

Zu wenig Wumms

© Benjamas – stock.adobe.com

18

März 2026 – Der Freie Zahnarzt

Versorgungsforschung. Was funktioniert im Versorgungsalltag beim Patienten, welches Medikament, welche Behandlung? Wie ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis? Um diese Fragen zu beantworten, braucht es (Langzeit-)Daten aus den Praxen. Warum das nur schleppend funktioniert.

Autorin: Dr. Pascale Anja Dannenberg

Wir müssen dafür sorgen, dass die Systeme miteinander reden, dass es einen Austausch zwischen Forschung und Versorgung gibt“, sagt der Neurologe Prof. Dr. Wolfgang Wick (*Hartmannbund Magazin*, Ausgabe 1/25). Es komme in der Medizin nicht nur darauf an, ein Medikament oder Produkt zu entwickeln, sondern darauf, herauszufinden, was beim Patienten funktioniert. Wick, seit 2023 Vorsitzender des Wissenschaftsrats (WR), macht ein „Defizit“ in der Versorgungsforschung aus.

„Noch immer Nachholbedarf“

So fragten 2012 die Grünen in einer Kleinen Anfrage (30.4.2012, Drucksache 17/9511) die Bundesregierung, ob diese die Auffassung des WR teile („Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland“, 2005), dass sich der Umfang der zahnmedizinischen Versorgungsforschung in Deutschland im internationalen Vergleich auf niedrigem Niveau bewege und, wenn ja, wie der Bund diesen „Missstand“ zu beheben gedenke. Wenngleich in der Antwort

der Bundesregierung (22.5.2012, Drucksache 17/9717) zwar geäußert wird, die Entwicklung der Versorgungsforschung sei seit den vom WR 2005 verfassten Empfehlungen „vorangeschritten“, steht darin auch, es bestehe „noch immer Nachholbedarf“.

2015 wird die Versorgungsforschung in einer Positionsschrift des „Arbeitskreises Epidemiologie, Public Health und Versorgungsforschung in der DGZMK“ als eigene Forschungsebene definiert in Abgrenzung zu Grundlagen- und zu klinischer Forschung, gleichwohl habe sie „Berührungspunkte zur klinischen Forschung und zur Epidemiologie, zur Soziologie und zur Public-Health-Forschung“. Versorgungsforschung agiere „fächerübergreifend und beschreibt, analysiert und bewertet die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung unter Alltagsbedingungen“; sie diene dazu, gute Behandlungskonzepte zu belegen, wo notwendig, Verbesserungsoptionen und potenzielle Risiken aufzuzeigen sowie Kosten und Nutzen abzuwägen.

Der Verband der forschenden Pharma-Unternehmen (vfa) unterscheidet genauer zwischen klinischer und Versorgungsforschung. Während bei klinischer Forschung laut vfa „Störgeräusche weitgehend reduziert werden“, unter kontrollierten, häufig idealtypischen Bedingungen Evidenz geschaffen und Bedingungen des Versorgungsalltags explizit nicht einbezogen werden, betrachtet die Versorgungsforschung die Behandlungsprozesse im Versorgungsalltag und bewertet ihre Effizienz, um Aussagen über Nutzen und Wirtschaftlichkeit treffen zu können.

Ein Beispiel: Die Einführung des befundbezogenen Festzuschuss-Systems für Zahnersatz Anfang 2005 zeige, dass wissenschaftliche Begleitung und Evaluation im Versorgungsalltag „notwendig und sinnvoll“ sei, urteilen Dr. Ursula Schütte sowie die Professoren Dr. Dr. Wilhelm Kirch und Dr. Michael Walter (Versorgungsforschung in Deutschland – eine Standortbestimmung aus Sicht der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, *Medizinische Klinik*, 09/2005).



Prof. Dr. Falk Schwendicke

Mittlerweile werden in Deutschland 97 Prozent aller Behandlungsfälle, das sind 600 Millionen pro Jahr, ambulant versorgt, schreibt die KBV auf ihrer Homepage Mitte Juli 2025. Folglich dürften die Daten der Praxen – anonymisiert – ein großes Potenzial für klinische Forschungsstudien und die Entwicklung innovativer Therapien darstellen, zumal es sich hierbei häufig um Langzeitdaten handelt. Doch werden diese Daten für die Forschung genutzt – oder ist Wicks ausgemachtem „Defizit“ in der Versorgungsforschung zuzustimmen?

„Zu wenig Akteure, Strukturen, Ressourcen“

Anruf bei Prof. Dr. Falk Schwendicke. Der Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie des LMU Klinikums ist Sprecher der Fachgruppe Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung, zugleich deren Beigeordneter Sprecher für die Deutsche Gesellschaft für Orale Epidemiologie und Versorgungsforschung. „Die Versorgungsforschung in Deutschland ist immer noch in einem Entwicklungsstadium. Da ist – im Vergleich mit anderen medizinischen Gebieten – noch zu wenig ‚Wumms‘ dahinter. Es gibt zu wenig Akteure, zu wenig Strukturen – und auch zu wenig Ressourcen“, beschreibt Schwendicke die Situation. Zu großen Teilen würden Projekte aus der Versorgungsforschung in Eigeninitiative betrieben, über einzelne Wissenschaftler an wenigen Universitäten. So gibt es zwar Projekte an den Universitäten in Greifswald, Dresden, Hamburg, Freiburg, Göttingen, Leipzig, Witten/Herdecke, aber Professuren zur Versorgungsforschung allein in Kiel, Münster sowie in Heidelberg, an letztgenanntem Standort aber eher mit gesundheitsökonomischem Schwerpunkt. „Das hat nicht die Größe und Schlagkraft, die wir eigentlich benötigen würden“, bilanziert Schwendicke heute, der in den Jahren 2020–2023 Direktor der Abteilung für Orale Diagnostik, digitale Zahnheilkunde und Versorgungsforschung an der Charité war.

Zur praxisbasierten Forschung meint Schwendicke: Praxen müssten konkrete Angebote zum Mitwirken an Studienprojekten gemacht werden seitens der Universitäten, aber auch seitens der berufsständischen Vertretungen – „schließlich sind die Daten, die erhoben werden, auch für den Berufsstand politisch relevant“. Zudem müssten die Fragestellungen für die Praxen relevant sein, zu deren Versorgungsalltag passen, zumal für die Praxen eine Teilnahme „Aufwand bedeutet, es ist Bürokratie, es kostet Zeit und man verdient nicht einen Euro daran“.

Memorandum des Netzwerks Versorgungsforschung

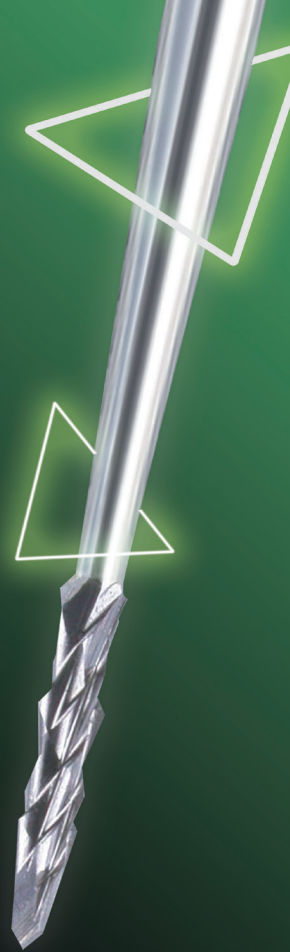
Indes gebe es genügend Fragestellungen in der klinischen Zahnmedizin, sei es die PZR, die UPT-Wirksamkeit oder Amalgamalternativen – „Fragestellungen, die wir beantworten könnten, wenn entsprechende Versorgungsforschungsinitiativen in den Praxen verankert wären“. Das sei universitär kaum zu leisten, solche Projekte zögen den Vorwurf eines abweichenden Settings auf sich, gingen klinische Studien doch von einer Wirksamkeit unter optimalen Bedingungen aus, nicht von einer Effektivität unter Alltagsbedingungen. Stimmt also die Analyse des WR noch heute, dass Deutschland in der zahnmedizinischen Versorgungsforschung im internationalen Vergleich hinterherhinkt? „Das ist immer noch so, wenn auch weniger ausgeprägt als noch vor 15 Jahren. England liegt in dem Bereich vorne, auch weil da die Bereitschaft besteht, dafür relativ viel Geld auszugeben. Das ist auch ein Punkt in unserem Memorandum: Es braucht Ressourcen – nur aus dem für Lehre vorgehaltenen Personal in der Zahnmedizin wird man das nicht stemmen können.“ Das beim Netzwerk Versorgungsforschung von den anderen Fachbereichen begutachtete Papier erscheint demnächst in der Thieme-Zeitschrift *Das Gesundheitswesen*. Thematisiert werde neben der Notwendigkeit gemeinsamer Datenstandards der Forschungspraxennetzwerke auch die Schwierigkeit, mit Versorgungsforschungsprojekten Fördergelder einzuwerben – das gelänge noch am besten über den Innovationsfonds des G-BA „mit allen bekannten bürokratischen Hindernissen“.

„Ressourcen effizienter einsetzen“

Anruf bei Dr. Leonor Heinz, Leiterin der Koordinierungsstelle für die Initiative Deutscher Forschungspraxennetze DEGAM-ForNet der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. „Die Forschungslandschaft verändert sich aktuell tiefgreifend“, sagt Heinz. Es zeichne sich ab, dass klinische



busch-dentalshop.de



Spezialisten, die unter die Haut gehen!

Sowohl bei der chirurgischen Entfernung von Zähnen, Weisheitszähnen und Wurzelspitzen, als auch bei der allgemeinen Knochenchirurgie eine gute Wahl!



Busch®

There is no substitute for quality

Forschung zunehmend Versorgungsalltagsbedingungen integriere. Das sei auch nötig angesichts der Tatsache, dass die Gesundheitsausgaben in Deutschland die höchsten in der EU sind, wohingegen die Lebenserwartung hierzulande aber knapp unter EU-Durchschnitt liegt. „Wir müssen dahin kommen, mithilfe besserer Entscheidungsgrundlagen durch Forschungsinfrastruktur die begrenzten finanziellen Ressourcen effizienter einzusetzen“, ist sich Heinz sicher. Nur so könne das GKV-System stabilisiert und sichergestellt werden, dass jeder Mensch in Deutschland die bestmögliche Versorgung erhalte, ohne dass dies zu einer Kostenexplosion führe. Nur so könne eine solide Grundlage für eine Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit in Krisen sichergestellt werden. Nur so könne eine zielgenaue Entwicklung der Gesundheitswirtschaft vorangetrieben werden, nicht nur betriebs-, sondern auch volkswirtschaftlich. „So wie wir in Deutschland im OECD-Vergleich Europa-meister im Geldausgeben für ein schlechtes Gesundheits-Outcome sind, so sind wir auch Nachzügler in Sachen einer ziel- und wirkungsorientierten Haushaltsführung“, sagt Heinz. Zu stark werde auf eine Mobilisierung von finanziellen Ressourcen gesetzt, statt darauf, die Wirksamkeit der Ausgaben zu verbessern. Das sollte der Ansatzpunkt sein, um darzulegen, warum mehr Forschung nötig ist. Zugleich dürfe die Wissenschaft beim Einwerben von Projektgeldern nicht den eigentlichen Nutzen ihrer Forschung aus dem Blick verlieren – die Versorgung zu verbessern.

Studie mit Daten aus 150 Zahnarztpraxen

Anruf bei Dr. Bernd Reiss, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Computergestützte Zahnheilkunde (DGCZ), seit 1986 niedergelassen in eigener Praxis in Malsch. Reiss ist Gründer der Arbeitsgemeinschaft für Keramik in der Zahnheilkunde,



Dr. Bernd Reiss

deren Vorstandsvorsitzender er war, bis die AG Keramik Ende 2025 aufgelöst wurde. Mit ihrer Gründung 1999 startete ein praxisbasiertes Forschungsnetzwerk. Wie therapieren? Mit welchen Materialien bei welchen Indikationen? Was könnten Komplikationen sein? Für diese Fragen bei vollkeramischen Restaurationen arbeitete der Zahnarzt die Ceramic Success Analysis (CSA) aus. Die Studie basiert auf der Langzeitbeobachtung von inzwischen mehr als 16.000 befundeten vollkeramischen Restaurationen aus 150 Zahnarztpraxen, die nunmehr über einen Zeitraum von bis zu 26 Jahren nachuntersucht wurden: Die Praxen übermitteln jährlich an die AG Keramik anonymisiert Daten zu Zahnvitalität, Papillenblutungsindex, Größe und Lage der Restauration, Zahntyp,



Dr. Leonor Heinz

klinischer Vorgehensweise, eingesetzten Materialien und Verarbeitungstechniken. „Das dauert pro Patient zwei Minuten“, sagt Reiss. Die Nachuntersuchung erfolgt im Rahmen der normalen Routineuntersuchungen und dokumentierten Ereignissen. Er führt aus: „Die CSA-Studie ermöglicht einen Vergleich: Wo stehe ich als Zahnarzt? Wie kann ich meine Behandlungsmethode verbessern?“ Mögliche Ursachen und Risiken misslungener Behandlungen ließen sich identifizieren. Jeder Teilnehmer kann seine Erfolgs-/Misserfolgskurve im Vergleich zur Gesamtgruppe online abrufen; zudem erhält jeder jährlich eine Analyse individueller Besonderheiten mitsamt Urkunde und Fortbildungspunkten.

Einige der CSA-Studienergebnisse: Keramische Restaurationen funktionieren mit einer geringen jährlichen Misserfolgsquote. Defektorientierte Inlays, Onlays und Teilkronen sind größenunabhängig langlebiger als Vollkronen. Daraus abgeleitet wird, dass Restaurationen gezielt defektorientiert sein sollten, zumal bei einem Misserfolg eine Kronenversorgung immer noch durchgeführt werden kann. Avitale Zähne weisen ein erhöhtes Misserfolgsrisiko auf. Die Misserfolgsquote selbst wird der Studie nach bestimmt durch Risikopatienten, aber auch durch „Risiko-Zahnärzte“, so waren bei vier Prozent der teilnehmenden Zahnärzte 50 Prozent aller Frakturen aufgetreten. Sein Wissen und seine Erfahrungen kann der AG Keramik-Vorstandsvorsitzende auch als DGZMK-Vorstandsmitglied für die Fachdisziplin „Computergestützte Zahnheilkunde“ in S3-Leitlinien zu Vollkeramischen Kronen und Brücken einbringen. Das CSA-Projekt sei inhaltlich unabhängig, wenngleich es bislang über viele Materialhersteller finanziert worden war, die aber aufgrund zunehmenden wirtschaftlichen Drucks in herausfordernden Zeiten das Engagement einstellten. Im Oktober 2025 konnte Reiss dann Entwarnung geben: Durch einen „gestrafften Haushalt“ war es trotz der sich in Auflösung befindlichen AG Keramik doch noch möglich, die Langzeitstudie auf den aktuellen Stand zu bringen und sie in die DGCZ einzugliedern. ■

Zum Weiterlesen

R.J. Wierichs et.al., *Practice-Based Study on CAD/CAM Inlays, Onlays, and Crowns: Longevity and Risks*, *Journal of Dental Research*, May 2025.



**elmex®**

Bisher profitieren
nur ca. 10 % der Kinder
von elmex® gelée¹ –
Sie können das ändern



1x WÖCHENTLICH

Bei Ausstellung einer
Verschreibung bis zum
18. Lebensjahr zu 100 %
erstattungsfähig*



¹ Durchschnittlicher jährlicher Abverkauf in Packungen von elmex® gelée 38g in deutschen Apotheken (IQVIA Eigenanalyse, Juli 2018 bis Aug 2021) vs. Anzahl der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen im Alter zwischen 6 und 17 Jahren (Statista 2020). * Bitte „Individualprophylaxe nach § 22 SGB V“ auf Kassenrezept notieren.

elmex® gelée 1,25 % Dentalgel. Zusammensetzung: 100 g elmex® gelée enthalten: Aminfluoride Dectaflur 0,287 g, Olaflur 3,032 g, Natriumfluorid 2,210 g (Fluoridgehalt 1,25 %), gereinigtes Wasser, Propylenglycol, Hyetellose, Saccharin, Pfirsich-Minz-Aroma (Pfirsich-Aroma, Menthol, Eukalyptol, Anethol). **Anwendungsgebiete:** Zur Kariesprophylaxe; therapeutische Anwendung zur Unterstützung der Behandlung der Initialkaries und zur Behandlung überempfindlicher Zahnhälse. **Gegenanzeigen:** Nicht anwenden bei Überempfindlichkeit gegen einen der Inhaltsstoffe, Abschilferungen der Mundschleimhaut, fehlender Kontrolle über den Schluckreflex, bei Kindern unter 3 Jahren und bei Knochen- und/oder Zahnfluorose. **Nebenwirkungen:** sehr selten: Exfoliation der Mundschleimhaut, Gingivitis, Stomatitis, Rötung, Brennen oder Pruritus im Mund, Gefühlosigkeit, Geschmacksstörungen, Mundtrockenheit, Schwellung, Ödem, oberflächliche Erosion an der Mundschleimhaut (Ulkus, Blasen), Übelkeit oder Erbrechen, Überempfindlichkeitsreaktionen. Dieses Arzneimittel enthält Aromen mit Allergenen. Bei entsprechend sensibilisierten Patienten können durch Pfirsich-Minz-Aroma und Menthol Überempfindlichkeitsreaktionen (einschließlich Atemnot) ausgelöst werden. Nicht über 25 °C lagern. **Packungsgrößen:** 25 g Dentalgel (apothekenpflichtig); 38 g Dentalgel (verschreibungspflichtig); 215 g Klinikpackung (verschreibungspflichtig). CP GABA GmbH, 20354 Hamburg. **Stand: November 2024.**



Mehr erfahren

elmex®

PROFESSIONAL
— ORAL HEALTH —