantologisch tätigen Zahnarzt" sprechen¹ (Abb. 5).

Implantatchirurgie durch Chirurgen oder chirurgisch versierte Zahnärzte

Die vorhandene Tendenz zur Spezialisierung ist wirtschaftlich und medizinisch sinnvoll und lässt sich mit dem Trend zur Mehrbehandlerpraxis vereinbaren. Damit sollte der chirurgische Teil der Implantologie denen vorbehalten sein, die auch sonst chirurgisch tätig sind: Oralchirurgen, Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sowie Zahnärzten, die viel operieren - egal ob Mann oder Frau. Es kann nicht sein, dass Chirurgen Überweisungen zur Zahnentfernung bekommen, die überweisenden Kollegen dann aber die Implantate selbst setzen. Die chirurgischen Fähigkeiten dieser Kollegen sind im Sinne des Patientenwohles eher skeptisch zu beurteilen. Eine Spezialisierung im Kontext einer partnerschaftlichen multidisziplinären Zusammenarbeit ist immer der Qualität der zahnärztlichen Versorgung zuträglich.

Denn: Was man oft tut, macht man besser – unabhängig davon, ob man Mann oder Frau ist!

IMPLANTOLOGIE

Die Zukunft der Zahnmedizin ist weiblich – Implantologie darf keine Männerdomäne bleiben 19/1/25

copyrights ibentights reserved

Literatur

- Ackermann K-L. Persönliche Äußerung auf einer Fortbildung der KZV Berlin vom 24.05.2014.
- Al-Nawas B, Fickl S. Können wir das Periimplantitisrisiko senken? [Editorial]. Quintessenz 2013;64:1463.
- Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ). Auskunft auf eine persönliche Anfrage vom Mai 2014.
- Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ). Wo sind die Frauen in der Implantologie? Ein Rundblick. BDIZ konkret 3/2003.
- 5. Beloff H. Mother, father and me: Our IQ. The Psychologist 1992;5:309-311.
- Boll A. Die implantologische Profession in der Genderperspektive: Chancen und Karrierewege. Masterthesis. Berlin: Steinbeis-Hochschule, 2011/2012.
- Brauckhoff G, Kocher T, Holtfreter B et al. Mundgesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 47. Berlin: Robert Koch-Institut, 2009.
- Brecht JG, Meyer VP, Micheelis W.
 Prognose der Zahnärztezahl und des
 Bedarfs an zahnärztlichen Leistungen bis
 zum Jahr 2030 Überprüfung und
 Erweiterung des Prognosemodells
 PROG20. IDZ-Information 1/2009.
- Buchmann M. Die Feminisierung der Zahnmedizin. Masterarbeit. Bielefeld: Universitätsfakultät für Gesundheitswissenschaften, 2010:23-27.
- Buddeberg-Fischer B. Karriereentwicklungen von Frauen und M\u00e4nnern in der Medizin. Schweizerische \u00e4rztezeitung 2001;82: 1838-1844
- 11. Bundesärztekammer. Ärztestatistik 2013.
- Bundeszahnärztekammer. Ziele des Ausschusses für die Belange der Zahnärztinnen. Internet: bzaek.de/fileadmin/PDFs/za/ Zahnaerztinnen/2011 Ausschussziele.pdf. Abruf: 15.07.2014.
- 13. Bundeszahnärztekammer. Beantwortung einer persönlichen Anfrage vom Mai 2014.
- 14. Bundeszahnärztekammer. Statistisches Jahrbuch 2012/13. Berlin: BZÄK, 2013.
- Dawson A, Chen S. Die SAC-Klassifikation in der zahnärztlichen Implantologie. Berlin: Quintessenz, 2011.
- Deutsche Gesellschaft für Implantologie im Zahn-, Mund- und Kieferbereich. Auskunft auf eine persönliche Anfrage vom Mai 2014.
- 17. Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kieferund Gesichtschirurgie. Zahnimplantate: Wer

- leistet was? Internet: patienteninformation-mkg.de/dgmkg/patienteninfo.nsf/e/ SMEU-7ZGEGS. Abruf: 15.07.2014.
- Friedrich S, Maibach-Nagel E. Weit mehr als ein Geschlechterwechsel. Zahnärztl Mitt 2011;101:32-36.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung. Online-Datenbank der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Internet: www.gbe-bund.de.
- Gleissner Ch. Noch genauer hinsehen. ZWP 2013;5:6.
- Gjerberg E. Medical women towards full integration? An analysis of the specialty choices made by two cohorts of Norwegian doctors. Soc Sci Med 2001;52:331-343.
- 22. Groß D, Schäfer G. Die Entwicklung der zahnärztlichen Profession im wiedervereinigten Deutschland in genderspezifischer Perspektive (1990-2008). Teil 2: Erklärungsversuche, Initiativen und Perspektiven. In: Groß D (Hrsg). Gender schafft Wissen. Wissenschaft Gender? Geschlechtsspezifische Unterscheidungen und Rollenzuschreibungen im Wandel der Zeit. Kassel: Kassel University Press, 2009:209-226.
- 23. Institut für Management im Gesundheitsdienst Prof. Riegl. Konsortial Benchmarking Praxis Strunz, Qualitäts-Report, Optimierung Ihrer Zuweiserkooperationen 2012.
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Jahrbuch 2013 – Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln: KZBV, 2013.
- Mayer MAC. Gender Dentistry empirische Auswertung monoedukativer Chirurgiekurse für Zahnärztinnen. Med. Diss. Ulm: Universität Ulm, 2012.
- Mayer M, Geibel MA. Nur Mut: Zahnärztinnen in der Chirurgie – Mehr Sicherheit durch monoedukative Kurse. XX 2014;3(2):111-114.
- Mediennutzungsstudie 2014 der Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e. V.
- Micheelis W, Bergmann-Krauss B, Reich E. Rollenverständnisse von Zahnärztinnen und Zahnärzten in Deutschland zur eigenen Berufsausübung – Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie. IDZ-Information 1/2010.
- Micheelis W, Schiffner U. Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). IDZ-Materialienreihe Bd 31. Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, 2006.

- Neukam FW. Lebenserwartung von Implantaten und Implantatlager.
 Stellungnahme der DGZMK.
 Dtsch Zahnärztl Z 2000:55:587-588.
- 31. Riegl GF. Erfolgsfaktoren für die zahnärztliche Praxis Innovatives Praxismarketing in der Zahnmedizin mit Patienten- & Zuweiserforschung. Augsburg: Verlag Prof. Riegl & Partner, 2010.
- Schäfer G, Fischer T, Groß D. Die Entwicklung der zahnärztlichen Profession im wiedervereinigten Deutschland in genderspezifischer Perspektive (1990-2008).
 Teil 1: Chancen und Karrierewege im Geschlechtervergleich. In: Groß D (Hrsg).
 Gender schafft Wissen. Wissenschaft Gender? Geschlechtsspezifische Unterscheidungen und Rollenzuschreibungen im Wandel der Zeit. Kassel: Kassel University Press, 2009:187-208.
- Schleinzer A. "Die Freude der Kinder" –
 Spurensuche nach frühen Modellen von
 Baukästen als geschlechtsneutralen Artefakten technischen Spielzeugs. In: Groß D
 (Hrsg). Gender schafft Wissen. Wissenschaft
 Gender? Geschlechtsspezifische Unterscheidungen und Rollenzuschreibungen im
 Wandel der Zeit. Kassel: Kassel University
 Press, 2009:61-79.
- Statista GmbH. Anzahl der Mitglieder und Versicherten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung in den Jahren 2010 bis 2014 (in Millionen). Internet: http://de. statista.com/statisti/daten/studie/155823/ umfrage/gkv-pkv-mitglieder-undversichertenzahl-im-vergleich. Abruf: 15.07.2014.
- Welt Digital. Mit Frauen-Studiengängen gegen Fachkräftemangel. Internet: welt.de/ wirtschaft/karriere/article121234535/ Mit-Frauen-Studiengaengen-gegen-Fachkraeftemangel.html. Abruf: 15.07.2014.
- Zitzmann NŪ. Genderaspekte in der Zahnmedizin – spielt das eine Rolle? Vortrag. Frankfurt: 27. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Implantologie, 28.-30.11.2013.
- Zitzmann NU, Schilling J, Weiger R, Loretan P, Pastoret M-H. Geschlechtsspezifische Aspekte der oralen Gesundheit und therapeutische Konsequenzen. Dtsch Zahnärztl Z 2009;64:347-356.
- Zitzmann NU, Zemp E, Weiger R, Lang NP, Walter C. Does a clinican's sex influence treatment decisions? Int J Prosthodont 2011;24:507-514.