



Engagiert für

- Prophylaxe
- Zahnerhaltung
- eine gute Breitenversorgung



DAZ-Jahrestagung

in Hohen Neuendorf bei Berlin

24.-26.09.2010

mit Feier „30 Jahre DAZ“

Fortbildung „Hypnose

in der Zahnarztpraxis“

25.09.2010

Endo ohne Ende:

DAZ-Umfrage & Diskussion
im Forum gehen weiter

Ethik in der ZHK:

Patientenautonomie
ernstnehmen

www.daz-web.de
www.buz-berlin.de

auch nach 30 Jahren:

DAZ und DAZ-Forum

Zahnheilkunde dient der Gesundheit!

Inhaltsverzeichnis

DAZ-Forum 103-2010

- 3 **Editorial: 30 Jahre DAZ - ab ins Kloster?**
Irmgard Berger-Orsag
- 4 **Mehr Fachzahnärzte**
Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle
- 7 **Brauchen wir den Fachzahnarzt für Oralchirurgie?**
Auszug aus BVAZ-Pressemeldung
- 7 **Schon wieder Endo – bringt das denn was?**
Dr. Celina Schätze
- 8 **Endo-Fragebogen** ←
- 9 **Breiten-Endo – Treffen mit DGeno-/DGZ-Vertreter**
Gespräch mit Dr. Carsten Appel
- 10 **Aktuell gelehrtes Endo-Protokoll weltweit anerkannt**
Prof. Dr. R. Stoll zu Forum-Beitrag von Dr. Dr. R. Osswald
- 13 **Aktuelle Praxis der Endodontie - Bestandsaufnahme**
Dr. Paul Schmitt
- 15 **DAZ-Jahrestagung 25.09.2010**
Hypnose-Fortbildung mit IUZB, Hauptversammlung
und Fest: 30 Jahre DAZ
- 16 **Patientenautonomie – Norm der Prinzipienethik**
Dr. Peter Weißhaupt
- 17 **Arbeitskreis Ethik steht allen DGZMK'lern offen**
- 18 **Abschied von Dr. Sylvia Dohnke-Hohmann**
- 18 **Krankheitskosten mehr und mehr privatisiert**
DAZ-VDZM-Pressemeldung zur Tagung in Frankfurt
- 19 **Kopfpauschale – Lösung oder neues Problem?**
Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger
- 21 **Kammern als Marketingpartner der Industrie**
Dr. Paul Schmitt
- 21 **Den Durchschnitt heben – per Implantat-Marathon**
Dr. Kai Müller
- 22 **AKDI-Papier zur Aufbereitung – Sieg der Vernunft**
Dr. Karlheinz Kimmel

Redaktionsschluss DAZ-Forum 104: 31. Juli 2010

Qualitätsmanagement ist jetzt Pflicht.

Kennen Sie das

**DAZ-PROJEKT
QUALITÄTSSICHERUNG ?**

Infos: Dr. Peter Nachtweh
Tel 030/3023010, Fax 030/3255610
Mail pnachtweh@t-online.de



Köln ade!

Die DAZ-Geschäftsstelle ist umgezogen:

von der Dom-Stadt Köln ins
Industrie-„Dorf“ Troisdorf im Rhein-Sieg-Kreis

**Deutscher Arbeitskreis
für Zahnheilkunde (DAZ) e.V.**
Kaiserstr. 52, 53840 Troisdorf

Tel 02241/9722876

Fax 02241/9722879

Handy 0178/8268362

Mail kontakt@daz-web.de

Internet www.daz-web.de

Aus dem Berliner Sumpf:

Die Zahnärztekammer Berlin jagt Kollegen mit versteckter
Kamera? Einzelheiten unter folgender Adresse:

www.gpz-in-berlin.de/das-dilemma-des-kollegen-k-oder-macht-offentlichkeitsarbeit-gluecklich/

Impressum

Herausgeber/Redaktion/Mediadaten:

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) e.V.

Kaiserstr. 52, 53840 Troisdorf, Tel 02241/97228-76,
Fax 02241/97228-79, Mail kontakt@daz-web.de, www.daz-web.de

Berlins unabhängige Zahnärzte (BUZ)

Dr. Helmut Dohmeier-de Haan, Turmstr. 65, 10551 Berlin,
Tel 030/3925087, Fax 030/3994561,
Mail dohmeier@web.de, www.buz-berlin.de

Redaktion dieser Ausgabe: Dr. C. Schätze (V.i.S.d.P.),
I. Berger-Orsag, Dr. U. Happ, Dr. M. Hillmer, Dr. K. Müller, Dr. P. Schmitt

Erscheinungsweise: 4x jährlich, diese Ausgabe: 1.000 Ex.

Bezugsbedingungen: Jahres-Abo 28,00 Euro incl. Porto. Für Mit-
glieder von DAZ/BUZ ist das Abo im Mitgliedsbeitrag enthalten. Ein-
zelne Ausgaben werden kostenlos auf Anfrage zugesandt.

Bildnachweis: Techniker Kasse, Wikipedia, Uni Heidelberg, Dr.
Carsten Appel, Prof. Dr. Richard Stoll, Jörg Pompetzki, BZÖG, David
Ausserhofer, www.mezis.de, DZW, IfK, Privat

Editorial:

30 Jahre DAZ – ab ins Kloster?

Am 11.10.1980 gründeten Zahnärzte aus Regensburg und München im bayerischen Kloster Biburg den Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ), um so ihre kritischen Vorstellungen wirksamer in die Standes- und Gesundheitspolitik einbringen zu können. In einer SPIEGEL-Serie unter dem Titel „Gutes Geld für schlechte Zähne“ hatte zuvor Dr. Hanns-W. Hey aus München wichtige Mängel der zahnmedizinischen Versorgung in der damaligen Zeit beleuchtet und Reformmöglichkeiten aufgezeigt.

Knapp 30 Jahre später sind manche Erfolge zu verzeichnen, insbesondere, was die vom DAZ angemahnte Prävention anlangt. Jedoch haben sich die meisten Anliegen des Verbandes inzwischen nicht erledigt. Die Politik begegnet den Problemen des Gesundheitswesens seit Jahren mit einer widersprüchlichen Mischung aus verstärkter Regulierung auf der einen und Deregulierung im Sinne von Wettbewerbsstimulierung auf der anderen Seite. Die Folge ist, passend zum allgemeinen gesellschaftlichen Trend, eine rasant fortschreitende Kommerzialisierung des Medizinbetriebs. Im Krankenhaussektor machen sich profitorientierte Konzerne breit. Die Universitäten, unter Mittelverknappung stöhnend, beforschen und lehren immer mehr das, was der Industrie genehm ist und von ihr gesponsert wird. Die IT-Unternehmen wittern gigantische Geschäfte in der Kontroll- und Regulierungsbürokratie und schicken sich an, alle Bereiche des Gesundheitswesens zu durchdringen. Viele Leistungserbringer an der Basis sehen sich gezwungen, zunehmend das anzubieten, was private Zuzahlungen erbringt.

Die Situation ist brisanter als je in den letzten Jahrzehnten und erfordert weiterhin soziales und gesundheitspolitisches Engagement unter immer schwierigeren, da unübersichtlicheren Bedingungen. Der DAZ müht sich inzwischen, z.B. im Bereich der Qualitätssicherung, weniger um Detailvorschläge als vielmehr darum, den für

eine gute ganzheitliche Patientenversorgung engagierten Kollegen den Rücken zu stärken und im Gesundheitswesen insgesamt für eine bestimmte Grundhaltung zu werben. Es muss darum gehen, dass der Patient im Mittelpunkt steht und indikationsgerecht versorgt wird. Das klingt selbstverständlich, ist es aber nicht. Es erfordert eine betreuungsorientierte Einstellung bei (Zahn-)Ärzten und Angehörigen der übrigen Heilberufe. Erforderlich sind aber auch Rahmenbedingungen, die es den Ärzten erlauben, medizinischen Zielen den Vorrang vor kommerziellen Zwängen zu geben.

Die zunehmende Profitorientierung im Gesundheitswesen bedroht die bisher weitgehend egalitäre Versorgungssituation in Deutschland, die einen hohen kulturellen Wert darstellt und für einen demokratischen Staat und ein reiches Industrieland selbstverständlich sein sollte. Sie verdirbt manchem ursprünglich für die Medizin begeisterten Menschen die Freude am Beruf. Sie untergräbt letztlich das, was für die Leistungen eines Gesundheitssystems konstitutiv ist: das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient bzw. zwischen dem kranken Menschen und den ihn therapierenden und betreuenden Personen. Auch der betuchte Patient vertraut nicht auf die Geschäftstüchtigkeit des Arztes sondern auf seine ethische Einstellung.

Es ist vielleicht kein Zufall, dass gerade jetzt die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) Bedarf gesehen hat, einen eigenen Arbeitskreis Ethik zu gründen. Im DAZ wird dieser Schritt begrüßt und mit der Hoffnung verknüpft, dass problematische Entwicklungen in der Zahnmedizin nunmehr im Berufsstand

stärker reflektiert werden. Insbesondere hofft der Verband, dass die Zahnärzte an der „Basis“, die niedergelassenen Allgemein Zahnärzte, zahlreich in diesem AK mitwirken. Es ist zu wünschen, dass gerade sie bei ihrem Umgang mit der Ressourcen-



verknappung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, mit der Kommerzialisierung von Aus-, Fort- und Weiterbildung, der Ausrichtung von Berufsausübung und Patienteninformation auf lukrative Modethemen und bei noch vielen weiteren Problemen durch die gemeinsame Plattform in dem Arbeitskreis gestärkt werden und dann auch Unterstützung durch Wissenschaft und Standesorganisationen erhalten.

Bei seiner Hauptversammlung im Jubiläumsjahr bietet es sich für den DAZ an, Bilanz zu ziehen und über seine Ziele für die Zukunft nachzudenken. Also zurück ins Kloster wie in den Gründungstagen? Und vielleicht gar für immer, weil die Vorstellungen der DAZler zu weltfern sind, nicht mehr in die heutige Zeit passen?

Kritisch gegenüber dem Zeitgeist und in Distanz zum Mainstream - so wünschen sich viele DAZler ihren Verband. Aber keineswegs weltfern und abgeschottet gegenüber dem Rest des Berufsstandes. Und insofern ziehen sie sich jetzt nicht in Klausur zurück sondern laden im Rahmen der Hauptversammlung im September frühere und jetzige Weggefährten zu einer bunten DAZ-Geburtstagsfeier am Rande von Berlin ein. Wie schon die Gründerväter suchen sie Austausch und Zusammenarbeit mit möglichst vielen Kolleginnen und Kollegen, um sich mit ihnen zusammen einzusetzen - für eine medizinischen Zielen verpflichtete, präventions- und patientenorientierte Zahnheilkunde.

In diesem Sinne grüßt Sie

Irmgard Berger-Orsag
DAZ-Geschäftsführerin

**DAZ-Jahrestagung
mit 30jährigem Jubiläum**

24.-26.09.2010

**Hotel + Pension zum grünen Turm
Hohen Neuendorf bei Berlin**



Mehr Fachzahnärzte – fachliche, politische oder rechtliche Debatte?

Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Stahle, Universität Heidelberg

„Große Koalition“ gegen Weiterbildung

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) äußerte sich 2008 zu Überlegungen über die Weiterentwicklung des Fachzahnarztwesens wie folgt: „Fatale Folgen für die Versorgung der Patienten und die Kosten im Gesundheitswesen erkennt der Vorstand des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde (DAZ) für den Fall einer Änderung der Musterweiterbildungsordnung in Richtung weiterer künstlicher Spezialisierungen, insbesondere über den Erwerb postgradualer Zusatzqualifikationen“ [3]. Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) führte dazu - ebenfalls im Jahr 2008 - aus: „Die Einführung weiterer Fachzahnarztgebiete wird aus berufspolitischen Gründen abgelehnt, weil sie die Gefahr von selektiven Vertragsmodellen und eine Zersplitterung der Zahnärzteschaft verstärkt“ [4]. Der Berufsverband der Allgemeinzahnärzte in Deutschland (BVAZ) vertrat 2009 den Standpunkt, dass es „zur indikationsgerechten zahnmedizinischen Versorgung der Bevölkerung keiner zusätzlichen Fachzahnärzte bedarf“ [5]. In einem an das DAZ-Forum gerichteten Leserbrief war gar vom „Widersinn der Fachzahnarzt-Diskussion“ die Rede [2].

Auch die Landeszahnärztekammern, in deren Zuständigkeitsbereich die Weiterbildung liegt, waren sich in dieser Frage bislang fast unisono einig. So beschloss z.B. die Vertreterversammlung der Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg in Fortführung ihrer jahrzehntelangen Verweigerungshaltung im Jahr 2008 lapidar: „Die Einführung weiterer Fachzahnarztgebiete wird abgelehnt“ [14]. Von zahlreichen weiteren Landeszahnärztekammern waren ähnliche Verlautbarungen zu hören. Als die Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VHZMK) 2008

die Zahnärztekammern aufforderte, „in der Weiterentwicklung des Fachzahnarztwesens aktiv zu werden, ihre vorhandenen Gestaltungsmöglichkeiten wahrzunehmen und die zukünftige Entwicklung entscheidend mitzubestimmen“ [13], wurde dies seitens dieser Körperschaften nahezu als Brückierung aufgefasst. Bezugnehmend auf die VHZMK-Resolution forderte bspw. der stellvertretende Präsident der Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg im Jahr 2010 in einem „Zwischenruf“, die Debatte über Weiterbildungen endlich zu beenden und andere Wege zu beschreiten (Zitat): „Die Diskussion über weitere Fachzahnarztgebiete wird damit obsolet“ [6].

Sie ist zwar selten, aber sie gibt es auch in der Zahnmedizin der Bundesrepublik Deutschland: eine über alle sonstigen Meinungsverschiedenheiten hinausreichende ganz große Koalition und zwar, wenn es gegen einen Ausbau der zahnärztlichen Weiterbildung geht. Bei einer so hohen Einmütigkeit erscheint es lohnend, die Argumente, die angeblich gegen einen Ausbau der Weiterbildung sprechen, näher zu beleuchten [8-12].

Einwände gegen den Ausbau des Fachzahnarztwesens

Die Bekämpfung der Weiterbildung wird unter anderem wie folgt begründet:

1. Es wird befürchtet, dass Fachzahnärzte zwangsläufig eine Zersplitterung der Zahnärzteschaft bewirken [1-6].
2. Als weiteres Gegenargument wird aufgeführt, dass sich das „Schreckensszenario“ des Facharztwesens seit Jahren bei der Ärzteschaft verfolgen lasse [5]. Im Hinblick auf Verteilungskämpfe innerhalb vorgegebener Budgets behauptet man in diesem Zusammenhang, dass Fachärzte für GKV-Versicherte nicht nur unnötig seien, sondern sogar der medizinischen Versorgung der Bevölkerung schaden (Zitat): „Die Zahnärzteschaft hat als warnendes Beispiel die zahlreichen Fachärztegruppierungen vor Augen. Die Aufteilung der Medizin in viele Facharztgebiete ist ... mit gravierenden Nachteilen verbunden ... auch zum Schaden der medizinischen Versorgung der Bevölkerung“ [6].
3. Manche Zahnärzte argwöhnen, etliche Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde würden die Forderung

nach neuen Fachzahnarztbezeichnungen nur deshalb vorbringen, um von aktuellen Defiziten in der Ausbildung der Studierenden abzulenken. Es wird ihnen als Reaktion auf ihre Initiativen in Sachen Weiterbildung eine „Verschleppung der inhaltlichen Diskussion“ vorgeworfen [2].

4. Schließlich wird die Einschätzung vertreten, Fachzahnärzte innerhalb der Zahnmedizin seien allein schon deshalb abzulehnen, weil sie ein „mechanistisches Weltbild“ und den Ausbau medizinischer Qualitätsstandards förderten. Medizin und Zahnmedizin bestünden aber nicht nur aus Leitlinien, Evidenzbasierung und anderen, offenbar als vorwiegend negativ empfundener Entwicklungen [6].

Bei der Durchsicht der Verlautbarungen fallen zwei Merkmale besonders auf: Zum einen sind sie häufig von negativ anmutenden Schlagwörtern geprägt („Fatale Folgen“, „Schreckensszenario“, „Zersplitterung“, „widersinnige Diskussion“, „Verschleppung“, „mechanistisches Weltbild“, „welfremd“ etc.). Zum anderen lassen sie meist eine Kenntnis der geschichtlichen Entwicklung vermissen.

Zersplitterung der Zahnärzteschaft durch Fachzahnärzte?

Derzeit existiert ein Wildwuchs an mehr oder weniger qualifizierten Zertifizierungen, Schwerpunktbildungen, Spezialisierungen und zahlreichen anderen Titeln. Es hat sich eine zum großen Teil kommerziell ausgerichtete Fortbildungsindustrie entwickelt. Die tatsächliche Qualifikation eines Zahnarztes ist derzeit für Berufsangehörige und erst recht für die Bevölkerung nicht mehr durchschaubar. Die Ursache dieser unübersichtlichen Situation liegt unter anderem darin, dass es Zahnärztekammern versäumt haben, durch entsprechende Fachzahnarzt- und Zusatzbezeichnungen eine geordnete, an primär fachlichen und nicht vorwiegend kommerziellen Gesichtspunkten orientierte Entwicklung zu bahnen.

Diejenigen, die Weiterbildungen mit dem Argument bekämpfen, eine Zersplitterung der Zahnärzteschaft zu vermeiden, müssen sich fragen lassen, ob sie dadurch nicht das Gegenteil bewirkt haben. Gerade die Zahnärztekammern hätten es nämlich in der Hand, durch entsprechende Anforderungsprofile die

Ausrichtung, Qualität und Anzahl von Fachzahnärzten zu steuern. Auch die Tatsache, dass manche Zahnärztekammern inzwischen selbst federführend in diverse postgraduale Weiterqualifikationsprogramme (z.B. Masterstudiengänge) involviert sind, führt ihre vordergründige Argumentation ad absurdum. Der Effekt einer wie auch immer gearteten Differenzierung oder - negativ formuliert - „Zersplitterung“ ist letztlich unabhängig davon zu sehen, ob es sich bspw. um eine Master-, Spezialisten- oder Fachzahnarztbezeichnung handelt.

Schädigung der medizinischen Versorgung durch Fach(zahn)ärzte?

Die Ausbildungsgänge zu Facharztqualifikationen bedürfen zwar in vielen Punkten einer Weiterentwicklung und Verbesserung, ihre Berechtigung an sich wird hingegen nicht angezweifelt. So gibt es keine Überlegungen, anstelle von geprüften Facharztbezeichnungen, bspw. für Radiologie, Nuklear- oder Strahlenmedizin, künftig kostenpflichtige Mastertitel oder weitgehend ungeprüfte Interessen- bzw. Tätigkeitsschwerpunkte für solche Subdisziplinen einzuführen.

Die Behauptung seitens der Zahnärztekammer Baden-Württemberg, die Aufteilung der Medizin in viele Facharztgebiete schade der medizinischen Versorgung der Bevölkerung [6], ist in dieser Vereinfachung sehr gewagt. Auch Zahnärzte und ihre Ständesvertreter werden gelegentlich krank. Angenommen, es handelt sich um eine ernsthafte Erkrankung, wird der Betroffene vermutlich versuchen, herauszufinden, welcher Spezialist ihm am besten helfen kann. Wenn er sich beispielsweise einer schwierigen und komplikationsträchtigen Operation unterziehen muss, wird er mit hoher Wahrscheinlichkeit eher einen für seine konkrete Fragestellung spezialisierten Fachchirurgen aufsuchen als einen Allgemeinchirurgen. Wenn dieser Facharzt dann noch über bestimmte Weiterqualifikationen in Form von kammergetragenen Zusatzbezeichnungen verfügt, wird er dies nicht ungern zur Kenntnis nehmen. Zweifellos ist eine adäquate Arztwahl oft schwierig, und die Anerkennung von Facharzt- und/oder Zusatzbezeichnungen alleine bietet noch keine Gewähr für eine optimale Versorgung. Aber immerhin stellt die Medizin eine Basis-Kompetenz in Aussicht - eine Situation, die für die Zahnmedizin nicht immer zutrifft.

Wenn in Deutschland bspw. ein Patient an einer aggressiven Parodontitis erkrankt und sich an einen Zahnarzt wendet, der auf seinem Praxisschild mit Begriffen aus der Pa-

rodontologie wirbt, weiß er nicht viel über dessen Kompetenz. Er muss - falls ihm dies überhaupt bewusst ist - mit extrem großen Qualifikationsunterschieden rechnen. Würde es sich hingegen um einen ausgewiesenen Fachzahnarzt für Parodontologie handeln, könnte er mit höherer Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, einen für seine Erkrankung ausgebildeten Behandler anzutreffen. Es soll in diesem Zusammenhang daran erinnert werden, dass die Kammern nicht nur die Aufgabe haben, die Interessen der Zahnärzte zu vertreten, sondern auch jene der Bevölkerung.

Trotz aller Nachteile gibt es für die Facharztweiterbildung keine ernstzunehmende Alternative. Dies sollte man vor Augen haben, wenn man Fachzahnärzte mit Blick auf das „Schreckensszenario“ in der Medizin ablehnt. Wenn Ständesvertreter für ihre eigenen gesundheitlichen Probleme wie selbstverständlich Spezialisten in Anspruch nehmen, nach außen hin dagegen für den Generalisten werben, ist dies jedenfalls nicht sehr überzeugend.

Fachzahnarztdebatte als Ablenkungs-Manöver von Ausbildungsdefiziten?

Die Behauptung, die VHZMK würde neue Fachzahnarztbezeichnungen vorwiegend deshalb fordern, um von Ausbildungsdefiziten der Studierenden abzulenken, ist nicht nachvollziehbar. Die Universitäten können auch über andere Qualifikationsprogramme ihre Aufgaben erfüllen. Sie können bekanntlich aus dem Fehlen von Fachzahnarzt- und Zusatzbezeichnungen sogar im wahrsten Sinne des Wortes „Kapital“ schlagen und kostenpflichtige Masterprogramme implementieren.

Die Empfehlung, ähnlich wie in der Medizin die Weiterqualifikation über die Kammern zu kanalisieren, zielt auch nicht darauf ab, über andere Gebührenordnungen mehr Geld zu verdienen. Das ließe sich an Universitäten ebenfalls über andere Wege besser umsetzen.

Wenn einige Hochschullehrer anregen, vermehrt über Fachzahnarzt- und Zusatzbezeichnungen nachzudenken, so vor allem deshalb, um den zahnmedizinischen Fortschritt auch in der Weiterbildung zu verankern. Außerdem erscheint es von Bedeutung, den sensiblen Bereich der Weiterqualifikation vor den Auswüchsen des Marktes so weit wie möglich zu schützen.

Förderung eines „mechanistischen Weltbildes“ durch Fachzahnärzte?

Die Frage, welches „Weltbild“ ein Zahnarzt

besitzt, ist weitgehend unabhängig davon zu sehen, ob er beispielsweise „zertifizierter Zahnarzt“, Spezialist einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft, Master of Science einer Universität oder Fachzahnarzt einer Kammer ist. Die Einschätzung, durch eine Erhöhung der Anzahl von Fachzahnärzten würde das „mechanistische Weltbild“ forciert, ist nicht belegt. Das durchaus anstrebenswerte Ziel der Förderung fachübergreifender Sichtweisen kann im Rahmen einer Weiterbildung durch eine entsprechende Gestaltung der Inhalte hervorragend unterstützt werden.

Der Versuch von hochrangigen Ständesvertretern (hier: der LZÄK Baden-Württemberg), die Fachzahnärztdiskussion mit den von ihnen offenbar ungeliebten Leitlinien oder der Evidence-Based-Dentistry in Verbindung zu bringen [6], ist zwar kaum plausibel, gibt aber in der Tat bemerkenswerte Einblicke in das „Weltbild“ einzelner ständespolitischer Entscheidungsträger.

Geschichte der Fachzahnärzte

Das Ringen um die Weiterqualifikation von Zahnärzten hat eine lange Geschichte. Sie begann am Anfang des letzten Jahrhunderts und hatte in der Ära des Nationalsozialismus, in der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik sowie in der Bundesrepublik Deutschland einen jeweils eigenen Verlauf. Da anstelle fachlicher Erwägungen oftmals politische Vorgaben, Rankünen und persönliche Vorlieben von Ständesvertretern eine große Rolle spielten (und spielen), gelang es bis heute nicht, ein fachlich stimmiges Gesamtkonzept der Weiterbildung zu entwerfen [12].

Fachzahnarzt für Parodontologie

Die Parodontologie hatte bei ihren Anstrengungen, eine ihrer unumstritten hohen Bedeutung angemessene Position innerhalb der zahnmedizinischen Strukturen zu finden, in der Vergangenheit häufig das Nachsehen. An ihrem Beispiel lässt sich besonders gut aufzeigen, wie sehr die Entscheidungen in Deutschland von Willkür sowie von politischen Erwägungen abhängig waren und sind.

Weder die nationalsozialistischen noch die kommunistischen Entscheidungsträger waren bereit, diesem Fach in Form einer Weiterbildungsmöglichkeit den ihm von der epidemiologischen Relevanz und der wissenschaftlichen Bedeutung zukommenden Platz einzuräumen. Stattdessen favorisierten sie andere Disziplinen, ohne dies fachlich stringent begründen zu können [12].

Eine ähnliche Haltung nahmen die Standesvertreter der Bundesrepublik Deutschland ein, wobei ein kleiner Kammerbezirk fast wie eine Oase in der Wüste erscheint. In der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe wurde schon vor langer Zeit mit sehr großem Erfolg der Fachzahnarzt für Parodontologie etabliert. Dadurch wurde die zahnmedizinische Fachkompetenz spürbar gestärkt. Standesvertreter anderer Kammern betrachten dieses viel versprechende „Experiment“ bis heute mit großem Misserfolg, zumal es ihre Behauptung, durch weitere Fachzahnärzte würde es zu einer Zersplitterung kommen, widerlegt.

Die Parodontologie wurde mangels Unterstützung durch die Körperschaften bundesweit veranlasst, andere Wege einer Weiterentwicklung zu beschreiten. Die Kammern müssen sich hier - mit einer Ausnahme - einmal mehr vorwerfen lassen, nicht als Förderer sondern als Hemmschuh versorgungsrelevanter Disziplinen agiert zu haben.

Zusatzbezeichnungen

In der Medizin gibt es neben Facharztbezeichnungen u.a. die Kategorie der Zusatzbezeichnungen. Sie hat vor allem bei fachübergreifenden Disziplinen (z.B. plastische Chirurgie) eine wichtige Funktion. Die plastische Chirurgie ist unter anderem für Kieferchirurgen, aber auch für HNO-Ärzte und andere Disziplinen eine fachlich begründete Ergänzung des Behandlungsspektrums.

Ähnliches gilt für die Zusatzbezeichnung Psychotherapie, die für Fachärzte unterschiedlichster Richtungen eine klinisch relevante Bereicherung darstellen kann.

Diese Art von Differenzierungen könnte auch für die Zahnmedizin vorteilhaft genutzt werden. Allerdings werden selbst solche, unterhalb des Fachzahnarzt-niveaus ansiedelbare Zusatzqualifikationen von einigen Zahnärzten lauthals bekämpft. Während man früher eine sachliche Diskussion mit Sprüchen wie „wir wollen keinen Fachzahnarzt für die palatinale Wurzel des oberen linken Weisheitszahnes“ zu unterbinden suchte, wird neuerdings auf gleich niedrigem Niveau gegen die Optionen von Zusatzbezeichnungen polemisiert [1].

Warum verweigert man eigentlich - um beim oben genannten Beispiel zu bleiben - interessierten Zahnärzten im Gegensatz zu Ärzten die Möglichkeit des Erwerbs einer Zusatzbezeichnung für „Psychotherapie“ o.ä.? Es gibt bekanntlich durchaus auch in der Zahnarztpraxis Patienten mit psychogenen Erkrankungen, die sich im Zahn-, Mund- und Kieferbereich somatisch äußern kön-

nen (z. B. psychogene Prothesenunverträglichkeit) und die einen langen Leidensweg mit zahlreichen unnötigen oder sogar schädigenden Behandlungen aufweisen. Für manchen Kollegen und vor allem für die betroffenen Patienten wäre es äußerst hilfreich, wenn sie sich an einen ausgewiesenen Experten wenden könnten, der nicht nur zahnmedizinische sondern auch psychosomatische Kompetenz aufweist. Angesichts der großen Palette von Strömungen innerhalb der „Psychoszene“ mit oftmals fragwürdigen Behandlungsmethoden wäre hier eine seriöse Qualifizierung besonders wichtig.

Eine vermehrte Berücksichtigung psychosomatischer Zusammenhänge im Studium für alle angehenden Zahnärzte in Kombination mit der Möglichkeit des Erwerbs einer kammergetragenen Zusatzbezeichnung für besonders interessierte Kollegen könnte die Stellung der Zahnärzteschaft nur bereichern (denkbar wäre etwa die Bezeichnung „Zahnmedizinische Psychosomatik“). Es gäbe etliche weitere Möglichkeiten für nützliche Zusatzbezeichnungen.

Es ist höchst bedauerlich, dass in Deutschland versucht wird, mit abfälligen Äußerungen gegen konstruiert-übertriebene Zusatzbezeichnungen, die niemals jemand gefordert hat (wie etwa „Wurzelspitzenresektion“ oder „Juvenile Parodontitis“), eine konstruktive Erörterung von vornherein zu unterbinden [1].

Rechtliche Implikationen

Wenn die Zahnärztekammern ihre von den Gesundheitsministerien der Länder übertragenen Aufgaben nicht bald wahrnehmen, wird dies ihre Position langfristig schwächen. Es ist davon auszugehen, dass in gerichtlichen Grundsatzurteilen hochrangige Weiterqualifikationen (bspw. die Spezialisierungen von wissenschaftlichen Fachgesellschaften) analog den Fachzahnärzten eingestuft werden, insbesondere wenn sie internationale Standards einhalten. Die EU-Rechtsprechung wird für zusätzlichen Handlungsbedarf sorgen. Es wäre höchst bedauerlich, wenn Standesvertreter nur auf einem solchen Weg zu entsprechenden eigenen Aktivitäten veranlasst werden könnten.

Ausblick

Im zahnärztlichen Weiterbildungswesen stehen bis heute unverrückbar erscheinende Fronten gegenüber. Es fehlt nach wie vor an einem ernsthaften Versuch, ein fachlich plausibles Gesamtkonzept unter Einschluss aller relevanten Disziplinen zu finden.

Der Präsident der Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VHZMK) hat sich zu der aktuellen Diskussion im Jahr 2010 unter anderem wie folgt geäußert: „Ängste, auch die häufig wiederholte Befürchtung vor einer Zersplitterung des Berufsstandes, sind ein schlechter Ratgeber, wenn es um eine strategische Weiterentwicklung der Zahnmedizin nicht zuletzt zum Wohle unserer Patienten geht“ [7].

Vor dem Hintergrund der inzwischen eingetretenen Spezialisierungen in der ZMK-Heilkunde wäre es angemessen, neben dem Facharzt für MKG-Chirurgie für Doppelapprobierte zumindest für alle Fächer, die an Universitäten durch eigenständige Abteilungen vertreten sind, entsprechende Fachzahnarztbezeichnungen für Einfachapprobierte zu belassen bzw. neu einzuführen. Dazu zählen vor allem:

- Kieferorthopädie,
- Oralchirurgie,
- Zahnärztliche Prothetik,
- Zahnerhaltung und
- Parodontologie.

Differenzierungen für weitere versorgungsrelevante Disziplinen könnten auf der Ebene der Zusatzbezeichnungen vorgenommen werden. Allerdings werden seitens einiger Zahnärzte - wie oben ausgeführt - sogar Zusatzbezeichnungen strikt bekämpft.

Etliche zahnmedizinische Gruppierungen haben in der Vergangenheit große Anstrengungen unternommen, alles, was den Status von „Generalisten“ zu bedrohen schien, zu bekämpfen. Sie haben es allerdings nicht vermocht, die Debatte um eine Weiterbildung, die den Anforderungen einer umfassenden Zahnheilkunde Rechnung trägt, vollständig zu unterdrücken. Es wäre der Zahnärzteschaft und der von ihr zu versorgenden Bevölkerung zu wünschen, dass die Entscheidungsträger ihre Abwehrhaltung aufgeben und sich endlich dazu aufraffen, ein zukunftsfähiges Weiterbildungskonzept, das alle relevanten Disziplinen mit Fachzahnarzt- bzw. Zusatzbezeichnungen ausstattet, einzuführen.

Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle

Poliklinik für Zahnerhaltungskunde der MZK-Klinik des Universitätsklinikums Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg, hans-joerg.staehle@med.uni-heidelberg.de

Literatur

Die 14 Titel umfassende Literaturliste kann beim Verfasser oder beim DAZ angefordert oder von den DAZ-Webseiten unter www.daz-web.de, Rubrik DAZ Forum, Ungedrucktes, heruntergeladen werden.

Brauchen wir den „Fachzahnarzt für Oralchirurgie“ mit Zusatzbezeichnung Wurzelspitzenresektion?

Diese Frage stellte der Berufsverband der Allgemeinzahnärzte (BVAZ) in seiner Pressemeldung vom 27.04.2010, Bezug nehmend auf einen Beitrag von Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle in der Deutschen Zahnärztlichen Zeitung (DZZ, 04/2010). Er hätte sie auch anhand des vorstehenden Beitrages von Prof. Staehle stellen können. Hier einige Auszüge aus der Meldung:

„Professor Staehle fordert die Zahnärztekammern auf, nunmehr endlich in diesem Sinne (*gemeint ist die Einführung neuer Fachzahnarztbezeichnungen*) aktiv zu werden, und erweitert die von ihm und einigen seiner Hochschulkollegen geäußerten Postulatsinhalte sogar noch dahingehend, innerhalb der neuen Fachzahnarztgruppen weiter mittels Zusatzbezeichnungen zu differenzieren. Besonders diese Einlassung zeige, ... wie eingeschränkt der Blick mancher Hochschullehrer auf das kleine medizinische Fachgebiet Zahnheilkunde sei, die hier irrtümlich nicht mit einem vergleichbar kleinen Fachbereich wie der Augenheilkunde, sondern mit der gesamten Humanmedizin gleichgesetzt werde. ... Schließlich gibt es weder einen Facharzt für Augenheilkunde mit Zusatzbezeichnung Kurzsichtigkeit, noch einen solchen für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde mit Zusatzdifferenzierung Schwerhörigkeit.“

Der BVAZ äußert Verständnis dafür, „dass die Hochschule weitere Fachzahnärzte nicht zuletzt deshalb fordere, um ihren Assistenten eine Perspektive bieten und sie langfristig an die Hochschule binden zu können. Wer aber Fachzahnärzte fordere, müsse auch dafür Sorge tragen, dass sie sich wie Fachzahnärzte verhalten. Und das bedeute, dass der Titel nur durch eine mindestens vierjährige Vollzeitausbildung an der Hochschule erworben werden könne und Fachzahnärzte nach ihrer Niederlassung ausschließlich in ihrem Fachgebiet und nur auf Überweisung durch einen Allgemeinzahnarzt tätig werden dürfen ...

... Solange unsere berechtigten Forderungen hinsichtlich der fachzahnärztlichen Berufsausübung nicht erfüllt werden, werden wir Allgemeinzahnärzte der Etablierung weiterer Fachzahnarzt-richtungen mit Nachdruck entgegentreten“, kündigt BVAZ-Geschäftsführer Dr. Dr. Rüdiger Osswald an. Um das Berufsbild der Zahnmediziner zu promovieren, sei es – so die Gegenforderung des BVAZ - vielmehr angezeigt, den Zahnarzt zum "Facharzt für Zahnheilkunde" zu befördern.

Studie belegt Wissensdefizite von Eltern zur Kariesprophylaxe und Behandlungsdefizite bei Milchzahnkaries

Zahnärztin Dr. Julia Winter und Dipl.-Psych. Dr. Thomas Schneller, MH Hannover, untersuchten mit Hilfe eines Fragebogens, wie gut Eltern die Zusammenhänge zwischen Ernährung, Fluorideinwirkung und Zahnpflege auf die Kariesentstehung/-vorbeugung kennen. Ihre Ergebnisse zeigen, wie wichtig Aufklärung ist, wobei auch die soziale Schicht eine Rolle spielt. Kostenloses Infomaterial zum Verteilen erhalten Zahnärzte von der DAZ-Infostelle für Kariesprophylaxe, die auch Details zur o.g. Studie liefert.

Informationsstelle für Kariesprophylaxe

Leimenrode 29, 60322 Frankfurt, T 069/24706822, F 069/70768753
daz@kariesvorbeugung.de, www.kariesvorbeugung.de

Schon wieder Endo – bringt das denn was ?

Bereits seit mehreren Ausgaben gehen im DAZ Forum die Kontroversen über sinnvolle Vorgehensweisen in der Wurzelkanalbehandlung hin und her. Drehen wir uns allmählich im Kreise oder führt die Diskussion weiter? Dr. Celina Schätze schildert ihre Sicht der Auseinandersetzung und erläutert, warum das Forum ein weiteres Mal mehrere Beiträge zum Thema bringt und was mit ihnen bezweckt wird.

Die zähflüssige Debatte um den richtigen Weg in der Wurzelkanal-Behandlung und um die dafür erforderliche Ausbildung hat aus meiner Sicht immerhin zwei kleine Früchte getragen:

In dem nachfolgenden Endo-Teil lesen Sie einen Bericht von einem Treffen des DAZ-Vorstandes mit dem Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Endodontie (DGE) Dr. Carsten Appel. Dieser Bericht ist in der vorliegenden Fassung sorgfältig mit Dr. Appel und der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) abgestimmt worden. In ihm findet sich ein deutliches Bekenntnis zur Mäßigung, sowohl bei der Frage nach dem unabdingbar notwendigen Aufwand in der Behandlung, als auch bei der Frage nach der Stellung der Spezialisten im Behandlungsgeschehen insgesamt.

Nach den wilden Auseinandersetzungen mit Maximalforderungen einiger Diskutanten und den daraus abgeleiteten Zukunftsängsten der anderen Seite ist das wohl eine wichtige Stellungnahme, von der ausgehend die weitere Diskussion deutlich sachlicher verlaufen kann.

Des Weiteren finden Sie nachfolgend eine längere Antwort von Prof. Dr. R. Stoll auf eine Replik von Dr. Dr. R. Osswald auf einen Artikel von Stoll, in dem er eine Zusammenstellung der Mindestanforderungen an eine Endo-Behandlung gegeben hat. Das wird sicher mancher auch als nervtötend empfinden. Meines Erachtens hat es sich aber gelohnt. Der zweite Text von Stoll ist in der Auseinandersetzung mit der Kritik von Osswald wesentlich differenzierter in seiner Darstellung und damit weniger apodiktisch. Die zitierten Statistiken und Untersuchungsergebnisse können sicher als Grundlage für seine Behandlungsanforderungen akzeptiert werden, nicht aber als eindeutig und zwingend. Stoll betont, dass er sich nicht persönlich, sondern in Einklang mit seiner Abteilung äußert.

Unsere Fragebogenaktion zur real praktizierten endodontischen Behandlung hat in der zahnärztlichen und zahnärztlich-medialen Öffentlichkeit großes Interesse gefunden. Die in der Aktion aufgeworfenen Fragen scheinen die Zahnärzte zu bewegen, unabhängig von ihrer politischen Ausrichtung. Wir drucken den Fragebogen nochmals ab, um die Beteiligung an der Aktion so einfach wie möglich zu machen. Je mehr Beteiligung, desto besser verwertbar sind die Ergebnisse!

Wir werden weiter an der Beschreibung einer angemessenen „Breiten-Endo“ und an deren Verankerung in der GKV arbeiten. Das ist sehr zäh, aber gibt doch auch Erfolge.

Auf eine konstruktive Fortsetzung der Diskussion hofft

Celina Schätze

Umfrage-Aktion zur Praxis der Endodontie

Bitte einsenden bis zum 31.07.2010 !!

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen (auch Teilbeantwortung möglich) per Fax, Mail oder Post an den DAZ (Adresse unten). Sie können anonym antworten. Wer Namen und Adresse angibt, wird über die Ergebnisse der Umfrage informiert.

1. Legen Sie bei der Wurzelkanalbehandlung Kofferdam?
 a. Grundsätzlich ja
 b. Grundsätzlich nein
 c. Nur in bestimmten Fällen
2. Arbeiten Sie mit
 a. Lupen-Brille nie gelegentlich immer
 b. OP-Mikroskop nie gelegentlich immer
3. Welche Methode zur Wurzellängen-Bestimmung verwenden Sie regelmäßig?
 a. Röntgen-Messaufnahme
 b. Elektrometrische Messung
 c. Weder a. noch b.
 d. a. und b.
4. Welche Methoden der mechanischen Kanalaufbereitung wenden Sie an?
 a. Ausschließlich manuell (Bohrer, Reamer, Hedström-Feilen)
 b. Ausschließlich maschinell (Nickel-Titan-Feilen, Giromatic o.ä.)
 c. Gemischt maschinell/manuell
5. Bis zu welcher Wurzellänge bereiten Sie mechanisch nach Möglichkeit auf?
 - a. Bei unbeherdeten Zähnen
 physiologisches Foramen
 röntgenologisches Foramen
 - b. Bei beherdeten Zähnen
 physiologisches Foramen
 röntgenologisches Foramen
6. Womit spülen Sie das Kanalsystem?
 a. Natriumhypochlorit b. Chlorhexidin
 c. Wasserstoffsuperoxid d. Zitronensäure
 e. Aqua destillata f. Essigsäure
 g. Alkohol h. EDTA
 i. Anderes
7. Wie oft spülen Sie das Kanalsystem während der Aufbereitung?
 a. Grundsätzlich nach jedem Instrumentenwechsel
 b. Mehrfach während der Aufbereitung
 c. Einmal nach der Aufbereitung
8. Welches desinfizierende Medikament verwenden Sie als medikamentöse Einlage?
 a. Ohne Gangrän
 b. Mit Gangrän
9. Benutzen Sie regelmäßig sonstige Techniken zur Kanalreinigung?
 a. Elektrophysikal.-chem. Methode
 b. Ultraschall
 c. Laser
 d. Nein
10. Wann verschließen Sie einen beherdeten Zahn im gangränösen Stadium mit provisorischer Deckfüllung (z.B. Cavit)?
 a. Nie
 b. Nur bei weitgehender Symptomfreiheit (ohne Perkussion, ohne Pus etc.)
 c. Immer
11. Ist die Begrenzung auf die Sachleistung von 3 medikamentösen Einlagen pro Zahn in Ihrer Praxis regelmäßig ein Problem?
 a. Ja
 b. Nein
12. Wann versorgen Sie die Wurzelkanäle mit einer endgültigen Wurzelfüllung?
 a. Fast immer sofort in der Sitzung der Erstaufbereitung
 b. Nach maximal drei medikamentösen Einlagen
 c. Nach weitgehender Symptomfreiheit (ohne Perkussion, ohne Gangrän, trockener Kanal, auch bei röntgenologisch noch vorhandenem apikalen Befund)
 d. Nach völliger Symptom- und Befundfreiheit (ohne Perkussion, ohne Gangrän, trockener Kanal) und röntgenologisch vollständiger apikaler Ausheilung
13. Welchen Sealer verwenden Sie hauptsächlich?
.....
14. Welche Wurzelfüll-Technik / Verdichtungsmethode verwenden Sie hauptsächlich?
 a. Einstift
 b. Laterale Kondensation
 c. Vertikale Kondensation
15. Zu welchem Zeitpunkt fertigen Sie eine Kontrollaufnahme der definitiven Wurzelfüllung an?
 a. In der gleichen Sitzung wie die WF
 b. Nach einer Wartezeit von Wochen
 c. Zu a. und zu b.
 d. Selten
16. Wie hoch ist Ihr gesamter Zeitaufwand in Minuten für das Legen einer normal verlaufenden Wurzelfüllung (also VitE, WK, WF), beginnend mit der Vitalextirpation?
 a. Beim geraden Frontzahn bzw. geraden einkanaligen Prämolaren
.....
 b. Beim 3-4-kanaligen 6er oder 7er
.....
17. Zu welchem Anteil (%) rechnen Sie bei Kassen-Patienten Endo-Maßnahmen ausschließlich über BEMA ab?
18. Sind Sie auf Endodontie spezialisiert? ja nein

| |
|---|
| Ausgefüllt von: Adresse Tel./Fax Mail Bundesland |
|---|

Bitte einsenden an die neue Adresse des DAZ:
Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)
Kaiserstr. 52, 53840 Troisdorf
Tel. 02241/9722876, Fax 9722879
kontakt@daz-web.de

Gute endodontische Behandlung für die breite Bevölkerung - wie und durch wen? DAZler diskutieren mit dem Vorsitzenden der DGEndo

In Zeiten einer aufgeregten und teilweise aggressiven Auseinandersetzung um die Frage nach Notwendigkeit und Stellung von Spezialisten in der Zahnmedizin haben sich Vertreter des DAZ mit Dr. Carsten Appel, dem Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Endodontie (DGEndo) getroffen, die auch Spezialisten in Endodontie zertifiziert.

Zu Beginn des Gespräches wurde von Dr. Appel deutlich gemacht, dass seine Gesellschaft sowie auch die Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) nicht das Ziel verfolgen, die Zulassung zur Wurzelkanalbehandlung von einer Zusatzqualifikation abhängig zu machen. Solche Forderungen wurden von Seiten der DGEndo und der DGZ nie erhoben. Dahingehende vielfach geäußerte Befürchtungen in der öffentlichen Diskussion seien aus seiner Sicht schon deshalb grundlos, weil es niemals ausreichende Spezialistenkapazität geben könne, um den vorhandenen Behandlungsbedarf auch nur annähernd zu decken. Hierbei legt die DGEndo Wert darauf, klar zu stellen, dass nicht jeder, der einige Fortbildungsveranstaltungen besucht und ein Mikroskop gekauft hat, ein Endo-Spezialist ist. Die DGEndo hat hohe Anforderungen an den Endo-Spezialisten definiert, nachzulesen unter www.dg-endo.de. Der Endo-Spezialist hat nachzuweisen, dass er die entsprechenden Kenntnisse besitzt, schwierige Therapien beherrscht und regelmäßig auf hohem Niveau ausführt, so wie es Patienten und über-

weisende Kollegen von einem Spezialisten erwarten können. Die aktuelle Rechtssprechung unterstreicht diese Anforderung mit entsprechenden Urteilen. Der Endo-Spezialist ist daher weit überwiegend auf Überweisungsbasis tätig. In der Regel ist ein Spezialist auf sein Fachgebiet limitiert. Wer sich bei der DGEndo als Spezialist zertifizieren lassen möchte, muss nicht zwingend Fortbildungen der DGEndo besuchen. Es müssen lediglich die Qualifikationsanforderungen an die Prüfungszulassung erfüllt werden. Die dazu erforderlichen Fortbildungen kann man auch andernorts absolvieren.

Spezialisten fordern kein Endo-Behandlungsmonopol

Die DGEndo, so Dr. Appel, versteht sich keinesfalls als Fachverband für Endo-Spezialisten. Sie hat es sich zur Aufgabe gemacht, das Bewusstsein für den Wert der Zahnerhaltung durch endodontische Behandlung zu schärfen, sowohl im Kollegenkreis als auch in der Patientenöffentlichkeit. Dazu dient die Arbeit in der Endodontie-Fortbildung neben der Zertifizierung von Spezialisten. Darüber hinaus informiert die Gesellschaft in der Öffentlichkeit über Endodontie als Möglichkeit für den Zahnerhalt statt Extraktion.

Bei über 90% der von Dr. Appel in seiner Praxis durchgeführten Behandlungen handelt es sich um Revisionen erfolgloser endodontischer Erstbehandlungen. Dr. Appel zeigte etliche Beispielfälle. Hierbei ist zu sehen, dass bei der jeweiligen Erstbehandlung oft große Teile des Wurzelkanalsystems nicht behandelt wurden. Die anwesenden DAZler und auch Dr. Appel waren übereinstimmend der Meinung, dass es sich hierbei vielfach um Verstöße gegen bereits vor 30 Jahren an allen Universitäten gelehrte Regeln handelt, und dass sich, wie die Literatur belegt, bei Einhaltung dieser Regeln und durch Arbeiten mit ausreichender Sorgfalt bereits beachtliche Erfolgsquoten erzielen lassen. Dr.

Endo ohne Mikroskop von den Endodontologen nicht als Körperverletzung angesehen

DGEndo wirbt für Endo allgemein, nicht nur für Spezialisten-Endo



Appel wies darauf hin, dass dies umfangreich durch Literatur zu belegen ist. Ebenso zeigten aber epidemiologische Untersuchungen, dass diese Standards oft nicht eingehalten werden. Dr. Appel stellte heraus, dass dem deutschen Zahnarzt die Einhaltung dieser Standards durch die insuffiziente Honorierung endodontischer Leistungen massiv erschwert wird. Dies hat die DGEndo bereits 2008 gegenüber dem BMG in einer von dort erbetenen Stellungnahme dargelegt.

Die dann folgende Diskussion um einzelne Behandlungsmaßnahmen und -techniken und ihre Bedeutung für die Erhöhung des Behandlungserfolges war für die anwesenden Nichtspezialisten sehr interessant und hat zu einigem Nachdenken bezüglich bestimmter Maßnahmen geführt, die die sorgfältige, konventionelle Endobehandlung sinnvoll ergänzen könnten.

Für die Bemühungen des DAZ um den Erhalt der Endobehandlung im Rahmen der GKV und die damit im Zusammenhang stehende Suche nach der Beschreibung einer von der Solidargemeinschaft einzufordernden Behandlungsqualität war das Treffen von großem Nutzen. Es ist uns versichert worden, dass der Allgemeinzahnarzt nicht damit rechnen muss, dass von Seiten der DGEndo und der DGZ Standards als verbindlich dargestellt werden, die die sorgfältige, konventionelle Endobehandlung ohne Mikroskop in die Nähe der Körperverletzung rücken, wie es von einigen befürchtet wird. Das Wort „Sorgfalt“ wurde immer wieder hervorgehoben und auf den dafür erforderlichen Zeitaufwand hingewiesen. Die DGEndo und die DGZ setzen sich derzeit nach Aussage von Dr. Appel für ein besseres Image der Endodontologie auch zugunsten eines größeren finanziellen Spielraumes des sorgfältig endodontisch tätigen Allgemeinzahnarztes ein.

Sie können etwas tun:

für das DAZ-Forum!

Seit 1982 gibt es das DAZ-Forum. Es lebt von dem Engagement seiner ehrenamtlichen Autoren und Redakteure und ist, da ein kleines und kritisches Blatt nicht über Anzeigenwerbung finanziert werden kann, in Zukunft nur noch mit der Hilfe seiner Leser am Leben zu erhalten. Wenn Sie das Forum noch nicht beziehen, werden Sie Forum-Abonnent. Ansonsten können Sie helfen, indem Sie einen Abonnenten werben oder ein Forum-Abo verschenken, z.B. an eine/n liebe/n Kollegen/in? Ein Jahresabo kostet 28 Euro komplett mit Porto, Versand und MWST.

Ich bestelle ein Abo
 Ich bestelle ein Geschenk-Abo

Bitte an Mail kontakt@daz-web.de oder Fax 0221/7391239

Meine Adresse/Tel./Fax/Mail

Das aktuell gelehrt Endodontie-Protokoll ist ein weltweit anerkannter Therapiestandard

Persönliche Entgegnung auf die Anmerkungen von Dr. Dr. R. Osswald in DAZ Forum 102 (S. 12-15) von Prof. Dr. Richard Stoll, Universität Marburg

Lieber Herr Kollege Osswald!

Die Redaktion des DAZ Forums hatte mich gebeten, die aktuellen Therapiestandards für endodontische Behandlungen in gebotener Kürze in einem eingeladenen (invited) Artikel niederzulegen. Um darzustellen, dass es sich hierbei nicht nur um meine Auffassung handelt, haben hierbei alle endodontisch tätigen Kollegen an der Universität Marburg mitgearbeitet und mitgezeichnet. Wir haben das gerne gemacht, weil wir uns an der Universität als ein Dienstleistungsbetrieb verstehen und mit solchen Artikeln den Praktikern Hilfestellungen geben und neue Ideen nahe legen wollen.

Ich freue mich, dass Sie mich persönlich (und nicht unsere gesamte Arbeitsgruppe) als Feindbild ausgemacht haben, das erleichtert es mir, Sie direkt anzusprechen. Es mag Ihnen aufgefallen sein, dass wir uns in dem von Ihnen kritisierten Artikel nicht direkt mit Ihren Ansichten auseinandergesetzt haben, sondern die offizielle Position in größtmöglicher Neutralität präsentiert haben. Hierbei ist nicht der Begriff Goldstandard gefallen, sondern wir haben uns bemüht, die aktuelle Therapielage unter besonderer Berücksichtigung der Situation in der freien Praxis darzustellen, in der nicht das maximal Machbare, sondern das Ausreichende, Zweckmäßige und Wirtschaftliche im Vordergrund steht.

Kernpunkte Ihrer Kritik an mir persönlich stellvertretend für eine ganze Lehrmeinung sind von Ihrer Seite kurz zusammengefasst folgende:

- 1) Mangelhafter Behandlungserfolg der endodontischen Therapie generell
- 2) Keine indikationsgerechte Therapie
- 3) Verwendung von Hypochlorit
- 4) Verzicht auf CHKM
- 5) Verwendung von adhäsiven Sealern
- 6) Verwendung von Kalziumhydroxid als Langzeitdesinfizienz

Mit Ihren Ausführungen und den getätigten Literaturzitierten versuchen Sie den Eindruck zu erwecken, dass Ihre Meinungen zu den oben ausgeführten Gebieten allgemein mit Evidenz belegt sind und dass die Anwendung der besprochenen Verfah-

ren und Medikamente nicht mehr lege artis wäre. Dies ist nicht der Fall und ich werfe Ihnen an dieser Stelle vor, damit viele praktisch tätige Kollegen massiv zu verunsichern, ohne bessere Behandlungsalternativen zu präsentieren. Beginnen wir mit den einzelnen Punkten:

1. Erfolg der endodontischen Behandlung

Dieser Bereich ist ein eigenes Forschungsgebiet und wird in der Tat in der internationalen Literatur intensiv diskutiert und mit ständig neuen Studien belegt. Das Problem hierbei ist, dass man über Erfolg nur generelle Aussagen machen kann, wenn über eine große Zahl von Behandlungen statistisch geurteilt wird. Es ist für die Erfolgsgeschichte irrelevant, was in einzelnen klinischen Fällen passiert, daher haben die von Ihnen angeführten klinischen Fälle keine oder nur exemplarische Aussagekraft. In der aktuellen Forschung wird insbesondere diskutiert, welche Kriterien für einen Erfolg überhaupt angelegt werden können. Hier wird unterschieden zwischen einem starken Erfolgskriterium (kompletter Rückgang einer bestehenden LEO; LEO= bone Lesion of Endodontic Origin) und einem schwachen Erfolgskriterium (Zahn bleibt nach endodontischer Behandlung in Funktion). Beide Erfolgskriterien korrelieren miteinander, wie anhand einer Metaanalyse nachgewiesen werden konnte [Lewsey et al. 2001]. Am Eindrucksvollsten ist die Entwicklung anhand von Überlebensstudien nachzuweisen, welche die Entwicklung der Überlebenswahrscheinlichkeit über die Zeit analysieren. Solche Studien zeigen, dass nach 10 Jahren nur noch 70-90 % der wurzelkanalbehandelten Zähne in Funktion sind, und machen deutlich, dass wir in der Endodontie tatsächlich nur eine endliche Erfolgsrate

erreichen können. Abb. 1 zeigt die Entwicklung der Erfolgswahrscheinlichkeit für Wurzelfüllungen von Studenten und Kollegen an unserer Zahnklinik [Stoll et al. 2005], Abb. 2 zeigt die Entwicklung der Komplikationsrate in einer freien Praxis [Speich 2003]. Beide Ergebnisse sind miteinander vergleichbar, wenn man annimmt, dass eine Komplikation bei einem wurzelkanalbehandelten Zahn in der Regel zur Erneuerung der WF oder zu Extraktion bzw. WSR führt. Alle diese Maßnahmen werden als Misserfolg der WF interpretiert. Sie haben Recht, dass diese Ergebnisse „grottenschlecht“ sind, d.h. sie zeigen eine beachtliche Misserfolgsrate an. Sie sollten jedoch berücksichtigen, dass die Daten aus der zweiten Studie aus Ihrer eigenen Praxis entnommen wurden, daher müssen Sie sich auch die Aussage gefallen lassen, dass Ihre Ergebnisse auch nicht besser sind, als die Ergebnisse einer deutschen Zahnklinik. Die mittlesenden Praktiker werden jetzt wahrscheinlich sehr interessiert fragen, ob denn die Wurzelfüllungen in den Kassenpraxen viel schlechter sind. Auch hierzu konnten wir eine Studie vorlegen, die zeigt, dass die niedergelassenen Kollegen im Umkreis von Marburg durchaus Ergebnisse im internationalen Durchschnitt produzieren [Schulte et al. 1998].

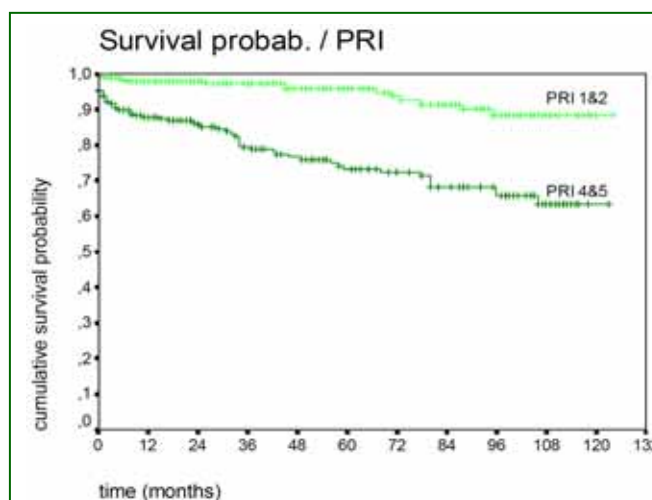


Abb. 1: Überlebenskurven (nach Kaplan&Meier) von Wurzelkanalbehandlungen aus dem Patientengut der Zahnklinik Marburg, unterteilt nach PRI (Peri-odontal Probability Rating Index nach Reit&Gröndahl 1982). PRI 1&2 (n=349) zeigen sichere und wahrscheinliche Freiheit von periapikalen Läsionen an, PRI 4&5 (n=387) zeigen eine sichere oder wahrscheinlich vorhandene LEO an [Stoll et al 2005]. Zwischen beiden Gruppen findet man einen signifikanten Unterschied in der Entwicklung der Überlebenswahrscheinlichkeit (Log-Rank Test, $p < 0,001$).

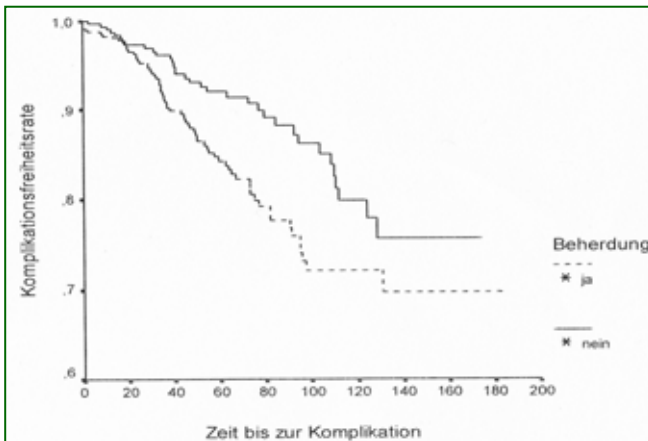


Abb. 2: Überlebenskurven (nach Kaplan&Meier) von Wurzelkanalfüllungen aus dem Patientengut einer Münchner Praxis (Dr.Dr. Osswald), entnommen aus [Speich 2005]. Gegenüberstellung der Entwicklung der Komplikationsfreiheitsrate (=komplikationslose Überlebenswahrscheinlichkeit) (nach Kaplan&Meier) von n=420 Zähnen mit apikaler Aufhellung und n=308 Zähnen ohne apikale Aufhellung. Beide Gruppen sind signifikant unterschiedlich (Cox-Regression, p=0,033).

Man kann nun sehr akademisch fragen, warum über 10 Jahre eine ca. 10-20%ige Misserfolgsquote bleibt. Die Tücke liegt hierbei sicher in den Unwägbarkeiten unserer Behandlung begründet, und eine tiefer gehende Diskussion ist an dieser Stelle leider nicht möglich. Ich erlaube mir aber zu resumieren, dass Ihr Behandlungskonzept, Herr Osswald, nicht zu einer Verbesserung des Langzeiterfolgs beiträgt.

2. Keine indikationsgerechte Therapie

In einer Vielzahl endodontischer Fälle muss von einer bakteriellen Belastung der beteiligten Gewebe ausgegangen werden. Hierbei gibt es sehr wohl die Möglichkeit, das Keimspektrum vor der Therapie genauestens zu bestimmen. Als Standardverfahren kann mittels einer sterilen Papierspitze und einer bakteriologischen Anzuchtung des gewonnenen Materials das Keimspektrum identifiziert und im Sinne eines Antibiogramms eine Therapieempfehlung abgegeben werden. Nichtkultivierbare Bakterien können darüber hinaus heute mit molekulargenetischen Methoden identifiziert werden. Leider sind diese Methoden für die Anwendung in der kassenzahnärztlichen Praxis derzeit weder praktikabel noch bezahlbar. Bei der Behandlung kann aber nach aktueller Evidenzlage davon ausgegangen werden, dass die Mehrzahl der Fälle über eine einfach zu therapierende initiale Flora aus 2-8 Bakterienspezies der normalen oralen Mikroflora besteht [Fouad 2009, pp 30-31], die sehr wohl mit Hypochlorit [Byström & Sundquist 1983] und Kalziumhydroxid [Orstavik & Haapasalo 1990, Sjögren et al 1991] desinfiziert werden können. Herr Osswald, Ihre von Walkhoff aufgegriffene These, dass die „Virus-

lenz und Renitenz“ (Renitenz?, kein üblicher mikrobiologischer Begriff) der verantwortlichen Bakterien „besser überschätzt als unterschätzt werden sollte“ stammt wirklich aus dem Jahre 1928 (damit aus der Vor-Antibiotika-Ära) und entspricht keinem heute angewendeten Therapiestandard (oder wollen Sie bei jeder banalen Infektion im MKG-Bereich gleich ein Breitspektrumantibiotikum verabreichen?). In unseren Ausführungen wurde auch deutlich gemacht, dass das Keimspektrum im Wurzelkanal hin zu Problemkeimen wechseln kann, und wir haben für diese Situation (zu erkennen an therapieresistenten Beschwerden) vorgeschlagen, Desinfektionsmittel mit andersartigem Wirkspektrum bereitzuhalten. Das vorgeschlagene CHX zeigt hier durchaus Wirkung gegen Problemflora und ist bei sachgerechter Anwendung (keine Mischung mit Natriumhypochlorit) therapeutisch wertvoll.

Ich komme daher zum Schluss, dass unsere Vorschläge durchaus indikationsgerecht sind.

3. Verwendung von Hypochlorit

Natriumhypochlorit hat als einziges Desinfizienz im Wurzelkanal eine gewebsauflösende Wirkung [Naenni et al. 2004] und kann daher noch nicht aus der Endodontie entfernt werden. Für die endodontische Therapie ist sowohl die desinfizierende Wirkung als auch die gewebsauflösende Wirkung wichtig. Letztere sinkt, wenn niedrigere Konzentrationen verwendet werden [Hand et al. 1978], bei einer Konzentration von 0,5% ist kaum noch ein solcher Effekt messbar.

Sie werfen mir vor, „die Probleme und Kontraindikationen in meiner Funktion als Hochschullehrer zu verschweigen“ und „nonchalant die Verwendung einer bis zu 6%igen Lösung zu empfehlen“.

Da Sie die entsprechende Passage im Hauptartikel offensichtlich nicht gelesen haben, darf ich diese hier für Sie und für alle Leser noch einmal wiederholen:

„Bereits niedrig dosiertes Natriumhypochlorit (0,5-1 %) zeigt eine gute Desinfektionswirkung,

bei höherer Konzentration steigt jedoch der gewebeauflösende Effekt. Übliche Konzentrationen zwischen 3% und 6% sind daher mit Vorsicht zu verwenden und sollten auf Wurzelkanäle mit möglichst nicht geöffnetem Foramen apicale beschränkt bleiben, da dieser gewebeauflösende Effekt auch im vitalen periapikalen Gewebe auftritt und bei Applikation in das periapikale Gewebe zu schweren Komplikationen führen kann.“

Sie können mir damit wohl kaum grobe Fahrlässigkeit vorwerfen. In unserer Klinik hatten wir in den letzten 10 Jahren lediglich einen Fall von Beschwerden nach einer Hypochloritspülung, evtl. sollten wir eine diesbezügliche Umfrage bei den hier lesenden Praktikern starten.

Die Anwendung von Natriumhypochlorit schädigt ohne Zweifel die Mikrostruktur des Dentins. Als Folge davon sinkt die Oberflächenhärte (durch Auflösung von organischen Bestandteilen), und man wird sicher eine Änderung der mechanischen Eigenschaften (E-Modul, Biegefestigkeit) feststellen können. In der von Ihnen zitierten Metaanalyse [Pascon et al. 2009] wurden Studien zusammengeführt, die Dentinproben hierauf untersuchen. Lediglich 5 Studien hatten hier die für eine Bruchneigung interessanten Eigenschaften geprüft. In diesen Studien wurde das Dentin folgendermaßen mit Hypochlorit behandelt (1%-9%/1h; 2,5%/24 min.; 1%/7; 3-5%/2h; 0,5-5,25%/30min.-2h). Die Ergebnisse sind m.E. daher so zu interpretieren, dass bei extrem langer Einwirkung (>25 min.) von Natriumhypochlorit die Mechanik des Dentins nachweislich geschädigt werden kann. Es sollte daher von Spülorgien jenseits von 25 min. Einwirkzeit und allzu hohen Konzentrationen abgesehen werden. Eine Forderung nach einem generellen Verzicht kann ausgehend von dieser Studie allerdings nicht erhoben werden, und die von Ihnen prognostizierte „inflationäre Zunahme der Längsfrakturen“ ist auch nicht zu erwarten und darf als Panikmache klassifiziert werden.

Sie verzichten in Ihrer Praxis anscheinend neuerdings auf Natriumhypochlorit (in der Studie von Speich [2003] wird noch über eine Spülung mit 3% Natriumhypochlorit in Ihrer Praxis berichtet), das ist Ihr gutes Recht! Sie verlassen hiermit jedoch das bewährte und als „lege artis“ zu bezeichnende Prinzip der chemomechanischen Aufbereitung. Die chemomechanische Aufbereitung ist insofern evidenzbasiert, weil man erkannt hat, dass man mit normalen mechanischen Methoden nur ungefähr 50% der Kanalwand bearbeiten kann [Peters et al. 2001] und Überreste von nekrotischem Gewebe im Kanal als Substrat für

Problemkeime wie Spirochäten [Makinen & Makinen 1996] und *E.faecalis* [Love 2001] dienen können. Ich frage mich nur, was wird aus den chemomechanisch nicht entfernten Geweberesten in Ihren Wurzelkanälen? Bleiben diese einfach im Kanal, vertrauend auf die potente Wirkung Ihres CHKM's?

4. Verzicht auf CHKM

Im von Ihnen kritisierten Artikel habe ich darauf hingewiesen, dass „auf die Verwendung von phenol- und formaldehydhaltigen Präparaten verzichtet werden sollte“. Diese Empfehlungen stammen nicht von mir (ich habe hierzu keine eigenen Studien getätigt) sondern von Expertengremien unserer Fachgesellschaften [DGZ/DGZMK 2006]. Hierbei wird eine Empfehlung zum Verzicht auf Medikamente auf Phenolbasis ausgesprochen. Da dies eine Empfehlung ist, werden Sie bemerkt haben, dass ich in meiner Aussage einen Konjunktiv verwendet habe. Nichtsdestotrotz ist es meine persönliche Meinung, die Empfehlungen meiner Fachgesellschaft und den dort tätigen Expertengremien zu akzeptieren, solange keine anders lautende Evidenz bekannt wird.

Neben den Empfehlungen aus den Fachgesellschaften und Universitäten wird die Anwendung phenolhaltiger Präparate auch von Seiten niedergelassener Kollegen mittlerweile kritisch diskutiert und insbesondere die Verwendung von CHKM „ohne perfekte mechanische Reinigung mit sicherer Entfernung aller Gewebe“ (also unter Anwendung von Natriumhypochlorit) abgelehnt [Dennhardt 2009]. Zudem wird bemängelt, dass eine Evidenz auf hohem Evidenzniveau zum systematischen Einsatz von CHKM nicht vorliegt [Sonntag 2008] und dass eine Empfehlung zum Einsatz von Chlorphenolpräparaten heute in keinem aktuellen Endodontie-Lehrbuch mehr zu finden ist [Versümer&Hülsmann 2003].

5. Verwendung von adhäsiven Sealern

Im Artikel wurden diese Fülltechniken von uns mit den Begriffen „bleibt abzuwarten“ und „hohes Potenzial für die Zukunft“ beschrieben, keinesfalls aber wurde eine pauschale Empfehlung für die Praktiker ausgesprochen. Nichtsdestotrotz beziehen Sie sich auf einen anderen Artikel und machen hierzu auch noch falsche Aussagen. Ich habe nie die Anwendung von Resilon propagiert, was nebenbei bemerkt kein Sealer, sondern ein Guttapercha-Ersatzmaterial ist. Wohl aber mache ich ca. 80% meiner eigenen Wurzelkanalfüllungen mit einem adhäsiven Material der zweiten Generation (Hybrid Root Seal in Kombination mit Gut-

tapercha) ohne zu bemerken, dass diese Methode „kläglich scheitern“ würde. Auch die von Ihnen unterstellte mangelnde Revidierbarkeit ist eine so nicht haltbare Aussage. Da bei allen adhäsiven Materialien ein Kernmaterial verwendet wird, sind auch diese Füllungen sehr gut revidierbar. Hierzu lesen Sie bitte z.B. den Artikel von Zarei et al. [2009] welche die Revision von Wurzelfüllungen mit AH26/Guttapercha und Epiphany/Resilon vergleichen. Originalzitat: „Time required for retreatment in the two groups was not significantly different ($p=0,381$)“.

6. Verwendung von Kalziumhydroxid als Langzeitdesinfizienz

Kein Desinfektionsmittel kann eine komplette Elimination der Bakterien hervorrufen. Die von Ihnen sekundär zitierte Metaanalyse beinhaltet 8 Studien, von denen 6 methodisch eine Reduktion der Bakterien durch Kalziumhydroxid feststellen. „Die Autoren der Übersichtsarbeit äußerten die Vermutung, dass die Art der Applikation mit Lentulo oder Papierspitze einen Einfluß auf die im Kanal befindliche Menge und damit auf die Wirksamkeit der Einlage haben könnte“ [Sonntag 2008]. Es wird daher empfohlen, das Kalziumhydroxid mittels Spritze zu applizieren. Davon, dass Kalziumhydroxid als Einlagemedikament „vollkommen unzureichend“ ist, kann also keine Rede sein, und dies wird auch so nicht in der Literatur behauptet.

Eine aktuelle Studie mit molekulargenetischen Methoden kommt hinsichtlich mehrerer Desinfektionsmethoden (darunter auch Kalziumhydroxid) zu dem Schluss: „The present study with a combined molecular approach revealed that bacterial diversity was overall markedly reduced by treatment procedures.“ [Rocas & Siqueira 2010].

Zusammenfassung

Lieber Herr Dr. Dr. Osswald. Von Ihren Angriffen auf die Standardmethoden der modernen Endodontie bleibt leider nichts übrig als etwas heiße Luft. Wenn man bedenkt, dass diese Methoden (der von Ihnen so genannte „Goldstandard“) weltweit von vielen Kollegen praktiziert werden, von einer Schar von Wissenschaftlern in vielen endodontischen Fachzeitschriften ständig überprüft werden und man fortwährend nach Verbesserungen sucht, so darf es nicht verwundern, wenn einige Bereiche und Methoden durch Studien in Frage gestellt werden. Dies ist wissenschaftliche Praxis und zeigt, dass das System gesund und nicht voreingenommen ist. Der gesunde Menschenverstand fordert aber, dass

man wissenschaftliche Ergebnisse auf ihre Relevanz für die Praxis überprüft und die geeigneten Schlüsse daraus zieht. Ihre Schlüsse sind übertrieben oder falsch und grenzen an Panikmache. Zudem haben Sie den Praktikern keine Alternativen zu bieten als:

- die Anwendung von CHKM als Desinfektionsmittel (wovon die Fachgesellschaften abraten)

- und den Verzicht auf Natriumhypochlorit (als einen wesentlichen Bestandteil einer lege artis durchgeführten chemomechanischen Aufbereitung).

Sollten Sie in Zukunft auch noch auf Kalziumhydroxid verzichten wollen, so bedeutet dies, dass Sie nun wirklich in Timbuktu angekommen sind.

Prof. Dr. R. Stoll, stoll@mail.uni-marburg.de

Literaturliste mit 19 Titeln: www.daz-web.de, Menüpunkt DAZ-Forum, Ungedrucktes, oder von DAZ-Geschäftsstelle anfordern.

Endo-Honorierung in der Diskussion

Nicht nur über Erfolg versprechende Behandlungsmethoden, auch über die Wege zu einer angemessenen Honorierung gehen die Meinungen auseinander. In Bayern z.B. bestehen zwei Verträge, durch die Zahnärzten eine Zusatzvergütung bei GKV-Endo-Behandlungen ermöglicht wird. Zum einen gibt es im Rahmen der Integrierten Versorgung der AOK Bayern mit Zahnärzten („Claridentis“-Vertrag) einen Aufschlag seitens der AOK von 50 €/pro Kanal, gekoppelt mit einer Gewährleistungszusage und der Verpflichtung, keine Patienten-Zuzahlung zu verlangen. Zum anderen hat die KZV Bayern mit dem BKK-Landesverband einen Strukturvertrag geschlossen, der das Zuzahlungsverbot bei höherwertiger Endo-Behandlung aufhebt. Die KZV spricht von einem „Meilenstein in der vertragszahnärztlichen Versorgung“, wobei der Wermutstropfen für die Patienten darin liegen dürfte, dass zwar so der normale Kassenzuschuss trotz Nicht-GKV-Leistungen erhalten bleibt, die Kassen sich aber an den evt. erheblichen Mehrkosten nicht beteiligen. - Das Thema bietet auch Stoff für wettbewerbliche Auseinandersetzungen. So haben Oberpfälzer Zahnärzte gerade vor dem Landgericht München erstritten, dass in Claridentis-Flyern nicht der Eindruck erweckt werden darf, als ob außerhalb der Integrierten Versorgung hohe Zuzahlungen für Endo zu leisten seien (das Urteil ist noch nicht rechtskräftig). Denn - so der ZBV Oberpfalz am 09.06.10 - „Wurzelkanalbehandlungen werden in der Regel komplett von der Krankenkasse bezahlt“. Dies ist vermutlich noch nicht das letzte Wort zum Thema Endo-Honorare.

Aktuelle Praxis der Endodontie – eine fachlich–politische Bestandsaufnahme

Dr. Paul Schmitt, Frankfurt/Main



Zunächst einmal geht es um die Frage: Wann wird zur Zeit überhaupt Endodontie gemacht? Bei medizinischer Indikation oder nur dann, wenn sie „sich rechnet“. Prof. Staehle, Universität Heidelberg, schrieb kürzlich: „Was sich nicht rechnet, wird nicht gemacht“. Realität ist, dass technisch mögliche Endodontie oft unterbleibt, während andererseits vollkommen unnötige Vitalextraktionen durchgeführt werden - eine spezielle Form der Unter- bzw. Fehlversorgung.

Wie kommt es dazu? Bei größeren apikalen Parodontitiden muss man zum Erhalt der Zähne viele Einlagen und eine Reihe (unbezahler!) Spülungen anwenden, um überhaupt eine Chance zu haben. Einfache Behandlungsprotokolle versagen leider oft im Kampf gegen die Infektion; aufwändigere Protokolle werden von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht zusätzlich honoriert und sind somit „unwirtschaftlich“. Konsequenz für die Patienten ist unnötiger Zahnverlust, mit hohen prothetischen Folgekosten.

Andererseits werden zu viele unnötige Vitalextraktionen durchgeführt, um dadurch zeitraubende, schlecht honorierte Caries profunda-Behandlungen zu umgehen, weil auch diese als „unwirtschaftlich“ gelten. So jedenfalls unterbleibt das, was unseren Beruf ausmachen sollte: Gute Zahnerhaltung, bedarfsorientierte, fachlich indizierte, gute Therapie.

Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) legt die Gesetzeslage derart aus, dass „Molaren-Endodontie“ (angeblich) reine Privatleistung sei. Diese an der „Wirtschaftlichkeit“ orientierte Interpretation der aktuellen Gesetzeslage wird durch die Landespolitik geduldet und nicht dementiert, auch wenn sie so nicht zutrifft. Erst auf hartnäckige Nachfrage im Rahmen einer hochkarätigen Endodontiefortbildung im Haus der hessischen Kammer räumte ein Mitglied des KZV-Vorstandes ein, dass Endodontie an Molaren innerhalb der GKV „durch die Kammer/KZV gedeckt“ werde. Wer so viel Idealismus aufbringe, solle schließlich nicht benachteiligt werden. Aber auch die Kollegen, die endodontische Leistungen weitgehend privatisieren, erhalten Rückendeckung durch die Kammer. Doppelmoral? Sehr schnell wird man als Vertragszahnarzt als „Preisverder-

ber“ und als „unkollegial“ hingestellt, wenn man konsequent Endodontie im Rahmen der GKV ohne Zuzahlung betreibt, auch an Molaren. Man sei „zu patientenorientiert“. Die Landespolitik unterstützt erkennbar die Bestrebungen, Teile der Zahnheilkunde zu privatisieren, so auch bei der Endodontie.

Da passt es geradezu ins Konzept (wenn es nicht gar Strategie ist), dass die Hochschulen und die großen Fachgesellschaften den Aufwand ständig in immer größere Höhen treiben. Es wird versucht, Teilbereiche des Gesundheitswesens systematisch „aufzurüsten“, um es damit unfinanzierbar für das Solidarsystem zu machen, zumindest in ausgewählten Teilbereichen.

Wie sonst wäre zu erklären, dass Mikroskopanwendung immer fordernder zur Regel (anstatt zur Ausnahme in besonderen Fällen) erklärt wird? Nur ganz wenige, verantwortungsbewusste Hochschullehrer treten hier auf die Bremse. Hervorragende Endodontie ist schließlich oftmals auch ohne Mikroskop möglich, das zeigt die (mikroskopfreie) Vergangenheit deutlich. Ziel moderner, indikationsgerechter, zeitgerechter Endodontie (bzw. der endodontischen Forschung) kann es doch nicht ernsthaft sein, die Behandlung aufzublähen und unfinanzierbar zu machen.

Durch neue Methoden sollte Endodontie besser, schneller, zuverlässiger, teilweise auch einfacher und kostengünstiger werden.

Betrachten wird doch einmal, wohin die so angepriesenen neuen Verfahren bisher geführt haben:

Maschinelle Aufbereitung ist kein Selbstzweck, sie soll vereinfachen, verbessern, und das kann sie auch. Die maschinelle Aufbereitung allein rechtfertigt aber keine generelle Privatisierung! Warum denn auch, wenn sie Zeit einsparen kann? Und so geht es weiter:

Elektronische Endometrie mag eine Ergänzung zur obligatorischen Röntgen-Messaufnahme sein, bei Schwangeren eine Alternative, mehr nicht.

Kofferdam ist eine sinnvolle Sache, aber er löst gewiss nicht das Hauptproblem der gesamten Endodontie, die bakterielle Konta-

mination im verzweigten Kanalsystem.

Ein intern keimarmes Zahn ist durchaus auch ohne Kofferdam zu erreichen mit guter relativer Trockenlegung und etwas Routine, während die militanten Kofferdam-Anhänger häufig so tun, als sei die Anwendung des Gummis allein schon Garant für den endodontischen Behandlungserfolg. Das ist sie keineswegs. Allzu gern wird übersehen, wie viel wichtiger die konsequente, zeitraubende Reduktion der Problemkeime ist, ungeachtet der praktischen Vorteile, die Kofferdam im Behandlungsablauf bieten mag. Man sollte also keine Religion daraus machen, sondern allein nach Nutzen und Praktikabilität entscheiden.

Wie bekomme ich den Zahninnenraum, möglichst bis in die hintersten Verzweigungen, keimfrei? Zu angemessenen Kosten und in überschaubarer Zeit?

DAS ist die viel zu lange vernachlässigte Kardinalfrage der praktischen Endodontie, ganz und gar unabhängig von der Finanzierungsproblematik im Rahmen der GKV.

Hier wird es hochpolitisch, hier trifft man auf Streit um widersprüchliche, teils sogar gefährliche Spülprotokolle. Hier beleidigen sich engagierte Anhänger der verschiedenen Methoden gegenseitig und bekriegen sich öffentlich in einer eines akademischen Berufes unwürdigen Weise, selbst gestandene Hochschullehrer geraten aus der Fassung.

Warum kann man sich über die Frage, wie alle Gewebsreste und Bakterien aus dem Kanalsystem zu eliminieren sind, nicht einigen, ja noch nicht einmal zivilisiert darüber diskutieren?

Da gibt es die „Elektro-Phorese-Anhänger“ nach Knappwost, die viel Material im Kanalsystem belassen, jedoch seine infektiöse Potenz ausschalten wollen. Wissenschaftliche Nachweise lassen auf sich warten.

Oder die „Kanal-Jäger“, die sich um vierte, fünfte, sechste, gar siebte Kanäle kümmern und dabei ganz die Rolle der physikalisch-chemischen Desinfektion übersehen. Ihr

mechanisches Bemühen ist beeindruckend, jedoch allein nicht zielführend.

Mancher schwört auch auf (lange etablierte) Einlagen mit CHKM (nach Walkhoff), mit offenbar erstaunlichen Erfolgen auch bei ungünstigen Ausgangsbefunden. Gerade hier tobt ein Streit zwischen unbedingten Befürwortern und militanten Gegnern.

Andere hantieren im Kanalsystem mit Lasern, um Gewebsreste nicht mechanisch zu entfernen, sondern zu verdampfen.

Wobei kollaterale Hitzeschäden so wahrscheinlich sind wie Wirkungslosigkeit außerhalb der Strahlungsrichtung des Lasers

Jeder kocht sein Süsschen, immer häufiger auf rein privater Abrechnungsbasis. Bei allen diesen Therapien kommt allerdings EINES zu kurz: die Wissenschaft. Jeder schwört allein auf sein Verfahren, sein „bewährtes Konzept“. Das ist reine Empirie. Dabei nehme ich einen Großteil der Hochschullehrer bewusst nicht aus. Auch bei ihnen regiert nach wie vor die Empirie. Von Evidenz, dem Ziel der Wissenschaft, ist wenig die Rede.

Ein weiteres großes Problem – neben der geschilderten Aufbereitungsproblematik – ist folgendes: Man propagiert in letzter Zeit immer häufiger die „einzeitigen Verfahren“. Welche medizinisch-fachlichen Gründe sprechen dafür? Auf der erwähnten Gemeinschaftstagung der drei großen endodontischen Fachgesellschaften in Wiesbaden stellte man die Fähigkeit zur einzeitigen Therapie (selbst schwieriger, komplexer Fälle) als „Alleinstellungsmerkmal“ der Spezialisten heraus. Ist hier vielleicht mehr Marketing im Spiel, als es dem Fachgebiet gut tut? Warum beraubt man sich des so wichtigen Faktors „Zeit“ bei der Keimbeseitigung? Wenn wir wissen, dass wir nur in die (wenigen) von koronal zugänglichen Hauptkanäle des Zahns kommen, wodurch wir rein mechanisch im Idealfall gerade einmal 50% der Innenwände überhaupt erreichen, ist es dann nicht erforderlich, sich für die (nur chemisch-physikalisch mögliche) Reinigung der Verzweigungen viel Zeit zu lassen? Warum einzeitig therapieren und Chancen verschenken? Warum nicht eine möglichst potente Einlage anwenden, die ihre Wirkung vielleicht langsam, aber ganz sicher entwickelt?

Ich rede hier nicht explizit von CHKM. Es geht um eine sinnvolle Systematik, mit einem theoretisch denkbaren, noch zu entwickelnden Wirkstoff – bei Beachtung von gewünschten und schädlichen Wirkungen.

CHKM nach Walkhoff

(= Monochlorphenolkampfer) wird seit einigen Jahren von div. endodontischen Fachgesellschaften und der BZÄK als „obsolet“ abgelehnt. Das Medikament besitzt eine Zulassung durch das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte für die Anwendung im Zahninneren, die in diesem Jahr routinemäßig überprüft wird. Im März 2009 hatte das Amt den Vorwurf, das Mittel sei kanzerogen, als unbegründet zurückgewiesen und hat diese Aussage am 20.05.2010 aus aktueller Sicht bestätigt. Wichtig für die Einstufung von CHKM ist, dass es nicht verschiedene toxisch z.T. bedenkliche Poly-Chlorphenole, sondern **Mono**-Chlorphenol enthält.

Empfohlen wird z.B., 30 Min. lang (!) ultraschallaktiviert mit NaOCl zu spülen (Methode von Prof. Hülsmann). Dies reduziert Keime und Gewebsreste, versprödet aber auch den Zahn. Wollen wir die Versprödung, ist das Vorgehen praktikabel innerhalb der

GKV, ausreichend für die sichere Abtötung von Restkeimen in den hintersten Winkeln und Verzweigungen und für die Entfernung allen kontaminierten Materials in einer Sitzung? Eine Reihe von Veröffentlichungen, beschränkten NaOCl nur ein deutlich eingeschränktes Wirkungsspektrum. Besser wäre also eine kombinierte Spülung unter zusätzlicher Verwendung von Chlorhexidin, allerdings unbedingt mit Zwischenspülung einer weiteren neutralen Lösung, da CHX nicht mit NaOCl gemischt werden darf (es entsteht sonst das potentiell kanzerogene PCA).

Prof. Hülsmann ist einer der wenigen Hochschullehrer, die noch eine soziale Endodontie im System der GKV für nötig und möglich halten; zumindest hat er das in einer schriftlichen Stellungnahme für die hessischen Zahnärzte noch vor wenigen Jahren klar so formuliert. Damit hat er meiner Meinung nach eindeutig Recht. Doch was wäre derzeit sein fachliches Konzept? Andere Hochschullehrer verteuflern offen jeden Ansatz zu einer sozial verantwortlichen GKV-Endodontie, sogar manchmal unter Anwendung von unlauteren Mitteln. Es geht in diesem Markt schließlich um viel Geld.

Ansonsten hört man viel von „Hochleistungs-Endodontisten“, die sich fast wie Herzchirurgen auführen und entsprechend selbstbewusst ihre extremen Honorarforderungen verteidigen. Das nimmt zuweilen groteske Züge an und hat mit „Arzttum“ oft nicht mehr viel zu tun.

Die Frage, wie man im System der GKV auch zukünftig gute Endodontie betreiben kann, ohne das System zu überfordern, hängt ganz klar ab von den ersten Schritten der Behandlung, von „rationeller Aufbereitung“ und „zuverlässiger Desinfek-

tion“. Die nachfolgende Wurzelfüllung ist dagegen relativ einfach, ihre Technik weitgehend problemlos, wie die Wiesbadener Endo-Tagung 2009 erbrachte. Nicht das „koronale Leakage“ sondern Restkeime im Kanalsystem sind Hauptursache von Misserfolgen – auch bei teuren Privatbehandlungen auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Bewährt hat sich als Standardverfahren die Kombination aus einem pastenförmigen Sealer und Guttaperchastiften. Noch in der Diskussion sind entzündungshemmende Zusätze.

Lasst uns also miteinander nach Wegen suchen, wie man das Kanalsystem frei von Gewebsresten und Bakterien bekommt, ohne den Aufwand zu übertreiben.

Es gibt sicher Besseres als NaOCl zur Spülung und Besseres als das – weitgehend unwirksame – Standardpräparat Ca(OH)₂ für die desinfizierende Einlage. Z.B. wurde in Witten-Herdecke Jod-Jod-Kali ins Gespräch gebracht. Andere empfehlen die Anwendung von „Betasodona“, ein Präparat zur Hautdesinfektion aus der großen Chirurgie. Es wird Zeit, massiv und mit Nachdruck auf diesem Gebiet zu forschen, ohne Scheuklappen, ohne finanzielle Hintergedanken, ohne elitäre, unsinnige Forderungen nach einzeitigen Behandlungsprotokollen.

Die von merkantilen Hintergedanken geprägte Passivität des Berufsstandes (insbesondere der Standespolitik) bezüglich vollkommen unzureichender GKV-Endodontie ist eines Heilberufes unwürdig. Es kann nicht länger hingenommen werden, dass erkrankte, aber erhaltbare Zähne von immer weniger idealistischen Kollegen (zähneknirschend, weil nicht kostendeckend) behandelt oder immer häufiger von anderen Kollegen aus honorarstrategischen Gründen entfernt werden. Das Thema „Endodontie innerhalb der GKV“ muss deshalb endlich auf die Agenda unserer Standespolitik. So, wie man sich ja auch nun des lange vernachlässigten Themas „Ethik“ in der Zahnheilkunde durch die Gründung eines Arbeitskreises innerhalb der DGZMK angenommen hat.

Ich bin sicher: eine gute, bezahlbare GKV-Endodontie für die meisten Fälle endodontischer Behandlungsindikation ist möglich – man muss sie nur wollen. Ein „Runder Tisch“ zur GKV-Endodontie sollte sich bald dieses Themas annehmen.

Dr. Paul Schmitt; Frankfurt/M.
dr.paul_schmitt@web.de

DAZ-Jahrestagung 2010

mit Geburtstagsfeier
30 Jahre DAZ

24.-26. September 2010

**16540 Hohen Neuendorf bei Berlin
Hotel zum grünen Turm, Oranienburger Str. 58**

Im Rahmen der Jahrestagung veranstaltet der DAZ
am 25.09.2010, 9.30 Uhr bis 12.00 Uhr,
zusammen mit der
IUZB (Initiative Unabhängige Zahnärzte Berlin)
eine Fortbildung zum Thema
„Hypnose“
Referentin: **Ute Stein, Berlin**

Zu der Fortbildung sind alle Interessierten herzlich eingeladen. Zahnärzte erhalten Fortbildungspunkte entsprechend den Richtlinien der BZÄK & DGZMK. Im Anschluss folgen die Hauptversammlungen beider Verbände und seitens des DAZ am Nachmittag ein gemeinsames Freizeitangebot. Das Wochenende soll Gelegenheit zum Austausch zwischen alten und neuen Mitgliedern und Freunden des Verbandes und zum Feiern bieten. Um dies vorbereiten zu können, wird um Übernachtung im Tagungshotel und frühzeitige Anmeldung bei Dr. Nachtweh gebeten.



Anmeldung:

Dr. Peter Nachtweh
Kaiserdamm 97, 14057 Berlin
T. 030/3023010, F. 030/3255610
Mail pnachtweh@t-online.de

Gemeinsame Fortbildung von DAZ und IUZB



Referentin Ute Stein

geb. 1959 in Zwickau, 2 Kinder
seit 1983 als Zahnärztin in Berliner Poliklinik tätig, seit 1986 im Westen, erst angestellt tätig, seit 1987 in eigener Praxis
1993 Ausbildung in zahnärztl. Hypnose und Kommunikation
1996/97 NLP-Practitioner-Ausb.
seit 1995 Referentin auf nat. & internationalen Kongressen
div. Publikationen zu Kinderhypnose in der ZM, Psychosomatik & ZM, Musik und Trance

Trainerin & Supervisorin der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztl. Hypnose & der Schweizerischen Ärztegesellschaft für med. Hypnose in der Praxis Therapie von Angst- & Chronischen Schmerzpatienten, Patienten mit psychischen Störungen, verhaltensauffälligen Kindern sowie CMD-Patienten mit Hypnose

2010 Dissertation „Einfluss von Sprach- und Musikinduktion als Entspannungstechnik in der zahnärztlichen Praxis“

Ihr Vortrag bei der Tagung dürfte nicht nur fachliche Einblicke bringen sondern auch Hilfen für die Teilnehmer beim Umgang mit beruflichen Anforderungen durch

„Hypnose - ein Mittel zur Stressbewältigung in der Zahnarztpraxis - für Zahnarzt, Team und Patient“

Gesamt-Programm

FREITAG, 24.09.2010

ab 20⁰⁰ **Auftakt** im Restaurant des Hotels zum grünen Turm, Oranienburger Str. 58, 16540 Hohen Neuendorf, T. 03303/501669, F. 03303/501624, www.gruener-turm.de

SAMSTAG, 25.09.2010

9³⁰ **Eröffnung der Jahrestagung gemeinsam mit IUZB**
Referat von Ute Stein:

„Hypnose – ein Mittel zur Stressbewältigung in der Zahnarztpraxis für Zahnarzt, Team und Patienten“ - anschließend Diskussion

12³⁰ **DAZ-Hauptversammlung** mit Versammlung des Projektes Qualitätssicherung – parallel: **IUZB-HV**

14⁰⁰ **Mittagsimbiss**

15³⁰ **Freizeitprogramm**, z.B. Fahrt zum Oranienburger Schloss, gemeinsame Bootstour auf dem Havel-Kanal, Besichtigung eines Ziegelei-Museums

20⁰⁰ **DAZ-Geburtstagsfest** mit Buffet und von DAZlern gestaltetem Programm – open end

SONNTAG, 26.09.2010

ab 9⁰⁰ **Gemeinsames Frühstück**, weitere Aktivitäten, Abreise



Die Wahrung der Patientenautonomie – eine eindeutige Norm der uns selbstverpflichtenden Prinzipien-Ethik

von Dr. Peter Weißhaupt M. Sc., Iserlohn

In den Zahnärztlichen Mitteilungen vom 01.04.2010 hat Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle anhand der Vorschläge von 12 Zahnärzten zur Beratung und Behandlung einer 59-jährigen Patientin die schwierige Gratwanderung zwischen zahnmedizinischer Unter- und Überversorgung aufgezeigt. Bei der Patientin lagen zwei ästhetisch und funktionell nicht beeinträchtigende Seitenzahnücken im Unterkiefer vor, die von Staehle als stabil, ohne Gesundheitsrisiken und daher mit günstiger Prognose eingeschätzt wurden.

Trotzdem kam es zu deutlich kontroversen Beurteilungen der Behandlungsbedürftigkeit und folglich zu erheblich voneinander abweichenden Therapievorschlägen, bei denen einerseits für eine abwartende und defensive Haltung geworben wurde, andererseits für weit reichende und offensive Vorgehensweisen.

Die Patientin selbst gibt an, nach mehreren Konsultationen bei unterschiedlichen Zahnärzten aufgrund stark differierender Therapievorschläge erheblich verunsichert („hin- und hergerissen“) zu sein. Aus ihrer Sicht bestehen keine ästhetischen und kaufunktionellen Beeinträchtigungen; dem gegenüber stehen jedoch Empfehlungen, sich dringend rechtzeitig behandeln zu lassen, „bevor es zu spät“ sei. Falls eine medizinische Notwendigkeit bestehe, sei sie daher bereit und auch in der Lage, die Kosten einer umfangreichen implantologisch-prothetischen Intervention zu tragen.

Durch Prof. Staehle wurde ihr nach umfassender Diagnostik aufgrund der günstigen Prognose geraten, von entsprechenden Therapievorschlägen eher Abstand zu nehmen und stattdessen zum Erhalt der stabil erscheinenden Gebiss-Situation von regelmäßigen Verlaufskontrollen Gebrauch zu machen.

Es drängt sich nun die Frage auf, nach welchen – offensichtlich unterschiedlichen – Wertmaßstäben die Patientin bisher aufgeklärt und beraten worden ist.

In der Medizin und auch in der Zahnmedizin berufen wir uns als (Zahn-)Ärzte auf einen allgemein verbindlichen ethischen Wertekodex, der seine Wurzeln im hippokratischen Eid, der Genfer Deklaration, sowie in der Mitte der 70er Jahre von Beauchamp und Childress formulierten Prinzipienethik findet. Die amerikanische Prinzipienethik gilt heute als weltweit akzeptierte Moraltheorie für die Medizin, da sie versucht, trotz aller Wertpluralität für die meisten Menschen akzeptabel zu sein. Dazu greift sie auf vier moralische Prinzipien zurück, über deren Geltung erfahrungsgemäß ein großes Maß an Einverständnis für medizin-ethische Diskussionen hergestellt werden kann, in denen trotz unterschiedlicher Grundorientierung ein Konsens hergestellt werden muss. Diese sind

- die Prinzipien des Wohltuns (*Beneficence*),
- des Nichtschadens (*Nonmaleficence*),
- der Autonomie (*Respect for Autonomy*),
- sowie der persönlichen und sozialen Gerechtigkeit (*Justice*).

Geht man im vorliegenden Fall davon aus, dass alle Behandler nach bestem ärztlichen Wissen und Können ihre Befunde erhoben und Therapievorschläge erstellt haben, so kann nach subjektivem und objektivem Ermessen auch die Wahrung des Wohltuns- und Nichtschadensprinzips unterstellt werden – obschon gerade im vorliegenden Fall die Nutzen-Risiko-Abwägung kontrovers diskutiert wird. Das Gerechtigkeitsprinzip unterscheidet sich von den vorgenannten Prinzipien dahingehend, dass es weit über die Arzt-Patientenbeziehung hinausgeht und auch Fragen der fairen Verteilung von Nutzen und Lasten im Gesundheitswesen beinhaltet. Insofern bedarf es an dieser Stelle keiner weiteren Erörterung.

Zentraler Punkt zahnärztlich-ethischer Diskussionsnotwendigkeit ist anhand des vorliegenden Falles daher die offensichtlich verbreitete Auffassung über eine vermeintlich freie, beliebige Interpretationsmöglichkeit des Begriffes der *Patientenautonomie*. Diese ist jedoch mitnichten frei

interpretierbar, noch flexibilisierbar, noch ist sie individuellen Konzepten, Tätigkeitsschwerpunkten oder ökonomischen Überlegungen des Praxisinhabers, oder sich wandelnden gesellschaftlichen Strömungen nachzuordnen.

Das *Recht auf Autonomie* und Selbstbestimmung des Patienten in der medizinischen Versorgung folgt aus dem durch Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG gewährleisteten Selbstbestimmungsrecht. Art. 1 Abs. 1 GG gewährleistet die Unantastbarkeit der Würde des Menschen; Art. 2 Abs. 1 GG die freie Entfaltung der Persönlichkeit, Art. 2 Abs. 2 GG das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, sowie Art. 104 Abs. 1 GG das Recht auf Schutz seelischer und körperlicher Unversehrtheit. Das Gebot zur Wahrung der Patientenautonomie beinhaltet die Verpflichtung, die Fähigkeit des Patienten zu selbstbestimmten Entscheidungen anzuerkennen und zu fördern. Das Prinzip schließt das Verbot ein, eigene Entscheidungen von selbstbestimmten Patienten zu behindern oder zu übergehen. Zudem beinhaltet der Respekt vor der Autonomie das Gebot, Patienten in die Lage zu versetzen, wirklich selbstbestimmte Entscheidungen treffen zu können.

So müssen Patienten über ihre Diagnose, Therapiealternativen und Prognosen aufgeklärt werden, um sich sinnvoll erklären zu können, was sie wollen oder nicht wollen. Es handelt sich hier um Spezifizierungen des (zunächst abstrakt erscheinenden) Autonomieprinzips, d.h. Anreicherungen mit kontextspezifischen Inhalten und Regeln. Darüber hinaus enthalten die Regeln konkrete Ausführungsbestimmungen. Für die Regel der informierten Einwilligung wären dies z.B. Standards der Aufklärung, Kriterien der Einwilligungsfähigkeit etc. Die im Beitrag von Staehle angeführte „Informationsasymmetrie“ ist einerseits die klassische Ausgangslage einer (Zahn-)Arzt-Patienten-Begegnung; sie entbindet den Zahnarzt jedoch nicht von seiner Pflicht zur umfassenden Aufklärung über Therapiealternativen und Prognosen, die den Patienten erst in die Lage versetzt, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen.

Die Auffassung, dass der (Zahn-)Arzt als Wissender der beste Anwalt des Patienteninteresses sei, weil dieser ohnedies nicht verstünde, was zu seinem Wohle angeordnet wird, ist als traditioneller Paternalismus in heutigen Zeiten der Informationsfreiheit sowie mündiger und aufgeklärter Patienten obsolet.

Die Informationsasymmetrie und auch der „subjektive Patientenwunsch“ können daher nur Ausgangsmomente einer Beratungssituation sein (die dann zu einer objektiven Patientenentscheidung führen kann), jedoch nicht als Begründung dafür herhalten, den Patienten in eine vom Behandler gewollte Entscheidungs-Findung zu führen.

„Angebotsorientierung“, „anbieterinduzierte Nachfrage“, aber auch „zielgerichtete Beratungsgespräche“ im Sinne einer „Nachfragesteuerung“ sind daher symptomatisch für eine am Behandlerinteresse ausgerichtete – jedoch nicht die Patientenautonomie wahrende – Aufklärungs-Situation, sei es am Praxis- bzw. Tätigkeitsschwerpunkt orientiert oder an den Erwägungen einer ökonomischen Praxisführung. Die Gleichsetzung der beschriebenen Patientensituation mit einem „wirtschaftlichen Volltreffer“ spricht für sich.

Die Eingangsfrage, nach welchen Wertmaßstäben die Patientin aufgeklärt und beraten wurde, ist hiermit beantwortet. Bei Wahrung des Prinzips der Patientenautonomie und Beachtung der davon abzuleitenden Regeln hätte die Patientin sich frei für verschiedene Behandlungs-Alternativen entscheiden können und sich nicht nur mit der „dringenden medizinischen Notwendigkeit“ einer „rechtzeitigen“ implantologisch-prothetischen Intervention, „bevor es zu spät sei“ konfrontiert gesehen.

Die Pflicht zur Wahrung der Patientenautonomie ist kein „Gummi-Paragraph“, sondern ein Prinzip ärztlicher Selbstverpflichtung, welches durch spezifizierende Regeln und Ausführungsbestimmungen in Aussage und Intention eindeutige und zielführende Vorgaben definiert. Bei Beachtung dieses Prinzips kann es selbstverständlich nach wie vor zu unterschiedlichen Therapieempfehlungen und prognostischen Einschätzungen kommen. Unsere Patientin jedoch hätte sich nicht in ein vermeintlich einzig sinnvolles, zudem hoch invasives, therapeutisches Konzept gedrängt gesehen, sondern – mündig aufgeklärt – aus freien Stücken eine freie Entscheidung nach Prüfung verschiedener Optionen treffen können.

Abschließend sei die Frage in den Raum gestellt, welches Bild die geneigte Öffentlichkeit respektive Patientenschaft über unseren Berufstand vermittelt bekommt, so sie sich regelmäßig bei ein und derselben Diagnose mit derart kontroversen Befundinterpretationen, Therapieempfehlungen und Prognose-Einschätzungen konfrontiert sieht.

Wenn ein in wesentlichen Fragen einheitlicher und berechenbarer Außenaustritt unserer Profession ein standespolitisches Ziel sein soll, so gilt es, zunächst über das Prinzip der Patientenautonomie einen grundlegenden und verbindlichen Konsens zu erzielen.

Dr. Peter Weißhaupt, Iserlohn
Master of Science in Oral Implantology,
Mitglied im Vorstand des AK Ethik der DGZMK

Literaturliste

- Beauchamp Tom L. / Childress James F.,** *Principles of Biomedical Ethics*, Fifth Edition, Oxford University Press Inc., New York, 2001 (1. 1979, 4. 1994).
- Gahl, Klaus,** *Beziehung zwischen Arzt und Patient*, in: Kahlke, Wilfried / Reiter-Theil, Stella (Hrsg.), *Ethik in der Medizin*, Stuttgart, 1995, S. 23 - 33.
- Groß, Dominik** (Hrsg.), *Zwischen Theorie und Praxis 3: Ethik in der Zahnheilkunde*, Verlag Königshausen und Neumann GmbH, Würzburg, 2002.
- Hanika, Heinrich,** *Patientencharta - Stärkung der Rechte der Patienten bei der Reform der Gesundheitssysteme in Europa - Herausforderung für Deutschland?*, MedR Schriftenreihe Medizinrecht, Heft 4, 1999, S. 149 - 161.
- Horn, Christoph,** *Paternalismus*, in: Höffe, Otfried (Hrsg.), *Lexikon der Ethik*, 6. Auflage, Verlag C.H. Beck oHG, München, 2002, S. 196 - 197.
- Karrer, Martin,** *Ethik und Ästhetik - Perspektiven für die Zahnmedizin*, Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 54, 1999, S. 424 - 437. (Karrer ist Prof. für Evangelische Theologie (NT) an der Kirchlichen Hochschule Wuppertal.)
- Maio, Giovanni,** *Der Zahnarzt als Verkäufer von Ästhetik-Produkten? Die „Kundenorientierung“ der Zahnheilkunde in ihrer Unvereinbarkeit mit dem sozialen Charakter der Medizin*, in: DAZ FORUM 97, Dez. 2008, S. 5 - 7.
- Noetzel, Thomas,** *Liberalismus*, in: PrechtI, Peter und Burkhard, Franz-Peter (Hrsg.), *Metzler Philosophie Lexikon*, 2. Auflage, Verlag J.B. Metzler, Stuttgart 1999, S. 328 - 329.
- Pellegrino, Edmund D.,** *Bekennnis zum Arztberuf - und was moralisch daraus folgt. (Eine tugendorientierte Moralphilosophie des Berufs)*, in: Thomas (Hrsg.), *Ärztliche Freiheit und Berufsethos*, Verlag J.H. Röll, Dettelbach, 2005, S. 17 - 60.
- PrechtI, Peter und Burkhard, Franz-Peter** (Hrsg.), *Metzler Philosophie Lexikon*, 2. Auflage, Verlag J.B. Metzler, Stuttgart 1999.
- Rauprich, Oliver und Steger, Florian** (Hrsg.), *Prinzipienethik in der Biomedizin - Moralphilosophische und medizinische Praxis*, Campus Verlag GmbH Frankfurt/Main New York, 2005.

Reitz, Daniela, *Zielsetzung des ethischen Ansatzes von Beauchamp und Childress*, in: Rauprich, Oliver und Steger, Florian (Hrsg.), *Prinzipienethik in der Biomedizin - Moralphilosophische und medizinische Praxis*, Campus Verlag GmbH Frankfurt/Main New York, 2005, S. 417 - 420.

Staehe, Hans Jörg, *Nutzen-Risiko-Abwägung - Die Balance zwischen Unter- und Überversorgung*, in: *zm* 100, Nr. 7 A, 1.4.2010 (892), S.52-58.

Weißhaupt, Peter, *Ethik und zahnärztliche Berufsausübung - die besondere Bedeutung einer ethischen Diskussion für den praktizierenden Zahnarzt*, Masterthesis 2008.

Arbeitskreis Ethik steht allen DGZMK-Mitgliedern offen Treffen im Juli in Aachen

Auf Einladung der DGZMK kam am 19.03.2010 in Frankfurt eine bunt gemischte Runde aus Wissenschaftlern und



niedergelassenen Zahnärzten zusammen, um einen neuen Arbeitskreis zu gründen, der sich speziell mit ethischen Fragen innerhalb der Zahnmedizin beschäftigen und in der Kollegenschaft Problembewusstsein für derartige Fragestellungen wecken soll.

In den Vorstand wurden als Vorsitzender Prof. Dr. Dominik Groß, Uni Aachen, sowie Prof. Dr. Ina Nitschke, Uni Leipzig, Dr. Peter Weißhaupt, Iserlohn, und BZÄK-Vize Dr. Dietmar Oesterreich, Stavenhagen, gewählt. Zu erwarten ist, dass die beiden Letztgenannten sich besonders mit den Problemen der Niedergelassenen beschäftigen werden. Gleichzeitig ist zu wünschen, dass sich möglichst viele in Praxen tätige Zahnmediziner dem AK anschließen.

Nachdem bereits bei der Gründungsver-sammlung Themenvorschläge und Arbeits-papiere zusammen getragen wurden, hat der Vorsitzende Prof. Groß inzwischen zu einem **Arbeitstreffen am 09. Juli 2010** nach Aachen eingeladen. Interessenten für die AK-Aktivitäten erhalten unter dgzmk@dgzmk.de oder Tel 0211/610198-0 weitere Informationen. (ibo)

Abschied von Dr. S. Dohnke-Hohrmann

Bei Dr. Sylvia Dohnke-Hohrmann war wohl der Beruf zugleich Berufung. Die 1946 geborene Berlinerin ist seit Mitte der 1970er Jahre in leitender Funktion als Zahnärztin im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) des Landes Berlin tätig gewesen und hat die Jugendzahnpflege des Landes maßgeblich mit geprägt.



Wir haben es sehr begrüßt, dass sie sich neben Ihren umfangreichen beruflichen Aufgaben, neben Ihrem Engagement im Bundesverband der Zahnärzte des ÖGD, neben ihrer Mitarbeit in deutschen und internationalen Gremien auch dem DAZ zugehörig gefühlt und ihn bei der Entwicklung von Konzepten und Initiativen im Bereich der Prophylaxe unterstützt hat.

Besonders ging es ihr um die Kinder aus schwierigen sozialen Verhältnissen und aus Migrantenfamilien, die von präventiven und therapeutischen Angeboten zum Teil nicht erreicht werden. Bei aller Freude über die generelle Kariesreduktion bei Kindern und Jugendlichen müssen für diese Gruppen weiterhin gezielte Fördermaßnahmen ergriffen werden, Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen dürfen nicht zu ihren Lasten gehen.

Frau Dr. Dohnke-Hohrmann hat sich nach der Pensionierung aus den meisten Verbandsaktivitäten zurückgezogen, um Zeit für anderes zu haben – vor allem für ihre Familie. Wir hätten ihr gern mehr Zeit gewünscht. Im März 2010 ist sie verstorben. Sie wird uns als engagierte Verfechterin einer präventionsorientierten und sozialen Zahnheilkunde im Gedächtnis bleiben.

Irmgard Berger-Orsag

Krankheitskosten mehr und mehr privatisiert Gesundheitspolitische und fachliche Fortbildung von VDZM und DAZ

Kritik am Trend zur Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung und ein Bekenntnis zur solidarischen Absicherung des Krankheitsrisikos prägten die gemeinsame Frühjahrstagung von VDZM und DAZ. Die Zahnärzterverbände Vereinigung Demokratische Zahnmedizin e.V. und Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde e.V. trafen sich am 24. April 2010 in Frankfurt am Main.

Der gesundheitspolitische Referent Prof. Thomas Gerlinger, der als Medizinsoziologe den Bereich Sozialepidemiologie und Gesundheitssystemgestaltung an der Universität Bielefeld leitet, zeichnete die großen Entwicklungslinien der Gesundheitspolitik der letzten Jahrzehnte nach. Strukturhaltende Kostendämpfungspolitik und Maßhalteteappelle kennzeichneten die 1970er und 1980er Jahre. Auf Basis freiwilliger Vereinbarungen blieben die Vergütungs- und Vertragsstrukturen damals weitgehend konstant. Seit 1992 dagegen schreitet eine wettbewerbsbasierte Strukturreform voran. Gleichzeitig nahm die staatliche Regulierung zu, um die Akteure „unfallfrei“ zu steuern. Die Wettbewerbsideologie und Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung zeigten sich beispielsweise daran, dass die Privatisierung der Krankenhäuser in keinem Land so rasch voran schreite wie in Deutschland.

Seit den 1970er Jahren steigt der Krankenversicherungsbeitrag. Der Anteil der Ausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) am Bruttosozialprodukt ist jedoch seit Jahrzehnten stabil. Kostensteigerungen wurden also gut aufgefangen. Höhere Beiträge liegen demnach am Einnahmedefizit der GKV: Zum einen schrumpft der Anteil der beitragspflichtigen Einkommen am Volkseinkommen, zum anderen schwächt die Abwanderung in die private Krankenversicherung die Finanzbasis der GKV.

Kontinuierlich besteht ein Trend zur Privatisierung der Krankheitskosten. „Die Versicherungsbeiträge wurden in der Vergangenheit zu gleichen Teilen durch die Arbeitgeber und Arbeitnehmer finanziert. Mittlerweile jedoch zahlen die Arbeitnehmer 0,9 von insgesamt 14,9 Beitragssatzpunkten allein. Gleichzeitig nehmen die Zuzahlungen zu. Sie treffen Kranke und sozial Schwache in besonderem Maß. Das sind Gerechtigkeitsdefizite“, so Gerlinger in seinem Vortrag

Der Referent legte dar, dass Deutschland zwar weltweit die vierthöchsten Kosten im Gesundheitswesen hat, die Bevölkerung aber keinen überragend guten Gesundheitszustand aufweist. Daraus schlossen die Diskussteilnehmer, dass die zunehmende Privatisierung für die GKV-Versicherten keinen Vorteil bringt und nur ein Förderungsinstrument für private Versicherungsanbieter und Kapitalinvestoren ist. Eine zunehmende Belastung insbesondere für Bezieher kleiner und mittlerer Einkommen sieht Gerlinger mit der geplanten einkommensunabhängigen Kopfpauschale und dem Einfrieren des Arbeitgeberbeitragsatzes herauf ziehen. Dies brächte der Wirtschaft im Übrigen viel weniger als vermutet, denn selbst eine deutliche Senkung des Krankenkassenbeitrags um einen Prozentpunkt würde die Arbeitskosten nur um minimale 0,4% reduzieren, so Gerlingers überraschende Berechnung.

GKV-Beitragsatz und Kostenbelastung der Arbeitgeber

| Kostenfaktor | Kosten (Euro) | |
|-------------------------------|---------------|------------|
| | GKV= 14,9 % | GKV=13,9 % |
| Stundenlohn (An-Brutto) | 20,00 | 20,00 |
| GRV (19,9) | 1,99 | 1,99 |
| ALV (2,8 %) | 0,28 | 0,28 |
| Pflegeversicherung (1,95 %) | 0,20 | 0,20 |
| GUV (1,3 %) (100 % Ag-Anteil) | 0,26 | 0,26 |
| GKV (14,9 % bzw. 13,9 %) | 1,40 | 1,30 |
| Stundenlohn (Ag-Brutto) | 24,13 | 24,03 |

Senkung des Beitragssatzes um 6,7 % = Senkung der Lohnkosten um 0,4 %

Auch die Teilnehmer der Fortbildungsveranstaltung sahen als besseres Konzept die Bürgerversicherung an und fordern, die Arbeitgeber als Akteure weiterhin paritätisch mit zu beteiligen.

Im fachlichen Fortbildungsteil erläuterte Priv.-Doz. Dr. Anne Wolowski, wie Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen in der zahnärztlichen Praxis zu erkennen sind und wie der Zahnarzt mit ihnen umgehen sollte. Sie ist die zahnärztliche Leiterin des Bereiches Psychosomatik an der Universitäts-Zahnklinik Münster. Eindrucksvoll waren Fallbeispiele, bei denen psychosomatische Auffälligkeiten ignoriert und notwendige Anamnesen nicht erhoben wurden. Damit Zahnärzten nicht solche Fehler unterlaufen, fordert die DAZ-VDZM-Arbeitsgruppe Studienreform Änderungen in der Approbationsordnung. Zahnärztliche Psychologie und Psychosomatik möchte sie mit insgesamt 5 Kurs- und Vorlesungs-Semesterwochenstunden ins ZM-Studium integrieren.

Quelle: DAZ-VDZM-Meldung 30.04.2010

Schwarz-gelbe Gesundheitspolitik: Kopfpauschale - Lösung oder neues Problem?

von Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger, Universität Bielefeld

Bei der gemeinsamen Frühjahrstagung des DAZ mit der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin in Frankfurt im April 2010 analysierte der Medizinsoziologe Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger die gesundheitspolitische Entwicklung der letzten Jahrzehnte und skizzierte mögliche Konsequenzen des von der Regierung verfolgten Reformkonzeptes für die Patientenversorgung.

CDU, CSU und FDP haben in ihrem Koalitionsvertrag (Okt. 2010) weit reichende Änderungen in der Gesundheitspolitik angekündigt. Ihre Umsetzung würde einen Bruch mit dem gewachsenen Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung darstellen und den Versicherten und Patienten einseitig die Lasten eines weiteren Ausgabenanstiegs im Gesundheitswesen aufbürden. Im März hat die Bundesregierung eine Kommission eingesetzt, die konkrete Eckpunkte für eine Gesundheitsreform beschließen soll.

Wettbewerb als neues Systemmerkmal

Das wohl einschneidendste Vorhaben von Union und FDP bezieht sich auf die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Bereits in der jüngeren Vergangenheit hat der Um- und Abbau sozialer Sicherung auch vor der GKV nicht Halt gemacht. Eine bedeutende Weichenstellung hatte das 1992 verabschiedete Gesundheitsstrukturgesetz vorgenommen, indem es die freie Kassenwahl für die Versicherten einführte, damit den Wettbewerb der Krankenkassen zu einem wesentlichen Systemmerkmal erhob und zugleich die finanziellen Lasten der Patientinnen und Patienten durch Zuzahlungen erheblich verstärkte. Die vielen Gesundheitsreformen, die seitdem verabschiedet wurden, folgten im Wesentlichen dem damit beschrittenen Entwicklungspfad.

Zuletzt hatte die Gesundheitsreform 2007 mit der Errichtung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 einen ausschließlich von den Versicherten aufzubringenden Zusatzbeitrag eingeführt, den die Krankenkassen in den Fällen erheben können, in denen die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ihre Ausgaben nicht decken. Ob und wie die Krankenkassen von der Option dieses Zusatzbeitrags tatsächlich Ge-

brauch machen, sollte, so die Logik dieses Mechanismus, letztlich von der kassenspezifischen Wettbewerbsstrategie abhängen.

Entkoppelung von Einkommen und Kassenbeiträgen

Der Koalitionsvertrag fasst die Pläne zu einer Finanzierungsreform lapidar folgendermaßen zusammen: „Langfristig wird das bestehende Ausgleichssystem überführt in eine Ordnung mit (...) einkommens-unabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen, die sozial ausgeglichen werden. Weil wir eine weitgehende Entkoppelung der Gesundheitskosten von den Lohnzusatzkosten wollen, bleibt der Arbeitgeberanteil fest.“ Das gegenwärtige einkommensabhängige Beitragssystem soll also auf eine einkommensunabhängige Kopfpauschale umgestellt und der Arbeitgeberbeitrag eingefroren werden.

Die Realisierung der Koalitionspläne bedeutete eine grundsätzliche Abkehr vom derzeitigen Finanzierungsmodus in der GKV. Das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags würde die voraussichtlich weiter ansteigenden GKV-Ausgaben einseitig den Versicherten aufbürden und eine Kopfpauschale innerhalb der Versichertengemeinschaft vor allem Beziehern unterer und mittlerer Einkommen zugunsten Besserverdienender belasten. Denn eine Kopfpauschale beansprucht bei jenen Gruppen einen überdurchschnittlich hohen Teil des Haushaltseinkommens und wird sehr viele Versicherte finanziell überfordern. Es käme also zu einer Umverteilung von unten nach oben.

Sozialer Ausgleich über Steuern ungewiss

Die Regierung betont immer wieder, dass diejenigen, die sich die Kopfpauschale nicht leisten können, einen steuerfinanzierten Zuschuss erhalten sollen. Der Sozialausgleich würde damit lediglich aus der Krankenversicherung in das Steuersystem verlagert, wo er im Übrigen viel besser aufgehoben sei als in der Krankenversicherung. Das neue System bringe sogar mehr Finanzierungsgerechtigkeit, weil an der Aufbringung der Steuermittel für die Subventionierung sozial Schwacher alle Steuerzahler, eben auch privat Krankenversicherte, beteiligt seien. Die gesetzliche Krankenversicherung werde also auf den Solidarausgleich zwischen Gesunden



und Kranken – alle Versicherten zahlen einen gleich hohen Beitrag – beschränkt.

Ein genauerer Blick zeigt aber, dass derartige Beschwichtigungen nicht stichhaltig sind. Der Subventionsumfang und damit die Höhe des zusätzlichen Finanzbedarfs für den Bundeshaushalt hängen selbstverständlich von der Kalkulation der Kopfpauschale und den konkreten Subventionsmodalitäten ab, also der Frage, wer in welcher Höhe einen steuerfinanzierten Bundeszuschuss erhält. Allerdings spricht nichts dafür, dass steuerfinanzierte Subventionen den primären Umverteilungseffekt einer Kopfpauschale ausgleichen werden.

Ausgleich für Kopfpauschale fordert bis 40 Milliarden aus Steuermitteln

Denn zum einen zeigt der Blick in andere Länder, die eine Kopfpauschale eingeführt haben (Niederlande, Schweiz), dass die Zahl der Subventionsempfänger außerordentlich hoch ist. In den Niederlanden sind dies z.B. rund 70 % der Bevölkerung. Geht man davon aus, dass die Belastung der Versicherten mit der Kopfpauschale maximal acht Prozent des Haushaltseinkommens betragen soll – eine häufig genannte Größenordnung – so entstünde ein steuerlicher Subventionsbedarf von bis zu 40 Milliarden Euro. Angesichts der Haushaltskrise ist nicht damit zu rechnen, dass ein solcher Betrag bereitgestellt wird. Vielmehr ist eher damit zu rechnen, dass die Subventionshöhe von vornherein niedrig angesetzt wird.

Zum anderen ist davon auszugehen, dass die Belastung Besserverdienender über die Steuerfinanzierung bei weitem nicht so stark ausfällt, wie die Regierung glauben machen will. Selbst wenn der tatsächliche Steuerzuschuss am oberen Ende der gegenwärtigen Schätzungen angesiedelt werden sollte, wird er sich maximal auf rund ein Viertel der GKV-Gesamtausgaben (2009: knapp 170 Mrd. Euro) belaufen. Der bei weitem größte Teil der Ausgabenlast wird also von den Versicherten über die Kopfpauschale aufzubringen sein. Zudem zahlen Besserverdienende einen höheren

Steuersatz lediglich bei den Einkommensteuern, nicht aber bei den Verbrauchsteuern (v.a. der Mehrwertsteuer), die einen erheblichen Teil des gesamten Steueraufkommens ausmachen.

Lastverteilung durch Kopfpauschale schafft neue Gerechtigkeitslücken

Schließlich entstünden mit einer Kopfpauschale neue Gerechtigkeitslücken. Verlierer dieses Finanzierungsmodells würden nicht nur Geringverdiener, sondern auch Bezieher mittlerer Einkommen sein, insbesondere jene Gruppen, deren Einkommen geringfügig oberhalb der Subventionsgrenze liegt. Denn alle Versicherten, die keine Subvention erhalten, zahlen netto die gleiche Prämie, und zwar unabhängig von ihrem Einkommen. Eine Kopfpauschale würde die degressive Belastung der Versicherten mit Krankenversicherungskosten somit noch weit über das im aktuellen Beitragssystem anzutreffende Maß hinaus verstärken. Hinzu kommt, dass die staatlichen Transferzahlungen abhängig werden vom politischen Willen der jeweiligen Regierung. Insofern ist auch die Dauerhaftigkeit der Transferzahlungen mit einem dicken Fragezeichen zu versehen. Verstärkt würden die unsozialen Effekte einer Kopfpauschale zudem durch das ausdrückliche Festhalten an der privaten Krankenversicherung als einem eigenständigen Zweig der Krankheitsvollversicherung.

Privatisierung von Kosten und Risiken

Jenseits dieser Reformpläne enthält der Koalitionsvertrag deutliche Hinweise auf noch weiter gehende Privatisierungsschritte. So fordern die Regierungsparteien darin ein „angemessenes Verhältnis“ von Beitrag und Leistungen. Diese Formulierung lässt aufhorchen: Damit könnte gemeint sein, dass die erbrachte Leistung ihr Geld wert sein soll, aber auch, dass ein Zusammenhang zwischen Beitragshöhe und Leistungsanspruch herzustellen ist. Letzteres würde allerdings dem für die GKV konstitutiven Bedarfprinzip widersprechen, dem zufolge die individuelle Leistungsanspruchnahme doch gerade unabhängig von der Höhe der individuell entrichteten Beiträge sein soll. Darüber hinaus kündigen Union und FDP an, mehr individuelle Wahlmöglichkeiten für Patienten und Versicherte zu schaffen. Die in einigen Versorgungsbereichen (beispielsweise Zahnersatz und Arzneimittelversorgung) mit Festzuschüssen, Festbeträgen und Zuzahlungen gemachten Erfahrungen bewerten sie uneingeschränkt positiv und wollen prüfen, ob

diese Finanzierungsformen auch auf andere Bereiche übertragen werden können.

Im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und FDP lassen sich deutliche Konturen eines Systemwechsels in der Gesundheitspolitik erkennen. Sie zielen darauf, die Arbeitgeber von der Ausgabenentwicklung in der GKV abzukoppeln und die Finanzierung der aus wachstums- und beschäftigungspolitischen Erwägungen anvisierten Expansionsdynamik der Gesundheitswirtschaft ausschließlich den abhängig Beschäftigten aufzuerlegen. Die

ordnungspolitischen Weichenstellungen des Koalitionsvertrags würden die gesetzliche Krankenversicherung in eine Sackgasse führen. Weder würde das angestrebte Finanzierungsmodell das Gesundheitswesen auf eine dauerhaft tragfähige Grundlage stellen noch würden die Qualität der Versorgung verbessert oder vorhandene Effizienzreserven im System erschlossen werden. Weder die Einnahme- noch die Ausgabenprobleme der GKV lassen sich mit diesen Rezepten lösen.

Nach NRW-Wahl: Perspektiven noch ungewisser

Die Reformpläne der Regierung Merkel/Westerwelle haben durch den Verlust der Regierungsmehrheit für CDU und FDP bei den Landtagswahlen in Nordrhein-Westfalen einen empfindlichen Dämpfer erhalten, denn damit verlor die schwarz-gelbe Regierung auch die Mehrheit im Bundesrat, dessen Zustimmung für viele wichtige Reformvorhaben erforderlich ist. Dennoch hält Bundesgesundheitsminister Rösler, wie er u.a. auf dem Ärztetag unmittelbar nach der NRW-Wahl verkündete, an den Plänen zur Einführung einer Kopfpauschale fest. Bereits zuvor hatte er – gerade auch angesichts der katastrophalen Haushaltslage – deutlich gemacht, dass er die Kopfpauschale schrittweise einführen wolle und es in dieser Legislaturperiode in einem ersten Schritt darum gehe, den teilweise bereits eingeführten Zusatzbeitrag zu einer kleinen Kopfpauschale auszubauen und diese damit neben den Beiträgen von Arbeitgebern und Versicherten als eine Säule der GKV-Finanzierung zu etablieren.

Mit den veränderten Mehrheitsverhältnissen im Bundesrat habe sich zwar die Aussichten für die Durchsetzung einer Kopfpauschale verschlechtert, ganz vom Tisch ist sie für diese Legislaturperiode damit aber

noch nicht. Denn die Regierung sucht nach rechtlichen Wegen, die Kopfpauschale mit einem nicht zustimmungsbedürftigen Gesetz einzuführen. Grundsätzlich bedürfen Gesetze dann der Zustimmung des Bundesrates, wenn sie das Verwaltungshandeln der Länder berühren. Ob und inwieweit dies auf einzelne Reformkomponenten zutrifft, ist auch unter



Juristen oftmals umstritten. Es wäre nicht das erste Mal in der jüngeren Geschichte deutscher Gesundheitspolitik, dass eine Bundesregierung ein Reformvorhaben in einen zustimmungsbedürftigen und einen nicht zustimmungs-

bedürftigen Teil aufspaltet. Aber selbst wenn sich solche schwarz-gelben Gedankenspiele als unrealistisch erweisen sollten, wäre dies nicht gleichbedeutend mit einem Verzicht auf Mehrbelastungen für Versicherte und Patienten. Denn das Ziel einer Privatisierung von Kosten und Risiken könnte auch durch Ausgliederung von Leistungen aus der Erstattungspflicht der Krankenkassen oder Erhöhung von Zuzahlungen zu GKV-Leistungen verfolgt werden. Der Blick in andere Gesundheitssysteme lehrt, dass gerade Zahnbehandlung und Zahnersatz sich für eine solche Privatisierung anbieten. Dies gilt um so mehr, wenn die zahnärztliche Standespolitik Argumente dafür liefert: lokale Eingrenzbarkeit von Zahnerkrankungen, Verhaltensabhängigkeit, kosmetischer Nutzen. Dies alles erleichtert die Legitimation der Ausgliederung von Zahnersatz und Zahnbehandlung. Nicht von ungefähr sind diese Leistungsarten in einer Reihe von anderen Ländern mit ähnlichem Wohlstandsniveau teilweise, manchmal sogar vollständig privatisiert. In jedem Fall gilt: Nach der NRW-Wahl Entwarnung zu geben, wäre verfrüht.

Wer blickt eigentlich noch durch?

Einkommensproportionale vs. einkommensunabhängige Beitragserhebung, Risikosolidarität ex post und ex ante, Risikostrukturausgleich, Pflichtversicherung vs. freie Tarifwahl, Wahltarife, Selbstbehalte, Beitragsbemessungsgrenze, Pflichtversicherungsgrenze, Umlage vs. Kapitaldeckung ... Von Reform zu Reform werden neue Stellschrauben entwickelt, die das Puzzle Krankenversicherung komplizierter und die zu Grunde liegenden Prinzipien unkenntlicher werden lassen. Zur Begriffsklärung empfohlen sei die Reihe WISO Diskurs der Friedrich-Ebert-Stiftung, insbesondere „Strategiewechsel in der Gesundheitspolitik schafft mehr Probleme als Lösungen“ (04/2010) – www.fes.de

Kammern als Marketingpartner der Pharmaindustrie Regeln für Zusammenarbeit mit Sponsoren erforderlich

In den letzten Jahren lockerten die bundesdeutschen Zahnärztekammern ihre recht rigiden Bestimmungen bezüglich von ihnen unterstützter Fortbildung in ihren eigenen Häusern kräftig. Sogar im Rahmen von Kreisstellen-Versammlungen werden nun Werbeveranstaltungen der Industrie in Kammerräumen durchgeführt. Dabei wird nicht nur umfangreiches Werbematerial verteilt, sondern zuweilen auch aufwändige Bewirtung gesponsert. Thematisch geht es um Antibiotika, Implantate, neue Materialien etc.

Während in früheren Jahren die Kreisstellenversammlungen in teuer gemieteten Tagungsräumen der umgebenden Hotels durchgeführt wurden, lädt man nun in eigene Räume ein und lässt sich die „Erlaubnis für Industrievorträge“ teuer bezahlen. Gab es früher einfache Bewirtung durch das Hotel, von jedem Kollegen selbst zu begleichen, so steht heute im Foyer ein üppiges Buffet des Sponsors. So ändern sich die Zeiten, könnte man lapidar sagen.

Was für politisch uninteressierte bzw. arglose Zeitgenossen wie ein Fortschritt aussehen mag, hat jedoch durchaus gefährliche Schattenseiten. Ich möchte das an einem aktuellen Beispiel erläutern. Es geht um den Artikel „Zwischen Anspruch und Wirklichkeit“ in den Zahnärztlichen Mitteilungen vom 01.05.2010, Autor: Dr. Frank Halling, niedergelassener MKG-Chirurg in Fulda. Er schreibt:

„Während hierzulande Clindamycin mit mehr als der Hälfte der Verordnungen und fast zwei Dritteln des zahnmedizinischen Antibiotikaumsatzes eine überragende Bedeutung hat, spielt dieses Antibiotikum in anderen Ländern, wie England, Spanien, Norwegen oder Kanada für die Zahnmedizin praktisch keine Rolle. (...) Clindamycin wird generell als Reserveantibiotikum (...) beziehungsweise als Präparat der ZWEITEN Wahl angesehen. (...) fast drei Viertel der Antibiotikaverordnungen entsprechen NICHT den Empfehlungen beziehungsweise den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen.“

Der Autor beschreibt eindeutig andere Präparate, insbesondere das Amoxicillin bzw. Amoxicillin mit Clavulansäure, als überlegen. Dieses Präparat stehe fachlich klar „an der Spitze der Rangliste“. Trotzdem wird Clindamycin seit Jahren extrem bevorzugt. Warum? Hierzu Halling: „Der überaus häufige Einsatz von Clindamycin (...) ist sehr auffällig, und rational

nach den vorliegenden Empfehlungen und Studien sowie ökonomisch NICHT zu erklären“ (Anmerkung: Es ist teurer als die Konkurrenten). „Es erscheint denkbar, dass die Verordnungsrealität bei deutschen Zahnärzten durch gezielte Werbemaßnahmen (Vortragsveranstaltungen, Arzneimuster, Broschüren, Anwendungsbeobachtungen) einiger Pharmaunternehmen doch stärker beeinflusst wird, als es die „scientific community“ bisher wahrhaben will. Diesem Phänomen sollte in Zukunft mehr Beachtung geschenkt werden.“

Bei der Lektüre dieser Zeilen fiel mir ein, dass ein Hersteller des oben genannten Antibiotikums, einer der Marktführer, schon mehrmals in der hessischen Kammer zu Gast war. Die Veranstaltungen nannten sich „Wissenschaftliche Fortbildungen“, waren jedoch reine Werbeveranstaltungen, allerdings von ein paar freundlichen Einführungsätzen der Standespolitiker, also der Hausherren, begleitet.

Die Veranstaltungen waren gut besucht, die Vorträge priesen Clindamycin als mit Abstand bestes Antibiotikum an. Es wurden auch Muster(-Anforderungen) verteilt. Das Buffet war nach überwiegender Ansicht hervorragend, die Atmosphäre locker-kollegial. Es wundert mich nachträglich nicht, dass Clindamycine diesen enormen Verkaufserfolg haben. Schließlich kamen die anderen Hersteller nicht in den Genuss dieser „Kammerfortbildungen“.

Es ist sehr fragwürdig, wie hier Marketing von Kammerseite indirekt gefördert - um nicht zu sagen betrieben - wird. Die Patienten haben es auszubaden. Sie werden mit einem Präparat „der zweiten Wahl“ behandelt, ohne das zu wissen. Weil auch ihr Behandler nichts davon weiß.

Dr. Paul Schmitt, Frankf./M.

Mehr zur Kritik an Pharma- & Industrie-Sponsoring erfahren Sie über www.mezis.de. Neben dem Verzicht auf „Geschenke“, Buffets usw. empfiehlt sich die Unterstützung kritischer Medien, die Ihrerseits oft nicht ohne Finanzmittel aus der Industrie (Werbeanzeigen) überleben können. Bezahlte Abos stärken die Unabhängigkeit!

Den Durchschnitt heben Implantat-Marathon in fernen Ländern

Ein Hersteller von Implantaten, für den wir hier keine 'Werbung' betreiben wollen, bietet Kurse an, die er als Implantat-Marathon bezeichnet. In der Dominikanischen Republik, in Kuba und in Kambodscha erhalten die Teilnehmer Gelegenheit, in der Woche bis zu 30 Implantate dieses Fabrikates zu inserieren.

In Deutschland werden im Jahr durchschnittlich 200.000 Zahnimplantate gesetzt. Das sind nicht ganz drei pro Zahnarzt. Als Patient kann man da nur hoffen, dass sich diese statistische Last möglichst ungleichmäßig verteilt, damit der ‚eigene‘

Implantologe vielleicht doch über die ausreichende Routine verfügt. Da ist es kein Wunder, wenn Menschen mit unternehmerischer Phantasie Nachholbedarf erkennen, Marktchancen spüren.

Da sitzen die Zahnärzte an ihren Behandlungsstühlen, weisen den Fachberatern die Praxistür, die den Weg durch den Bologna- und den Zertifizierungsdschungel wüssten und kriegen dann das Zittern, wenn sie zwei schnelle Dübel unter eine alle zwei lebendige Totale setzen sollen.

Ist es ein Wunder, wenn dann ein Implantathersteller die Initiative ergreift, seine Ressourcen nicht schont und eine Schneise in den Dschungel schlägt? Gewiss, da gibt es z.B. die DGI mit ihrem quälend langen Curriculum, oder die konservativen Hersteller, die einst kein Implantat aus der Hand gaben, wenn der Käufer nicht nachweisen konnte, dass er damit umgehen kann. Tempi passati! Heute startet man zum Implantat-Marathon. Gut, man muss erst einmal ins Flugzeug. Hier im Land der Überversorgung finden sich ja nicht leicht ausreichende Meter zahnloser Kieferstrecken, in die sich mal eben in einer Vierzig-Kurstun-



den-Woche von zwanzig Teilnehmern Reihenabwürfe von 30 Implantaten pro Teilnehmer organisieren lassen. Herr Guinness, das sind rund 80 Meter gedübelter Kiefer! Hier entringt sich einem das atemlose ‚Oh, my God‘ ganz von selbst.

Das sind die Dimensionen der fachlich-operativen Seite. Dabei bleibt es aber nicht. Jetzt kommt die menschliche Dimension! Nehmen wir Kambodscha. Ein zahnmedizinisch eher unterversorgtes Land. 1 Zahnarzt kommt auf ca. 30.000 Einwohner, der DMF-T-Index für Sechsjährige liegt bei 9,7. Jeder Laie kann sich vorstellen, dass die ausreichende Versorgung mit Implantaten dort ein kaum lösbares Allokationsproblem darstellt.

Nicht, wenn man es straff organisiert!

Ein Flieger voller Marathon-Dübler, ausreichende Zahlen wohlverbereiteter Besitzer zahnloser Kieferabschnitte, kein störendes Grübeln über qualifizierte zahntechnische Infrastruktur, uuuuuund Startschuss! Für die Implantat-Empfänger muss es schon mal ein Erlebnis sein, sich in einem Haus mit Toilette aufhalten zu können, zwei Drittel der Volksgenossen kennen so etwas nicht. Gut, es gehört etwas Phantasie dazu sich vorzustellen, wie die versprochene sofortige prothetische Versorgung der implantierten Mäuler bewerkstelligt werden kann, wenn Zahntechniker im Lande eher dünn gesät sind – vor elf Jahren jedenfalls gab es den ersten in Pnom Penh.

Es gibt – US-amerikanische – Zahnärzte, die ihren Urlaub in Kambodscha damit verbringen, LKG-Spalten zu operieren und die Operationstechnik weiterzugeben. Wohl wieder so ein klassisches Beispiel für die strukturelle Arroganz des hässlichen Amerikaners? Unsere Leute dagegen fliegen bescheiden hin, um etwas zu lernen, bringen dabei ordentlich was an Devisen ins Land und heben das BSP. Noch ein paar Marathons und es besteht Hoffnung, dass Kambodscha von seinem 137ten Platz der Volkswirtschaften auf der Welt wegwinkt. Bleibt immer noch Niger als Ziel eines Marathons, das liegt auf Rang 182.

Freilich kann man dieses ganze Konstrukt auch ganz locker sehen. Wo sonst kommt so ein einbeiniger (Landminen) hüstelnder (TB) Reisbauer zu vier perfekten Implantaten in seinem zahnlosen Kiefer? Allein der gestiegene Materialwert ...

Dr. Kai Müller, Wörthsee

Bringt die AKDI-Empfehlung zur Aufbereitung ein Ende der Verunsicherung?

Dr. Kimmel bewertet das AKDI-Papier als Sieg der Vernunft



Mit der Mitteilung des Arbeitskreises Dentalinstrumente (AKDI) der Bundeszahnärztekammer über die Aufbereitung von Übertragungsinstrumenten ist der Weg für eine rationale Infektionsschutzmaßnahme bereitet worden, die von ihrer

Komplexität her selbst für Kenner der Materie immer wieder mit Unsicherheiten belastet war. Die jetzige Klärung beruhte auf der Zusammenarbeit von AKDI und DAHZ und damit von Experten aus Wissenschaft, Industrie und Arbeitspraxis, wobei die Unterstützung durch die Standespolitik von einigem Nutzen war. Schon im Vorjahr hatte die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe einen Beitrag zu der jetzigen Weiterentwicklung geleistet.

Es geht bei dieser Kommentierung nicht um die Einzelheiten der AKDI-Empfehlung, die auch im Internet nachgelesen bzw. heruntergeladen werden kann, sondern um die grundsätzliche Einstellung zu einer Reihe von hygienebezogenen Regelwerken, die allzu praxisfremd und bürokratisch sind, aber nicht dem tatsächlichen Stand von Wissenschaft und Technik entsprechen.

Streitpunkt Kontaminationsumfang

Über Jahre hinweg ging es insbesondere bei den Mikromotor-betriebenen Hand- und Winkelstücken um die Frage, welche Konstruktionsteile bei der Anwendung am Patienten mit Blut, Speichel und anderen Substanzen kontaminiert werden. Mancher meinte, eine äußerliche Reinigung und (eventuell) Desinfektion reiche aus, das Instrument beim nächsten Patienten einsetzen zu können. Da war dann aber schnell klar, dass auch die Wasser- und Luftzuführungen der Aufbereitung mittels Reinigung und Desinfektion bedurften, ohne sich aber der Notwendigkeit bewusst zu sein, dass vor allem bei invasiven „blutigen“ Vorgängen auch eine Sterilisation angebracht sei; bei Instrumenten der Risikogruppe „kritisch B“ auf jeden Fall. Dass die Getriebe ebenso kontaminiert werden, wurde immer wieder bestritten, obwohl es eindeutige

wissenschaftliche Beweise für die gefährliche Verschmutzung gab. Da musste der DAHZ eine spezielle Stellungnahme erarbeiten und herausgeben, ohne letztlich aber überall überzeugen zu können. Die eine oder andere Industriefirma hatte sich – und dies mit zahnärztlicher Hilfe (!) – lange gegen die Tatsache gewehrt, dass nicht nur die Luft- und Wasserkanäle, sondern auch die Getriebe sachgerecht aufbereitet werden müssen.

Spezifische Anforderungen ausschlaggebend

Die vom Deutschen Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnmedizin unterstützte AKDI-Empfehlung – der AKDI-Vorsitzende PD Dr. Jatzwauk (Dresden) ist auch DAHZ-Mitglied – geht von der Sachlage aus, dass hier die berufsspezifischen fachlichen, technischen und ökonomischen Aspekte für deren Formulierung maßgeblich waren, die sich zum Beispiel von den Risikogeschichtspunkten in Krankenhäusern unterscheiden. Es wird jetzt erforderlich sein, die zuständigen Behörden von der Evidenz dieser Stellungnahme zu überzeugen, wie aber auch die „Praxis“ aufgefordert ist, die Regeln einzuhalten und sich dabei nach den Anweisungen der Produkthersteller zu richten, was sowohl für die Übertragungsinstrumente als auch die Arbeitsmittel für die Aufbereitung gilt. „Rein theoretisch“ ist die Verunsicherung jetzt vorbei.

Dr. Karlheinz Kimmel Neuhäusel/Westerwald

Die BZÄK hat das AKDI-Papier eingestellt unter:
www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/za/1001_statament_akdi.pdf

Immer aktuell:

IfK-Prophylaxe-Materialien

Die DAZ-Infostelle IfK stellt kostenlos Verteil-Material zu Prophylaxe-Themen, insbesondere zur Fluoridierung, zur Verfügung:

Informationsstelle für Kariesprophylaxe

Leimenrode 29, 60322 Frankfurt
T. 069/2406822, F. 069/70768753
daz@kariesvorbeugung.de
www.kariesvorbeugung.de

