



31. Jahrgang,
September 2012

Ausgabe **112**

Forum für Zahnheilkunde

Zeitschrift des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde
und des Berufsverbandes der Allgemeinzahnärzte



DAZ-IUZB-
Jahrestagung
20./21.10.2012
in Berlin

Psychosomatik unter-
schwellig? Aus-, Fort-
und Weiterbildung
in der Diskussion

BVAZ- Mitglieder-
versammlung
17.11.2012
in München

EU-Demokratie:
Hoffnung oder post-
demokratischer Filz?

Kammerwahlen
in Berlin:
zur Wahl stellt sich
die Union 2012!

www.daz-web.de
www.bvaz.de

Vera Orsag



Die Uni geht anschaffen

Inhaltsverzeichnis

Forum für Zahnheilkunde 112-2012

- 03 Editorial von Irmgard Berger-Orsag
DAZ-Teil
- 02 **Überfällig: Forderung nach besseren Sachleistungs-Honoraren** von Dr. Celina Schätze
- 04 **Die Aufgabe der Wissenschaft – Unterordnung von Forschung und Lehre unter wirtschaftliche Interessen** von Dr. Wolfgang Wodarg
- 06 **Die Aus-, Fort- und Weiterbildung könnte besser werden** von Dr. Celina Schätze
- 07 **DAZ-IUZB-Jahrestagung am 20.10.2012 in Berlin**
Kosten und Nutzen im Bereich zusätzlicher zahnärztlicher Versorgung
- 08 **Zahnärztliche Arzneimittelverordnungen verdienen eine kritische Analyse** von Dr. Dr. Frank Halling
- 09 **Nachhaltig „fremdbestimmte“ DGZMK im ethischen Dilemma** von Dr. Wolfgang Kirchhoff
- 10 **„Nürnberger Erklärung“ zu Verbrechen von Ärzten im Nationalsozialismus**
- 12 **Transapikale Infektion und Therapie / Fall-Beispiel** von Dr. Paul Schmitt
- 14 **DAJ-Empfehlung für U3 verabschiedet**
- 15 **Wahl zur Zahnärztekammer Berlin – Der DAZ in der Union 2012**
- 17 **Auf der Suche nach den richtigen Wegen** von Dr. Karlheinz Kimmel
- 18 **Der FVDZ im Wandel der Zeit** von Dr. Paul Schmitt
- 20 **Zahn-Medizin-Ethik – Buchvorstellung**
- 21 **Die erschwingliche Zahnarztpraxis: Neuer Glanz über Nacht** Irmgard Berger-Orsag
Leserbriefe zur erschwinglichen Zahnarztpraxis
- BVAZ-Teil**
- 23 **Psychosomatik? Natürlich unterschwellig!** von Dr. Dr. Rüdiger Osswald
- 26 **Ethik- vs. Monetik-basierte Zahnheilkunde** von Dr. Roland Kaden
- 28 **EU-Demokratie – Hoffnung oder postdemokratischer Filz** von Dr. Michael Loewener
- 30 **BVAZ-Mitgliederversammlung mit PAR-Fortbildung 17.11.2012 München**
- 33 **Transapikale Endo-Therapie ist ein Fortschritt, NaOCl ein Rückschritt / Fall-Beispiel** von Dr. Dr. Rüdiger Osswald
- 33 **Die alten und die neuen Meister** von Dr. Dr. Rüdiger Osswald
- 35 **Ohne Moos nix los – „Besondere Maßnahmen“ + Zuschläge** von Dr. Jürgen Simonis

Impressum

Herausgeber/Redaktion/Mediadaten:

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) e.V.

Kaiserstr. 52, 53840 Troisdorf, T. 02241/97228-76, F. 02241/97228-79
kontakt@daz-web.de, www.daz-web.de

Berufsverband der Allgemeinzahnärzte (BVAZ) e.V.

Fritz-Hommel-Weg 4, 80805 München, T. 089/3618030, info@bvaz.de, www.bvaz.de

Redaktion dieser Ausgabe: Dr. C. Schätze (V.i.S.d.P. für DAZ-Teil), I. Berger-Orsag, Dr. U. Happ, Dr. M. Hillmer, Dr. K. Müller, Dr. P. Schmitt; Dr. Dr. R. Osswald (V.i.S.d.P. für BVAZ-Teil), Dr. Dr. M. Grimm, Dr. R. Kaden, Dr. J. Simonis

Erscheinungsweise / Auflage: 1.100 Ex., 4x jährlich

Bezugsbedingungen: Jahres-Abo 28,00 Euro inkl. Porto. Für Mitglieder von DAZ und BVAZ ist das Abo im Mitgliedsbeitrag enthalten. Einzelne Ausgaben werden kostenlos auf Anfrage zugesandt.

Bildnachweis: Cover: Vera Orsag. Übrige Seiten: Freie Ärzteschaft/Susanne Mies, Dr. Wolfgang Wodarg, Ursula Rosee, IGES Berlin, Dr. Frank Halling, Dr. Paul Schmitt, ProDente, Shaker-Verlag, Dr. Christoph Kaden, Karsten Mentzendorff, Aktionskreis Tag der Zahngesundheit, Wikipedia, Europäische Union, Karsten Mentzendorff, Peter Bagdons, Dr. Dr. Rüdiger Osswald, Vera Orsag, div. Privatbilder

..... Redaktionsschluss für Forum 113: 25. September 2012

Überfällig:

Die Forderung nach besseren Sachleistungs-Honoraren



In diesen Tagen sind die Honorarverhandlungen zwischen Vertragsärzten und Krankenkassen gescheitert – ärztliche Verbände denken über Protestaktionen, u.a. Praxis-Schließungen, nach. Es geht um die Bezahlung der ganz normalen Kassen-Sachleistungen im ärztlichen Bereich – hierfür fordern die Ärzte mehr Geld. Die Zahnärzte sollten das auch tun. Die Basisversorgung der Bevölkerung ist mit dem bestehenden zahnärztlichen Sachleistungshonorar nicht mehr gesichert. Überall versuchen die Zahnärzte, Gründe zu finden, warum die Sachleistung nicht ausreichend sei und der Patient zuzahlungsflchtige Zusatzleistungen bräuchte. Die reine Sachleistung ist kaum noch im Angebot.

Wir brauchen bessere Sachleistungshonorare, die es möglich machen, eine reine Kassenpraxis – wenigstens bei bescheidenen Ansprüchen – wirtschaftlich zu betreiben. Diese Forderung muss zu Gunsten der Versorgungssicherheit gestellt werden, aber auch zu Gunsten der vielen Kollegen, die nur wenige Möglichkeiten zur Quersubventionierung durch Privatpatienten und zur Honoraraufbesserung durch Zuzahlungen haben.

Die von der offiziellen Vertretung der Zahnärzte verfolgte Politik, nur die Zuzahlungsmöglichkeiten zu erweitern und Leistungen zu privatisieren, wird beiden Zielen nicht gerecht und dient nur einem bestimmten Teil der Kollegenschaft.

Dr. Celina Schätze, Berlin

DAZ-Projekt Qualitätssicherung Der Patient steht im Mittelpunkt!

Nähere Infos:

Dr. Peter Nachtweh
Kaiserdamm 97, 14057 Berlin
Tel. 030/3023010, Fax 030/3255610
pnachtweh@t-online.de

Geht die Uni anschaffen?

„Die Uni geht anschaffen - Zum steigenden Einfluss der Wirtschaft auf die Hochschulen“ - So lautete kürzlich der Titel einer Veranstaltung des Asta der Universität Lüneburg mit Dr. Wolfgang Wodarg als Vertreter von Transparency Deutschland. Die Diskussion über den Einfluss der Wirtschaft auf die Wissenschaft hätte auch an jeder anderen Hochschule stattfinden können. Denn in den Wettlauf um so genannte „Drittmittel“ sind sie inzwischen alle involviert. Dass Unis und Forschungsinstitute Geld beschaffen, sprich bei Fördereinrichtungen, Stiftungen, Wirtschaftsunternehmen, einzelnen privaten Sponsoren auf Werbe-Tour gehen, gilt inzwischen als unverzichtbar und politisch erwünscht. Eigentlich sollten die Unis sich komplett selbst finanzieren, nur leider schaffen sie das nicht. So klingt es aus manchen Äußerungen der bestimmenden Politiker und inzwischen auch einiger Uni-verwalter heraus.

Dabei ist es noch gar nicht so lange her, dass Hochschulvertreter über „Drittmiteleinwerbung - Strafbare Dienstpfligt?“ nachdachten und die fließenden Übergänge zu Vorteilsnahme und Korruption diskutierten. Inzwischen sind hier als Abhilfe bestimmte Verfahrensregeln etabliert worden. Ungelöst ist aber weiterhin das viel fundamentalere Problem, dass nämlich schleichend die „Freiheit der Wissenschaft“ verloren geht – eine Freiheit, die immerhin Verfassungsrang hat.

Die Geldgeber beeinflussen nicht nur die Auswahl von Themen, sondern auch die Ergebnisse, wie der Deutsche Hochschulverband (DHV), größte Wissenschaftlerversammlung in Europa, 2002 zum Ausdruck brachte. Angesichts „eines nicht austariereten Verhältnisses zwischen institutioneller Forschungsförderung durch den Staat und der Förderung durch private Drittmittelgeber“ vermehrten sich – so der DHV - die Hinweise, „dass private Drittmittelgeber versuchen, in unzulässiger Weise Einfluss auf Ergebnisse der von ihnen in Auftrag gegebenen wissenschaftlichen Untersuchungen sowie deren Veröffentlichung zu nehmen.“ Er forderte Bund und Länder auf, „durch eine langfristig angemessene und verlässliche Finanzierung der Universitäten die Gefahr einer direkten oder indirekten Abhängigkeit von privaten Drittmittelgebern

zu verhindern“. Inzwischen veranstaltet der Verband Kurse zu Projektmittelbeantragung und „Fundraising für Hochschulen“.

Was sind Drittmittel? Laut Statistischem Bundesamt handelt es sich dabei um „solche Mittel, die zur Förderung von Forschung und Entwicklung sowie des wissenschaftlichen Nachwuchses und der Lehre zusätzlich zum regulären Hochschulhaushalt (Grundausrüstung) von öffentlichen oder privaten Stellen eingeworben werden. Drittmittel können der Hochschule selbst, einer ihrer Einrichtungen (z.B. Fakultäten, Fachbereichen, Instituten) oder einzelnen Wissenschaftlern im Hauptamt zur Verfügung gestellt werden“.

Hauptverteiler staatlicher Forschungsgelder – vor den Bundesministerien und vor der EU - ist die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG). Nach dem von ihr herausgegebenen „DFG-Förderatlas 2012“ sind die laufenden Grundmittel der Hochschulen zwischen 1998 und 2010 um 23% auf 15,5 Mrd. Euro gewachsen, während im selben Zeitraum die Drittmittel aus öffentlichen Förderprogrammen von 2,5 auf über 5,3 Mrd. Euro, also um mehr als 100%, zunahm. Sie machen inzwischen etwa ein Viertel der universitären Einnahmen aus, Tendenz steigend.

Wenn es sich dabei um zusätzliche Mittel handeln würde, die zu einer bereits ausreichenden Finanzierung hinzukommen, wäre das vielleicht sogar eine begrüßenswerte Entwicklung. Leider weiß aber jeder Zeitungsleser, dass die Hochschulen im Ganzen krass unterfinanziert sind. Damit kommt den gezielt vergebenen Geldmitteln von Außen eine Bedeutung und damit auch Steuerungsmacht zu, die mit der Autonomie der Hochschulen nicht vereinbar ist.

Die Industrie verfügt, laut DFG, über ein deutlich höheres Budget für Forschung und Entwicklung als Unis und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen zusammen, nämlich über ca. 45 Mrd. Euro jährlich. Das bedeutet immense Einflussmöglichkeiten gegenüber den finanziell abhängigen Unis.

Dass Kooperationen zwischen Hochschulen und Wirtschaftsunternehmen dem wissenschaftlichen Fortschritt sowie dem Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis dienen (können), soll hier nicht in



Abrede gestellt werden. Was es aber zu bekämpfen gilt, ist die Ausrichtung des Wissenschaftsbetriebes auf die kommerziellen Interessen Weniger – zumal in der Medizin. Letztlich kann der beschriebenen Entwicklung, die sich nahtlos einfügt in die globale Kapitulation vor der Macht von Banken und Konzernen, nur durch eine Autonomie ermöglichende Grundfinanzierung der Unis begegnet werden.

Gleichzeitig verdienen aber auch vorsichtige Eindämmungsversuche des externen Einflusses durch die Hochschulen selbst Unterstützung. Wie bspw. Transparency Deutschland vorschlägt, sollte ein öffentliches Register für Forschungsmittel eingerichtet werden. Es sollte durch entsprechende Verhaltenscodices dafür gesorgt werden, dass Interessenkonflikte beteiligter Personen offen gelegt werden und bestimmte Begutachtungen und Entscheidungen nur von neutralen Personen vorgenommen werden können. Insbesondere sollten Umfang und Auswirkungen der Industriebeteiligung selbst zum Forschungsgegenstand gemacht werden.

Manche(r) geht „anschaffen“ aus blanker Not. Die entsprechende „Not“ in Form sträflicher Unterfinanzierung des Forschungs- und Bildungsbereiches ist die Folge einer Politik der Privatisierung und Kommerzialisierung auch an den Universitäten und erfordert entschiedenes Umsteuern.

„Ist es heute nicht ein Anachronismus, noch die Freiheit von Forschung und Lehre zu fordern? Ganz im Gegenteil - sie muss gegen den Versuch einer kompletten Unterwerfung unter die Interessen von Privatwirtschaft und Banken umso entschiedener verteidigt werden, und zwar nicht als ständisches Privileg, sondern wegen ihrer Notwendigkeit für eine demokratische Gesellschaft.“ (Prof. Dr. Martin Kutscha)

Dem kann man sich nur anschließen.

Irmgard Berger-Orsag, Troisdorf



Die Aufgabe der Wissenschaft Welche Folgen hat die Unterordnung von Forschung und Lehre unter wirtschaftliche Interessen?

von Dr. Wolfgang Wodarg, Berlin

Ein Geldschein ist nicht mehr als ein buntes Stück Papier, sobald wir das Vertrauen in seinen Wert verloren haben. Auch eine Doktorarbeit ist nichts mehr wert, wenn sie nicht von der aufrichtigen wissenschaftlichen Suche nach neuen Wahrheiten zeugt. Wie das Geld, so ist auch der überwiegende Teil unseres Wissens Vertrauenssache.

Geld und Wissen haben somit etwas gemeinsam. Beide sind gesellschaftliche Medien, die unseren Alltag leichter machen können. Das Geld bringt zeitliche und örtliche Unabhängigkeit für unsere Geschäfte und Transaktionen und verrät uns durch den Preis einer Ware oder Dienstleistung etwas über deren Verfügbarkeit am Markt. Der jeweilige Stand der Wissenschaft hilft uns bei komplexen Problemen Entscheidungen zu treffen. Voraussetzung hierfür ist, dass das primäre Interesse der Wissenschaftler - die Wahrheitssuche, die Pflege des Mediums Wissen - nicht durch sekundäre Interessen wie das Streben nach Gewinn, Karriere, Einfluss oder sonstigen persönlichen Vorteilen korruptiert oder wesentlich beeinträchtigt wird.

Wie Finanzsysteme durch Hedgefonds und Risikokapitalgesellschaften ins Wanken kommen können, kann auch eine Wissensblase verheerende Folgen haben. Davon zeugen die von industriehörigen Forschern mitverantworteten globalen Probleme in der Energie- und Nahrungsmittelversorgung oder die Gesundheitsschäden durch kriminelles Pharmamarketing. Das Wirtschaftssystem, das sich als Motor der gesellschaftlichen Entwicklung durchgesetzt hat, wirkt in seinen Übergriffen auf fast alle anderen wichtigen Subsysteme zunehmend invasiv und deregulierend. Durch sein grenzenloses Wachstum zerstört oder gefährdet es Mensch und Natur.

Die beiden normalerweise nach jeweils eigenen Regeln arbeitenden Subsysteme der Wissenschaft einerseits und der Wirtschaft andererseits wirkten schon immer aufeinander ein. Das Streben nach Wahrheit im wissenschaftlichen und das Streben nach privatem Besitz im wirtschaftlichen Subsystem werden, wenn sie funktionieren

sollen, durch komplexe gesamtgesellschaftliche Regel- und Ausgleichsmechanismen in ihre jeweiligen Schranken verwiesen. Das politische System und das Rechtssystem übernehmen Wächterfunktionen. Wenn es aber üblich wird, das Wissen und die Suche nach dem, was wahr und was nicht wahr ist, wirtschaftlichen, also privaten Interessen unterzuordnen, verliert das unabhängige gesellschaftliche Medium Wissen seine Funktion und wird zu einer Erscheinungsform des Mediums Geld.

Ein intaktes System von Wissenschaft, Forschung und Lehre, welches natürliche, gesellschaftliche oder geistige Phänomene infrage stellt und durch seinen binären Code "wahr oder nicht wahr" beschreibt, schafft eine vertrauenswürdige Grundlage, die es allen anderen Subsystemen der Gesellschaft erleichtert, ihre jeweilige Funktion effizienter und nachhaltiger wahrzunehmen. Produktivität und Gesamtleistungsfähigkeit einer Gesellschaft hängen von freier, unabhängiger und transparenter Forschung ab. Käufliche Wissenschaft erzeugt hingegen Misstrauen und Ratlosigkeit. Medien wie Geld, Macht oder Wissen sind nur von Nutzen, wenn die Menschen spüren, dass sie ihnen eine bestimmte Funktion zu Recht anvertraut haben.

In Europa erleben wir gerade, wie der Zweifel an der Vertrauenswürdigkeit des Geldes dessen Wert mindert. Weil mit dem Medium Geld spekuliert oder gewettet werden darf, verliert es wichtige Funktionen. Ein Getreidepreis, der durch Spekulation zustande gekommen ist, lässt keine Rückschlüsse auf eine mögliche Getreideknappheit zu. Als Indikator für die reale Nachfrage, an der sich die tatsächliche Produktion von Getreide ausrichten müsste, taugt dessen Geldwert dann nicht mehr.

Dem Medium Wissen vertrauen wir in analoger Weise. Ein Politiker, der die gesetzlichen Abgasgrenzwerte oder die Meldepflicht für Krankheiten regelt, ein Richter, der ein Gutachten einholt, um über Schadenersatz oder Schuld zu entscheiden, ein Industriemanager, der wissen will, welche Folgen ein Produkt für die Umwelt haben könnte, oder ein Arzt, der vor der Behandlung mit einem Medikament über dessen Wirkungen und Ne-

benwirkungen nachliest: Für sie alle ist es wichtig, den wissenschaftlichen Grundlagen ihrer Entscheidungen trauen zu können.

Systematische Fehler gibt es innerhalb der Wissenschaft zuhauf. Sie aufzudecken und auszuschalten, muss Gegenstand eines offenen und ehrlichen Dialogs im globalen Netzwerk der Wissenschaft sein. Dafür sind Wissenschaftler geschult. Bei Verfälschungen hatten schon früher gewöhnlich die Herrschenden ihre Hand im Spiel. Heute umkreisen Investoren wie Geier die geschwächten Universitäten und werden als Rettungsengel (Angel Investors) gefeiert. Als Stiftungsträger und Finanziere diktieren sie immer häufiger die Forschungsthemen.

Wegbereitend für diese Fehlentwicklung war in Europa die "Lissabon-Strategie", die vor zwölf Jahren ausdrücklich das Ziel formulierte, "die Union zum wettbewerbsfähigsten und dynamischsten wissensbasierten Wirtschaftsraum in der Welt zu machen - zu einem Wirtschaftsraum, der fähig ist, ein dauerhaftes Wirtschaftswachstum mit mehr und besseren Arbeitsplätzen und einem größeren sozialen Zusammenhalt zu erzielen". Wissen wurde damit zu einem Instrument im internationalen Wettbewerb umfunktioniert. Aus der Wissenschaft als Hüterin des Mediums Wissen wurde die Forschungs- und Entwicklungsabteilung des Unternehmens Europa. Das Versprechen eines größeren sozialen Zusammenhalts wirkt angesichts der wachsenden sozialen Probleme heute wie Hohn.

Inzwischen lässt sich die Gesundheits-, Agrar-, Energie- oder Sicherheitsindustrie durch abhängige Forschung oder Einflussnahme auf Peer-Review-Prozesse ihr eigenes Wissen drucken. Ein aktuelles Beispiel sind die Studien zum Grippemittel Tamiflu, die der Schweizer Pharmariese Roche zurückgehalten hat. Eine Gruppe von Wissenschaftlern schlug Alarm, nachdem sich die weitgehend von der Pharmaindustrie finanzierte europäische Zulassungsbehörde EMA nicht darum gekümmert und so dem Konzern ein Milliardengeschäft ermöglicht hatte.

Die Energiewirtschaft bestimmt als starker Lobbyist schon lange den Kurs der Energieforschung. Von den 1950er Jahren bis Mitte

der 1980er stiegen die öffentlichen Forschungsausgaben der BRD für Nuklearforschung von jährlich etwa 200 Millionen Euro bis auf weit über eine Milliarde an, während in die Erforschung der erneuerbaren Energien erst nach 1970 überhaupt nennenswerte öffentliche Gelder flossen. Noch heute sind es insgesamt kaum 300 Millionen Euro jährlich, obwohl sich die Technologien zur Nutzung regenerativer Energie in den letzten zehn Jahren als einer der stärksten Wachstumsimpulse für die exportorientierte deutsche Wirtschaft erwiesen haben. Derzeit halten sich die Forschungsausgaben für die Beseitigung kerntechnischer Anlagen und für erneuerbare Energien und Energieeffizienz etwa die Waage.

Ein anderes Beispiel ist das von der Bertelsmann-Stiftung gestaltete "Rahmenprogramm Gesundheitsforschung". Es spricht von transnationaler Forschung, welche die Förderung von strategischen Partnerschaften über die Wertschöpfungskette hinweg ermögliche. Kooperationen von Pharmakonzernen mit Universitäten sind damit Regierungsprogramm. Das ist besonders schädlich, wenn sie - wie der Vertrag zwischen der Uni Köln und dem Pharmariesen Bayer - geheim gehalten werden. So werden Interessenkonflikte zum Geschäftsgeheimnis.

Wissenschaft kann ihre Funktion in Staat und Wirtschaft nur erfüllen, wenn sie, wie der Kompass eines Schiffes, unabhängig geicht und ohne Missweisung, also ohne Ablenkung durch störende Kraftfelder, die Richtung anzeigt. Aus diesem Grunde haben die Freiheit und Unabhängigkeit von Forschung und Wissenschaft Verfassungsrang. Forschung ist nicht gleich Produktentwicklung.

Kritische Forscher haben bereits zahlreiche Beispiele für existenzielle Risiken durch korrumpierte Wissenschaft veröffentlicht. Jetzt warnte in Madrid das European Network of Scientists for Social and Environmental Responsibility (www.ensser.org) zusammen mit anderen Gruppen erneut, dass unser Wissenschaftssystem den zukünftigen Herausforderungen für Umwelt und Gesellschaft nicht gewachsen sei. Damit Stabilität und Nachhaltigkeit eines Systems gesichert sind, muss - nach den Regeln der Biokybernetik - seine negative Rückkopplung stärker sein als die positive. Bildlich gesprochen heißt das, dass die Bremsen eines Fahrzeugs so gut sein müssen, dass es auch bei Höchstgeschwindigkeit rechtzeitig gestoppt werden kann. Doch die Lobbyisten der Wirtschaft stehen auf dem Gaspedal. Sie wollen Wachstum und haben wenig Interesse an unabhängiger Risikoforschung und störenden Fragen.

Nach dem neoliberalen Motto "der Staat hat kein Problem, er ist das Problem" haben viele Regierungen die Finanzierung aus anderen Quellen genutzt, um die öffentliche Forschungsverantwortung abzubauen. Es werden sogar öffentliche Gelder in solche Bereiche gelenkt, die besonders erfolgreich fremdgehen. Der Staat fördert besonders die "Leuchttürme" in der Forschungslandschaft, die willfähige Industriedienstleister sind und leicht zu störenden Irrlichtern bei der wissenschaftlichen Wahrheitssuche werden. Kritik an der Drittmittelabhängigkeit wird gern mit dem Argument entkräftet, dass Forschung und Wissenschaft sich seit jeher an den Interessen der Wirtschaft orientierten.

Richtig daran ist, dass Industriekonzerne auch früher forschen ließen und patentträchtige Ideen hervorbrachten. Diese Produktentwicklungsforschung folgt jedoch den Regeln der Wirtschaft. Sie ist nicht Teil der Wissenschaft, sondern ein originärer Teil der Wirtschaft. Auch wenn wissenschaftliche Erkenntnisse genutzt werden und hochqualifizierte Forscher dort ihr Geld verdienen, bleibt sie gelenkt von Partikularinteressen. Sie strebt Monopole an und spekuliert mit Patenten. Sie wahrt Betriebsgeheimnisse und versucht die Konkurrenz auszusteichen, um vorrangig dem zu dienen, wofür unser Wirtschaftssystem da ist: der Produktion von privatem Reichtum.

Die zunehmende Instrumentalisierung der Wissenschaft, die von Sponsoreninteressen geleitete Auswahl von Publikationen oder Unterdrückung von Forschungsergebnissen, der boomende Markt für wissenschaftliche Gütesiegel und gekaufte Unbedenklichkeitsgutachten, die Publikationswettbewerbe (publish or perish) und das Heranwachsen drittmittelabhängiger Forschergenerationen – diese Prozesse prägen inzwischen europaweit die Hochschullandschaft und führen zu einer zunehmenden Beliebigkeit und Entwertung des produzierten Wissens. Das Bonmot "Ich glaube nur noch den Studien, die ich selbst gefälscht habe" gibt es treffend wieder.

Um das Vertrauen in das Wissenschaftssystem neu zu begründen, bedarf es einer offenen Diskussion der möglichen Interessenkonflikte. Geheimverträge und Sponsoringvereinbarungen, Patentabsprachen und Karriereversprechungen sind Gift für eine wissenschaftsbasierte Entwicklung der Gesellschaft. In Entscheidungsgremien und Normen setzenden Institutionen dürfen Wissenschaftler mit "Conflicts of Interests" (COI) kein Stimmrecht haben. Andernfalls kommt es, wie bei den Pandemie-Experten der WHO in Genf, leicht zur Verschwendung öffentlicher Mittel in Mil-

liardenhöhe. Wann immer es um Entscheidungen geht, die Auswirkungen auf die ganze Gesellschaft haben, sind industriegesponserte Experten wie Lobbyisten zu behandeln.

In den USA will man mit dem "Sunshine Act" strenge Transparenzregeln für Forscher durchsetzen. Korruptierten Wissenschaftlern und ihren Sponsoren drohen dort Strafen, die es in Europa noch nicht gibt: Wissenschaftsbetrug wird geahndet, und für Schäden, die durch wissenschaftliche Falschaussagen verursacht werden, gibt es Haftungsregelungen.

Die Möglichkeit, Wissen als "geistiges Eigentum" zu produzieren und damit zu handeln, setzt schon jetzt in gesellschaftlichen Schlüsselbereichen gefährliche Fehlanreize und verlagert die Folgekosten von Fehlentwicklungen und globalen Schäden auf die Opfer und die öffentlichen Kassen. Eine orientierungslose Energiepolitik, gefälschte Pandemieprognosen und unzureichende Risikoforschung bei Gentechnik und Nanotechnologien lassen ahnen, welchen - vermeidbaren - Risiken Mensch und Umwelt ohne eine vertrauenswürdige Wissenschaft ausgesetzt sind.

Auch unter Wissenschaftlern regt sich der Widerstand und die Commons-Bewegung, die Wissen als Gemeingut betrachtet, eröffnet neue Perspektiven und macht Mut. Im Interesse des sozialen Friedens und nachhaltiger Wirtschaftsentwicklung wird die Politik sich der Aufgabe stellen müssen: das Wissenschaftssystem in öffentlichem Interesse so umzugestalten und abzusichern, dass ihm zu Recht vertraut werden kann.

Dieser Artikel wurde am 08.06.2012 unter dem Titel „Die Aufgabe der Wissenschaft“ in der deutschsprachigen Ausgabe von "Le Monde Diplomatique" veröffentlicht (www.monde-diplomatique.de)

Der Autor **Dr. Wolfgang Wodarg** ist Arzt, Hochschullehrer, ehemaliger Parlamentarier, Gründungsmitglied des Instituts Solidarische Moderne und Vorstandsmitglied von Transparency International Deutschland (TI).

Es könnte ein Gschmäcke haben ...

In Forum 111 haben wir über das erstaunliche Plädoyer von Prof. Kielbassa, Donau-Uni Krems, für das noch wenig erforschte Füllungsmaterial EQUIA von GC berichtet. Und siehe da: Prof. Kielbassa bildet den (nur aus ihm bestehenden) „wissenschaftlichen Beirat“ der Bad Homburger PR-Firma dNA Dentale Nachrichten Agentur GmbH. Diese Agentur vermarktet im Auftrag von GC das neue Material. **Unabhängige Wissenschaft oder Zuarbeit fürs Marketing?**

Die Aus-, Fort- und Weiterbildung könnte besser werden

Gedanken zum DZW-Gastkommentar von Prof. Dr. Dr. Staehle und zu der Entgegnung von Dr. Dr. Osswald (DZW 22-2012 bzw. DZW 26-2012)



Die zahnärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung ist schon mehrfach Thema im Forum gewesen mit Beteiligten wie Prof. Staehle und Dr. Dr. Rüdiger Osswald. Da diese Diskussion in den letzten Wochen erneut aufgenommen ist und nicht jeder Gelegenheit hatte, sie in der Zahnarztwoche DZW zu verfolgen, bringen wir einige Auszüge im Forum. Hier finden Sie die Überlegungen der DAZ-Vorsitzenden Dr. Celina Schätze; auf den Seiten 23-27 erfahren Sie die Position des BVAZ. Eine kleine Liste am Schluss dieses Artikels verweist auf die Texte, die Anstoß für die neuerliche Diskussion waren, und auf frühere Forum-Veröffentlichungen.

Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle, Lehrstuhlinhaber für Zahnerhaltung an der Universität Heidelberg, problematisiert seit Jahren die Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Zahnmedizin und setzt sich für eine am medizinischen Bedarf orientierte, allen Bürgern zugängliche Versorgung ein. Zugleich wirbt er für mehr Spezialisierung bei den Zahnärzten und beschreibt teilweise sehr differenzierte Spezialisierungsgrade. Seiner Auffassung nach sollte es eine besser strukturierte "Vorbereitungszeit" nach dem Examen mit wissenschaftlich-theoretischer Begleitung geben. Diese Zeit dient bisher überwiegend dem Erlernen des Kassenarztrechtes und der entsprechenden Abrechnungsregeln, während die praktische postgraduale Ausbildung nur nebenher und weitgehend ungeplant abläuft. Am Beispiel der fiktiven Jung-Zahnärztin Frau Müller verdeutlicht Prof. Staehle seine Kritik mit Hilfe zweier unterschiedlicher Ausbildungsszenarien (Quelle siehe unten). Verschiedene DZW-Leser fühlten sich zu Kommentaren herausgefordert, darunter auch die DAZ-Vorsitzende, deren Äußerungen wir im Folgenden dokumentieren.

Gastkommentar von Dr. C. Schätze DZW 26-2012

Die von Prof. Staehle erhobene Forderung nach einer Strukturierung der 2jährigen „Vorbereitungszeit“ ist vorbehaltlos zu unterstützen. Dass de facto die jungen Zahnärzte dem Zufall und ihrer Eigeninitiative überlassen werden, führt im Extremfall von eigener Motivationsschwäche und schlechter Assistentenstelle zu Umständen, die Menschenversuchen gleichen – vielleicht sogar arbeitslebenslang. In der Durchschnittssituation bleibt die Ausbildung nur weit hinter den Möglichkeiten zurück.

Staehle verknüpft seine zugespitzte Kritik an der Ausbildung mit der Anklage gegen fehlende Spezialisierungsmöglichkeiten in einem zertifizierten Rahmen. Das geht allerdings entschieden zu weit.

Für die Versorgung unserer Patienten brauchen wir dringend eine Form obligater praxisgebundener Fortbildung für junge Zahnärzte. Das Spezialistentum deutlich über die Universitäten hinaus auszuweiten, ist aber wirtschaftlich und versorgungspolitisch (Gefahr der Fehlversorgung) eher ungünstig. Lebenslange Fortbildung sollte für jeden gut ausgebildeten Zahnarzt eine Selbstverständlichkeit sein und auch die Option der Konzentration auf Interessenschwerpunkte. Das ist aber gutes Generalistentum und keine Überspezialisierung in der Fläche.

Dr. Dr. Osswald entwirft in seiner Entgegnung ein Traumszenario der Ausbildung, dass von der Realität genauso weit entfernt ist, wie der Elfenbeinturm, in dem Staehle seiner Meinung nach sitzt. Es gibt die glücklichen Ausbildungsverhältnisse, von denen er spricht. Sie sind aber leider Glücksfälle, auf die man ein System nicht gründen sollte. Richtig ist seine Forderung nach einer besseren Grundausbildung und berufsfertigen Zahnärzten als deren Ergebnis. Leider haben wir eine Realität von nicht immer erstklassiger Ausbildung im Studium und dann einer weitgehend vom Zufall und den Interessen der Industrie gesteuerten Fort- und Weiterbildung. Wir brauchen obligate strukturierte Fortbildung für die jungen Zahnärzte, die in Kammerhand, bezahlbar und unabhängig von den Interessen Dritter angeboten wird.

Wir sehen uns einem schleichenden Übergang zum nur noch berufsfähigen Zahnarzt gegenüber, der dann erst postgraduiert berufsfertig gemacht werden muss. Schlimmstenfalls wird er sogar gleich nur zum fertigen Spezialisten, ohne je das Gesamtfach zu überblicken. Wir brauchen viele solide und breit ausgebildete Generalisten. Die wenigen Spezialisten, die wir selbstverständlich auch brauchen, sollten Teil des Gesamtfaches bleiben. Die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ist nicht die Summe der Spezialgebiete.

Dr. Celina Schätze, Berlin
celina.schaetze@daz-web.de

Der Beitrag erschien in DZW 28-29/2012, S. 2.

Literatur zur Thematik

Letzte DZW-Beiträge:

- Prof. Dr. Dr. H.J. Staehle: „Ausbau der Weiterbildung – ein standespolitisches Tabu“, DZW 33-2012, S. 03
- Dr. C. Schätze: „Die Aus-, Fort- und Weiterbildung könnte besser werden“, DZW 28/29-2012, S. 2
- Dr. Dr. R. Osswald: „Neues aus dem Elfenbeinturm“, DZW 26-2012, S. 8
- Prof. Dr. Dr. H.J. Staehle: „Menschenversuche“, DZW 22-2012, S. 2

Im Forum gab es in den letzten Jahren mehr Beiträge, als sich hier aufzählen lassen, insbesondere in:

- Forum 108 – September 2011: Texte von Schätze, Grimm, Staehle, Osswald, Kirchhoff
- Forum 107 – Juni 2011: Grimm, Staehle, Osswald
- Forum 103 – Juni 2010: Staehle, Osswald
- Forum 102 – März 2010: Weißhaupt
- Forum 100 – September 2009: Strippel
- Forum 99 – Juni 2009: Staehle
- Forum 98 – März 2009: Staehle
- Forum 97 – Dez. 2008: Strippel, VDZM

Alle Foren ab 86-2005 können komplett von der DAZ-Website www.daz-web.de heruntergeladen werden; bei den älteren stehen Einzelbeiträge zur Verfügung. Bei Fragen wenden Sie sich an die DAZ-Geschäftsstelle kontakt@daz-web.de. T. 02241/9722876



DAZ-IUZB-Jahrestagung 2012 20./21. Oktober 2012

Alte Feuerwache, Axel-Springer-Str. 40-41 • 10969 Berlin • Tel. 030/253992-20 • tagungshaeuser@alte-feuerwache.de
Der DAZ und die **Initiative Unabhängige Zahnärzte Berlin (IUZB)** veranstalten zusammen eine **Fortbildung** zum Thema:

„Kosten und Nutzen im Bereich zusätzlicher zahnärztlicher Versorgung“ mit Prof. Dr. Bertram Häussler, IGES Berlin

Gesamt-Programm

Zur Fortbildung

DAZ-Jahreshauptversammlung

mit Versammlung des Projektes Qualitätssicherung

Samstag, 20.10.2012

- 10⁰⁰ Eröffnung der Jahrestagung
Referat von Prof. Dr. Bertram Häussler, IGES Berlin:
„Kosten und Nutzen im Bereich zusätzlicher zahnärztlicher Versorgung“ - Diskussion
- 13⁰⁰ Mittagspause (Angebot im Tagungshaus)
- 14⁰⁰ Referat von Dr. Eberhard Riedel, München:
„Die Befund-Studie: Ergebnisse, Reaktionen, Risiken und Chancen“
Diskussion
- 15⁰⁰-18⁰⁰ **Hauptversammlungen DAZ & IUZB**
- ab 20⁰⁰ gemütliches **Beisammensein** im
Restaurante/Café Journale, Lindenstr. 37, 10969 Berlin, Tel. 030/25292945, www.cafejournale.de



Viele der zahnmedizinischen Neuerungen der letzten Jahre sind bisher nicht in den Leistungskatalog der GKV übernommen worden und stellen somit für die Versicherten eine privat zu zahlende zusätzliche zahnärztliche Versorgung dar, vergleichbar den IGE-Leistungen in der übrigen Medizin. Von großem Interesse für die Patienten, aber auch für Gesetzgeber und Versicherungen, ist die Frage nach dem gesundheitlichen Nutzen dieser Leistungen. Nicht nur für Neuentwicklungen gilt, dass viele der in der Zahnmedizin angewandten Methoden und Materialien nur unzureichend evidenz-basiert sind. Kosten-Nutzen-Analysen fehlen fast völlig. Prof. Dr. Bertram Häussler, Mediziner und Soziologe, tätig für das renommierte Berliner IGES Institut, das sich mit Gesundheits- und Sozialforschung beschäftigt, wird einen Überblick über die gängige Methodik zur Ermittlung von Kosten und Nutzen neuer Behandlungsoptionen geben und mit den Teilnehmern ihre Anwendungsmöglichkeiten und Potenziale in der zahnärztlichen Versorgung diskutieren.

Sonntag, 21.10.2011

- 9⁰⁰-14⁰⁰ **DAZ-Hauptversammlung, 2. Teil**
Praxis am Checkpoint Charlie
(Dr. Gunnar Frahn), Friedrichstr. 210, 10969 Berlin, Tel. 030/2529949-0, www.praxis-checkpoint.de

20.10.2012, 15⁰⁰-18⁰⁰, sowie 21.10.2012, 9⁰⁰-14⁰⁰

- 1) Eröffnung, Festlegung der Tagesordnung
- 2) Bericht des DAZ-Vorstandes zur aktuellen berufspolitischen Lage und zu den DAZ-Aktivitäten in 2011/2012 – Diskussion
- 3) Berichte aus der Geschäftsstelle, der „Forum“-Redaktion und diversen Arbeitsbereichen, jeweils mit Diskussion
- 4) Anträge an die Mitgliederversammlung im öffentlichen Teil - Beratung und Beschlussfassung
- 5) **Versammlung des QS-Projektes**
Berichte der Projektleiter und Planung der Aktivitäten 2012/2013

Nicht-öffentliche Vereinsformalia:

- 6) a) *Berichte von Kassierer, Geschäftsführerin, Kassenprüfern – Diskussion*
- 6) b) *Entlastung des Vorstandes*
- 7) a) *Wahl der Kassenprüfer für 2013*
- 7) b) *Beitragsordnung 2013*
- 7) c) *Haushaltplan 2013*
- 8) *Nicht-öffentliche Anträge, Beratung und Beschlussfassung*
- 9) Planung der nächsten Aktivitäten, u.a. Frühjahrstagung 2013, Jahrestagung 2013
- 10) Verschiedenes

IUZB-Jahreshauptversammlung

20.10.2012, 15⁰⁰-18⁰⁰

- 1) Begrüßung durch den Vorsitzenden
- 2) Bericht des Vorstandes
- 3) Bericht der Schatzmeisterin
- 4) Themen aus Versorgungswerk, ZÄK und KZV
- 5) Anträge
- 6) Verschiedenes

Einladung an alle gesundheitspolitisch Interessierten

Nicht nur Zahnärzte sind ganz herzlich eingeladen. Auf die Fortbildung mit Prof. Häussler folgt ab 14 Uhr eine Veranstaltung zu Mängeln und Verbesserungsmöglichkeiten der **zahnärztlichen Befunderhebung**. Bei der DAZ-HV ab 15 Uhr stehen im öffentlichen Teil die berufs- und gesundheitspolitische Situation und Initiativen des DAZ für eine gute Breitenversorgung im Mittelpunkt. Es besteht die Möglichkeit, sich über das **Qualitätssicherungsprojekt des DAZ** zu informieren. Die Tagungs-Teilnahme ist **beitragsfrei**; es gibt **Fortbildungsbescheinigungen** (4 Punkte). Wir freuen uns über Ihre Anmeldung, aber auch spontan Entschlossene sind willkommen.

Infos: DAZ-Geschäftsstelle, T. 02241/9722876, kontakt@daz-web.de, www.daz-web.de

Zahnärztliche Arzneimittelverordnungen verdienen eine kritische Analyse

Replik von Dr. Dr. Frank Halling zur Stellungnahme der BZÄK zum BARMER GEK Arzneimittelreport 2012



Dr. Dr. Frank Halling, Mund-, Kiefer- und plastischer Gesichtschirurg in eigener Praxis und mit einem Lehrauftrag an der Universität Marburg tätig, beschäftigt sich seit Jahren mit der zahnärztlichen Pharmakologie und der Aus- und Fortbildung in diesem Bereich. Von ihm festgestellte Auffälligkeiten in den Verschreibungen veranlassten kürzlich die Bundeszahnärztekammer, sich zum neuesten Arzneimittelreport der BARMER GEK, der im Kapitel zur Zahnmedizin auf Hallings Analysen basiert, zu äußern. Nachfolgend setzt sich Dr. Dr. Halling mit den BZÄK-Argumenten (veröffentlicht in den ZM) auseinander.

Im Juni 2012 erschien der von einem Team um Prof. Glaeske, Bremen, herausgegebene „BARMER GEK Arzneimittelreport 2012“ (Glaeske u. Schick Tanz 2012). Der Report basiert auf den Arzneimittelverordnungen für die über 9 Mio. Versicherten der BARMER GEK und ergänzt den im April 2012 vorgestellten BARMER GEK Zahnreport. Neben dem Hauptkapitel zum Schwerpunktthema „Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Arzneimittelversorgung“ enthält der Report auch ein Kapitel über „Zahnärztliche Antibiotika- und Analgetikaverordnungen“ vom Autor dieses Artikels (Halling 2012a). Die Ergebnisse dieser Studie, die nachfolgend in den Grundzügen dargestellt werden, bestätigen Erkenntnisse aus früheren Publikationen des Autors zu dieser Thematik (Halling 2010 u. 2011).

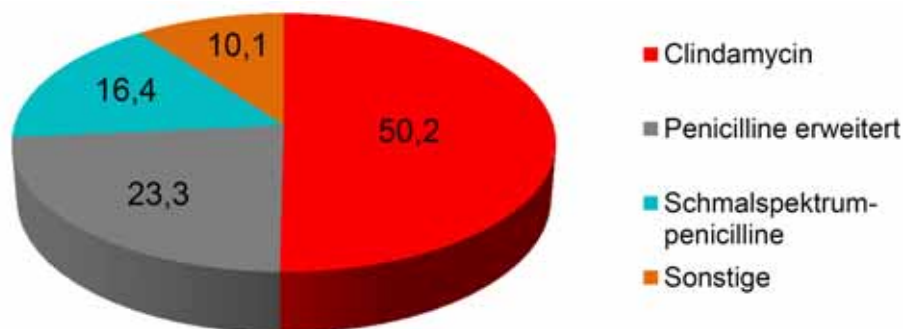


Abb. 1: Antibiotikaverordnungen der deutschen Zahnärzte im Jahr 2011 (in Prozent)

1. Die Verordnungshäufigkeit von Antibiotika in der Zahnmedizin (2-3x/Woche) und der Anteil an allen Antibiotikaverordnungen in der Medizin (9,6% in Deutschland) unterscheiden sich nicht wesentlich von anderen vergleichbaren Industrieländern.

2. Bei der Struktur der Antibiotikaverordnungen fällt die vorherrschende Stellung des Wirkstoffes Clindamycin mit einem Anteil von über 50% (Abb. 1) aller zahnärztlichen Antibiotikaverordnungen auf. Die in den noch gültigen Empfehlungen der DGZMK (Al Nawas 2002) sowie in aktuellen Übersichtsarbeiten (Al Nawas 2010, Halling 2012b) als Mittel der ersten Wahl favorisierten Penicilline mit erweitertem Wirkungsspektrum sind hingegen nur mit einem Viertel der Verordnungen vertreten (Abb. 1).

3. Die überaus häufige Verordnung von Clindamycin durch deutsche Zahnärzte lässt sich weder aus pharmakologischer noch aus ökonomischer Sicht rechtfertigen. Eine Beeinflussung der Therapieentscheidungen durch gezielte Werbemaßnahmen der Pharmaindustrie (Flyer, Arzneimittelmuster, Kongresssponsoring etc.) lässt sich nicht ausschließen.

4. Bei den Analgetika hat sich Ibuprofen neben Paracetamol als Standardanalgetikum in der Zahnmedizin etabliert. Der Anteil der zahnärztlichen Analgetikaverordnungen am Gesamtmarkt beträgt 6,8%.

5. Bei den Mischanalgetika (= Analgetika, die aus mehreren Wirkstoffen bestehen) liegt der Anteil zahnärztlicher Verordnungen bei 28,9%, also deutlich höher als der zahnärztliche Anteil am Gesamtmarkt. In diesem Zusammenhang fällt auf, dass fast

¾ aller zahnärztlichen Mischanalgetikaverordnungen auf die Wirkstoffkombination Acetylsalicylsäure/Paracetamol/Coffein/Codein (Dolomo®) entfallen.

6. Die unter Punkt 5 genannte Vierfachkombination bringt keinesfalls therapeutische Vorteile, sondern führt eher zu einer Summation von Nebenwirkungen. Zudem ist dieses Mischanalgetikum aufgrund des Codeinanteils rezeptpflichtig und führt damit im Vergleich zu Monoanalgetika zu wesentlich höheren Therapiekosten zu Lasten der Solidargemeinschaft.

Nur kurze Zeit nach dem Erscheinen des Arzneimittelreports brachten die „Zahnärztlichen Mitteilungen“ einen kommentierenden Artikel unter dem Titel „Irritation wegen Clindamycin-Vergabepaxis“ (Friedrich 2012). Nach einer kurzen erläuternden Einleitung wurde mehrfach der Vizepräsident der BZÄK, Prof. Oesterreich zitiert, der den o. g. Studienergebnissen in wichtigen Punkten widerspricht.

1. Zitat: „Der Arzneimittelreport der Barmar GEK ist nur begrenzt aussagefähig, weil er erstens nicht bevölkerungsrepräsentativ ist und zweitens niedrig dosierte Schmerzmittel überhaupt nicht erfasst“, stellt er [Prof. Oesterreich] richtig.“

Kommentar des Autors: Mit einer Analyse der Arzneiverordnungen von über 9 Mio. Menschen ist eine absolute Repräsentativität gegeben. Es gibt kaum vergleichbare Studien mit einer so breiten Datenbasis, jedoch wird in der Studie klar darauf hingewiesen, dass nur über rezeptpflichtige Schmerzmittel statistische Aussagen getroffen werden können. Immerhin umfasste diese Studie rd. 260.000 zahnärztliche Analgetikaverordnungen. Die Analyse ergab, dass Zahnärzte etwa 4,5x häufiger Mischanalgetika verordnen als Humanmediziner. Interessanterweise betreffen fast ¾ aller zahnärztlichen Mischanalgetikaverordnungen die o.g. Vierfachkombination! Diese Wirkstoffkombination spielt ansonsten in der deutschen und internationalen Medizin keine Rolle.

2. Zitat: „...die verschriebenen Antibiotika seien, bezogen auf die gesamte Verordnungspraxis, nicht repräsentativ, erklärt Oesterreich.“

Kommentar des Autors: Hier ist nochmals auf die breite Datenbasis von über 9 Mio.

Versicherten zu verweisen. Zudem waren die Ergebnisse dieses Reports fast identisch mit denjenigen einer Studie des Autors, bei der alle zahnärztlichen Verordnungen eines Jahres untersucht wurden (Halling 2010). Die Ergebnisse der vorangegangenen Publikation haben sich damit bestätigt.

3. Zitat: „Die Bevorzugung von Clindamycin durch Zahnärzte lässt sich zum Teil einfach dadurch erklären, dass für diesen Wirkstoff eine gute Wirksamkeit gegen anaerobe Mikroorganismen und eine gute Penetration in Knochengewebe, (...), beschrieben sind.“

Kommentar des Autors: Im Arzneiverordnungsreport (Halling 2012a) wird klar festgestellt (S. 90), dass „das Argument der besonders guten Knochengängigkeit von Clindamycin (Zetner et al. 2003)(...) kein Grund für eine bevorzugte Anwendung (ist), da Amoxicillin ebenfalls eine ausreichende Konzentration im Knochen erreicht (Landersdorfer et al. 2009). Außerdem besteht für Aminopenicilline (...) eine gute Wirksamkeit auf orale Pathogene in Kombination mit einer großen therapeutischen Breite (Al-Nawas u. Ziegler, 2009; Al Nawas 2010).“

4. Zitat: Im Internetauftritt der „Zahnärzte für Niedersachsen (ZfN)“ (N.N. 2012) www.zfn-online.de/index.php/zfn-meldung/items/arsneimittelreport-bzaek-widerspricht-barmer-kritik.html findet sich ein weiteres Zitat von Prof. Oesterreich: „Dolomo taucht in der Statistik auf, Ibuprofen 600 hingegen nicht, weil die Rezeptgebühr hier teurer ist als das Privat Rezept, was der Zahnarzt deshalb folglich ausstellt. Insofern lässt der Report nur bedingt Rückschlüsse zu.“

Kommentar des Autors: Wie bereits oben gesagt, taucht Dolomo® in der Studie auf, weil es aufgrund des Codeinanteils rezeptpflichtig ist. Mit der Rezeptgebühr selbst hat dies nichts zu tun. Im Übrigen kosten lt. Roter Liste 2012 alle Ibuprofen 600-Packungen mehr als 10 Euro, die Rezeptgebühr beträgt bekanntlich aber nur 5 Euro. Dies bedeutet, dass der Patient etwa 6–7 Euro mehr bezahlen muss, wenn er vom Zahnarzt ein Privat Rezept für Ibuprofen 600 erhält!

Fazit: Die Kommentare belegen, dass die Stellungnahmen des Vizepräsidenten der BZÄK in Teilen ungenau, in manchen Punkten auch schlicht falsch sind. Sicherlich würde es der Sache mehr dienen, wenn die eindeutigen Studienergebnisse als solche akzeptiert und daraus Konsequenzen gezogen würden. Zumindest wird in der Publikation in den „Zahnärztlichen Mitteilungen“ (Friedrich 2012) ein weiteres Zitat von Prof. Oesterreich erwähnt, das hoffen lässt: „Wir diskutieren die Ergebnisse in unseren Gremien und leiten für die zahnmedizinische Therapie relevante Handlungsansätze ab.“ Weiterhin wird betont, dass die Arzneimittelkommission (der deutschen Zahnärzte) die aufgezeigten Trends ernst (!) nimmt. Dies kann nur bedeuten, die aktuelle Verordnungspraxis kritisch zu hinterfragen und die zahnärztliche Arzneimitteltherapie noch stärker am aktuellen wissenschaftlichen Stand zu orientieren. Fortbildungsveranstaltungen mit pharmunabhängigen Referenten und die verstärkte Vermittlung von rationaler, praxisorientierter zahnärztlicher Pharmakologie in der Lehre bilden dafür die Grundlage.

Dr.med. Dr.med.dent. Frank Halling, Fulda
Dr. Halling@t-online.de

Literatur

- Al-Nawas B (2002). Einsatz von Antibiotika in der zahnärztlichen Praxis. Stellungnahme der DGZMK. DZZ 57 (8):451 – 454.
- Al-Nawas B, Ziegler A (2009). Antibiotika in der Zahnmedizin. Quintessenz 60 (12): 1425 – 1437.
- Al-Nawas B (2010). Antiinfektiöse Prophylaxe und Therapie in der Zahnmedizin. Wissen kompakt 4 (3): 3 – 12.
- Friedrich, S (2012). Irritation wegen Clindamycin – Vergabepaxis. Zahnärztl Mitt 102 (14): 58 – 59.
- Glaeske G, Schickanz C (Hrsg.) (2012). BARMER GEK Arzneimittelreport 2012. St. Augustin: Asgard.
- Halling F (2010). Zahnärztliche Antibiotikaverordnungen – Zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Zahnärztl Mitt 100(9): 50 – 55.
- Halling F (2011). Aktuelle Analyse zahnärztlicher Analgetikaverordnungen. ZWR 120 (5): 216 – 227.
- Halling F (2012a). Zahnärztliche Antibiotika- und Analgetikaverordnungen. In: Glaeske G, Schickanz C (Hrsg.) BARMER GEK Arzneimittelreport 2012. St. Augustin: Asgard.
- Halling F (2012b). Zahnärztliche Antibiotikaverordnungen. Krankenhaushygieneupdate 2012 (im Druck).
- Landersdorfer CB, Kinzig M, Bulitta JB, Hennig FF, Holzgrabe U, Sörgel F, Gusinde J (2009). Penetration of amoxicillin and clavulanic acid evaluated by population pharmacokinetics and Monte Carlo simulation. Antimicrob Agents Chemother 53 (6): 2569 – 2578.
- N.N. (2012) www.zfn-online.de/index.php/zfn-meldung/items/arsneimittelreport-bzaek-widerspricht-barmer-kritik.html (letzter Zugriff 11.08.2012)
- Zetner K, Schmidt H, Pfeiffer S (2003). Concentrations of clindamycin in the mandibular bone of companion animals. Vet Ther 4 (2): 166 – 171.

Nachhaltig „fremdbestimmte“ DGZMK im ethischen Dilemma

von Dr. Wolfgang Kirchhoff, Marburg

Je mehr man zu wissen befähigt sein wird, desto mehr wird man zu wissen verpflichtet sein; vielleicht nicht im rechtlichen Sinn, so doch aber schon in subtil moralischem Sinn. Giovanni Maio 2012

Auf dem 115. Deutschen Ärztetag 2012 gab die Ärzteschaft ein klares Bekenntnis zu ihrer umfassenden Beteiligung an den Verbrechen gegen die Menschheit ab. Diese Menschenrechtsverletzungen wirken bis heute nach und betreffen auch die Medizinethik. Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) ist noch weit davon entfernt, ihren 1949 eingenommenen Standpunkt vom „nutzlosen Wühlen in der Vergangenheit“ neu zu bestimmen. Ihre Festschrift **Geschichte der DGZMK 1859-2009** und die sich anschlie-

ßende Gründung eines DGZMK-Arbeitskreises Ethik sind Anlass zu einer kritischen Betrachtung des Wirkens dieser zahnmedizinischen Fachgesellschaft.

Seit einiger Zeit legt die verfasste Zahnärzteschaft besonderen Wert darauf, unser Fachgebiet marketinggerecht als **ZahnMedizin** auszuweisen. Semantisch mehr oder weniger trickreich soll diese Schreibweise suggerieren, dass Zahnärzte/-innen richtige Mediziner seien. Man mag darüber streiten, ob sich eine zunehmend am

kommerziellen Leitbild des Kunden orientierende Disziplin mit Wunsch- und Bedarfslenkung damit in Einklang bringen lässt. Auf einigen Gebieten trennen uns jedoch Welten von der Ärzteschaft. Aufgrund mangelhafter Evidenzbasierung verharret die Zahnmedizin im Stadium einer Erfahrungswissenschaft; ohne relevante Leitlinien hat sie sich dauerhaft und profitabel in einer „drittmittelbasierten“ wissenschaftlichen Grauzone eingerichtet. Auf einem weiteren, medizinethisch hochsensiblen Gebiet könnte der Gegensatz

„Nürnberger Erklärung“ zu Verbrechen von Ärzten im Nationalsozialismus

Der 115. Deutsche Ärztetag findet 2012 in Nürnberg statt, an dem Ort also, an dem vor 65 Jahren 20 Ärzte als führende Vertreter der „staatlichen medizinischen Dienste“ des nationalsozialistischen Staates wegen medizinischer Verbrechen gegen die Menschlichkeit angeklagt wurden. Die Forschungen der vergangenen Jahrzehnte haben gezeigt, dass das Ausmaß der Menschenrechtsverletzungen noch größer war, als im Prozess angenommen. Wir wissen heute deutlich mehr über Ziele und Praxis der vielfach tödlich endenden unfreiwilligen Menschenversuche mit vielen Tausend Opfern und die Tötung von über 200 000 psychisch kranken und behinderten Menschen, ebenso über die Zwangssterilisation von über 360 000 als „erbkrank“ klassifizierten Menschen. Im Gegensatz zu noch immer weit verbreiteten Annahmen ging die Initiative gerade für diese gravierendsten Menschenrechtsverletzungen nicht von politischen Instanzen, sondern von den Ärzten selbst aus. Diese Verbrechen waren auch nicht die Taten einzelner Ärzte, sondern sie geschahen unter Mitbeteiligung führender Repräsentanten der verfassten Ärzteschaft sowie medizinischer Fachgesellschaften und ebenso unter maßgeblicher Beteiligung von herausragenden Vertretern der universitären Medizin sowie von renommierten biomedizinischen Forschungseinrichtungen. Diese Menschenrechtsverletzungen durch die NS-Medizin wirken bis heute nach und werfen Fragen auf, die das Selbstverständnis der Ärztinnen und Ärzte, ihr professionelles Handeln und die Medizinethik betreffen. Der 115. Deutsche Ärztetag stellt deshalb fest:

- Wir erkennen die wesentliche Mitverantwortung von Ärzten an den Unrechtstaten der NS-Medizin an und betrachten das Geschehene als Mahnung für die Gegenwart und die Zukunft.
- Wir bekunden unser tiefstes Bedauern darüber, dass Ärzte sich entgegen ihrem Heilauftrag durch vielfache Menschenrechtsverletzungen schuldig gemacht haben, gedenken der noch lebenden und der bereits verstorbenen Opfer sowie ihrer Nachkommen und bitten sie um Verzeihung.
- Wir verpflichten uns, als Deutscher Ärztetag darauf hinzuwirken, dass die weitere historische Forschung und Aufarbeitung von den Gremien der bundesrepublikanischen Ärzteschaft aktiv sowohl durch direkte finanzielle als auch durch institutionelle Unterstützung, wie etwa den unbeschränkten Zugang zu den Archiven, gefördert wird.

Quelle: Dtsch Arztebl 2012; 109(22-23) A-1162 / B-998 / C-990

Medizin nicht größer sein, wie einmal mehr die Nürnberger Erklärung des 115. Deutschen Ärztetages 2012 dokumentiert. In dieser Erklärung bekennt sich die deutsche Ärzteschaft zu ihrer wesentlichen Mitverantwortung an den medizinischen Verbrechen gegen die Menschlichkeit während der NS-Zeit. Die einstimmig und ohne Enthaltung angenommene Erklärung findet sich oben im Wortlaut.

Sowohl von der Anerkennung dieser Inhalte als auch von der Verabschiedung vergleichbarer Erklärungen ist die zahnmedizinische Wissenschafts-Elite meilenweit entfernt. Greift man die Textstelle „Diese Verbrechen waren auch nicht die Taten einzelner Ärzte, sondern sie geschahen unter Mitbeteiligung führender Repräsentanten der verfassten Ärzteschaft sowie medizinischer Fachgesellschaften und ebenso unter maßgeblicher Beteiligung von herausragenden Vertretern der universitären

Medizin (...)“ aus der Nürnberger Erklärung heraus und wendet sie explizit auf unseren Berufsstand an, dann zeigt sich ein ethisches Dilemma par excellence. Betrachten wir beispielhaft zwei Vorgänge:

- die historisierende Selbstdarstellung unserer übergeordneten zahnmedizinischen Fachgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) 2009;
- die Gründung eines DGZMK-Arbeitskreises Ethik 2010 auf Initiative des DGZMK-Vorstandes.

Die DGZMK gab 2009 zum 150. Jahrestag eine knapp 400 Seiten umfassende **Geschichte der DGZMK (1859-2009)** heraus. Jeder Historiker weiß, dass Geschichte nur in den gesellschaftlichen Auseinandersetzungen und Zusammenhängen erfasst werden kann. Wer also davon ausgegangen war, die Entwicklung der Wissen-

schaftsgeschichte des Faches würde im Rahmen der relevanten natur- und gesellschaftswissenschaftlichen, politischen und ökonomischen Abläufe inhaltlich aufgearbeitet werden, wurde enttäuscht. Die der vereinsgeschichtlichen Heroisierung abträglichen Fakten wurden ausgeblendet, und die opportunistische Doppelfunktion der DGZMK (von 1859-1890 Centralverein) zwischen Wissenschaft, medizin-industriellem Komplex und Interessenpolitik der Zahnärzteschaft hat bis heute überlebt.

Der Periode des Nationalsozialismus, in der sowohl unvergleichliche Verbrechen geschahen als auch entscheidende Veränderungen in der zahnmedizinischen Basisversorgung erfolgten, sind in der Darstellung der Geschichte der DGZMK ganze elf Seiten gewidmet; die Überschrift des entsprechenden Kapitels kann als Ausdruck der ideologischen Grundwerte der DGZMK interpretiert werden: **„Jahre der Fremdbestimmung“**.

Die Autoren negieren mit dieser Überschrift die Mitwirkung herausragender Vertreter der universitären Zahnmedizin an der Weiterentwicklung und terminalen Durchführung nationalsozialistischer Zielsetzungen. Die Beiträge der zahnmedizinischen Wissenschafts-Elite zum darwinistisch geprägten Rassenwahn, zur Euthanasie und zum Genozid kommen ebenso wenig vor wie die Nennung ihrer Protagonisten. Während die Person **Hermann Eulers** als DGZMK-Präsident vor („das reine Blut der Franken wurde durch immerwährenden Nachschub innergermanischer Stämme gestärkt“) und nach 1945 notgedrungen Erwähnung finden musste, weil Staehle und Eckart (2005 und 2008) mit ihren Ergebnissen publizistisch bis in die Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift (DZZ) vordringen konnten, blieb die Rezeption der inzwischen breit gefächerten Literatur zur Zahnmedizin im Nationalsozialismus weitestgehend aus. Nicht einmal die rassistisch motivierten Beiträge in den von Zahnmedizinern verfassten Dissertationen nahmen die Autoren zur Kenntnis, obwohl sie tendenziell die Aufforderung zum Genozid von Juden, Sinti und Roma rechtfertigten. NS-involvierte Wissenschaftler wie der Reichsdozenten-Führer **Otto Loos**, der später als „Schwerstbelasteter“ eingestufte **Hans Fliege** oder **Edwin Hauberrisser** und **Wolfgang Rosenthal** fehlen im Personenverzeichnis; ein auch nach 1945 unbelehrbarer Politdemagoge wie **Johannes Reinmüller**, der einen unbewaffneten Konkurrenten mit fünf Pistolenschüssen niederstreckte und eine „Reinmüller-Brigade“ zur Bekämpfung demokratischer Kräfte gründete, findet ausschließlich im Zusammenhang

mit Promotionsfragen kurz Erwähnung. **Erwin Reichenbach** wurde zwar als von der damaligen DDR beruflich benachteiligter Wissenschaftler aufgeführt, nicht aber als SA-Sturmabführer und Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat des Bevollmächtigten für das Gesundheitswesen Karl Brandt, dem ranghöchsten NS-Mediziner. Karl Brandt war Hitlers Euthanasiebevollmächtigter und damit verantwortlich für den Mord an Kranken. Hitler direkt unterstellt, war er für die Koordination sämtlicher medizinischer Maßnahmen zuständig, insbesondere für Forschung und Menschenversuche. Blutordensträger **Karl Pieper**, Hochschulreferent im Stab Stellvertreter des Führers, Hochschulreferent der zahnärztlichen Dozentenschaft und Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat für das Gesundheitswesen Karl Brandt, blieb gänzlich unerwähnt. Ebenso verschwiegen wurde die Mitgliedschaft von **Eugen Wannenmacher** im schon erwähnten Wissenschaftlichen Beirat. SS-Sturmabführer **Wannenmacher** fungierte als Verantwortlicher der zahnmedizinischen Wissenschaftspresse, und zwar als Schriftleiter der bislang hinsichtlich ihrer pro-nationalsozialistischen Beiträge wissenschaftlich noch nicht ausgewerteten Zeitschriften Deutsche Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift, Zentralblatt der gesamten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sowie der Zeitschrift für Stomatologie.

Sowohl **Erwin Reichenbach** als auch **Eugen Wannenmacher** werden noch heute als „Ehrenmitglieder“ der DGZMK geführt.

Während der Widerstand, den es auch in den Reihen der Zahnärzte gab, die Berufsverbote oder die Opfer in der Emigration und den Konzentrationslagern ohne ehrendes Andenken blieben, wurden in dem Buch von Groß/Schäfer an anderer Stelle völlig grotesk anmutende Details für erwähnenswert gehalten. Bspw. konnte der Leser erfahren, dass eine Versammlung vom 8.3.1859 um 17 Uhr auf den 7.3.1859 um 8 Uhr vorverlegt wurde. So persistiert die wissenschaftliche Zahnmedizin bezüglich der Fragen einer Aufarbeitung ihres genuinen Beitrags zum nationalsozialistischen Massenmord auf denkwürdige Weise im Zustand ihrer Restituierung im Jahr 1949. Zwei Monate nach der Gründung der Bundesrepublik Deutschland hatte die versammelte Zahnärzteschaft mehrheitlich vom „nutzlosen Wühlen in der Vergangenheit“ Abstand genommen.

Einer der beiden Autoren der **Geschichte der DGZMK** übernahm den Vorsitz des 2010 gegründeten DGZMK-Arbeitskreises Ethik.

Ethik ließe sich bspw. so definieren:

„Die Grundfragen der Ethik betreffen das Gute, das Haltung und Handeln des Menschen bestimmen soll. Ihr Ziel ist, methodisch gesichert die Grundlagen für gerechtes, vernünftiges und sinnvolles Handeln und (Zusammen-)Leben aufzuzeigen. Die Prinzipien und Begründungen der Ethik sollen ohne Berufung auf äußere Autoritäten und Konventionen allgemein gültig und vernünftig einsehbar sein, weshalb sie gegenüber der geltenden Moral einen übergeordneten, kritischen Standpunkt einnimmt. Aufgabe der Metaethik ist es, die sprachlichen Formen sowie die Funktion der ethischen Aussagen sowie die Funktion der ethischen Aussagen selbst nochmals zu hinterfragen.“ (dtv-Atlas Philosophie)

Der Vorsitzende des Ethik-Arbeitskreises meinte, in der Zahnärzteschaft vorhandene Vorurteile gegenüber der Ethik und Medizinethik ausräumen zu sollen. Eine medizinische Fachgesellschaft, die im Jahr 2009 verlautbarte, dass **ein zu fast 50 Prozent in der NSDAP, zu 26 Prozent in der SA organisierter Berufsstand, dem zusätzlich über 7 Prozent SS-Offiziere angehörten**, nur irgendwie „fremdbestimmt“ und nicht massiv in die Verbrechen gegen die Menschheit involviert gewesen sei, ist für die Beantwortung ethischer Fragen ungeeignet.

Wer sich weder personell noch als Organisation zur Mitwirkung an den Verbrechen gegen die Menschheit bekannt hat, darf und kann weder die ethische Haltung noch das zahnärztliche Handeln des Berufsstandes glaubhaft bilden und beeinflussen. Eine medizinische Fachgesellschaft, die in der Auseinandersetzung mit ihrer Geschichte verschweigt, dass im Schulterschluss mit den Nationalsozialisten grundlegende Veränderungen der zahnmedizinischen Basisversorgung zu Ungunsten der Mehrheit der Bevölkerung durchgesetzt wurden, ist ungeeignet, einen übergeordneten, kritischen Standpunkt zu ethischen Fragen der Versorgungsgerechtigkeit einzunehmen. Eine DGZMK, deren Abhängigkeit von „Drittmitteln“ dazu führt, dass ihre wissenschaftlichen Empfehlungen an Beliebigkeit kaum zu überbieten sind und deren Festlegung auf zahnmedizinische Leitlinien für relevante Gebiete der Basisversorgung systematisch unterbleibt, eignet sich weder zur ethischen Weiterbildung Dritter noch zu methaethischen Analysen. Eine hochgradig mit industriellen Drittmitteln alimentierte Wissenschaft ohne eigentliche Versorgungsforschung ist primär interessengesteuert und abhängig, sie verfehlt sekundär die Orientierung an einer optimalen Patientenversorgung.

Insofern wird es sich nicht so sehr um Vorurteile handeln, die einer von der Wissenschafts-Elite der DGZMK angestrebten Fortbildung in Fragen der Ethik entgegen gebracht werden, sondern um eine rationale Skepsis gegenüber einer Organisation, die sich als **ZahnMedizin** verkleidet, ohne ihre Hausaufgaben in Menschenrechtsfragen, epidemiologisch relevanten Wissenschaftsgebieten der zahnmedizinischen Basisversorgung und Sozio- bzw. Gesundheitsökonomie gemacht zu haben. Letztlich ein ethisches Dilemma der DGZMK und ihrer Medizinhistoriker.

Abschließend sei erwähnt, dass die Autoren Groß und Schäfer zeitlich vor der Veröffentlichung der DGZMK-Festschrift u.a. als Autoren und Herausgeber entsprechender Publikationen zur Aufarbeitung der Wissenschaftsgeschichte des Nationalsozialismus beigetragen haben. Nicht zuletzt haben die beiden an der RWTH Aachen tätigen Wissenschaftler ein START-Forschungsprojekt initiiert und geleitet, das die Rolle Aachener Klinikärzte im Dritten Reich untersuchte. Da stellt sich die Frage, ob die unterlassene Darstellung der Beteiligung von Zahnmedizinern an den Verbrechen der Nazizeit in der Jubiläumsschrift ein neuerlicher Fall von „Fremdbestimmung“ ist – „Fremdbestimmung“ durch eine die Auseinandersetzung mit der eigenen Vergangenheit scheuende DGZMK?

Literatur

Dokumentation: Deutscher Ärztetag. Entschlüsseungen zum Tagesordnungspunkt I: Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik. Dtsch Arztebl 2012; 109(22-23): A-1162 / B-998 / C-990. Nürnberger Erklärung; vdaä. Wesentliche Mitverantwortung. Nr. 2/2012, S. 6
Groß, D., Schäfer, G. Geschichte der DGZMK 1859-2009. Quintessenz Berlin 2009
Groß, D. Vier klassische Vorurteile gegenüber der Ethik. In: zm 101, Nr.12, 16.06.11, S. 32-34
Groß, D., Schäfer, G. In: Buchreihe „Medizin und Nationalsozialismus“ des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der RWTH Aachen – bisher 2 Bände erschienen
Kirchhoff, W. Literaturübersicht Zahnmedizin und Nationalsozialismus. In: der artikulatur. Zahnmedizin und Nationalsozialismus. Sonderheft 2. Bonn 2002. S. 66-74
Maio, G. Die moderne Dienstleistungsmedizin auf ethischem Prüfstand. Schweizerische Ärztezeitung 2007; 88: 49
Maio, G. Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Stuttgart 2011
Maio, G. Chancen und Grenzen einer personalisierten Medizin – eine ethische Betrachtung. In: Gesundheit und Gesellschaft / Wissenschaft, hrsg. v. Wissenschaftliches Institut der AOK. S. 15-19
Maio, G. Die Zahnmedizin braucht eine neue Nachdenklichkeit. Forum für Zahnheilkunde 107-06/2010, S. 3

Transapikale Infektion und Therapie

Ein Meinungsumschwung bezüglich bisheriger endodontischer Grundsätze

von Dr. Paul Schmitt, Frankfurt/Main



Es gab bis in die letzten Jahre drei „heilige Kühe“ der wissenschaftlich gelehrten Endodontie, und das nicht nur in Deutschland:

Zum einen das absolute Tabu (!) einer endodontischen Aufbereitung ganz bewusst über die „apikale Konstriktion“ hinaus (also „transapikal“). Und das weder mechanisch noch chemisch.

Dann den unumstößlichen Grundsatz, wonach einem möglichst großen (und dann fast zwangsläufig kreisrunden) mechanischen Aufbereitungsdurchmesser die alles entscheidende Rolle bei der Beseitigung der endodontischen bakteriellen Infektion (auch in der Apikalregion) zukomme.

Schließlich die Überzeugung (in unzähligen, sehr verbreiteten Lehrbüchern), wonach jenseits der „apikalen Konstriktion“ keine (!) bakterielle Besiedelung (auch im Gebiet einer sehr großen „apikalen Parodontitis“) besteht. In seinem Lehrbuch „Endodontie“ (Urban & Fischer, 4. Auflage 2001, Seite 20) schreibt Prof. Dr. Heidemann noch: „Bei einer apikalen Parodontitis enthält das periapikale Gewebe daher bis auf wenige Ausnahmen KEINE Bakterien“.

Darum wurden einerseits die an unseren bundesdeutschen Hochschulen gelehrten „Protokolle“ mechanischer und chemischer Aufbereitung auf die oberen Kanalabschnitte bis etwa 1 Millimeter vor der „heiligen“ Konstriktion beschränkt, andererseits aber bisweilen ganz extreme, den Zahn stark schwächende Aufbereitungsdurchmesser (bis ISO 100 und mehr) gewählt und empfohlen. Bei rotationssymmetrischer (runder) Aufbereitung bedeutet das nicht nur einige Arbeit, sondern auch eine ganz erhebliche

Beschädigung des gesamten Zahnes. Spätere Frakturen waren allzu oft die Folge.

Die Argumentation war hier jahrzehntelang diese: Jenseits der Konstriktion, im apikalen Parodont, sind keinerlei Bakterien. Hier gibt es zwar toxische Wirkungen der aus dem Kanal freigesetzten „Endotoxine“ bzw. Nekroseprodukte. Darum ja auch die apikale Osteolyse. Aber dies regeneriert am besten ohne jeden unmittelbaren mechanisch-chemischen Eingriff. Die Körperabwehr wird's schon richten. Spülungen also bitte nicht HIER. DAS war die jahrzehntelange Lehrmeinung. Doch viele Praktiker gingen schon immer bei ausgedehnter apikaler Osteolyse therapeutisch über den Apex hinaus, aus sehr guten Gründen (oft mit erstaunlichen Erfolgen). Sie hatten offenbar Recht.

Die alte Lehrmeinung könnte nun nämlich überholt sein, wenn man den Artikel des Kollegen Dr. Christoph Zirkel im „DFZ“ Heft 2/2012 sowie die endodontischen Behandlungsempfehlungen des Münsteraner Endodontologen Prof. Dr. Edgar Schäfer (in einer aktuellen APW-Fortbildung in Frankfurt am Main am 28.4.12) etwas genauer analysiert.

Besonders bezüglich des (hohen) Aufbereitungsdurchmessers gab es bisweilen doch sehr starre, sehr extreme Hochschulvorgaben, man publizierte weiltumige Aufbereitungsdurchmesser, auch begünstigt durch die neuen elektrischen Antriebe. So wurden Beispielfälle durch Röntgenbilder vor und nach der endodontischen Therapie publiziert, die ganz ungewöhnliche Kanalerweiterungen dokumentierten. Hier blieb dann wirklich nur noch ein dünnwandiges Rohr übrig, wo ehemals eine sehr stabile, dickwandige Wurzel war. Als Praktiker konnte man manchmal nur noch den Kopf schütteln über diese extreme Anwendung brachialer Mechanik durch unsere „Spezialisten“.

Die dahinter liegende Idee war einerseits zunächst einleuchtend – aber auch kurzzeitig: Das bis in große Tiefen infizierte Kanalwanddentin sollte mechanisch einfach abgetragen und so die Infektion eliminiert werden. Dabei übersah man allerdings gänzlich die vielen Ramifikationen und auch die „irregulären“ Endo-Paro-Verbindungen, also Pulpaverzweigungen ins Parodont. Diese sind, das wissen wir

nun, nur (!) durch Spülungen (und wirksame Einlagen) erfolgreich therapierbar.

Geradezu fatal wird diese Denkweise dann, wenn zu einer übertriebenen, weitgehend sinnfreien Mechan(ist)ik bei gleichzeitig zu kurzer (!) Aufbereitungslänge noch allzu schwache, zu wenige, zu kurze und unwirksame Spülungen zum Einsatz kommen. Hier sollten heute ausgiebige Spülungen sowohl mit Natriumhypochlorit-Lösungen (2-3%) als auch mit CHX-Lösungen (0,2-2%) (mit Zwischenspülungen durch Alkohol, EDTA oder auch Leitungswasser) zum Einsatz kommen. Oft wird auch (leider) keine einzige desinfizierende Einlage angewandt, weil EINZEITIG therapiert, also gleich nach der Aufbereitung abgefüllt wird. Manche Endodontologen werben sogar damit. Ein doch sehr fragliches Marketing und inzwischen überholt (Ausnahme: Vitalextripation).

Desinfektionsmittel sind dann in bestehende Ramifikationen noch kaum vorge drungen. Dort besteht also - bei oft unzureichenden (!) Spülprotokollen (ohne breites Wirkungsspektrum) und bei gänzlichem Verzicht auf eine langfristig wirksame medikamentöse Einlage („med“) - nach wie vor eine erhebliche bakterielle Besiedelung. Nicht „coronal leakage“ ist hier also das Problem, denn das ist eine einfache, unzutreffende Ausrede im Misserfallsfall, mehr nicht. Das Problem ist doch vielmehr, dass die apikalen Keime in großer Zahl durch gänzlich ungeeignete Behandlungsprotokolle schlicht belassen wurden.

Dann war und ist der Misserfolg geradezu vorprogrammiert. So ist leicht zu erklären, warum selbst bei großer (vorbildlicher?) Aufbereitung jenseits der Größe ISO 70, 80 (oder gar mehr) viel zu viele endodontische Behandlungen bei guter WF zum Misserfolg wurden und werden.

Nun findet also ein Umdenken in der endodontischen Spezialisten-Szene statt. Weil diese absolut unzureichende Spülungssystematik in Kombination mit zu früher definitiver Wurzelfüllung schlicht falsch war. Und sicher auch, weil oftmals nicht tief genug (nach apikal) aufbereitet wurde - das ist meine Überzeugung. Aber ich bin nur „Praktiker“ mit Tätigkeitsschwerpunkt Endodontie, kein Wissenschaftler.

Nun kommen die Kollegen Christoph Zirkel und Prof. Edgar Schäfer ins Spiel: Ersterer schreibt in der Ausgabe 2/2012 des „Der Freie Zahnarzt“ sehr deutlich: „Einigkeit herrscht darüber, dass eine apikale Aufbereitung nötig ist, nicht zuletzt, um mit ausreichender Menge (!) an Spülflüssigkeit Zugang zum apikalen Bereich zu ermöglichen und die Zahl der Bakterien signifikant zu reduzieren.“ Das ist ein echter Meinungsumschwung, eine wirkliche „Strategieform“.

Und er schreibt weiter: „Zusammenfassend sollte die apikale Aufbereitung eine suffiziente Größe für den Zutritt von Spülflüssigkeiten zur maximalen Bakterienreduktion aufweisen.“ Und Zirkel propagiert eine endodontische Behandlung „ohne jedoch exzessiv Hartschubstanz zu entfernen, um die Wurzel nicht zu stark zu schwächen.“ Auch hier endlich ein mutiges und neues Konzept also.

Das alles erwähnt Zirkel im Zusammenhang mit dem neuen Aufbereitungssystem „Reciproc“, das mit kleinen (!) Durchmessern (nur drei verschiedene, 25, 40 und 50, in der Regel ISO 40) und nur mit EINMAL-Instrumenten arbeitet. Hier dürfte die mögliche Zukunft guter GKV-tauglicher Endodontie liegen. Denn Zirkel schreibt auch: „Arbeitssicherheit und Übersichtlichkeit konnten durch die neuen Instrumente extrem (!) gesteigert werden.“ Das klingt doch hochinteressant im Hinblick auf breite Anwendung, denke ich: Die Aufbereitung erfolgt so tief, dass die Apikalregion gründlich (auch „transapikal“!) gespült werden kann. Und der (End-)Durchmesser wird auf ein sinnvolles Maß (hier: etwa ISO 40) zurückgeführt, bei gleichzeitig sehr langer Spülung mit den richtigen Substanzen. Hierzu schreibt Zirkel nun explizit: „Eine ausgiebige chemische Reinigung ist der Schlüssel zum Erfolg. Durch das vereinfachte Feilensystem gewinnt der Behandler Zeit für die Desinfektion; es darf nicht zu einer deutlichen Verkürzung der Behandlung führen.“

Eine ganz neue Gewichtung also: Weniger Mechanik, aber deutlich mehr wirksame Chemie (Pharmakologie). Dazu sollte heute neben NaOCl immer auch unbedingt CHX gehören.

Was die apikale Aufbereitung angeht, bleibt Zirkel allerdings etwas widersprüchlich und sehr zurückhaltend: Von „transapikaler“ Aufbereitung spricht er nie. An einer Stelle heißt es dazu: „Wie bereits von Schilder beschrieben, sollte der apikale Endpunkt der Aufbereitung so klein wie möglich gehalten werden.“ Und dann schreibt er andererseits:

„Baugh und Wallace kamen in einer Übersichtsarbeit zu dem Schluss, dass eine stärkere bakterielle Reduktion und effektivere Spülung bei einer GRÖßEREN APIKALEN AUFBEREITUNG erreicht wird.“ Wie groß, das wissen wir leider nicht. Mit „Evidenz“ ist dies alles leider (noch) nicht zu belegen. Das bleibt unsere gemeinsame Aufgabe. Kollege Zirkel ist seit 2006 Spezialist der DGEndo und war von 2000 bis 2010 wissenschaftlicher Hochschulmitarbeiter in Freiburg (Lehrbeauftragter des Bereichs Endodontologie).

Nun kommt noch Kollege Prof. Dr. Edgar Schäfer, Münster, ins Spiel: Er propagierte innerhalb einer APW-Fortbildung am 28.4.12 in Frankfurt am Main nun auch die vorsichtige (!) mechanische Aufbereitung über die apikale Konstriktion hinaus, falls in einer akuten Entzündungssituation (Schmerzfall) nach der Trepanation und nach der initialen mechanischen Aufbereitung KEINE Entleerung von Pus stattfindet. In solchen Fällen empfiehlt er das „Durchstoßen“ der Konstriktion mit einem dünnen Instrument (ISO 15 bis 20).

Und er zeigte einige schöne Beweise für die Existenz großer Bakterienmengen auch außerhalb des Wurzelkanals in der Region der „apikalen Parodontitis“. Hier gibt es demnach eine Auswahl von deutlich über 420 (!) verschiedenen Bakterienarten und häufig sogar verschiedene Viren bis zum HIV-Virus, sagte Schäfer in Frankfurt. Darum muss auch hier eine Therapie erfolgen.

Das Problem sei jedoch, dass das von ihm so geschätzte Natriumhypochlorit nicht nur im Kanal eine Gewebsauflösung bewirke, sondern auch im Bereich der „apikalen Parodontitis“. NaOCl löse dort nämlich auch (leider) lebendes (!) Gewebe sehr wirksam auf, und das sei zuweilen fatal.

Schäfer spült mit konventionellen Kanülen (mit axialem und nicht mit dem so oft propagierten seitlichen Ausgang), um möglichst TIEF mit seiner NaOCl-Spülung vorzudringen. Er gab an, dass damit eine Wirkung bis etwa 4 Millimeter über das Kanülenende hinaus erfolge, und dies sei therapeutisch sehr erwünscht. Während der „Irrigation“ bewegt Schäfer die Kanüle vorsichtig vor und zurück, um ein Verklemmen zu vermeiden. Damit sinkt das Risiko, apikalen Überdruck und damit Schmerzen zu erzeugen. Diese Technik sorgt für eine therapeutisch erwünschte Wirkung (etwas) über die Apikalregion hinaus. Sie stellt damit eine klare Abkehr von fast allen bisherigen Lehrmeinungen

dar, denke ich. Die transapikale Desinfektion ist nicht länger ein (sinnloses) Tabu.

Schäfer räumte ein, dass in Münster mehrmals im Jahr (kleinere) Zwischenfälle mit apikal überpresstem Natriumhypochlorit mit erheblichen Schmerzen vorkommen würden. Das sei ein derzeit ungelöstes Problem. Denn eine wirksame (!) antibakterielle Therapie sei nun auch jenseits des Apex wirklich wünschenswert. Bloß womit? Kollege Schäfer sieht hier ein großes Dilemma. CHKM lehnt er aufgrund seiner Toxizität ab. Das ideale Medikament für die antibakterielle Therapie in der Periapikalregion ist also noch nicht gefunden, so scheint es. Aber diese „transapikalen Keime“ sollte man in Zukunft nicht mehr ALLEIN der (nicht immer guten) Körperabwehr überlassen.

Mit diesem wissenschaftlichen Erkenntnisumschwung, wonach die knöcherne Apikalregion also doch erheblich mit Bakterien kontaminiert ist (und darum dringend auch hier eine Therapie erfolgen muss), wird die Lehrmeinung des Münchner Kollegen Osswald bestätigt, wenn auch die Suche nach geeigneten Spülungen und Einlagen offensichtlich noch nicht beendet ist.

Sowohl NaOCl-Spülungen als auch CHKM-Einlagen haben ihre spezifischen Nachteile und scheinen noch nicht der Weisheit letzter Schluss zu sein. Erfolg versprechend scheinen hier starke Desinfektionsmittel wie konzentriertes CHX (2%) und das aus der großen Chirurgie stammende Betaisodona zu sein. Die zerstrittenen Anhänger der verschiedenen Endo-Konzepte sollten nun endlich aufeinander zugehen.

Es ist inzwischen also deutliche Bewegung in die viel zu lange „eminenzbasierte“ (!) Lehrmeinung gekommen, wonach jenseits der apikalen Konstriktion weder Bakterien vorliegen noch eine antibakterielle Therapie nötig ist. Dies war ein großer Irrtum. Es wird spannend, wie es nun weitergeht.

Dr. Paul Schmitt
dr.paul_schmitt@web.de

**Auf der nächsten Seite folgt
ein Fall-Beispiel**



Hinweis:

Zu diesem Beitrag hat Dr. Dr. Rüdiger Osswald eine Replik verfasst, die wir ebenfalls in diesem Forum veröffentlichen, um dem Leser eine direkte Gegenüberstellung der Argumente zu ermöglichen – siehe Seite 31 ff.

Fall-Beispiel „Transapikale Infektion“

Behandlungsablauf laut Karteikarteneinträgen - von Dr. Paul Schmitt



13.09.2007 (Aufnahme 1)

Rö: Unklare Beschwerden, 24 Karies distal (cp)

17.09.2007: ViPr positiv, I, do Kerr-Life (Ca-OH2-Zwei-Komponenten-Zement), Dyract posterior (Compomer) F2, cp, bMF (Blutung, 30%iges H2O2)



13.11.2007 (Aufnahme 2)

Zustand nach Trep. im Nacht-Notdienst (!), Aufbereitung bukkal ISO 20 (20 mm), palatinal ISO 20 (22 mm), Rö-Messaufnahme/1 mm zu kurz Aufbereitung:

b 25(22), 30(20), 35(20), 40(20), 45(19), 50(19)
p 20(22), 25(22), 30(22), 35(22), 40(21), 45(20), 50(20)

Spülung: NaOCl (3%, 5Minuten im Kanal stehen lassen)/ H2O (normales Leitungswasser!) /CHX 0,2%ig, CHKM-Wattefaden-Wattepellet-Cavit

20.11.2007 (ohne Aufnahme): Spülung: NaOCl (3%, 5Minuten)/H2O/CHX 0,2%, CHMK-Wattefaden-Wattepellet-Cavit



13.12.2007 (Aufnahme 3)

Pat war krank, hatte Termine abgesagt, darum längere Pause, Spülung NaOCl (3%, 3 Minu-

ten)/ H2O/CHX 0,2%, danach WF AHplus mit zweimal Guttaperchaspitzen ISO 40, Harvardzement über Kanaleingängen, o (okklusal) Dyract-posterior, Röntgenkontrolle: leicht überstopft ("Puff"), DREI Kanäle abgefüllt (Dritter also NUR mit Sealer)

08.09.2009: I, do Dyract posterior (F2-ZE neu), Beratung: VK dringend, sinnvoll!

28.09.2009: HKP 24 VMK

20.10.2009

I, Präp (VMK), Abdrücke, Dentalon-TempBond



20.11.2009 (Aufnahme 4)

Rö-Kontrolle: ap.PAR/o.B.
(hier sehr gut die drei Kanäle erkennbar)

27.11.2009: VK einges. (Harvard)



04.12.2011 (Aufnahme 5)

Rö: Unklare Beschwerden/o.B. (war nur Gingivitis)

Kennen Sie das

**DAZ-Konzept
für Basis-Endodontie?**

Hier finden Sie es:

<http://www.daz-web.de/hauptseite/bild/DAZ-PM-Basis-Endodontie.pdf>

DAJ-Empfehlung für U3 verabschiedet



U3 bezeichnet heute nicht mehr nur eine U-Bahnlinie oder eine Vorsorgeuntersuchung. Sondern das Kürzel steht auch für die Unter-3-Jährigen, deren Gesundheit und Wohlergehen die Politik vor einigen Jahren besonders in den Blick genommen hat und denen sie ab 2013 das Recht auf einen Betreuungsplatz zusagt. Da wird es Zeit, auch für diese Altersgruppe zahnmedizinische Gruppenprophylaxe-Angebote zu entwickeln. Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnspflege (DAJ), bundesweite Koordinierungsstelle für die Präventionsaktivitäten in Kindergärten und Schulen, hat kürzlich Empfehlungen für die unter 3-Jährigen veröffentlicht. Für Babys und Kleinkinder in den Kitas ist vorgesehen:

- Tägliches Zähneputzen nach einer der Hauptmahlzeiten; Kinder unter 2 Jahren putzen im Regelfall mit einer feuchten Zahnbürste ohne Zahnpaste. Der für die Gruppenprophylaxe verantwortliche Zahnarzt entscheidet nach Einschätzung des Kariesrisikos der Kinder über die Notwendigkeit eines spezifischen Programms und empfiehlt der Kita hiervon abweichend die Verwendung von fluoridhaltiger Kinderzahnpaste für unter 2-Jährige.
- Kinder ab 2 Jahren putzen im Regelfall mit einer erbsengroßen Menge fluoridhaltiger Kinderzahnpaste.
- Die Einrichtung unterstützt das Erlernen eines kindgerechten Zähneputzens, beispielsweise nach der „KAI-Methode“: Erst werden die Kauflächen gebürstet, dann die Außen- und Innenflächen der Zähne.
- Die Kinder erhalten nur ungesüßte Getränke (Wasser und ungesüßte Kräutertees).
- Die Kita verzichtet wo immer möglich auf Nuckelflaschen und Trinklerngefäße; „neue Kinder“ werden, sobald sie selbstständig sitzen, an das Trinken aus dem offenen Becher herangeführt.
- Die Kinder nehmen ein gesundes, kauaktives Frühstück und ggf. Mittagessen ein; die regelmäßigen Zwischenmahlzeiten werden zuckerfrei gestaltet.
- Die Kita trägt die Kernbotschaften zur Mundgesundheit ... in geeigneter Weise an die Eltern heran.
- Die Kita hilft mit, den Schnuller oder das Daumenlutschen im zweiten Lebensjahr abzugewöhnen.
- Die Kita kooperiert mit den anderen Akteuren in der Jugendzahnspflege.

Mehr dazu unter www.daj.de

Wahl zur Zahnärztekammer Berlin

Für eine transparente demokratische zahnärztliche Selbstverwaltung

Die regelmäßigen Forum-Leser sind kontinuierlich über die Spitzen der Missstände in den Berliner Körperschaften informiert worden. Die Berliner Verhältnisse sind für Alle interessant weil sie in der Hauptstadt bestehen, weil wir hier über eine aktive DAZ-Repräsentanz einen besonders guten Einblick haben und weil sie besonders eklatant sind.

Der DAZ hat sich für die bevorstehende Wahl zur ZÄK der **Union 2012** angeschlossen. Die Union besteht aus dem **DAZ mit BUZ**, der Initiative Unabhängige Zahnärzte Berlins **IUZZB**, den Gemeinsam praktizierenden Zahnärzten **GpZ** und **unabhängigen Kandidaten**. Die gemeinsame Liste soll einerseits im Wahlkampf die Kräfte bündeln und andererseits dem Wähler die Entscheidung für oder gegen die bestehenden Verhältnisse erleichtern.

Die Union soll über eine Verbindung von Kollegen aus sehr unterschiedlichen Bereichen zu einer Vertretung möglichst vieler Interessen in der Zahnärztekammer führen. Es sollen Alte und Junge, Generalisten und Spezialisten, Frauen und Männer, Angestellte und Selbständige, Klein- und Großpraxen, Etablierte und Außenseiter vertreten sein. Die Kammer soll die **Vertretung des ganzen Berufsstandes** sein. Ihre Politik soll auf einem fairen Interessenausgleich beruhen.

Bisher sind **Frauen in den zahnärztlichen Körperschaften** nicht in angemessener Weise repräsentiert. Die Union 2012 will das in Berlin ändern und hat deshalb an der Spitze ihrer Liste zwei Frauen aufgestellt.

Die Kammerwahl entscheidet auch über die Zusammensetzung der **Vertreterversammlung des Berliner Versorgungswerkes**. Über die Schwächen in der Führung des Versorgungswerkes haben wir öfter berichtet. Fehler im Versorgungswerk betreffen die Renten fast aller Zahnärzte.

Die Kammer ist die Hüterin des freien Zahnarztberufs. Dazu muss sie sich in Gesundheitspolitik, Ordnungspolitik, Wirt-

schaftspolitik und Sozialpolitik positionieren. Diese Positionierung muss einer **berufspolitischen und einer sozialen Verantwortung** gerecht werden.



Die Kammer als Sachwalterin der freien Praxis der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde darf sich weder von der KZV noch von anderen Vertretern **wirtschaftlicher Interessen** benutzen lassen.

Das Gewicht und die Qualität der Vertretung der zahnärztlichen Interessen steht

und fällt mit der **Integrität der handelnden Personen**. Augenmaß bei der Festsetzung von Aufwandsentschädigungen und Übergangsgeldern ist unter dem Wirtschaftlichkeitsgebot für die Amtsführung und für eine einwandfreie Außenwirkung zu fordern.

Helfen Sie der Union 2012 dabei,

- ✓ mehr Kolleginnen in die Führungsgremien unseres Berufsstandes zu bringen!
- ✓ den Mangel an Fachpersonal zu beseitigen
- ✓ das Versorgungswerk zu stärken und die Renten zu sichern
- ✓ die Übergangsgelder der Funktionäre im Versorgungswerk wieder abzuschaffen
- ✓ die Kosten zu senken und die eingesparten Gelder wieder allen zugute kommen zu lassen
- ✓ die Erhöhung der Aufwandsentschädigungen des Kammervorstands wieder zurück zu nehmen
- ✓ das Profil unseres freien Berufes zu schärfen und vor fremden Zugriffen zu bewahren
- ✓ zu verhindern, dass die „ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung“ alles völlig dominiert



**Gemeinsam praktizierende
Zahnärzte in Berlin**



Wählen Sie die Union 2012!



*** Sechzig von hundert befragten chinesischen Milliardären denken darüber nach, sich woanders niederzulassen: in den USA oder Kanada, zur Not auch in Australien.**
 Shi Ming: »Im Land der Schattenbanken«, *Le Monde diplomatique*, April 2012



Die weltweit größte Monatszeitung für internationale Politik

Auch als ePaper und als Audiodatei



Ein Probeabo der deutschen Ausgabe (3 Ausgaben) kostet nur 7,50€

www.monde-diplomatique.de

Gesundheitswesen: Auf der Suche nach den richtigen Wegen

Heterogenität der Konzepte und Konflikte verhindern ein rationales Versorgungssystem

Dr. Karlheinz Kimmel, ein „Urgestein“ der „Dental-Familie“ mit Erfahrungen in der Rolle des Zahntechnikers, Dentalunternehmers, Zahnarztes und Fachpublizisten, meldet sich immer wieder mit grundsätzlichen Überlegungen zur Entwicklung der Medizin und Zahnmedizin zu Wort. Wir präsentieren hier einige geraffte Auszüge aus einem aktuellen Überblicks-Artikel, den Dr. Kimmel anlässlich einer Tagung von Nobelpreisträgern am Bodensee und mit Blick auf aktuelle Aufsätze in der allgemeinen Presse verfasst hat und den Interessierte inkl. der ausführlichen Literaturliste in voller Länge auf den DAZ-Webseiten finden.

Während sich unsere Profession darüber Gedanken macht, welche Wege in puncto Oralmedizin [1], Allgemein-Zahnmedizin [2] und Spezialisierung [3] heute und morgen die besten sein könnten, ist die medizinische Wissenschaft in einen Widerstreit der Meinungen über die verschiedenen konzeptionellen Möglichkeiten der medizinischen Versorgung geraten [4-9]. Ebenso spielt die zunehmende Kommerzialisierung und Bürokratisierung des Gesundheitswesens eine unselbige Rolle [1,9]. Die FAZ-Beilage „Zukunftslabor Lindau“ [4-7], der SZ-Beitrag „Der ahnungslose Patient“ von G. Antes [8], die Spiegel-Titelstory „Vorsicht, Medizin!“ [9], die Problematik der Interessenkonflikte [10-12] sowie die damit verbundenen ethischen Implikationen in der Medizin [13-15] waren der Auslöser für diese Betrachtung, bei der es auch um ein generelles Leitbild für die Medizin der Zukunft geht, wo nicht nur Mediziner, sondern z. B. auch Biochemiker, Chemiker sowie Mikro- und Molekularbiologen die Richtung vorgeben. Die Patientenorientierung wird immer wieder beschworen ... ebenso die so genannte Evidenz-basierte (Zahn-)Medizin.

Mehr ärztliches Denken und Handeln

In seinem DZZ-Editorial [1] geht der Schweizer Prof. Ch. E. Besimo davon aus, dass „wir uns in der Praxis nach wie vor zu wenig bewusst sind, wie stark das rasant anwachsende Grundlagenwissen und die zunehmende Zahl fächerübergreifender Erkenntnisse längst ein völlig anderes Bild der Zahnmedizin zeichnen. Dieses stellt ärztliches Denken und Handeln sowie die dringende Notwendigkeit einer engen interdisziplinären Vernetzung mit den anderen medizinischen Fachrichtungen in den Vordergrund, und nicht die selbstverliebte Beschränkung auf technische und kosmetische Errungenschaften.“

Wege zur „personalisierten Medizin“?

Insbesondere in den Beiträgen „Medizin wider das Gießkannenprinzip“ [6] und „Auf dem Weg zur individualisierten Medizin“ [7] wird auf ein eigentlich schon seit langem vermutetes und ebenso bestätigtes Paradigma hingewiesen, dass im Grunde jeder Mensch völlig individuell auf Erkrankungen und Therapien (z.B. Medikamente) reagiert, die derzeitigen Behandlungen aber nach dem Prinzip erfolgen: Gleiche Krankheiten werden gleich behandelt. Einer der Wege, eine sog. personalisierte Behandlung zu erreichen, wäre die frühzeitige Kenntnis der Gensituation, um sich darauf einstellen zu können. ... Schwierigkeiten bereitet u. a., dass nicht bei allen Patienten die gewünschten Effekte erzielt werden können und der Beratungsaufwand zunimmt.

Gefahren der Übertherapie

Während es in Lindau darum ging, sich über die grundsätzlichen Konzepte der medizinischen Versorgung klar zu werden, will die SPIEGEL-Titelstory [9] vor einer Überdosis Medizin und damit vor nutzlosen Pillen, unnötigen Operationen und riskanten Therapien warnen. Die positiven und negativen Beispiele aus Klinik und Praxis lassen klar erkennen, dass es reichlich Licht, aber ebenfalls viel Schatten bei der medizinischen Versorgung gibt und es hier auch um eine Vertrauenskrise untereinander geht. Die Zeit scheint vorbei zu sein, wo Ärzte über Probleme in ihrem Berufsstand, ihrem Fach schweigen, was vor allem auch für die kritische Einstellung gegenüber der Pharmaindustrie gilt. Hier stehen wir aber erst am Anfang einer (Auf-)Klärung. Hier noch mehr Transparenz herbeizuführen, ist sicherlich wichtig, wozu auch die größere Beachtung der Medizinprodukte-Regelwerke gehört [19].

Der Problemkomplex der Interessenkonflikte

Was in der DAZ Forum-Ausgabe 111 angesprochen wurde [10,11], war schon vorher Gegenstand einer umfassenden Situationsanalyse von K. Lieb, D. Klemperer und W.-D. Ludwig [12]. Die Interessenkonflikte, deren Bedeutung bisher noch wenig erkannt und beschrieben wurde, sind ein ernster Problemkomplex mit erheblichen ethischen Implikationen, wobei ebenso ethische Prinzipien – auch mit der Gründung des DGZMK-Arbeitskreises Ethik – mehr und mehr in unser Blickfeld gerückt werden [13-15].

Supercomputer-Diagnostik Weg der Zukunft?

Doch zurück zur Medizin der Zukunft: Unter Nutzung des IBM-Supercomputers „Watson“, der laut SZ [21] 80 Billionen Rechenoperationen pro Sekunde* bewältigt, soll an der New Yorker Columbia Medical School in Zusammenarbeit mit dem Softwarespezialisten Nuance Communications ein umfassendes Diagnosesystem entwickelt werden, bei dem der Arzt die Symptome eintippt und die Maschine die Diagnose ausspuckt. ... Dies ist jedenfalls nicht die derzeit viel diskutierte personalisierte Medizin.

Fazit

Die Referate und Diskussionen beim denkwürdigen Nobelpreisträger-Treffen am Bodensee und der kritische SZ-Beitrag des EbM-Experten Gerd Antes dienen und dienen sicherlich der Weichenstellung, was das Leitbild der Medizin der Zukunft betrifft. Es gibt aber wegen der Heterogenität der gegenwärtigen Meinungsbildung und Verhältnisse noch keinen generellen Lösungsansatz, der die verschiedenen Ebenen und Bereiche der Medizin konzeptionell zu einer Synthese führen könnte. Wenn Prof. H. Requardt (CEO des Siemens Healthcare-Sektors) [7] gerade im Zusammenhang mit der individualisierten Medizin die eigentlich schon alte Weisheit bekräftigt, dass es ein ideales Gesundheitssystem nicht gibt und auch in Zukunft nicht geben wird, beruht dies auf der Erkenntnis, die auch für das Qualitätswesen gilt, dass – über die Individualität der Menschen [20] hinaus – die kulturellen, politischen und ökonomischen Unterschiede zwischen den Nationen zu groß sind, um die hoch gesteckten Ziele eines perfekten Gesundheitssystems erreichen zu können. Auf der Welle des Jugendwahns unserer Gesellschaft mitzuschwimmen und – entgegen ethischen Grundwerten ärztlichen Handelns – medial entfachte Defizitgefühle weiter zu schüren und auch wirtschaftlichen Nutzen daraus zu ziehen, sei – so auch Besimo [1] – der falsche Weg. Das ist letztlich auch nicht die Art von individualisierter Medizin, von der in Lindau so viel die Rede war.

Dr. Karlheinz Kimmel, Neuhausen
denskimmel@t-online.de

Langtext und Literaturliste

können bei der DAZ-Geschäftsstelle angefordert oder aus dem Web geladen werden:
www.daz-web.de/lesetipps/docs/Kimmel_Forum112.pdf

Der FVDZ im Wandel der Zeit - oder „Vom Paulus zum Saulus?“

Mit Auszügen aus alten (Festschrift von 1980) und neuen Texten

Der heutige Freie Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) entstand 1957, er ging aus der 1955 gegründeten „Notgemeinschaft Deutscher Zahnärzte“ hervor. Die vor 32 Jahren erschienene Festschrift „Die Geschichte des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte“ von Ulrich Born (Rheinischer Landwirtschaftsverlag Bonn) feierte 1980 „25 Jahre FVDZ“. Aus dieser Schrift möchte ich zu Beginn ausführlich zitieren, da sie eine Retrospektive der Jahre 1955-1980 liefert.

„Das Programm der Notgemeinschaft war erfreulich kurz und klar: Es bestimmte unter Punkt 1: „Wir fordern eine wissenschaftlich einwandfreie, sozialhygienisch und wirtschaftlich vernunft-gemäße Gebissbetreuung des deutschen Volkes durch eine ethisch und wirtschaftlich freie Zahnärzteschaft. Wahrhaftige, volksgesundheitlich verantwortungsvolle, auf Rechtsbasis gegründete Sozialverträge sind hierzu unabdingbare Voraussetzung.“

Wenn man von der ungewohnten Sprache absieht, ist dies eine Forderung, die man auch heute noch unterschreiben kann. 1955 setzte die Vorläuferorganisation des FVDZ offensichtlich auf vertragliche Lösungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Unter der Überschrift „Freie Berufsausübung, Therapiefreiheit und Leistungslohn“ finden wir folgende Vorschläge zum Vorgehen:

„Der Gegensatz zwischen dem durch Gesetz und Verträge geschaffenen, völlig unbefriedigenden Zustand in der zahnärztlichen Behandlung von Sozialversicherten und den Forderungen der zahnärztlichen Wissenschaft ist zu beweisen und öffentlich darzulegen. Der den wissenschaftlichen Forderungen entsprechende objektive Behandlungsbedarf der Sozialversicherten ist zu ermitteln. Im Zusammenhang hiermit ist festzulegen, welche finanziellen Mittel für angemessene Honorare bei der Behandlung der Sozialversicherten bereitgestellt werden müssen. Auf dieser Grundlage aufbauend ist der Gesetzentwurf zu erstellen, der dem Stand zur Diskussion und Zustimmung vorgelegt und dem Gesetzgeber bei der Reform der sozialen Krankenversicherung als Stellungnahme und Forderung der deutschen Zahnärzteschaft übergeben wird.“

Die Orientierung am „objektiven Behandlungsbedarf“ war damals richtig und ist heute richtig. Allerdings dürfte die Ein-

gung darüber, was unter „objektivem Bedarf“ zu verstehen ist, inzwischen deutlich schwieriger geworden sein. Denn die Zahnmedizin hat im Vergleich zu damals differenziertere Kenntnisse vieler oraler Erkrankungen und mehr Therapiemöglichkeiten vorzuweisen, die nicht alle nur mit medizinischen Notwendigkeiten zu tun haben. Prof. Hans-Jörg Staehle propagiert deshalb seit einigen Jahren die Unterscheidung in „need and want dentistry“.

Aber zurück zur „Notgemeinschaft“. Ein weiteres Zitat aus den Gründerjahren benennt die Gründe für ihr Engagement:

„Der Verband ist Interessenvertreter nicht nur gegenüber den eigenen Körperschaften, sondern vor allen Dingen gegenüber dem Staat, in dem heute Kräfte wirken, denen die Gesundheit unseres Volkes zum politischen Spielball geworden zu sein scheint. Beschränken wir uns darauf, bei diesem Spiel zuzusehen, überlassen wir es den Politikern, die Gesetze zu machen, in deren Rahmen wir dann heilen dürfen. Dann wird uns auch der Versuch, die Folgen dieser Gesetze zu mildern, nicht von der Schuld befreien, die Auseinandersetzungen dort gescheut zu haben, wo sie letztlich allein sinnvoll sind – in der politischen Arena.“

Die Festschrift belegt, dass sich die Notgemeinschaft mit den fachlichen Unzulänglichkeiten sowohl in der Füllungs- wie in der endodontischen Therapie auseinandersetzte und die damals geltenden Leistungsvereinbarungen mit den Kassen und die Kassenzahnärztliche Gebührenordnung (KaZGO) als völlig unzulänglich kritisierte. So wird von dem späteren Freiverbandler Flohr berichtet:

„Um was es ihm ging, machte Flohr den Bundestagsabgeordneten an einem einfachen Beispiel deutlich: Viele Krankenkassen gewähren ihren Mitgliedern im Bereich der großen Backenzähne nur einfachste Behandlungsart (Anmerkung: „Stein-Zement“), obwohl hier die beste Behandlungsart gerade gut genug wäre. Die Dauerhaftigkeit dieser einfachen Behandlungsart ist bekanntlich äußerst gering.“ In dieselbe Richtung weist folgendes Zitat:

„Körperverschleiß!“, rief Zahnarzt Dr. Keller und demonstrierte seine Erklärung an einem Schaubild. „Jawohl, als Körperverschleiß müsste ein objektiver medizinischer Gutachter diese Art von Füllung kariöser Zähne in neun von zehn Fällen bezeichnen,

wenn wir sie vornehmen würden, wie es die Kasse verlangt. ... Zementfüllungen für hintere Backenzähne, wie sie die Kassen fordern, sind nach Ansicht von Kapazitäten zumindest ernstliche Kunstfehler.“

Heute verwenden (zu) viele Zahnärzte Glasionomerezement (GIZ), das ist durchaus vergleichbar. Obwohl dieses Material als nicht indiziert für permanente Füllungen im Seitenzahnbereich gilt, nehmen sowohl fast alle zahnärztlichen Körperschaften als auch der heutige Freie Verband diese Praxis hin.

Unter Kassen-Endodontie wurde damals eine aus heutiger Sicht völlig unzulängliche „Vorbehandlung“ eines Zahns für ein paar Mark zusätzlich zur anschließend eingebrachten Füllung verstanden, von mechanischer Aufbereitung und antiseptischen Spülungen könnte bei dieser Leistungsdefinition nicht die Rede sein, obwohl solche Methoden schon bekannt waren und erfolgreich praktiziert wurden.

Der Vorsitzende der „Notgemeinschaft“ Dr. Mzyk sprach – wie die Festschrift berichtet – 1955 „zu dem in Frageform gekleideten Thema: „Kann die ärztliche und zahnärztliche Versorgung der Sozialversicherten dem Stande der heutigen Medizin noch gerecht werden?“. Mzyk beendete seine Rede (...) mit der eindeutigen Forderung: „Wir prangern die führenden Männer der Sozialversicherung und diejenigen des Ärzte- und Zahnärztestandes an, die durch ihr bewusstes Verschweigen dieses erschütternden Zustandes sich mitschuldig gemacht haben an diesem fortwährenden Verbrechen an der Gesundheit unseres Volkes und fordern deshalb ihren Rücktritt.“

Laut Festschrift reagierten die Krankenkassen „sehr geschickt. Sie baten Dr. Mzyk, den Beweis für seine Behauptungen anzutreten. Und sie bedankten sich für dessen prompte Antwort mit dem Versprechen, die gelieferten Argumente an den – zwar vom neuen Kassenarztrecht vorgesehenen, jedoch noch gar nicht existierenden – Bundesausschuss der Zahnärzte/Krankenkassen (Anmerkung: Vorläufer des aktuellen Gemeinsamen Bundesausschusses) weiterzuleiten.“ Wohlge-merkt, das sind Worte von 1955.

Dr. Mzyk trat offensichtlich massiv auf gegenüber der Standesführung, den Kassen, der Politik, zog jedoch seine Patienten

nicht z.B. durch Behandlungsverweigerung oder unzulängliche Behandlung für unzulängliche Honorare in Mitleidenschaft. So berichtet die Festschrift:

„Einen Prozess am Hals hat Dr. Mzyk, Degendorf, Vorsitzender der „Notgemeinschaft Deutscher Zahnärzte“, weil er seinen Patienten aus eigener Tasche eine bessere Behandlung angedehnt ließ, als die Kassen vorschreiben. Jetzt wird ihm mit 5-jährigem Entzug der Zulassung gedroht.“

Interessant ist, wie hier die KZV gegenüber einem engagierten Zahnarzt reagierte. Ein Vierteljahrhundert später waren die Körperschaften ebenso wenig zimperlich, als sie versuchten, Kritiker wie DAZ-Mitbegründer Dr. Hanns-Werner Hey einzuschüchtern. Hey hatte die Vernachlässigung von Prophylaxe und Zahnerhaltung zu Gunsten lukrativer Prothetik angeprangert und mehr Qualität zahnärztlicher Arbeit gefordert. Inzwischen hatten allerdings die Akteure gewechselt. Die Funktionäre des aus der Notgemeinschaft hervorgegangenen Freien Verbandes waren nicht mehr wie noch in den 50er Jahren die Opposition sondern stellten fast flächendeckend die Vorstände von KZVen und Kammern in Deutschland. Sie reagierten regelmäßig ablehnend auf alle Vorschläge, zunächst in einem ersten Schritt Behandlungsnotwendigkeiten und eine fachlich korrekte Versorgung zu beschreiben und erst dann die hierfür erforderlichen Honorare zu thematisieren.

Vom Paulus zum Saulus? Anhand von ausgewählten Beispielen verfolgen wir den Weg des FVDZ in der jungen, allmählich von wirtschaftlichem Aufschwung geprägten Bundesrepublik weiter. In den nächsten Jahrzehnten gründete der Verband eine Vielzahl von Unternehmen und entwickelte zusätzliche „Serviceleistungen“, die allerdings zum Teil recht schnell wieder verschwanden. Aus der schon zitierten Festschrift von 1980:

„Aus den standesspezifischen Bedürfnissen heraus entwickelte sich bereits Anfang 1960 die „Wirtschaftsvereinigung Deutscher Zahnärzte GmbH“, deren Sitz identisch war mit der von Otto Termer betreuten Bundesgeschäftsstelle des Freien Verbandes in Geesthacht bei Hamburg. Diese Vereinigung (...) sorgte für Versicherungsschutz (...), förderte die Eigentumsbildung, finanzierte den Ankauf von Geräten einschließlich des PKWs und vermittelte schließlich auch den Kauf von Haus und Heim. (...) Damit wird deutlich, dass die Zeit unseres rastlosen Einsatzes um die freie Zulassung und um ein angemessenes Honorar in Vergessenheit gerät.“

Doch es ging in den nächsten Jahren noch wesentlich weiter und radikaler in diese Richtung:

„Als neue Serviceleistung gab es 1968 auch die Anlageberatung. Diese war notwendig geworden, weil damals geradezu eine Flut von ausländischen Angeboten über die Zahnärzte hereinbrach. Und schließlich fing die „Wirtschaftsvereinigung“ auch an, selbst Bungalows, Ferienappartements und Alterssitze im Schwarzwald zum Zwecke des Verkaufs zu bauen (!), wobei sie gleichzeitig auch die spätere Verwaltung und Vermietung anbot. Im Verlauf der wirtschaftlichen Mitgliederbetreuung kam es auch zur Zusammenarbeit mit der Anfang 1970 gegründeten „promedico-Gesellschaft für Vermögensbildung deutscher Ärzte und Zahnärzte – erste Beteiligungs-GmbH & Co. KG“. Vier Mitarbeiter dieser Gesellschaft informierten in Davos die Kongressteilnehmer in persönlichen Gesprächen über die Vorteile finanzgünstiger Vermögensbildung über den Weg von Verlustzuweisungen. Daraus entwickelten sich dann die „medico-Programme“, nach denen Ärzte und Zahnärzte Kommanditisten der „Promedico-Beteiligungs-Kommanditgesellschaft“ werden konnten, darunter auch das berüchtigte Pleite-Unternehmen „Promedico II“ (Torremolinos). (...) Wer sollte es einem Zahnarzt verdenken, wenn er als wirtschaftlicher Laie dem Etikett der Standesfürsten und damit auch ihren Organisationen vertraut hatte.“

Doch auch hier – trotz eines handfesten Skandals durch die genannte schwere „Promedico-II-Pleite“ mit einigen Rücktritten hoher zahnärztlicher Funktionäre – war das Ende dieser unseligen Ökonomisierung bzw. extremer Über-Kommerzialisierung des FVDZ noch nicht erreicht. 1976 richtete er eine Service-Abteilung ein, die von Ermäßigungen beim „Diners Club“ über Rabatte bei der Autovermietung bis hin zu Beratung und Betreuung bei Versicherungen ein wachsendes Sortiment anbot. Der Freie Verband war zum Immobilienhändler, sogar zum Bauherren, Hausverwalter, Vermieter und Versicherungs- und Finanzmakler geworden. Insgesamt war das, was da im Jubiläumsjahr 1980 in der offiziellen Festschrift zum Teil stolz, an anderen Stellen mit bitterer Ironie dargestellt wurde, schon eine recht seltsame „Karriere“ eines ursprünglich idealistisch gestarteten Berufsverbandes.

Wie sieht es heute, 32 Jahre später, mit den Aktivitäten und Ansichten des FVDZ aus?

Der Verband forderte beispielsweise in den letzten Jahren in vielen Beiträgen in „Der

Freie Zahnarzt“ (DFZ) dazu auf, die recht neuen „Indikationseinschränkungen“ für eine GKV-Endotherapie (Kontraindikation einer GKV-Endo, „wenn nicht zur Vermeidung einer Freundsituation oder zum Erhalt einer geschlossenen Zahnreihe“) konsequent umzusetzen. Das erstaunt doch sehr vor dem Hintergrund der FVDZ-Tradition, die im Einsatz für bessere ZHK ihre idealistischen Ursprünge hatte (1955: „Wir fordern eine wissenschaftlich einwandfreie Gebissbetreuung“).

Die neue „Doktrin“ bedeutet nämlich allzu oft, Zähne „über GKV“ zu extrahieren, die man fachlich problemlos erhalten könnte und deren GKV-Therapie die KZVen - und erst Recht auch unsere Krankenkassen - nicht behindern würden, wie mir der amtierende Vorsitzende der KZVH, Kollege Stephan Allroggen, vor einiger Zeit persönlich bestätigte. Denn diese Richtlinien bieten einen legalen Ermessensspielraum, der eine GKV-Endotherapie auch an einem EINZELN stehenden Molar (bei guter „Aufbereithbarkeit“ und entsprechender „WF“) jederzeit ermöglicht. Also auch dann, wenn man sich mit einer Extraktion „auf die GKV-Richtlinien zurückziehen könnte“.

Doch der FVDZ ruft seine Mitglieder trotzdem – aus rein finanziellen und ganz grundsätzlichen politischen Erwägungen offenbar – dazu auf, entweder in diesen Fällen eine rein private Endo zu betreiben oder „richtliniengemäß“ zu extrahieren. Einem fachlich engagierten Zahnarzt dreht sich bei dieser Argumentationslinie der Magen um.

Was ist von den hehren Zielen aus den Anfangsjahren des FVDZ geblieben? Wo steht er heute? Haben seine Gründungspositionen noch eine Bedeutung? War der Idealismus vielleicht immer nur ein Mäntelchen?

Ein letztes Beispiel liefert hier ein Bericht über die Landesversammlung des mit Mitgliederschwund schwer kämpfenden hessischen FVDZ in „Der Hessische Zahnarzt“ (DHZ) Heft Mai/Juni 2012:

„Jens Pätzold, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht, betätigte sich als Wegweiser zur „Effizienzpraxis nach der neuen GOZ“, wobei er sich auf „betriebswirtschaftliche Notwendigkeiten und neue Medien“ konzentrierte.“ Fachlicher Fortschritt als FVDZ-Ziel? Fehlzanzeige. Es geht um Wichtigeres:

„Die Patienten gäben gerne mehr Geld für ihre Gesundheit aus, würde nur besser (?) mit ihnen geredet. Dies gelte beispielsweise für Prophylaxeleistungen, nach denen die Patienten von sich aus kaum fragten.“

Zahn-Medizin-Ethik

Buch eines niedergelassenen Zahnarztes will sensibilisieren und Hilfestellung geben

In den letzten Jahren beginnt „Ethik in der Zahnheilkunde“ zunehmend, sich als ein eigenständiges Thema der zahnmedizinischen Fachdiskussion zu etablieren. Deutsche Wissenschaftler beschäftigen sich verstärkt damit, ein Arbeitskreis Ethik in der DGZMK wurde gegründet, Ethik hält Einzug in die Aus- und Fortbildung von Zahnärzten, und auch der eine oder andere Niedergelassene meldet sich (z.B. in den ethischen Fallbesprechungen der Zahnärztlichen Mitteilungen) in Sachen Ethik zu Wort. Zu Letzteren gehört Dr. Peter Weißhaupt, der sich im Rahmen einer Master-Arbeit mit Zahn-Medizin-Ethik auseinandergesetzt und schließlich diese und weitere Ausarbeitungen in einem Buch zusammengefasst hat. Ihm geht es darum, aus der Perspektive eines Praktikers zu verdeutlichen, wie wichtig die Sensibilisierung von Zahnärzten für die ethischen Implikationen ihres Tuns ist.

Fortsetzung von Schmitt: FVDZ im Wandel der Zeit ...

„Damit war der Referent beim „Empfehlungsmarketing“ angekommen. Schließlich definiere der Patient die Qualität des Angebotes anhand der Dinge, die er selbst beurteilen kann, also eben nicht zahnmedizinisch. Und für dieses Empfehlungsmarketing böten sich die einschlägigen sozialen Netzwerke, in denen man mit geringem Aufwand (!) eindrucksvolle multiplikatorische Effekte (Anmerkung: mehr Umsatz...) erzeugen könne. (...) In der Praxis sei noch mehr als bisher betriebswirtschaftliches Denken gefordert.“

Aber man hat auch etwas gegen mehr Transparenz dieser privaten Therapiebereiche:

„Eine entschiedene Absage erteilte er (Anmerkung: der Landesvorsitzende Dr. A. Friedrich) den Bestrebungen des GKV-Spitzenverbandes, private zahnärztliche Leistungen und ihre Abrechnung von den gesetzlichen Krankenkassen kontrollieren zu lassen.“

Doch wohin hat diese extrem „merkantile“, die Intransparenz geradezu einfordernde (!) Ausrichtung den ehemals so prosperierenden FVDZ nun gebracht?

„Ausführlicher befasste sich Friedrich mit der Mitgliederentwicklung. (...) Dass der Schwund auf Bundesebene noch größer als hierzulande sei, tröste nur wenig.“

Das überrascht nun nicht wirklich.

Dr. Paul Schmitt, Frankfurt

Zahnärztinnen und Zahnärzte sehen sich in ihren Praxen täglich mit unterschiedlichen Interessenssphären konfrontiert. Dies betrifft zunächst die Patienten. Für Weißhaupt ergeben sich daraus u.a. die Fragen: Ist die Erwartungshaltung unserer Patienten immer identisch mit unseren Vorstellungen von dem, was wir für sie therapeutisch als gut erachten? Reicht allein die medizinische Indikation, um dem Patienten in seiner Komplexität gerecht zu werden? Sind wir uns der latenten Gefahr bewusst, das Patientenwohl praxis-ökonomischen Interessen nachzuordnen?

Zugleich ist der Zahnarzt konfrontiert mit den strukturellen Bedingungen des Gesundheitswesens: Sie binden laut Weißhaupt die Profession in einen Kokon gesetzlicher Vorgaben, aufgrund derer Leistungen bewertet und limitiert werden. Der Zweck, die gesundheitliche Grundversorgung einer ganzen Bevölkerung sicher zu stellen, steht daher nicht selten im Widerspruch zur genuine klinischen Zielsetzung, für die eigenen Patienten die bestmögliche Versorgung zu erreichen.

Voneinander abweichende Interessen und Grundhaltungen können Konfliktpotential bergen, oder zumindest Regelungsbedarf implizieren. Von welchen Prinzipien, von welchen Werten – so fragt Weißhaupt – lassen wir uns leiten? Wie können wir angesichts einer Pluralität von Auffassungen mögliche Konflikte als solche wahrnehmen und uns mit ihnen konstruktiv auseinandersetzen?

Ziel seines Buches, das sich vorrangig an niedergelassene Kollegen wendet, ist es, mögliche ethische Konflikte bewusst zu machen, zur Reflektion und Bewertung verschiedener Handlungsoptionen anzuregen und so dazu beizutragen, dass schließlich reflektierte und begründete Entscheidungen zustande kommen, nach denen Zahnärzte handeln und deren Folgen sie vertreten können.

Dr. Peter Weißhaupt:

„Zahn-Medizin-Ethik – Ethische Implikationen der Zahnarzt-Patienten-Begegnung im Spannungsfeld zwischen klinischer und Sozialmedizin“
Shaker-Verlag Aachen 2011, 130 Seiten,
ISBN 978-3-8440-0583-7



Aus dem Inhalt

*** Intensität und Bedeutung der wissenschaftlichen Diskussion ethischer Fragen in der Zahnheilkunde:** Zahnärztliche Ethik in der Fachpresse, im Studium und postgradual.

*** Didaktisch-methodische Grundlagen:** Strukturierte Vorgehensweise bei der Analyse ethischer Fragestellungen. Der Krankheitsbegriff in der Zahnheilkunde und seine ethischen Implikationen. Gemeinsame und konfligierende Interessenssphären von Patient, Zahnarzt und öffentlichem Gesundheitswesen. Moralische Dilemmata. Prinzipienethik und Güterabwägung. Tugendethik in der Zahnheilkunde. Ziel und Zweck klinischer Medizin.

*** Ethische Implikationen für den praktizierenden Zahnarzt:** Autonomie vs. Paternalismus. Angstpatienten. Psychosomatik in der Zahnheilkunde. Psychohygiene des Zahnarztes als ethische Herausforderung. Ethik und Ästhetik. Zahnarzt als Erbringer gemeinschaftlich finanzierter Gesundheitsleistungen.

*** Etablierung von Zahn-Medizin-Ethik in postgradualer Fort- und Weiterbildung:** Die praktische Dimension ethischer Implikationen.

*** Epilog 2011:** Aachener Lehrinitiative. Arbeitskreis Ethik der DGZMK. ZM-Fortbildungsreihe. Ethische Positionierung im Sog ökonomischer Fragen. Moralische Identität (zahn-)ärztlichen Handelns. Menschenbild in der (Zahn-)Medizin – anthropologische Aspekte.

Das in der von Dominik Groß und Gereon Schäfer herausgegebenen Reihe „Aachener Dissertationen zur Theorie, Ethik und Geschichte der Medizin“ erschienene Buch ist sowohl in Printform (26,80€) als auch als (nicht druckbarer!) Download (6,70€) erhältlich.

Dauerthema: Die erschwingliche Zahnarztpraxis

Neuer Glanz über Nacht: Verschönerung von Praxiseinrichtungen ohne großen Aufwand

Seit einiger Zeit sammelt die „Forum“-Redaktion Tipps für die „Erschwingliche Zahnarztpraxis“, um die Leser mit Beispielen und unter Angabe konkreter Produkte und Hersteller auf günstige Möglichkeiten hinweisen zu können. Dabei geht es um preiswerte Angebote, aber auch um Nachhaltigkeit und Verzicht auf Überflüssiges und Übertriebenes. Die Vorteile liegen auf der Hand: Wer weniger für Einrichtungs- und Betriebskosten erwirtschaften muss, hat mehr Zeit und Kraft übrig – für eigene Lebensqualität und für gute Zahnmedizin.

Am meisten kann man natürlich bei dem sparen, was am teuersten ist: die erste Ausstattung einer Praxis. Aber auch nach der Anfangsphase fallen immer wieder kostenträchtige Maßnahmen an. Nicht nur die Technik muss immer wieder auf neuen Stand gebracht werden, auch die übrige Einrichtung ist nach Jahren erneuerungs- oder mindestens überholungsbedürftig.

Viele Einrichtungsgegenstände einer Praxis sind aus Metall, und da ist oft nach Jahrzehnten „der Lack ab“ bzw. beschädigt. Bei z.B. noch voll funktionstüchtigen Metallschränken ist der Ersatz durch neue (und die Entsorgung der alten) nicht die preiswerteste und auch nicht die einfachste Lösung. Durch die Überholung der Möbel in einer Lackierwerkstatt vermeidet man zwar den Neukauf, aber die Störung des Praxisablaufs und der eigene Arbeitsaufwand durch Ausräumen, Demontage der Möbel, Transport usw. sind beträchtlich.

Da bietet sich die Leistung der kleinen Firma Electropaint an, die quasi „über Nacht“, ggf. unter Ausnutzung des Wochenendes, die Praxis des Auftraggebers in neuem Glanz erstrahlen lässt. Markus Frangenberg aus Düsseldorf hat ein patentiertes Lackierverfahren entwickelt und ist seit Jahren bundesweit in Arzt- und Zahnarztpraxen tätig. Dabei kümmert er sich nicht nur um Möbel, sondern lackiert andere Gerätschaften und Anlagen bzw. deren metallische Anteile (Behandlungsstühle, OP-Leuchten, Fenster-/Türrahmen, Dekor-/Schallschluckdecken, Heizkörper und Klimaanlageenschächte usw.) auf Wunsch gleich mit. Der Praxisinhaber muss nur die zu lackierenden Flächen freiräumen; alles Übrige übernimmt die Firma. Nach dem Beschleifen und Reinigen wird die neue Oberfläche aufgebracht. Sie ist nach 4-5 Std. durchgetrocknet, stoß- und kratzfest, so dass z.B. nach einem nächtlichen Einsatz des Frangenbergs-

Teams schon am nächsten Morgen wie gewohnt weitergearbeitet werden kann.

Das Besondere am Electro Paint-Verfahren: die zum Lackieren verwendete Farbpistole wird auf 90.000 V bei geringer Feldintensität aufgeladen, während das Möbelstück geerdet wird. Zwischen der Farbpistole und der zu beschichtenden Fläche baut sich ein elektrostatisches Feld auf. Die geladenen Farbpartikel werden von der geerdeten Metallfläche angezogen – es entstehen kein Farbnebel und kein Lackverlust wie beim Lackieren mit Druck. Der speziell für die elektrostatische Beschichtung konzipierte Zweikomponenten-Lack ist qualitativ mit Einbrennlacken vergleichbar und steht in zahlreichen RAL-Farben bis hin zu Spezialfarben zur Verfügung.

Zahnärztin Dr. Hübner, die kürzlich Frangenbergs Dienste in Anspruch genommen hat, ist von dem Ergebnis ganz begeistert. Die Kosten blieben deutlich unter dem, was sie für neue Schränke usw. hätte hinlegen müssen. Die Lackieraktion bot Gelegenheit, neben den Möbeln gleich noch einige weitere abgenutzte Metallvorrichtungen mit bearbeiten zu lassen. Am Erfreulichsten aber, das betont die Berliner Zahnmedizinerin, waren die unkomplizierte Abwicklung und der geringe Arbeitsaufwand für das Praxispersonal. Insgesamt ein Service, den sie weiterempfehlen kann.

Irmgard Berger-Orsag, Troisdorf

TIPP: Firma Electro Paint
Frangenberg, Düsseldorf, Tel. 0211/572166
info@electropaint.de, www.electropaint.de

Leserbriefe (gekürzt) zu
Luft-gesteuerten Einheiten
Vgl. Beitrag von Dr. Hanns-W. Hey
in der Forum-Ausgabe 111-2012, S.16-18

Mail vom 10.07.2012
von Paul Westermayer, Memmingen

Mit großem Interesse habe ich Ihren Artikel "High-Tech als Standard" in der Juni-Ausgabe des DAZ-Forums gelesen. Vor 12 Jahren stand ich selbst vor der Frage, für welche Ausstattung ich mich bei meiner Neugründung entscheide. Ein Kollege hatte mich damals auf einen Artikel vom Kollegen Till Ropers aufmerksam gemacht: "Die technisch unabhängige Zahnarztpraxis". Ich habe mich für eine Luft-gesteuerte Einheit entschieden und es bis heute nicht bereut. Entgegen der Manier der großen Depots war das von mir präferierte kleine Depot spontan bereit,

meine Vorstellungen vorerst mit einem sehr kleinen Budget zu verwirklichen.

Ein aktuelles Thema ist die Wasserkonditionierung. Absehbar ist, dass die Industrie, mittels Unterstützung des RKI (entsprechend der Situation 2009 "B-Autoklav"), auf den Gesetzgeber Einfluss nehmen wird und wir zur Wasserkonditionierung zwecks Keimreduktion verpflichtet werden. In der Post finde ich jede Woche Werbung für Wasser-Aufbereitungs-Systeme für die Dentaleinheit, Investitionskosten nicht unter 5.000 Euro. Ich selbst halte wenig von "voraussetzendem Gehorsam", möchte aber im Ernstfall gewappnet sein. In einer Ausgabe des CRA-Newsletters vor etwa 10 Jahren war ich auf die Silber-Sonde "Odyssey" (Firma Tutt-nauer, USA) gestoßen. Das Brauchwasser der Einheit wird mit Silberionen versetzt und dadurch die erforderliche Reduktion der Keimzahl erreicht. Die Silbersonde soll nahezu wartungsfrei sein. Bisher ist meine Recherche im Internet sowie bei Depot-Technikern erfolglos geblieben. Ob Sie einen Tipp geben können, wo wohl diese Silbersonde zu bekommen ist?

Paul Westermayer, info@za-westermayer.de

Die Redaktion hat keine Infos über „Odyssey“ – vielleicht können Leser hier weiterhelfen.

Mails vom 09.07. und 19.08.2012
von Dr. Jürgen Kärcher, Heidesheim

Seit 1998 arbeite ich mit Luft-gesteuerten Einheiten. Mit einer ADEC fing es an, mittlerweile sind es 2 ADEC und eine Midmark-Einheit. Technikerbesuche sind sehr selten, das meiste kann man selbst reparieren, die Teile sind günstig, es handelt sich in der Regel um O-Ringe, Membranen oder dergleichen. Bei den chinesischen Einheiten wäre ich äußerst vorsichtig. Da werden gern auf Webseiten CE-Zeichen und TÜV-Siegel gezeigt, die dann aber doch nicht vorhanden sind. Nach meinem Eindruck gibt es kein Interesse an den europäischen Zertifizierungen. Bei einer Praxisbegehung sieht man dann ganz schnell ganz alt aus. Die Geräte aus den USA wie die von Midmark sind für den europäischen Markt zertifiziert, und auch eine menschenwürdige Produktion dürfte außer Frage stehen. Die Ersatzteillieferung und ein Technikersupport vor Ort sind im Gegensatz zur chinesischen Lösung jederzeit möglich.

Für mich sehr hilfreich war bzw. ist die Zusammenarbeit mit Matthias Wolfert, Chef der Firma Dental air technic, www.deate.de. Er ist seit fast 20 Jahren im Geschäft mit luftgesteuerten Behandlungseinheiten tätig und betreut mich in meiner Praxis seit 15 Jahren. Ich kann nicht beziffern, wie viel Geld ich schon durch ihn gespart habe, es dürften mehrere 10.000 Euro sein. Insofern kann ich ihn und seine Geräte persönlich weiterempfehlen. Im Mainzer Raum kenne ich noch mehrere Kollegen, die von ihm Einheiten gekauft haben.

Anmerkung der Redaktion: in Dr. Heys Artikel wurden die Bedenken gegen chinesische Produkte u. evt. fragwürdige CE-Zeichen angesprochen. Wenn jetzt ein Vertrieb in Deutschland existiert, sollte dieser die Prüfung gemäß deutschen Anforderungen nachweisen.



Bad Reichenhaller



Unsere Alpen. Unser Salz.

Gewonnen aus den Tiefen der Alpen
und angereichert mit Fluorid und
Folsäure leistet Bad Reichenhaller
MarkenJodSalz einen Beitrag
für eine gesündere Ernährung.

www.bad-reichenhaller.de

Fluorid härtet den Zahnschmelz
und ist daher wichtig für die Zähne.
Bad Reichenhaller MarkenJodSalz
mit Fluorid und Folsäure ist von der
Aktion zahnfreundlich e.V. mit dem
Zahnmännchen ausgezeichnet. www.zahnmaennchen.de





Psychosomatik? Natürlich unterschwellig!

Fortsetzung der Diskussion um die zahnärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung

Offensichtlich bis aufs Äußerste frustriert, dass die intensiven Bemühungen von Hochschule und Bundeszahnärztekammer, die kostenpflichtige Weiterbildung zum Fachzahnarzt für dies und jenes zu implementieren, am Widerstand der Allgemeinzahnärzte gescheitert sind, war Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle, Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde der Universität Heidelberg, in der DZW (Ausgabe 22/12) verbal entgleist. Er bezeichnete die Tätigkeit unserer Assistenten während ihrer zweijährigen Fortbildung zum Allgemein Zahnarzt als „Menschenversuche“ und rückte die jungen Kollegen und ihre Ausbilder so in die Nähe von Joseph Mengele. Außer bei der Vorsitzenden des DAZ Dr. Celina Schätze (Gastkommentar DZW 24/12), die sich diese Diktion unkritisch zu Eigen machte und dafür im Folgeartikel prompt als Zeugin für die Sinnhaftigkeit seiner Bestrebungen vereinnahmt wurde, hatte das für erhebliche Empörung in der zahnärztlichen Öffentlichkeit gesorgt.

In der Ausgabe 33/12 derselben Zeitschrift sieht Staehle zwar keine Veranlassung, sich für seine Entgleisung öffentlich zu entschuldigen, bezeichnet seine Wortwahl aber immerhin als „unglücklich“. Seine ausschweifende Versicherung, es gehe nicht darum, „die Leistungen der Zahnärzteschaft herabzuwürdigen, den Berufsstand in irgendeiner Weise zu diskreditieren oder das Vertrauensverhältnis zwischen Zahnarzt und Patient zu belasten“, ist allerdings scheinheilig. Denn was sollen wir Allgemein Zahnärzte Anderes empfinden, wenn er seine Beleidigungen bekräftigt, indem er nunmehr erklärt, die Ausbildung der Assistenten folge dem „vorwiegend autodidaktischen Prinzip 'Versuch und Irrtum', was für etliche Patienten durchaus nicht ganz ungefährliche Folgen haben dürfte“. Kann man uns ge-

genüber noch herabwürdigender argumentieren?

Während der Ausbildung meiner über die vielen Jahre recht zahlreichen Assistenten fanden weder jemals Behandlungsversuche an Patienten statt, noch erfolgte die Ausbildung autodidaktisch nach dem Prinzip Versuch und Irrtum. Ganz im Gegenteil. Alle Patienten wurden unter meiner Aufsicht und Anleitung auf hohem medizinischen Niveau versorgt. Und für keinen Patienten hat das jemals gefährliche Folgen gehabt. In der erdrückenden Mehrzahl der Praxen läuft die Ausbildung genau so. Punktum. Die von mir ausgebildeten Allgemein Zahnärzte bilden heute ihre eigenen Assistenten in dieser Weise aus. Es ist dieses Vater-auf-den-Sohn-Prinzip, das in den 30 Jahren Zahnheilkunde, die ich überblicke, zu dem nicht zu übersehenden erheblichen Fortschritt in der Mundgesundheit und der Versorgung der Patienten geführt hat. Man macht sich in einer Stadt wie München vielmehr nachgerade Sorgen um den Berufsstand, wenn man täglich füllungs- und kariesfreie Gebisse von Jugendlichen sieht und deutlich zunehmend langfristig sehr gut versorgte Neupatienten untersucht, bei denen es nichts zu therapieren gibt. Und so, wie es heute in der Großstadt aussieht, wird es in absehbarer Zeit im ganzen Lande sein. Vor diesem Hintergrund war es ein großer Fehler, den Zulassungsstopp in den überversorgten Gebieten aufzuheben, der dringend rückgängig gemacht werden muss, damit genug junge Zahnärzte diese meiden. Und wo würden sich Staehles neue Fach Zahnärzte wohl niederlassen? In unterversorgten Gebieten sicher nicht. Ich selbst wurde vor 30 Jahren in einer ordentlichen Praxis zum Allgemein Zahnarzt ausgebildet und habe dort fachgebietsübergreifende Behandlungsprotokolle kennen gelernt, die denen der Hochschule nicht nur immer

noch deutlich überlegen, sondern noch dazu in der Breitenversorgung auf hohem medizinischen Niveau praktikierbar und bezahlbar sind. Das kann man von den meisten hochschulseitig gelehrteten Protokollen ja nun wirklich nicht behaupten. Ich denke, dass der Blick vieler Hochschullehrer auf die Qualitäten der allermeisten

BVAZ-Beiträge in Forum 111

Seite 26 – Dr. Roland Kaden:
Ethik- vs. Monetik-basierte Zahnheilkunde

Seite 28 – Dr. Michael Loewener:
EU-Demokratie – Hoffnung oder postdemokratischer Filz

Seite 30:
**BVAZ-Mitgliederversammlung
 17.11.2012 in München**

Seite 31 – Dr. Dr. Rüdiger Osswald:
Transapikale Endo-Therapie ist ein Fortschritt, NaOCl ein Rückschritt

Seite 33 – Dr. Dr. Rüdiger Osswald:
**Die alten und die neuen Meister –
 Replik von Dr. Osswald auf Prof.
 Gängler**

Seite 35 – Dr. Jürgen Simonis:
**Ohne Moos nix los:
 Umgang mit der neuen GOZ**

Niedergelassenen durch die eigene Klientel getrübt ist, die ja eine ganz spezielle Auswahl darstellt. Denn wer sind diese Patienten, die sich – außer in der Kieferchirurgie – freiwillig an der Universität behandeln lassen? Wenn ich allein die wenigen erinnere, die ich ihr zugewiesen habe ...

Natürlich gibt es Negativbeispiele. Die gab es immer und wird es immer geben. In welchem Berufsstand gibt es die nicht? Zahnärzte sind keine besseren Menschen. Ob jemand zum verantwortungsvollen Allgemeinzahnarzt oder zum Pfuscher heranreift und praktiziert, ist im Wesentlichen eine Talent- und Charakterfrage. Und diese sind durch die Ausweitung des betreuten Arbeitens an der Hochschule auf die allgemeinzahnärztliche Praxis, so wie Kollege Staehle es sich offensichtlich vorstellt, nicht beeinflussbar. Im Übrigen gibt es, anders als von Staehle immer wieder behauptet, kein „zäh verteidigtes standespolitisches Dogma, das besagt, dass ein frisch approbierter Zahnarzt auf der Stufe eines Facharztes für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde anzusiedeln ist“. Es gibt vielmehr die berechnete Forderung, dass die Hochschule sich nicht in der postgraduierten Weiterbildung verzetteln, sondern ihre Energien neben der Forschung allein darauf richten soll, einen approbierten Zahnarzt zu entlassen, der in einer Weise berufsfertig ist, dass er von erfahrenen Kollegen in mindestens zweijähriger Fortbildung zum Allgemeinzahnarzt weitergebildet werden kann. Das ist ein himmelweiter Unterschied. Immerhin hat die auf diesen kleinen medizinischen Fachbereich beschränkte zahnmedizinische Hochschule dafür ganze 11 Semester Zeit. Wenn die Ausbildung zum Augenarzt genau so strukturiert wäre, stünde am Ende der zweijährigen Weiterbildung ohne jeden Zweifel ein Facharzt für Augenheilkunde.

Gegen eine Strukturierung und Verlängerung der Weiterbildungszeit zum Allgemeinzahnarzt auf 3 Jahre in mindestens zwei unterschiedlichen Praxen ist von unserer Seite prinzipiell nichts einzuwenden. Die Möglichkeit, die eigene Ausbildungszeit selbst auf bis zu 5 Jahre zu verlängern, wurde schließlich nicht umsonst geschaffen und wird von einer großen Zahl der Assistenten freiwillig genutzt. Doch was hat die Universität damit zu tun? Nichts. Mit der Approbation geht die Verantwortung für die Fortbildung der Assistenten auf uns Allgemeinzahnärzte über. Was ist denn beispielsweise aus dem Vorschlag des damaligen Präsidenten der DGZMK Hoffman geworden, uns Niedergelassene an die Universität zu holen? Nichts. Und warum nicht? Man will uns da gar nicht haben. Man bleibt lieber unter sich, weil man im Elfenbeinturm überzeugt ist, das allein viel besser zu können. Wenn also strukturierte Assistentenzeit, dann kann und muss sie von erfahrenen Allgemeinzahnärzten organisiert und durchge-

führt werden. Denn nur so werden die jungen Kolleginnen und Kollegen die Protokolle erlernen, mit denen man in der allgemeinzahnärztlichen Praxis eine fachgebietsübergreifende Breitenversorgung auf hohem medizinischen Niveau garantieren kann, die auch finanzierbar ist. Das können die Hochschullehrer doch gar nicht leisten. Sie können allenfalls den Ausbildern die jeweiligen Protokolle ihrer kleinen Spezialgebiete vorstellen, die diese, nachdem sie sich zweifelsfrei als medizinisch sinnvoll erwiesen haben, anschließend in erfolgreich praktikierbare, synoptische Zahnheilkunde übersetzen. Wem nützen verkomplizierte Spezialistenprotokolle, die die gesetzlichen Versicherer nicht finanzieren und die sich die erdrückende Mehrheit der Versicherten privat nicht leisten können?

Ansonsten steht in diesem Aufsatz leider wieder nichts Neues. Staehle wiederholt gebetsmühlenartig seine Positionen und zitiert von den von Allgemeinzahnärzten und Standespolitikern vorgebrachten Argumenten, die seine Thesen widerlegen, nur diejenigen, die er negativ besetzen kann. Auf unsere vielfach vorgebrachten überzeugenden fachlichen Argumente geht er mit keinem Wort ein. So negiert er unseren Hinweis, dass die Ärzte alles andere als glücklich über die Aufsplitterung ihres Berufsstandes sind, da sie lediglich zu bitteren Verteilungskämpfen zwischen Allgemein- und Fachärzten geführt hat, weshalb sie diese am liebsten ungeschehen machen würden. Kein Wunder, dass sie uns für unsere Geschlossenheit beneiden. Und er verweigert die Antwort auf unsere Frage, wie er sich denn die Honorierung seiner Fachzahnärzte vorstellt. Aber er verweist in einem anderen Zusammenhang auf das „Weißbuch 2 Zahnmedizin“, in dem der Anspruch auf Besserhonorierung der Fachzahnärzte aus dem gemeinsamen Honorarpool bereits erhoben wird. Wie hat noch die Bundeskanzlerin ihre ablehnende Haltung neulich abschließend formuliert? Nicht solange ich lebe! Auf unsere nicht verhandelbare Forderung, dass Fachzahnärzte wie bei den Ärzten nur auf Überweisung durch einen Allgemeinzahnarzt tätig werden dürfen, geht Staehle auch in diesem Aufsatz wieder nicht ein.

Am Anfang seiner Visionen steht eine zweijährige Assistentenzeit (außer KFO) unter Supervision von Hochschullehrern. Daran anschließend sollen 80 bis 90 % aller Zahnärzte niederschwellig Zusatzbezeichnungen in den Bereichen Alters- oder Milchzahnkunde, sowie Endodontie oder auch Psychosomatik erwerben. Die

verbleibenden 10 bis 20 % der Kollegen sollen hochschwellig zu Fachzahnärzten für KFO, Oralchirurgie, Zahnerhaltung, Prothetik und Parodontologie weitergebildet werden. Alle Weiterbildungen werden selbstverständlich kostenpflichtig von Hochschullehrern begleitet, die nach eigenen Angaben heute schon durch die Studentenausbildung überlastet sind. Sie verfügen zwar über kein Gesamtbild von synoptischer Zahnheilkunde und fragen sich selbst, wer diese denn lehren könnte (siehe „Weißbuch 2 Zahnmedizin“), sind aber im Widerspruch dazu davon überzeugt, dass allein nur sie gute Zahnheilkunde lehren können.

Wie unausgegoren diese Visionen sind, zeigen folgende Beispiele:

Ausgerechnet die Zusatzbezeichnung Psychosomatik, die ja die Schwierigste aller Disziplinen ist und die umfassendste zahnheilkundliche Bildung und Erfahrung erfordert, kann niederschwellig erlangt werden. Wenn ich mir überhaupt einen weiteren Fachzahnarzt vorstellen kann, dann ist das einer für Psychosomatik, dem Stiefkind der Zahnheilkunde. Dieser müsste jedoch vor seiner Weiterbildung zum Fachzahnarzt über eine mindestens 10jährige praktische Erfahrung als niedergelassener Allgemeinzahnarzt verfügen, um die psychosomatischen von den somatischen Fällen sicher unterscheiden und beide sicher gegen die psychiatrischen abgrenzen zu können. Welche Hochschullehrer können das überhaupt flächendeckend lehren?

Im niederschweligen Weiterbildungsbe- reich sind auch die Endodontie, die Milchzahnkunde sowie die Alterszahnheilkunde angesiedelt. Wenn Patienten in diesem Fachbereich somit bereits von niederschwellig weitergebildeten Zahnärzten versorgt werden, wen will dann der hochschwellig weitergebildete Fachzahnarzt für Zahnerhaltung überhaupt behandeln? Zur Erbringung welcher Leistungen sollte ihm ein Kollege Patienten zuweisen? Füllungen, Inlays und Einzelkronen vielleicht, die die Basisleistungen des gemeinen Allgemeinzahnarztes darstellen? Die Patienten sieht er doch niemals wieder! Und nur weil sein langjähriger Patient in die Jahre kommt, soll ihn der behandelnde Zahnarzt plötzlich an einen niederschwellig weitergebildeten Kollegen mit Zusatzbezeichnung Alterszahnheilkunde abgeben? Und wohin schickt der niederschwellig weitergebildete Kollege mit Schwerpunkt Milchzahnkunde einen älteren Patienten, der eine Wurzelkanalbehandlung

braucht? Zu seinem niederschweligen Kollegen mit Schwerpunkt Alterszahnheilkunde, oder doch lieber zu jemandem mit niederschwelligem Schwerpunkt Endodontie, oder – man weiß ja nie – besser gleich zum hochschweligen Zahnerhalter? Sorgen mache ich mir, ehrlich gesagt, um bestimmte Patienten von Professor Staehle. Wird er als hochschwelliger Fachzahnarzt für Zahnerhaltung, der sich nach eigenen Angaben aber nicht für Wurzelkanalbehandlungen zuständig fühlt, dem aber zumindest der Laie die Beherrschung des gesamten Spektrums der Zahnerhaltungskunde zutraut, den Schneid haben, an einen niederschweligen Kollegen mit Zusatzbezeichnung Endodontie zu überweisen? Oder wird er, um nicht an Gesicht zu verlieren, vielleicht doch lieber selbst behandeln? Und wenn ja, bestünde dann nicht die Gefahr, dass das für diese Patienten gefährliche Folgen haben könnte? Fragen über Fragen. Wie dem auch sei. Prof. Staehle, Zahnerhaltung, auf jeden Fall hochschwellig, die Professoren Hülsmann und Schäfer, Endodontie, niedrigschwellig, dafür Professor Schlagenhauf, Parodontologie, wiederum hochschwellig. Da weiß wenigstens jeder, wo er in der neuen Hierarchie steht. Oder sind Professoren per se alle schon überschellig, ja vielleicht sogar hyperschwellig? Für die Tätigkeit der anderen neuen Fachzahnärzte lassen sich leicht ähnlich abstruse Beispiele finden.

Was ist überhaupt mit der Funktion? Ist das Wissen darum angeboren, oder ist sie vielleicht so einfach, dass es nicht einmal einer niederschweligen Weiterbildung bedarf? Oder schicken wir die Funktions- und CMD-Fälle jetzt alle zum niederschweligen Psychosomatiker? Werden sich wenigstens die hochschweligen Fachzahnärzte für Prothetik, Zahnerhaltung, Parodontologie und KFO damit auskennen? Die gestörte Funktion beeinflusst schließlich alle Fachbereiche negativ und ist erheblich mitverantwortlich für die Entstehung und Verschlimmerung zahlreicher Krankheitsbilder. Wird sie hochschulseitig vielleicht gerade deshalb so massiv unterschätzt, weil sie fachgebietsübergreifend wirkt? Warum soll es eigentlich keine niederschwellig weitergebildeten Kollegen mit Schwerpunkt Parodontologie oder Prothetik geben? Sind diese kleinen Fachbereiche in Staehles Augen viel zu schwierig, um sie niederschwellig weitergebildeten Allgemeinzahnärzten anvertrauen zu können? Was wird der Hochschwellige dürfen, was der Niedrigschwellige nicht darf? Soll es vielleicht Leistungen geben, die nur die Hoch- und Oberschweligen abrechnen dürfen?

Das scheinen mir die Gretchenfragen. Und die Antwort darauf steht auch bereits im „Weißbuch 2 Zahnmedizin“ geschrieben: Die Hochschule ist bemüht, eine neue, von ihr allein weitergebildete elitäre Ebene zwischen sich und uns Allgemeinzahnärzten einzuziehen, die als „Hauszahnärzte mit eingeschränktem Behandlungsspektrum bezeichnet werden“. Und innerhalb dieser Ebene werden diejenigen Patienten selektiert und untereinander überwiesen, die über das notwendige Geld verfügen, die von der Hochschule als allein lege artis anerkannten Protokolle zu bezahlen, muss man nur noch anfügen. Denn ein Schuh wird aus all diesen Plänen nur dann, wenn der Allgemeinzahnarzt ausgeschaltet wird, die Fachzahnärzte direkt aufgesucht werden können, und man sich die Patienten dann gegenseitig zuweisen kann. Ansonsten würden die neuen Fachzahnärzte nämlich ratz fatz pleitegehen. Die niederschwellig zu erwerbenden Zusatzbezeichnungen sind dabei nur schmückendes Beiwerk, um den Rubel ins Rollen zu bringen und uns Allgemeinzahnärzten Sand in die Augen zu streuen, damit wir die Bildung einer solchen Fachzahnarzteleite durchwinken.

So ist es dann nicht überraschend, dass für Staehle der Überweisungszwang außerhalb der Diskussion steht, und seine 10-20 % an gewünschten Fachzahnärzten ziemlich genau mit dem Prozentsatz von Patienten korreliert, die entweder privat versichert sind oder ansonsten über die notwendigen Mittel verfügen, um die Leistungen der Hochschweligen nachfragen und bezahlen zu können.

Weiß Staehle denn nicht, dass sich zwei Drittel der hochschweligen amerikanischen Endodontologen inzwischen vorstellen können, auch Implantate zu setzen? Es entbehrt schließlich nicht einer gewissen Logik (und Komik), sich auch die Anschlussbehandlung zu sichern, wenn die Wurzelkanalbehandlung mit anschließender Wurzelspitzenresektion unter dem Mikroskop wegen des mangelhaften Desinfektionsprotokolls nicht den lediglich erhofften zahnerhaltenden Erfolg gebracht hat. Das Geschäft scheint irgendwie nicht mehr so gut zu laufen. Kein Wunder vor dem Hintergrund, dass die mechanische Wissensexplosion in der Endodontie der letzten 20 Jahre nicht zu einer Verbesserung, sondern – wie die skandinavische Epidemiologin Prof. Dr. Lise Lotte Kirkevang auf dem Quintessenz Endodontie-Symposium 2012 in Berlin vorgetragen hat – zu einer Verschlechterung der Performance geführt hat. Schöne neue Welt!

Staehles Überlegungen sind mit Blick auf die weitere Verbesserung der zahnmedizinischen Breitenversorgung auf hohem medizinischen Niveau nicht zielführend. Dafür ist der Fachbereich Zahnheilkunde schlicht und einfach zu klein. Viel sinnvoller ist es, die Forderungen der Allgemeinzahnärzte zu erfüllen und alle Energien darauf zu konzentrieren, die Assistenten in einer von erfahrenen Allgemeinzahnärzten begleiteten Fortbildung zum kompetenten Allgemeinzahnarzt auszubilden, der über ein Gesamtbild von Zahnheilkunde verfügt, das ihn in die Lage versetzt, fachgebietsübergreifend erfolgreich zu therapieren.

Die bereits Niedergelassenen gilt es in ihren Pflichtfortbildungen fachgebietsübergreifende Protokolle zu lehren, die bei verbessertem Therapieergebnis für alle Patienten erreichbar sind. Immer komplizierte Protokolle zu entwickeln, die sich nur eine Minderheit leisten kann, ist offensichtlich nicht besonders schwierig. Es wimmelt nachgerade von Fortbildungen, in denen sie gelehrt werden. Viel schwieriger ist es, fachgebietsübergreifende Protokolle zu beschreiben, die bei verbessertem oder zumindest gleichem Therapieerfolg von jedem Allgemeinzahnarzt sofort praktisch umgesetzt werden können. Um solche Protokolle zu entwickeln, müsste die Hochschule jedoch mit erfahrenen niedergelassenen Allgemeinzahnärzten kooperieren. Dadurch, dass sie sich verweigert und selbstzentrierte Ziele verfolgt, behindert sie den zahnmedizinischen Fortschritt mehr, als sie ihn fördert. Für die wenigen verbleibenden Sonderfälle stehen schon heute genügend Kollegen bereit, die sich keine nieder- oder hochschwellige theoretische Expertise, sondern vielmehr einen Ruf durch ihre praktische Tätigkeit in ihrem Spezialgebiet erworben haben, so dass man gerne an sie überweist, weil man die Patienten anschließend auch wieder sieht.

Halt, etwas Neues gab es doch in Staehles Text: Er bringt, wenn ich das richtig verstehe, so ganz deutlich wird das nicht, ein praktisches Jahr wie bei den Ärzten ins Gespräch. Das ist mal eine geniale Idee: Die Assistenten erst einmal ein Jahr für Gotteslohn in von der Hochschule auserwählten Lehrpraxen malochen lassen. Da buche ich doch gleich zwei! Aber werde ich als ausreichend hochschulgewogen eingestuft werden, um zu den Auserwählten zu zählen?

Dr. Dr. Rüdiger Osswald, München
Geschäftsführer des BVAZ



Ethik- versus Monetik-basierte Zahnheilkunde Generelle Überlegungen zur zahnärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung

In einem Gastkommentar in Die Zahnarztwoche (DZW) 22/12 hat Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle, Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde der Universität Heidelberg, in einer unsäglichen Art und Weise über die Fortbildung der Allgemein-zahnärzte nach Approbation zum Zahnarzt polemisiert. Dabei scheute er nicht vor dem Vergleich zahnärztlicher Behandlung mit Menschenversuchen zurück.

Still und heimlich arbeiten also, nachdem die Implementierung weiterer Fachzahnärzte scheiterte, die Lobbyisten der Hochschule weiter an der Aufsplitterung unseres Fachgebiets. Es wird geflissentlich übersehen, dass die universitäre Aufsplitterung didaktische Gründe hat, die nicht der praktischen Realität entsprechen. Die Aufsplitterung würde langfristig zur Verteuerung der einzelnen Teilbereiche der Zahnmedizin und zu Verwerfungen in der Versorgung der Bevölkerung führen. Die dann zu befürchtende Patientenselektion passt ebenso wenig zu unserem Beruf, wie die vorgetragenen Menschenversuche. Die diesbezügliche Diffamierung unseres Berufsstands ist ungeheuerlich und in ihrer Zielsetzung offenkundig. Die Heranziehung des Vergleichs mit dem Dritten Reich disqualifiziert den Verfasser eigentlich per se für weitere Gespräche.

Der BVAZ wendet sich gegen weitere Spezialisierungen und die Aufsplitterung unseres Berufsstands. Im Interesse unserer Patienten fordern wir eine sachliche Diskussion über die zahnmedizinische Aus-, Fort- und Weiterbildung. Vordringliche Aufgabe der universitären studentischen Ausbildung muss die umfassende Ausbildung zum berufsfertigen Zahnarzt sein. Das ist Aufgabe der Hochschulen! Hohle in den Zeitgeist passende Floskeln von Struktur und Curricula sowie der Verpflichtung zum lebenslangen Lernen, die Qualität vorgaukeln sollen, sind da fehl am Platz.

Es kann nicht sein, dass Hochschullehrer ihren Lehrverpflichtungen nicht nach-

kommen, aber postuniversitär diese Aufgabe für ihre ehemaligen Studenten kostenpflichtig nachholen wollen. Die längst überfällige Novellierung der Approbationsordnung muss weiterhin den berufsfertigen und –fähigen Zahnarzt zum Ziel haben. An diesem Ausbildungsqualitätskriterium darf nicht gerüttelt werden. Die Hochschullehrer müssen sich, anstatt sich Gedanken über die Fort- und Weiterbildung zu machen, auf ihre von der Gesellschaft gestellten Aufgaben in der zahnärztlichen Ausbildung konzentrieren.

An der Universität werden die zahnärztlichen Leistungen unter anderen Prämissen erbracht, als dies uns freiberuflich als Allgemeinzahnärzte Tätigen möglich ist. Im Gegensatz zur Universität unterliegen wir verschiedenen berufsrechtlichen Regelungen, dem Zahnheilkundengesetz, der Approbationsordnung, dem Sozialgesetzbuch V (SGB V), der Weiterbildungsordnung und der Berufsordnung. Abgehobene universitär entwickelte Praxisprotokolle sind betriebswirtschaftlich und unter realen Praxisbedingungen nicht umsetzbar. Ein „schlechter“ Zahnarzt wird langfristig in der Praxis nicht erfolgreich sein. Andererseits kann er an der Universität theoretisierend „Hervorragendes“, aber eben praktisch nicht Umsetzbares leisten.

Für alle Zahnärzte besteht die Pflicht zur fachlichen Fortbildung. Diese ergibt sich aus dem § 95 d des SGB V. So müssen alle Vertragszahnärzte sowie angestellte Zahnärzte innerhalb von 5 Jahren 125 Fortbildungspunkte nachweisen. Dazu können Tagungen, Hospitationen, Literaturrecherche, Präsenzveranstaltungen, Qualitätszirkel, Curricula, Schulungen dienen, die fachübergreifendes Wissen und klinisch-praktische Fähigkeiten vermitteln. Laut Leitsätzen der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) sind rein produktbezogene Informationsveranstaltungen davon ausgeschlossen. Erbringt ein Vertragszahnarzt den Fortbildungsnachweis nicht, wird ihm das Honorar aus vertragszahnärztlicher Tätigkeit für ein Jahr um 10 %, danach um 25 % gekürzt. Erbringt er auch weiterhin keinen ausreichenden Fortbildungsnach-

weis, kann ihm die Kassenzulassung entzogen werden. In den Berufsordnungen der Zahnärztekammern wird geregelt: „Der Zahnarzt, der seinen Beruf ausübt, ist verpflichtet, sich in dem Umfang beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zur Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten notwendig ist.“ Daneben gibt es noch Leitsätze zur zahnärztlichen Fortbildung seitens der BZÄK und der DGZMK, die Ähnliches zum Inhalt haben.

Für den BVAZ wäre es denkbar, die sog. Vorbereitungszeit auf drei Jahre auszuweiten, wobei, im Interesse einer möglichst vielschichtigen Vervollkommen der Fähigkeiten, diese in mindestens zwei verschiedenen Praxen absolviert werden sollte. Das hätte den Vorteil, dass der Zahnarzt wahrscheinlich ein größeres Spektrum der Zahnmedizin unter verschiedenen Gesichtspunkten kennenlernen würde.

Was versteht Prof. Staehle unter strukturierter Fortbildung? Unter welchen Gesichtspunkten sollen diese Fortbildungen und die Supervisionen ablaufen? Man kann die Universitätsprotokolle aus o.g. Gründen nicht ohne weiteres auf die Praxis übertragen. Es kann nicht sein, dass die Hochschulen diese Protokolle festsetzen. Dazu bedarf es, will man die zahnärztliche Versorgung nicht gefährden, statt sie zu verbessern, der Entwicklung praxistauglicher Konzepte der Fortbildung. Diese lassen sich nicht allein in der Hochschule entwickeln.

Von den Hochschullehrern wird eine Wissensexplosion in der Zahnmedizin als Notwendigkeit einer spezialisierten Fortbildung angegeben. Die Neuerungen sind aber im Wesentlichen technischer und materieller Art. Sie sind nicht Bestandteil zahnmedizinisch neuen Praxiswissens.

Jeder halbwegs begabte Zahnarzt kann das Fachgebiet der Zahnmedizin mit Hilfe der ohnehin vorgeschriebenen Fortbildung beherrschen, Wissensexplosionen, die neue Fachgebiete hervorbringen, sehen anders aus.

Rechtlich ist zu beachten, dass ein höchst-richterliches Urteil festlegt, dass ein Fach-

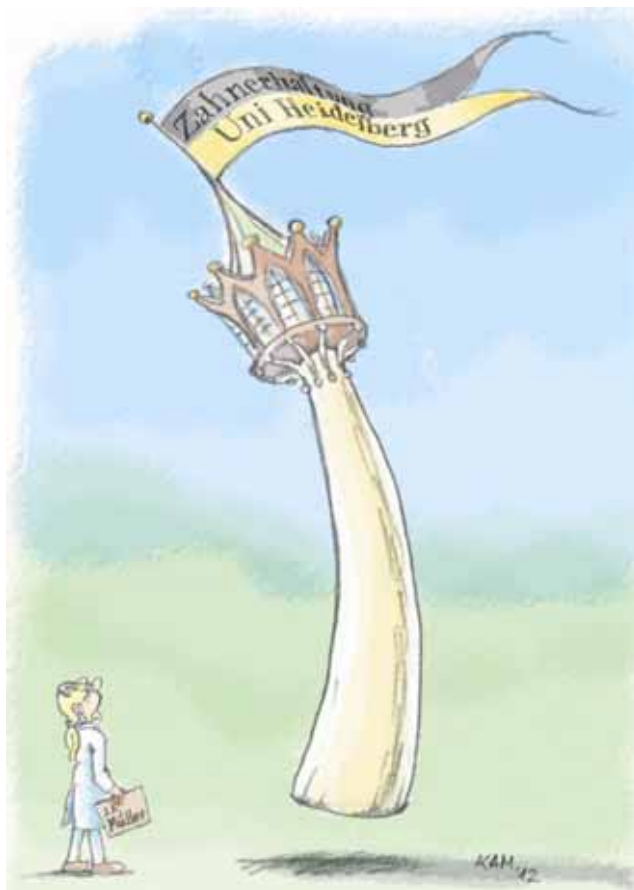
arzt nur in seinem Fachbereich und auf Überweisung tätig werden darf. Unstrittig und ungeachtet aller Einwände gegen weitere Spezialisierungen bedeuten diese in unserem System eine weitere Verteuerung der Gesundheitsleistungen.

Tätigkeitsschwerpunkte (Tätigkeitsschwerpunkt ist die Spezialisierung in einem Fach, nach Staehle z. B. Alterszahnheilkunde in der Prothetik) und Spezialisierungen müssen nicht geregelt werden. Ein weiteres höchstrichterliches Urteil schränkt die mögliche Selbstbezeichnung als Spezialist stark ein, weil der Begriff in hohem Maße vom tatsächlichen Behandlungsspektrum und Umfang der ausgewiesenen Spezialbehandlungen abhängig ist. Um sich auf Tätigkeitsschwerpunkte vorzubereiten, werden von Fachgesellschaften und Kammern auch so genannte Curricula angeboten.

Das sind strukturierte Lehrprogramme mit Ausbildungsmodulen, die einen systematischen Kompetenzerwerb anstreben. Also eine umfassende Fortbildung zu einem möglichen Tätigkeitsschwerpunkt. Künftig wird angestrebt, bei Curricula einen Anteil praktischer Ausbildung von 20-80 % zu haben, der in bestimmten Praxen absolviert werden soll. Die Fortbildung läuft dann theoriebegleitet.

Hier muss auch auf ein gewisses Maß der Eigenverantwortung des Zahnarztes gesetzt werden. Beispielsweise ist das Praxisschild frei für sachliche Angaben, die der Patienteninformation dienen. Einschränkung: Den Begriff Tätigkeitsschwerpunkt darf nur verwenden, wer auf diesem Gebiet nachhaltig tätig ist und das der Kammer angezeigt hat. Maximal 3 Tätigkeitsschwerpunkte können angezeigt werden. Zugelassen sind nur sachliche, nachprüfbare, der Patienteninformation dienende Informationen, keine irreführenden Angaben.

Weiterhin gibt es einige Zusatzqualifikationen, die auf Grund eines Postgraduierstudiums erworben werden können. Dazu zählt vor allem der Master-Titel einer Hochschule oder Universität, der teilweise durch Vermittlung von Fachgesellschaften ermöglicht wird. Im Gegensatz zu einer universitären Weiterbildung ist diese Ausbildung, die nebenberuflich absolviert



wird, sehr theorielastig und hat eine sehr heterogene Qualität. Masterstudiengänge können eine umfassende praktische Fähigkeit nicht vermitteln und damit eine echte Fortbildung nicht ersetzen. Die Relation zwischen Kosten und Lehrangebot ist meist sehr ungünstig. Durch die Kosten bedingt können sich die postgraduale Ausbildung nur jene Kollegen erlauben, die schon über hinreichende finanzielle Mittel verfügen oder bereit sind, Kredite aufzunehmen. Die Kosten müssen später wieder erwirtschaftet werden. Dadurch kommt es zu einer starken Selektion des Klientels. Da sind wir dann bei einem anderen Thema, der Ethikfalle des Praxiskonzepts. Von zahlreichen Beratern wird dem Träger des teuren Mastertitels ein ausgefeiltes, kompromissloses, durchdachtes Praxiskonzept empfohlen – mit anderen Worten eine Monetik-basierte BWL-Mehrumsatzstrategie, ausgerichtet auf eine eng umschriebene Zielgruppe gut betuchter Patienten. Gute Zahnheilkunde für Alle – das Motto einer Ethik-basierten medizinischen Praxis – bleibt auf der Strecke.

Die inflationär zunehmenden Titel und Phantasiepraxisadressen, Homepages und Zertifikate waren in der Vergangenheit nicht ausschlaggebend für die Wahl des

Zahnarztes und werden bei der Zunahme prekärer Arbeitsverhältnisse in der Breitenversorgung auch künftig keine Rolle spielen, allen Marketingbestrebungen, Patientenbindungsversprechungen und Bestrebungen der Dentalindustrie zum Trotz.

Der Lobbyist zahnärztlicher Spezialisierungen Jürgen Pischel schrieb in 2010, dass es innerhalb der DGZMK Fachgesellschaften gebe, die sich nur zusammenschlossen hätten, um über diesen Weg Voraussetzungen zu definieren, die Zahnärzte erfüllen müssen, um bestimmte Leistungen abrechnen zu dürfen. Über die technische Ausstattung sollen Selektionsfakten geschaffen werden. „Wenn es kein wirkliches Honorar für endodontische und parodontologische Behandlungen gebe, müsste die Entwicklung dahin führen, dass nur der Spezialist behandeln dürfe. So gebe es wenigstens etwas Geld für wenige.“

Diese Aussage eines Lobbyisten gipfelt in der jetzt von Prof. Staehle getätigten Aussage von Menschenversuchen am Patienten. Daran ändert sich faktisch auch nichts, wenn Prof. Staehle Ende August auf öffentlichen Druck hin seine Wortwahl „Menschenversuche“ als „unglücklich“ bezeichnet; entschuldigt hat er sich dafür nicht.

Dr. Roland Kaden, Heide
Vizepräsident des BVAZ

Tag der Zahngesundheit 2012



In diesem Jahr stehen die bundesweiten Aktionen rund um den 25. September unter dem Motto „Gesund beginnt im Mund – mehr Genuss mit 65 plus!“.

Aktionsvorschläge und Infomaterialien gibt es beim Verein für Zahnhygiene in Darmstadt, T. 06151/137 3710, F.1373730, info@zahnhygiene.de.

Kostenlose Materialien speziell zum Thema Fluoridprophylaxe sind erhältlich bei der Informationsstelle für Kariesprophylaxe in Frankfurt, T. 069/24706822, F. 70768753, daz@kariesvorbeugung.de, www.kariesvorbeugung.de.

Die EU-Demokratie

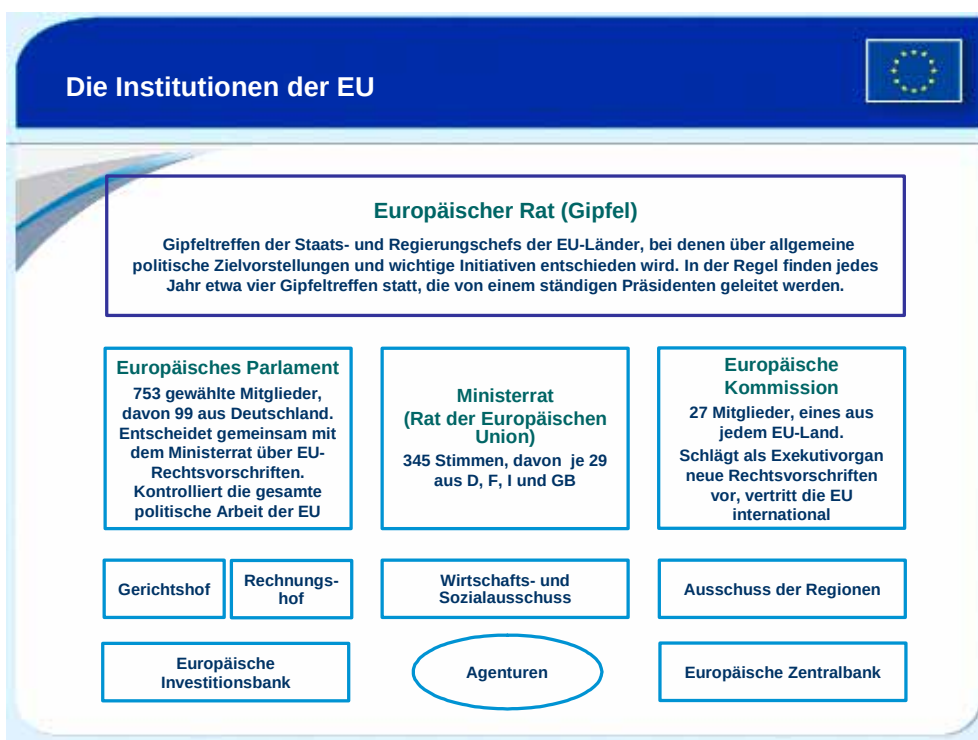
Hoffnung oder postdemokratischer Filz - eine einseitige Betrachtung

von Dr. Michael Loewener, Wedemark

Auf dem langen Weg von der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft zur Europäischen Union steht das Zusammenfließen politischer Strukturen auf der Agenda, das derzeit, denkt man an die Schulden- und Eurokrise und an den drohenden Fiskalpakt, eine kritische Masse erreichen könnte. Das Geschehen wird durch eine europäische Gerichtsbarkeit begleitet, die zusehends und offenbar ohne ernstzunehmenden Widerspruch flankierend und tief in das gewachsene Rechtsgefüge der Mitgliedstaaten eingreift. Dieser vormals schleichende und punktuelle Prozess unterliegt inzwischen einer flächenhaften Selbstbeschleunigung, bei der Zentrifugalkräfte die nationalen Interessen in wirtschaftlicher und politischer Hinsicht immer weiter, schneller und unkontrollierbarer zugunsten einer zentralen EU-Administration an den Rand drängen. Dabei ist eine umfängliche demokratische Legitimation dieses Verwaltungskonglomerates höchst fraglich (nähere Informationen zu den EU-Institutionen unter <http://tinyurl.com/eu-parl-organe>).

Gegenwärtig werden diese Bestrebungen durch den deutschen Außenminister befeuert, der angesichts der EU-Schuldenkrise für die Abgabe weiterer Kompetenzen an „Europa“ plädiert, so als wolle er aufgrund einer bösen Ahnung mit der Kompetenz auch Verantwortung weiterreichen. Mit der Flut immer intensiverer Durchdringung des täglichen Lebens durch Verordnungen, Richtlinien und Entscheidungen, mit denen Brüssel das Gefüge seiner Mitgliedstaaten durchsetzt, tritt ein ungezügelter Zentralismus zutage, den der Normalbürger zunehmend als interessengesteuerte Fremdbestimmung wahrnimmt. Während anfänglich noch die sog. Gurkenverordnung, die den Krümmungsradius von Gurken vorschrieb (inzwischen zurückgenommen) für Unterhaltung sorgte, werden 503 Mio. EU-Bürger inzwischen ungefragt und per Diktat der EU-Kommission genötigt, Abschied von der Glühlampe zu nehmen, um gleichzeitig Raum für Ersatzprodukte zu schaffen, die bis zu 5 mg reinen Quecksilberdampfes enthalten. Dass Hersteller wie Philips und Osram (Beide produzieren ihre Leuchtmittel natürlich in China) der EU-Arbeitsgruppe angehörten, ist ein offenes Geheimnis. Später mehr zum

Lobbyismus. Da wirkt es schon grotesk, dass das gebundene Quecksilber aus Amalgamfüllungen aufwendig und kostenintensiv abgeschieden und der Verbleib dokumentiert werden muss. Gleichzeitig darf in Deutschland nach wie vor Klärschlamm auf Ackerböden verteilt werden, der neben Pharmarückständen, Schwermetallen und einem undefinierbaren Chemiemix eine Vielfalt von zum Teil multiresistenten Erregern enthält, die den Bürgern früher oder später im Grundwasser oder gar im Krankenhaus erneut begegnen werden. Ein unhaltbarer Zustand, der beispielsweise in der Schweiz längst verboten ist, und bei dem sich die Frage stellt, weshalb die EU-Bürokratie ausgerechnet auf diesem Gebiet Bürgerferne zeigt. Ein Blick auf den EU-Haushalt gibt Auskunft. Die beiden wichtigsten Ausgabenposten bilden die Agrarpolitik sowie die Regionalpolitik der Europäischen Union, die jeweils rund 35 % des Gesamtetats (annähernd 140 Mrd. €) verschlingen. Interessant zu wissen, dass zu den Großbeziehern von EU-Agrarsubventionen vornehmlich Großbetriebe, aber auch Konzerne wie beispielsweise Lufthansa und RWE gehören. Gewusst, wie! Bereits 2009 berichtete die „Süddeutsche“ über Subventionsinstrumente, zu deren größten Profiteuren auch Nahrungsmittelkonzerne wie beispielsweise Nestlé, Südzucker und Müller-Milch



© Europäische Union, 1995-2012 (mit redaktionell erweiterten Angaben u. Farbänderung)

gehören. Auch in den Bau von Molkereien und Groß-Schlachthöfen fließen EU-Millionen. Zusätzlich locken Subventionen für den Export, um Lebensmittel billiger auf dem Weltmarkt anbieten zu können. Greenpeace berichtet aktuell von Subventionen für die EU-Fischereiflotte, die vor der Küste Afrikas mit ihren „schwimmenden Fischfabriken“ die Fanggründe plündert. Von 1996 bis 2006 sollen danach bis zu 6,4 Mio. € EU-Subventionen für ein einziges Schiff geflossen sein. Für Direkthilfen und marktbezogene Ausgaben (was immer das sein mag) werden allein 44 Mrd. Euro fällig, von denen über 6 Mrd. € nach Deutschland zurückfließen.

Subventionierung eines Verdrängungswettbewerbs

Die ursprüngliche Idee von einem gemeinsamen Wirtschaftsraum steht neben dem wackeligen Traum von einer politischen Einheit nach wie vor im Zentrum der Überlegungen der EU. So lassen sich in dem gleichermaßen schwammig wie unverbindlich formulierten Arbeitsprogramm der EU-Kommission für das Jahr 2012, in dem mehr als 120 Lebensbereiche erfasst werden, immer wieder Formulierungen finden wie „Stärkung der Wirtschaftskraft“, „Förderung von Innovationen“, „reibungsloseres Funktionieren des Binnenmarktes und des internationalen Handels“, „Förderung der Forschung und Innovation in der Arzneimittelindustrie“, „Rechtsvorschriften über Tier- und Pflanzengesundheit und Vermehrungsgut für Pflanzen“ (herzliche Grüße vom Gen-Multi Monsanto!). Regeln sollen „modernisiert, vereinfacht und gestrafft werden, um ... die Innovationskraft und Wettbewerbsfähigkeit der entsprechenden Wirtschaftszweige zu stärken“. Es geht um ein „einfacheres und flexibleres Vorschriften-system im Bereich Tiergesundheit in der EU ... was zu geringeren wirtschaftlichen Verlusten durch Krankheitsausbrüche führen soll“ (Gemeinschaftsgrüße von der Pharmaindustrie und Schweinemästern!), um die „Erhöhung der Wettbewerbsfähigkeit der EU-Sicherheitsindustrie in der Welt“ (die Rüstungsindustrie reibt sich die Hände!), darum, „Marktzugangshindernisse für europäische Exporteure und Investoren in Drittländern zu ermitteln und Strategien auszuarbeiten, mit denen diese Hindernisse beseitigt werden können“, um die „Verwendung von Klonungstechniken zur Lebensmittelerzeugung“ (Grüße von der industriellen Lebensmittelindustrie mit ihren 274.000 Unternehmen!), die „Erhöhung der Verfügbarkeit von Tierarzneimitteln auf dem Markt ... durch Verschlan-kung des Genehmigungsverfahrens für Tierarzneimittel“, die „Vereinfachung der Verfahren für das Inverkehrbringen von Düngemitteln einschließlich neuer Arten von Düngemitteln“ (Pharma- und Chemische Industrie im Glück!).

Damit mag es genug sein mit der Aufzählung von Wirtschaftsförderungsinitiativen der EU, die sich, wenn es der Kommerz erfordert, auch gegen den erklärten Willen der Bevölkerung richten können. So stellt sich beispielsweise die Frage, welchen Mehrwert

die EU-Bevölkerung von dem *Durchführungsbeschluss der Kommission vom 3. August 2012 zur Genehmigung des Inverkehrbringens einer neuartigen Kaubase als neuartige Lebensmittelzutat im Sinne der Verordnung (EG) Nr. 258/97 des Europäischen Parlaments und des Rates und zur Aufhebung des Durchführungsbeschlusses 2011/882/EU der Kommission* zu erwarten hat. Was, um alles in der Welt, hat die Chemikalie „1,3-Butadien-2-ethylhomopolymer, umgesetzt mit Maleinsäureanhydrid, Ester mit Polyethylenglycolmonomethylether“ in Kindermündern zu suchen? Auf Drängen der Nahrungsmittelindustrie genehmigt die Kommission fließbandmäßig das Inverkehrbringen „neuartiger Lebensmittelzusätze“ wie Chrompicolinat, Hefe-Beta-Glucanen, Flavonoide aus Glycyrrhiza glabra L., phosphatierter Maisstärke, Eisen(II)-Ammoniumphosphat, Eisen(III)-Natrium-EDTA, Gamma-Cyclodextrin, Eisen(II)-Ammoniumphosphat, um nur wenige zu nennen.

Schlimmer noch: Eine neue EU-Richtlinie sieht ab Juli 2013 eine Erhöhung der zulässigen Grenzwerte von Blei, Arsen und Quecksilber in Kinderspielzeug vor. Diese Werte würden die zur Zeit in Deutschland gültigen Richtwerte überschreiten. Immerhin klagt die Verbraucherschutzministerin gegen die EU-Kommission – wenn auch mit Verspätung.

Das sind nur wenige Beispiele für unzählige ähnliche Entscheidungen dieser EU im Sinne eines brutalen Marktdurchgriffs industrieller Interessen im Innen- und Außenverhältnis. Aber die EU-Demokratie befasst sich auch mit vernünftigen Problemen, beispielsweise mit dem Fassungsvermögen von Kondomen. Fünf Liter Flüssigkeit müssen bei 16 cm Länge darin Platz finden, berichtet der Brüssel-Korrespondent des SWR – angeblich auf Initiative der Franzosen. Dass auch Länder wie Berlin und Mecklenburg-Vor-

pommern dem SWR zufolge gemäß einer EU-Richtlinie ein Gesetz für die Sicherheit von Seilbahnen erlassen müssen, versteht sich fast von selbst.

Verordnungen und Richtlinien dienen dem Fetisch „Wettbewerb“

Apropos Wettbewerb: In diesem Sinne gibt es eine Planungsaussage, die alle Freiberufler aufhorchen lassen sollte:

„Die Europäische Kommission wendet auf freiberufliche Dienstleistungen die gemeinschaftlichen Wettbewerbsregeln an. Regelungen, die den Wettbewerb in diesem Sektor behindern und nicht durch das Allgemeininteresse gerechtfertigt sind, sollen geändert oder gestrichen werden. Damit wird das Dienstleistungsangebot für den Verbraucher nicht nur wettbewerbsfähiger, sondern gewinnt auch an Qualität. Es geht um Rechtsanwälte, Notare, Wirtschaftsprüfer, Architekten, Ingenieure und Apotheker. Da die Wettbewerbsbeschränkungen im Wesentlichen einzelstaatlicher Art sind, wird ihre Beseitigung auch hauptsächlich Sache der Mitgliedstaaten, ihrer Wettbewerbsbehörden sowie der Berufsverbände sein.“



Was sollte die Planer daran hindern, das Kammerwesen und für unseren Berufsstand die GOZ gleich mit zu schleifen? Die EU-Kommission denkt bereits weiter im Sinne eines ungehemmten Wettbewerbs – auch unter den Freiberuflern.

Freiberuflichkeit gefährdet

Mit dem Vorschlag der EU-Kommission zur Revision der „Berufsanerkennungs- und Abschlussprüfer-Richtlinie“ macht sie deutlich, dass ihr die nationalen Selbstverwaltungs-Systeme der Freien Berufe missfallen. Dabei sollen die EU-Staaten sicherstellen, dass die Zulassung zum Beruf und Prüfungen zukünftig ausschließlich durch staatliche Stellen vorgenommen werden, befürchtet Dr. Ellen Madeker, Vorsitzende der Auslandsgruppe Europa der FDP in einem Aufsatz. Unter dem Deckmantel einer „Deregulierung“ soll der Zugang von „EU-Mitbewerbern“ zu nationalen Märkten gefördert, und bei dieser Gelegenheit sollen auch die Mindestanforderungen an die zahnärztliche Ausbildung gelockert werden, stellt Dr. Madeke in ihrem Artikel zur Zukunft der zahnärztlichen Freiberuflichkeit in Europa fest.

Die viel beschworene Freiberuflichkeit und der Professionsgedanke könnten dabei sehr schnell unter die EU-Räder kommen. Hier wird harte Lobbyarbeit der Bundeszahnärztekammer durch ihr „Büro Brüssel“ erforderlich sein. Ob Ansehen, Einflussmöglichkeiten und nicht zuletzt Finanzkraft des Berufsstandes ausreichen werden, die Entscheider in ihrem Eifer zu bremsen, bleibt angesichts der massiven Präsenz und Marktmacht der Industrie fraglich. Die Interessen der „industriellen Partner“ im Gesundheitsbereich müssen zudem nicht kongruent mit denen der freiberuflichen (Zahn)Ärzteschaft sein! Man darf davon ausgehen, dass die Brüsseler Büros der „Waschmaschinenhersteller“, „Desinfektionsmittelmischer“ und anderer Einrichtungen, die sich um das Wohl der EU-Bevölkerung sorgen, unter Volllast arbeiten, um die Zuarbeiter und Kommissionäre bei förderlichem Ambiente intensiv über die Unverzichtbarkeit ihrer Produkte zu „beraten“.

Ungezügelter Lobbyismus - Berater schreiben Teile von Gesetzen

Und damit sind wir bei einem Kernthema - der Lobbyarbeit bei den EU-Gremien. Anders als durch den Erfolg intensiver Lobbyarbeit ist so manches Entscheidungsergebnis der EU-Behörden (7,9 Mrd. € Verwaltungskosten) mit ihren rund 40.000 Mitarbeitern aus 27 EU-Ländern nicht erklärbar. Dass die Wirtschaft z. T. mit an den Planungstischen sitzt, ist in Brüssel ebenso üblich wie in Berliner Ministerien. Beispiel: Die EU-Kommission hatte eine Lobbyistin für den Vorstand der EU-Lebensmittelbehörde EFSA vorgeschlagen, die zuvor für den US-Saatgutmulti Monsanto gearbeitet hatte. Wie durch Zauberhand gab es die *„Entscheidung der Kommission vom 13. Januar 2006 über die Genehmigung des Inverkehrbringens von aus der genetisch veränderten Maissorte MON 863 gewonnenen Lebensmitteln und Lebensmittelzutaten als neuartige Lebensmittel oder neuartige Lebensmittelzutaten gemäß der Verordnung (EG) Nr. 258/97“*.

Zum umstrittenen Fracking der Ölmultis hält Spiegel-online fest: „EU-Energiekommissar Günther Oettinger hält schärfere Gesetze für die Förderung von Schiefergas derzeit für unnötig.“ Also freie Fahrt für toxische Chemikalien im Grundwasser, wenn der Profit von Weltfirmen es opportun erscheinen lässt? Auch eine verbindliche Einführung der „Ampel-Kennzeichnung“ von Lebensmitteln in Europa ist trotz der Intervention von Ärzte-Organisationen durch die Lebensmittelindustrie - die Branche mit dem umfangreichsten Lobbyapparat in Brüssel - verhindert worden. Die Automobilindustrie hat es geschafft, dass selbst PS-starken „Vorort-

panzern“ umweltfreundliche Verbräuche attestiert werden. Die Liste der Unbegreiflichkeiten ließe sich beliebig verlängern.

Information – Beeinflussung – Vorteilsnahme

Das hässliche Wort von der Bestechung soll hier nicht weiter erörtert werden. Während früher pralle Umschläge in dunklen Nebenzimmern den Besitzer wechselten, gibt es heute intelligentere und kaum angreifbare Problemlösungen. Da werden beispielsweise platete Vorträge gehalten (in der Politik weit verbreitet) und unsinnige Studien im Rahmen der „politischen Landschaftspflege“ gegen Honorar erstellt oder Verträge mit inkompetenten Beratern geschlossen.

Und nun die gute Nachricht: Im Juni 2011 wurde schließlich ein gemeinsames Register der EU-Kommission und des Parlaments unter dem Titel „Transparenzregister“ auf freiwilliger Basis eingeführt. Eingetragen waren 3.937 Lobby-Organisationen. Darunter u.a. 1.023 Wirtschaftsverbände, 503 Unternehmen, 970 Nicht-Regierungsorganisationen sowie 121 Think Tanks. Schätzungen sprechen aber von ca. 15.000 Lobbyisten, die in den EU-Zentren ihrem Geschäft nachgehen.

Demokratie in Gefahr

Neben all diesen Gefahren durch Regelungsdichte und wirtschaftliche Monopolisierung befördern Schulden- und Eurokrise einen politischen Zersetzungsprozess und, noch viel schlimmer, den schleichenden Verlust von Demokratie, wenn über kurz oder lang die demokratisch legitimierte Regierungen durch Verordnungen und Richtlinien der EU oder gar durch einen in seinen Auswirkungen unüberschaubaren Fiskalpakt ausgehebelt werden.

Dr. Michael Loewener, Wedemark, dr.loewener@yahoo.de



Der BVAZ-Vorstand lädt für den 16./17.11.2012 nach München ins Marriott Hotel, Berliner Str. 93, 80805 München, Tel. 089/360020, www.marriott-muenchen.de, in der Nähe des Olympiaparks ein. Am Freitagabend (16.11.2012, ab 19.30 Uhr) ist ein gemütliches Beisammensein; am Samstag wird ab 8.30 Uhr eine 6-stündige Fortbildungsveranstaltung (8 Fortbildungspunkte) angeboten; um 15.45 Uhr startet die nichtöffentliche BVAZ-Mitgliederversammlung. Bei der Fortbildung können Fälle der Teilnehmer besprochen werden (Unterlagen vorher bitte an info@moebius-dental.de schicken).

Thema: „Parodontitis-Infektion oder Fehlentwicklung des oralen Immunsystems? Welche therapeutischen Konsequenzen ergeben sich daraus in der Praxis?“

Referent: Dr. Ronal Möbius, niedergelassener Zahnarzt aus Brühl

Nähere Infos zur Tagung werden noch an alle BVAZler verschickt. Einen ersten Eindruck vom Thema erhalten Interessierte in einem Forum-Beitrag von Dr. Möbius in Forum 111, Seiten 27-29.

Transapikale Endo-Therapie ist ein Fortschritt, Desinfektion mit NaOCl ein Rückschritt

meint Dr.Dr. Osswald in seiner Replik zu
„Transapikale Infektion und Therapie“ von Dr. Schmitt (S. 12-14)

Dr. Paul Schmitts Überlegungen zur Endodontie in diesem Forum haben Dr.Dr. Rüdiger Osswald zu Gegenäußerungen veranlasst. Damit die Leser die verschiedenen Argumente gegenüberstellen können, werden beide Artikel in derselben Ausgabe veröffentlicht.

Lieber Herr Kollege Schmitt,

Vielen Dank, dass Sie meine über viele Jahre in zahllosen Veröffentlichungen und Fortbildungen vorgelegten wissenschaftlichen Belege für die Unhaltbarkeit der momentan gültigen Lehrmeinung in der Endodontie noch einmal zusammengefasst und auf den Punkt gebracht haben.

Sie können sich sicher vorstellen, wie sehr mich Ihr Bericht über die erstaunliche „Wende“ von Professor Schäfer aus Münster gefreut hat: Kaum predigt man 20 Jahre, schon bewegt sich etwas. Ihre Aussage, dieses Konzept sei genau so mutig wie neu, ist vor diesem Hintergrund allerdings nicht aufrechtzuerhalten: Was ist daran mutig, eine bakterielle Infektion überall dort zu bekämpfen, wo sie auftritt, also auch jenseits des Apex? Mutig ist allenfalls, das mit Natriumhypochlorid zu versuchen. Und was ist neu daran, wenn es schon seit mehr als 20 Jahren breitflächig publiziert wird? Es drängt sich vielmehr der Eindruck auf, als stände hier jemand in den Startlöchern, sich mit fremden Federn zu schmücken. Wie dem auch sei. Indem Schäfer die mechanische Aufbereitung betreffend meinen therapeutischen Ansatz nunmehr eins zu eins übernommen hat, ist immerhin der halbe Weg geschafft. Es bleibt zu hoffen, dass es bis zur Übernahme meines Konzeptes der chemischen Aufbereitung nicht weitere 20 Jahre dauern wird, so dass ich die überfällige Auflösung des endodontischen Dilemmas noch erleben kann. Denn seien wir ehrlich: Wenn sich profilierte wissenschaftlich tätige Infektiologen engagiert mit diesem Thema auseinandersetzen würden, wäre es innert eines Jahres erledigt. So ganz neu ist die Erkenntnis nämlich nicht, dass die mechanische Aufbereitung lediglich dazu dient, der chemischen den Weg zu bereiten. Denn immerhin schrieb Otto Walkhoff schon vor einem ganzen Jahrhundert, dass „die mechanische Aufbereitung der Diener der Desinfektion ist“ und nicht umgekehrt.

Ihren Bericht über die brandneuen Thesen von Prof. Schäfer betreffend bleiben allerdings Fragen offen. So berichten Sie, er würde nur dann einen mechanischen Zugang zum Periapex schaffen, wenn *keine* Entleerung von Pus erfolgt. Sind Sie sicher, dass er das genau so formuliert hat? Denn dieses Vorgehen macht doch keinen Sinn: Zum einen muss man ja erst einmal mit einer dünnen Feile Zugang schaffen, damit sich der Pus, den man ja im Röntgenbild nicht sieht, überhaupt aus dem Periapex entleeren kann. Und zum anderen muss man den Zugang ganz im Gegenteil erweitern, falls sich tatsächlich Pus entleeren sollte.

In keiner Weise folgen kann ich, wenn Sie berichten, Kollege Schäfer bemühe sich, den periapikalen Bereich nunmehr mit Natriumhypochlorid zu spülen. Denn immerhin scheint er sich nach Ihren Angaben ja durchaus bewusst zu sein, dass NaOCl bezüglich seiner Fähigkeit zur Gewebsauflösung nicht zwischen totem und lebendem Gewebe unterscheidet. Warum wendet er es dann an lebendem Gewebe an? Kein Wunder, dass er einräumen muss, dass es in Münster regelmäßig zu – zwar bisher – beherrschbaren Zwischenfällen kommt. Es wird nur eine Frage der Zeit sein, bis es zu einem schweren Zwischenfall mit großflächigen Nekrosen kommt, der den betroffenen Patienten auf die Intensivstation befördern wird. Über solch gravierende Nebenwirkungen mit akzidentell jenseits des Apex gelangtem Hypochlorid auch in Konzentrationen von unter 3% wird in der Literatur schließlich zuhauf berichtet (Hülsmann 2008). Noch dazu besteht genau aus diesem Grund für die Anwendung von konzentriertem NaOCl eine Kontraindikation bei offenem Foramen apicale durch das Bundesamt für Arzneimittel. Das bedeutet explizit, dass eine solche Anwendung verboten ist. Dass das Foramen bei der Spülung geschlossen war, kann man doch spätestens dann nicht mehr behaupten, wenn man es vorher selbst eröffnet hat. Was wird wohl im Falle des Falles ein Richter dazu sagen? Man mag vielleicht gerade noch verstehen, dass ein besonders leichtsinniger oder unwissender Kollege in dieser Weise in seiner Praxis verfährt. Aber man kann derartiges doch in keinem Fall lehren und die Kolleginnen und Kollegen damit zur Nachahmung aufrufen.



Warum also unbedingt eine derart nebenwirkungsreiche Lösung zur Anwendung bringen, wenn man mit besserem Erfolg unter erheblicher Einsparung von Behandlungszeit darauf verzichten kann?

Und damit komme ich zu den Widersprüchen in Ihren eigenen Überlegungen, in denen Sie die Tubuli, die 50% des endodontischen Hohlraumsystems bilden, nach wie vor hartnäckig ausblenden. Obwohl Ihnen bekannt ist, dass belastbare wissenschaftliche Belege dafür vorliegen, dass Natriumhypochlorid im Gegensatz zu ChKM gar nicht in der Lage ist, die Tubuli und die Nebenkanäle zu penetrieren, um die dort nachweislich in großer Zahl vorhandenen Bakterien abzutöten (Nair 2005, Lin 2008, Ricucci 2010, Hope 2010), halten Sie zu meinem Erstaunen genau so unbeirrt daran fest wie Hülsmann und Schäfer. Und Ihre ständig wiederholte Aufforderung, neben NaOCl unbedingt auch CHX anzuwenden, macht dieses Desinfektionsmittel in vivo leider auch nicht wirksamer (Russel 1993, Kuruvilla 1998, Haapasalo 2000, Portenier 2002, Wang 2007, Manzur 2007, Portenier 2002). Zudem scheint CHX zur Anwendung jenseits des Apex ungeeignet. So erzeugte seine subkutane In-vivo-Injektion bei Mäusen erhebliche Nekrosen, genau wie bei der Einwirkung auf Fibroblasten in vitro (Faria 2007). Wir müssen uns endlich von dem Gedanken lösen, diese Infektionen allein durch stundenlanges Spülen mit was auch immer beherrschen zu können. Und Sie schreiben ja selbst, dass leider viel zu wenig auf die unabdingbare Langzeitdesinfektion mit potenten medizinischen Einlagen fokussiert wird. Und das – entgegen Ihrer Aussage – schon bei der Vitalextraktion, muss man hinzufügen. Wenn man nämlich in diesem trivialsten Fall einer unkomplizierten Endodontitis mehr erreichen will als die bescheidene ca. 90%-Erfolgsquote der Endodontologen (Kojima 2004, Gesi 2007, Ng 2008), kommt man an einer wirkungsvollen medikamentösen Ein-

lage nicht vorbei. Schließlich können wir weder klinisch noch röntgenologisch eine partielle von einer vollständig ausgebildeten Gangrän sicher unterscheiden. Nicht zuletzt gibt es histologische Untersuchungen (Walkhoff), die Infektionsherde bis hin zu Mikroabszessen im Hohlraumssystem in Fällen nachweisen, die vom Untersucher klinisch als hundertprozentige Vitalexstirpationsfälle eingestuft worden waren.

Das ideale Desinfektionsmittel ist, wie Sie schreiben, in Ihren Augen leider noch nicht erfunden. Bis es soweit ist, müssen wir folglich das Beste bzw. Wirksamste nehmen, das uns heute zu Verfügung steht. Und das Wirksamste, das zeigen alle ernst zu nehmenden wissenschaftlichen Studien, ist und bleibt besonders mit Blick auf die Mischinfektionen nun einmal ChKM. Vor dem Hintergrund seiner von vielfach beschriebenen nachgerade idealen Eigenschaften für die nachhaltige Desinfektion des gesamten Hohlraumssystems und des Periapex muss allerdings stark bezweifelt werden, dass zu unser beiden Lebzeiten ein noch besseres Desinfektionsmittel entwickelt werden wird. Die Jodoformpaste nach Walkhoff für die Probe-Wurzelfüllung gibt es schließlich auch schon.

Ich stimme Ihnen voll und ganz zu, dass es gemeinsames Ziel aller sein muss, die Performance der Behandlung der bakteriellen Endodontitis durch Allgemeinzahnärzte und Spezialisten endlich zu verbessern, diese aber auch bezahlbar für die Patienten und andere Kostenträger zu halten. Daher ist es über alle Maßen erfreulich, dass die ersten der zahllosen Dogmen der aktuellen Lehrmeinung deutliche Risse zeigen. Erleichtert habe ich in diesem Zusammenhang registriert, dass Sie bei Ihren Überlegungen, was man denn an Stelle von ChKM als medizinische Langzeiteinlage anwenden könnte, auf die Erwähnung des wissenschaftlich erwiesenermaßen zu wenig bis gar nicht wirksamen $\text{Ca}(\text{OH})_2$ verzichtet haben. Auch dieses Dogma muss endlich raus aus den Köpfen, wenn wir vorankommen wollen.

Sie erwähnen in diesem Zusammenhang neben dem in vivo leider weitgehend unwirksamen CHX das „aus der großen Chirurgie stammende“ Betaisodona. Leider hält auch dieses Desinfektionsmittel genau wie CHX wieder einmal nicht das, was man sich offensichtlich erhofft hat. Die junge Kollegin Nina Jung hat in ihrer von der Universität Münster betreuten und in 2012 veröffentlichten Dissertation die in vitro Wirksamkeit von Betaisodona auf den bekannten endodontischen Problemkeim *Enterococcus faecalis* untersucht. Dieser Keim „kann immer-

hin in 70% der Fälle mit apikaler Parodontitis nachgewiesen werden und ist, verglichen mit anderen endopathogenen Keimen, am schnellsten in der Lage, die Dentintubuli des Wurzelkanals zu infizieren und dort am längsten zu überleben“. Leider war – wie Sie selbst bei der Lektüre der Arbeit von Frau Jung feststellen konnten – die Wirkung von Betaisodona und Polyhexanid gegenüber ChKM und CHX in vitro hochsignifikant unterlegen, siehe <http://tinyurl.com/diss-jung-2012>.

Abschließend zu unser erfreulich kollegialen Diskussion hier noch einige auffällige Sätze aus dieser lesenswerten Dissertation: „In einer Studie von Haapasalo et al. wurde die Wirksamkeit von $\text{Ca}(\text{OH})_2$ und CMCP (camphorated paramonochlorphenol = Paramonochlorphenol-Kampfer) gegenüber *E. faecalis* verglichen. CMCP war in der Lage, die Dentintubuli schnell und vollständig zu desinfizieren, $\text{Ca}(\text{OH})_2$ hingegen konnte den Problemkeim nicht einmal oberflächlich aus den Tubuli eliminieren.“

Damit ist beispielhaft klar gestellt, dass man ChKM anstelle von $\text{Ca}(\text{OH})_2$ als medizinische Langzeiteinlage verwenden muss. Anzumerken ist zudem, dass auch hier wieder nicht zwischen dem ungesättigten CMCP mit seiner viel zu hohen Konzentration an Chlorphenol und dem vollständig mit Kampfer gesättigten Chlorphenol im ChKM nach Walkhoff unterschieden wird. Dabei war es Walkhoff selbst, der das CMCP aufgrund seiner Nebenwirkungen verworfen hat.

„Die Ergebnisse einer Untersuchung über die Ausheilung periapikaler Läsionen zeigen, dass nach Aufbereitung und wiederholtem Spülen der Wurzelkanäle mit CHX in 60 % der Fälle in einem Zeitraum von einem halben bis zu dreieinhalb Jahren eine Knochenregeneration stattgefunden hat. In 24 % der untersuchten Fälle konnte bereits nach drei bis acht Monaten eine Verkleinerung der Läsion vermerkt werden.“

Damit ist klinisch belegt, dass die zusätzliche Anwendung von CHX sich in vivo leider in keiner messbaren Verbesserung des bescheidenen Heilungserfolgs niederschlägt (Kojima 2004, Ng 2008).

„In der wissenschaftlichen Stellungnahme 2006 der DGZMK ‚Die Wurzelkanalspülung‘ wird die Anwendung von Phenolderivaten auf Grund der toxischen Wirkung auf vitales Gewebe als obsolet angesehen, da medikamentöse Einlagen vorliegen, deren Eigenschaften besser sind. Hier wäre zum

Beispiel Kalziumhydroxid zu nennen, das auf Grund seiner guten Biokompatibilität dem ChKM überlegen ist.“ „Kalziumhydroxid ist zwar als effektives Wurzelkanalmedikament bekannt, es konnte jedoch mehrfach eine nur geringe bzw. vollständig fehlende antibakterielle Wirkung gegenüber *Enterococcus faecalis* nachgewiesen werden, ChKM hingegen zeigt eine hoch effektive Wirkung gegenüber dem Problemkeim *Enterococcus faecalis*. Grundsätzlich muss die Anwendung eines Medikaments mit der beschriebenen Toxizität kritisch gesehen werden.“

Das muss man sich einmal auf der Zunge zergehen lassen: Wir sollen also nach Meinung der versammelten Hochschulintelligenz auf die Anwendung des hochwirksamen ChKM verzichten, weil es zu zytotoxisch ist und in der Folge gravierende Nebenwirkungen aufweist, die allerdings klinisch bei seiner abermillionenfachen Anwendung während der Dauer von mehr als einem Jahrhundert bisher weder von den unzähligen Anwendern, noch von den um Potenzen zahlreicheren Patienten und auch nicht vom Bundesamt für Arzneimittel bemerkt wurden. Stattdessen sollen wir unwirksames $\text{Ca}(\text{OH})_2$ anwenden, weil dieses zwar die für den Infekt verantwortlichen Bakterien nicht schädigt, dafür aber biokompatibel ist, wobei anzumerken ist, dass sich Biokompatibilität und Zytotoxizität noch dazu grundsätzlich ausschließen.

Bleibt mir nur der Hinweis darauf, dass ich schon ChKM-Spritzer ins Auge bekommen habe, ohne dass mir etwas passiert ist, während eine Kollegin durch $\text{Ca}(\text{OH})_2$ ihr Augenlicht durch Verätzung der Hornhaut verloren hat. Ganz offensichtlich ist $\text{Ca}(\text{OH})_2$ doch nicht ganz so biokompatibel, wie es die Hochschullehrer gerne behaupten, sondern vielmehr erheblich ätzend. Das kann dann wohl als die „Macht des Faktischen“ bezeichnet werden, an der kein Weg vorbeiführt.

Ich hatte ja zu Anfang meiner Hoffnung Ausdruck verliehen, dass die indikationsgerechte Behandlung der bakteriellen Endodontitis noch zu meinen Lebzeiten Eingang in die offizielle Lehrmeinung finden würde. So lange aber solch ein Unsinn in von Hochschullehrern betreuten Dissertationen veröffentlicht wird, gilt es für uns beide leider noch ganz dicke Bretter zu bohren.

**Herzliche Grüße:
Rüdiger Osswald**

Es folgt ein Fall-Beispiel



Die aktuelle Lehrmeinung und die Kraft des Faktischen

Fall-Beispiel „Transapikale Infektion“ von Dr. Dr. R. Osswald

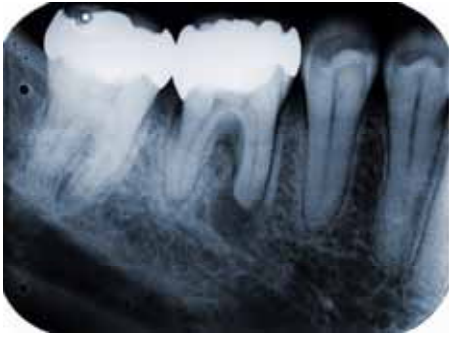


Bild 1 (Januar 2001)

Ausgangsbefund al. loc. im Januar 2001 ohne Fistelbildung mit anschließender Versorgung durch Spezialisten für Endodontie.

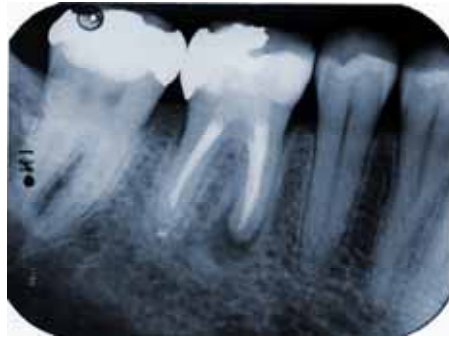


Bild 2 (Januar 2006)

1. Exazerbation mit Fistelbildung im Januar 2006 mit anschließender Revision durch denselben Endodontologen mit definitivem Verschluss trotz persistierender Fistel. In 2008 erfolgte die 2. Exazerbation mit klinischer Symptomatik. Es erfolgte die nochmalige Revision der beiden mesialen Wurzeln durch denselben Spezialisten.

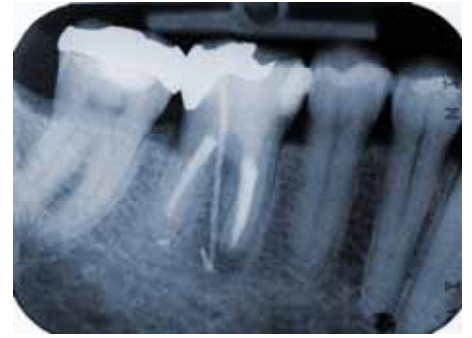


Bild 3 (September 2008)

Zustand nach 3. Exazerbation mit erneuter klinischer Symptomatik im September 2008. Röntgenologische Darstellung der Fistel, die seit 2006 zu keinem Zeitpunkt geschlossen war, mittels Guttaperchastift und anschließender erneuter Revision der mesialen Wurzeln.

Medikation

1. Spülung mit 3%igem H_2O_2 , Einlage von ChKM, bedingt offen (mit Watte ausgestopft): aus dem Fistelmaul entleert sich reichlich Pus gefolgt von H_2O_2 und damit exzellente Prognose, Spontanschmerz bei deutlicher Druckdolenz
2. nach 2 Tagen: Spülung mit 3%igem H_2O_2 , Einlage von ChKM, prov. Verschluss mit Cavit: Fistel deutlich in Abheilung begriffen, keine Pusentleerung, wenig H_2O_2 , Patient subjektiv beschwerdefrei, noch leichte Druckdolenz
3. nach 1 Woche: Spülung mit 3%igem H_2O_2 , Einlage von ChKM, Watte, prov. Verschluss mit Cavit: Fistel geschlossen, Patient vollständig beschwerdefrei, keine Druckdolenz
4. nach 1 Woche: Spülung mit 3%igem H_2O_2 , Einlage von ChKM, Watte, prov. Verschluss mit Cavit bei anhaltender Beschwerdefreiheit
5. nach 1 Woche: Spülung mit 3%igem H_2O_2 , Einrotieren von Jodoformpaste nach Walkhoff, Watte, prov. Verschluss mit Harvard-Zement bei anhaltender Beschwerdefreiheit
6. nach 6 Wochen: Spülung mit 3%igem H_2O_2 , Einrotieren von Jodoformpaste, Watte, prov. Verschluss mit Harvard-Zement bei anhaltender Beschwerdefreiheit
7. nach 2 Monaten: Spülung mit H_2O_2 , Trocknen mit Papierspitze, WF mit Endomethasone N in Einstifttechnik, Unterfüllung mit Harvard, dentinadhäsiver Verschluss

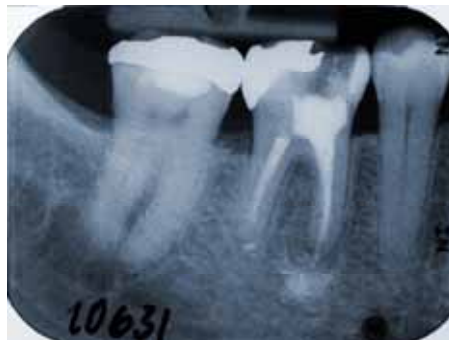


Bild 4 (Januar 2009)

Zustand unmittelbar nach WF im späten Januar 2009 bei anhaltender Beschwerdefreiheit, also lediglich 4 ½ Monate nach der Revision. Die zu diesem Zeitpunkt bereits sehr deutlich bemerkbare Regression der apikalen Aufhellung belegt die Überlegenheit der provisorischen WF mit Jodoformpaste gegenüber $Ca(OH)_2$



Bild 5 (Dezember 2009)

Verlaufskontrolle bei Zustand unmittelbar vor Neuüberkronung im Dezember 2009 bei anhaltender Beschwerdefreiheit. Die apikale Aufhellung ist weitgehend röntgenologisch knochen dicht ausgeheilt und wird mit Blick auf den Verlauf innerhalb des nächsten Jahres zuverlässig vollständig ausheilen

Die alten und die neuen Meister

Replik von Dr. Dr. R. Osswald auf den Beitrag zur Biologie der Pulpa von Prof. P. Gängler in Forum 111, S. 8-11

Da wir im Forum in letzter Zeit viel über Endodontie diskutieren, erscheint der aktuelle Grundsatzartikel von Professor Gängler in der letzten Ausgabe unserer Zeitschrift über die Biologie der Pulpa gerade zur rechten Zeit. Das Studium ist lange her, man hat einiges vergessen und redet – gerade was die Basics betrifft – gerne aneinander vorbei. An dem Artikel hat mir besonders gefallen, dass sich endlich auch ein Hochschullehrer öffentlich gegen den durch die aktuelle Lehrmeinung weltweit verbreiteten Irrglauben stellt, es könne gleichzeitig potente und nicht zytotoxische Desinfektionsmittel geben. Steter Tropfen höhlt eben doch den Stein.

Nicht in allen Punkten jedoch kann der Artikel unwidersprochen bleiben, und dies nicht nur, weil die Literaturverweise zur Endodontie nicht gerade auf dem aktuellen Stand sind: Das letzte Zitat verweist auf die Jahre 1990/91.

►►►

Nachgerade ärgerlich ist, dass Professor Gängler bei der Vorstellung der alten Meister, die sich um die Zahnerhaltung und hier insbesondere um die Endodontie verdient gemacht haben, ausgerechnet Prof. Dr. Dr. Otto Walkhoff ausspart. Dies insbesondere weil er in diesem Zusammenhang „die Herdlehre mit ihrem völlig unethischen Auswüchsen des Exodontismus“ erwähnt. Wem, wenn nicht Walkhoff, gebührt das Verdienst, sich trotz vieler Anfeindungen mit großem Standvermögen und Erfolg weit über Deutschland hinaus gegen diese aus den USA am Anfang des letzten Jahrhunderts nach Europa überschwappende Irrlehre gestemmt zu haben? Wer war es denn, der in diesem Kontext mit der Veröffentlichung seiner bahnbrechenden medizinischen Forschungsergebnisse die Zahnerhaltung auch in schwierigeren Fällen neu begründet hat? Als Beleg sei hier lediglich auf seine 1931 veröffentlichte Streitschrift „Das Problem der dentalen Fokalinfektion und ihrer Bekämpfung durch die konservierende Zahnheilkunde“ verwiesen. Unsere Professoren verleihen sich zwar gerne gegenseitig den mit 3000,- € dotierten Walkhoff-Preis für besondere Verdienste. Das hält sie – Prof. Gänglers Beispiel ist ja kein Einzelfall – jedoch nicht davon ab, die ihm vor allem im Bereich der Endodontie gebührende Anerkennung durch Beachtung und Befassung zu verweigern. Das Kunststück, um ein anderes Beispiel zu nennen, eine nicht vermeidbare Laudatio zu verfassen, ohne Walkhoffs Verdienste um die Endodontie zu erwähnen, muss man erst einmal fertig bringen. Das kann in dieser Häufung kein Zufall sein.

Auch rein fachlich enthält der Artikel nicht haltbare Aussagen: Natürlich kommt es nach einer Wurzelkanalbehandlung bei apikaler Parodontitis zu keiner restitutio ad integrum, sondern immer zur Defektheilung. Allein die durch den Periapex verlaufende Blut- und Nervenversorgung der Pulpa ist schließlich unwiederbringlich zerstört. Aber die Aussage, dass „wenn auch diskret mindestens eine Parodontitis apikalis chronica fibrosa“ verbleibe, aus der „immer ein Risiko für eine Läsionsausbreitung“ folge, ist schlichtweg falsch. So enthält der Ausdruck „Parodontitis“ die Endung „itis“, die im medizinischen Sprachgebrauch in aller Regel auf einen (meist bakteriellen, viralen oder pilzbedingten) Infekt hinweist. Es ist bereits lange histologisch belegt (z.B. Engel 1950), dass es – in der Folge der Langzeiteinlage potenter Desinfektionsmittel – nicht nur zur vollständigen Ausheilung von Granulomen und Zysten, sondern auch zu einer vollständigen knöchernen Regeneration oder zu einer narbigen, jedoch entzündungsfreien periapikalen Ausheilung kommen kann. Ob nach der Wurzelkanalbe-

handlung periapikal eine „itis“ persistiert, die sich jederzeit ausbreiten kann, wenn die lokale Abwehr schwächelt, hängt allein davon ab, ob die Ausheilung des bakteriellen Infekts des periapikalen Knochens vor dem definitiven Verschluss durch geeignete Maßnahmen gelungen ist oder nicht. Bakterien tot, Infekt geheilt – das ist ja das Tröstliche an bakteriellen Infektionskrankheiten. Die Crux der modernen Endodontie ist hingegen, dass sie den bakteriellen Infekt des Knochens überhaupt nicht behandelt, sondern seine Ausheilung allein der Potenz des Immunsystems des jeweiligen Patienten überlässt. Und die, auch das ist hinlänglich bekannt, ist individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt (Marending 2005). Kein Wunder also, dass die histologische Diagnose „persistierende Parodontitis apikalis chronica fibrosa“ leider immer noch sehr häufig gestellt werden müsste, wenn man denn histologisch untersuchen würde.

Vor diesem Hintergrund relativiert sich die Aussage „Also ist bis heute der beste Kompromiss Natriumhypochlorid bis 2,5%“ ganz erheblich. Will man die Zahl von 30% Misserfolgen bei der Behandlung der apikalen Parodontitis verringern (Kojima 2004; Ng YL 2008, Metaanalysen), muss man – im Hauptkanal ist das ja unstrittig – potente Desinfektionsmittel in direkten Kontakt mit den periapikal reichlich vorhandenen Bakterien bringen. Und dafür ist NaOCl nicht nur denkbar ungeeignet, sondern vom Bundesamt für Arzneimittel sogar mit einer Gegenanzeige belegt, mithin, um es umgangssprachlich zu sagen, verboten!

Ich will den Leser wirklich nicht langweilen, aber bestimmte Fehlinformationen werden trotz erdrückender Gegenbeweise hochschulseitig mit einer Penetranz wiederholt, dass man nicht umhin kommt, mit vergleichbarer Penetranz dagegen zu halten. Steter Tropfen... Es gibt nichtsdestotrotz etwas Neues. So ist die von Gängler aufgeworfene Streitfrage, ob Calciumhydroxyd nun ätzend ist oder nicht, inzwischen dadurch entschieden worden, dass eine Kollegin bei seiner Anwendung im Rahmen einer Wurzelkanalbehandlung die Sehfähigkeit eines Auges durch Verätzung verloren hat (Lipski 2012). Und dies, obwohl sie das Auge sofort ausgiebig gespült hat und innerhalb von 30 Minuten im Krankenhaus behandelt wurde. Und Shama berichtet über 2 Fälle von akzidenteller intraarterieller Injektion über die Wurzelkanäle von Molaren mit verheerenden Folgen und bleibenden Schäden.

Nebenbei bemerkt ist mir unverständlich, dass man sich immer wieder darüber streiten und mit den unterschiedlichen Ergebnissen wissenschaftlicher Untersuchungen beharken

kann, ob nun NaOCl, Ca(OH)₂ oder, da sind sich die meisten Autoren ja ganz sicher, ChKM am stärksten ätzend ist. Dabei kann jeder diese Frage unmittelbar im Selbstversuch beantworten, indem er die drei Substanzen nacheinander auf seiner Zunge zur Anwendung bringt. Ich persönlich rate dem Leser, mit reichlich ChKM anzufangen, weil er – außer dem gewöhnungsbedürftigen Geschmack – nichts spüren wird. Notabene ist hier immer nur die „Original ChKM-Lösung nach Walkhoff“ gemeint und nicht eine der vielen anderen Mischungen, die immer noch unter dem Titel ChKM vertrieben werden. Ob der geneigte Leser seinen heroischen Selbstversuch zu Ende bringen will, muss er selbst entscheiden. Ich rate vorsichtshalber zu sehr viel kleineren Mengen.

Was die von Sundqvist vor 30 Jahren – als übrigens Einzigem in der intensiven Ca(OH)₂-Forschung – beschriebene überlegene Wirkung von Calciumhydroxyd gegenüber dem ChKM betrifft, die natürlich auch hier wieder zitiert wird, so weiß ich gar nicht, wie oft ich diesen Unsinn schon gelesen habe. Das und Vergleichbares meine ich mit Penetranz! Verfolgt man die neue Literatur, muss man sich fragen, wie und unter welchen Bedingungen diese Ergebnisse wohl zustande gekommen sein könnten. Honi soit qui mal y pense. Das Gegenteil ist nämlich der Fall: Wenn in der Endodontologie irgendetwas mit wissenschaftlich Evidenz bewiesen ist, dann ist es die Tatsache, dass Ca(OH)₂ gegen endodontische Problemkeime vollständig unwirksam ist (Sathorn, 2007, Metaanalyse). Auf der anderen Seite wurde bisher kein Keim beschrieben, den das praktisch nebenwirkungsfreie ChKM nicht in kürzester Zeit zuverlässig abtötet. So wird ChKM nicht umsonst als Referenzpräparat verwendet, um die Potenz anderer Desinfektionsmittel daran zu messen. Zuletzt wurde das in 2012 durch die Dissertation der Kollegin Jung in Münster noch einmal am endodontischen Problemkeim *Enterococcus faecalis* eindrucksvoll bestätigt.

Abschließend muss angemerkt werden, dass sich mir die Gründe auch dafür nicht erschließen, warum ausgerechnet eine medikamentöse Zwischeneinlage nur kurzfristig antibakteriell wirksam sein darf, genau wie die definitive Wurzelfüllung nicht antibakteriell wirken soll. Hat die moderne Endodontologie etwa das Ziel aufgegeben, die für den Infekt verantwortlichen, zuweilen äußerst therapieresistenten Erreger zuverlässig abzutöten? Mit Blick auf Gänglers Behandlungsprotokoll braucht man sich über die unerträgliche Häufigkeit der anschließend zu stellenden Diagnose „persistierende Parodontitis apikalis chronica fibrosa“ wohl nicht länger zu wundern.

Dr. Dr. Rüdiger Osswald, www.tarzahn.de

Ohne Moos nix los „Besondere Maßnahmen“ und Zuschläge

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

heute wollen wir uns zunächst mit einer weiteren „unscheinbaren“ Abrechnungsposition beschäftigen und somit das im letzten Heft begonnene Kapitel zum Abschluss bringen.

Auch aus dem Bereich der Füllungstherapie und damit ebenfalls als eine sehr häufig anwendbare Abrechnungsziffer sollte uns die bisher häufig bei den Kostenträgern umstrittene Position GOZ **2030 („bMF“)** interessieren.

Inhaltlich ist die Position GOZ **2030** gleich geblieben, insbesondere enthält sie auch weiterhin *keine* enumerative (abschließende) Aufzählung der „besonderen Maßnahmen“ wie im BEMA, sondern eine nur beispielhafte, die nach pflichtgemäßem Ermessen durch andere, nicht aufgezählte „besonderen Maßnahmen“ erweitert werden kann. Die Abrechnungsbestimmungen haben sich jedoch verändert:

*„Die Leistung nach der Nummer **2030** ist je Sitzung für eine Kieferhälfte oder einen Frontzahnbereich **höchstens einmal** für besondere Maßnahmen beim Präparieren und **höchstens einmal** für besondere Maßnahmen beim Füllen von Kavitäten berechnungsfähig.“*

Zwar ließ die bisherige Auslegungspraxis der meisten Kammern prinzipiell eine häufigere Abrechnung der GOZ **2030** als zweimal je Zahn zu, nur wurden bereits mehr als eine bMF an einem Zahn bzw. je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich von den meisten Beihilfestellen genau so konsequent nicht erstattet, was immer wieder zu teils erheblichen Auseinandersetzungen mit den zahlungspflichtigen Patienten geführt hat.

Da die neue Abrechnungsbestimmung integraler Bestandteil der Gebührenordnung ist, sollte die Abrechenbarkeit von zwei bMF an einem Zahn nun nicht mehr beanstandet werden können, sofern eine besondere Maßnahme beim Präparieren, die andere beim Füllen erbracht worden ist. Es ist zwar nicht vorgeschrieben, dürfte aber trotzdem derzeit empfehlenswert sein, der Liquidation eine kurze Anmerkung zuzufügen, z. B. bei der ersten **2030** „Separieren **beim Präparieren**“ und bei der zweiten bMF am gleichen Zahn bzw. in derselben KH/FZB „Blutstillung **beim Füllen**“. Die ergänzende Abrechnungsbe-

stimmung „je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich“ ist allerdings weiterhin gültig und zu beachten. Natürlich ist die Nummer **2030** (bMF), anders als bei der vergleichbaren **BEMA-Position 12** (die den Kofferdam als besondere Maßnahme bereits enthält), kombinierbar mit der Nummer **2040 (Anlegen von Spanngummi)**, auch wieder je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich).

Das „Präparieren“ ist die mechanische Bearbeitung des Zahnes beim Exkavieren der Karies wie beim Beschleifen zur Überkronung, aber auch das Aufbereiten von Wurzelkanälen. Auch das „Füllen“ bezieht sich nicht nur auf die Füllung von Kavitäten, sondern auch auf das Füllen von Wurzelkanälen, so dass die Nummer **2030** (bMF) auch im Zusammenhang mit Wurzelbehandlungen angesetzt werden kann.

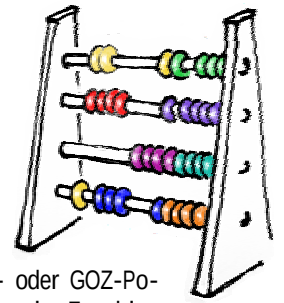
Zu beachten ist noch eine Besonderheit, denn bei **Füllungen** nach den Geb.-Nrn. **2050, 2070, 2090 und 2110** („Normale“, nicht adhäsive Füllungen) ist das Anlegen und die Verkeilung der Matrize zur Formung der Füllung keine „Besondere Maßnahme“ sondern Bestandteil der Füllungsleistung. Bei den **adhäsiven Füllungen** nach den nach den Geb.-Nrn. **2060, 2080, 2100, 2120 und 2180** ist das Anlegen einer Matrize kein integraler Bestandteil der Füllungsposition und unter der Geb.-Nr. **2030** GOZ zusätzlich berechnungsfähig. Abschließend sei daran erinnert, dass die Geb.-Nr. **2030** selbstverständlich auch zusammen mit dem **temporärer speicheldichten Verschluss einer Kavität (Geb.-Nr. 2020 „pV“)** abgerechnet werden kann.

Die Zuschläge – eine Terra incognita?

Vielen Auszubildenden und auch manchen Abrechnungs-Mitarbeiterinnen erscheinen die Zuschlagspositionen der GOZ und GOÄ reichlich mysteriös und werden deshalb in der Abrechnung oft falsch angewendet oder aus Unwissenheit gar nicht erst angesetzt.

Dabei ist der Umgang mit ihnen gar nicht so schwierig, wenn man erst einmal die Systematik verstanden hat. Da die neue GOZ jetzt neben den „Zuschlägen für Behandlungen zur Unzeit“ der GOÄ, die schon bisher verwendet wurden, nun auch eigene Zuschläge kennt, ist der sichere Umgang mit ihnen umso wichtiger gewor-

den. Ein erster wichtiger Unterschied zu den „normalen“ GOÄ- oder GOZ-Positionen ist, dass ein Zuschlag niemals für sich allein angesetzt werden kann, sondern immer nur im Zusammenhang mit einer korrespondierenden Leistung, zu der er eben „zugeschlagen“ werden darf.



Dies ergibt sich aus den folgenden allgemeinen Bestimmungen für die GOÄ-Zuschläge:

„Die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K1 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Sie dürfen unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden. Neben den Zuschlägen nach den Buchstaben A bis D sowie K1 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K2 nicht berechnet werden.“

Entsprechendes gilt für den **GOZ-Zuschlag 0110 (Op-Mikroskop)** und die **OP-Zuschläge 0500/0510/0520/0530**:

„Der Zuschlag nach der Nummer 0110 ist je Behandlungstag nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.“

Für die OP-Zuschläge gilt:

Der Zuschlag nach der Nummer 0500/0510/0520/0530 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.

Eine Ausnahme von dieser Abrechnungsbestimmung macht allerdings der **GOZ-Zuschlag 0120 (Laser)**:

„Der Zuschlag nach der Nummer 0120 beträgt 100 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung, jedoch nicht mehr als 68 Euro. Der Zuschlag nach der Nummer 0120 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.“

Ein **OP-Zuschlag 0500ff** ist bei Vorliegen der Voraussetzungen auch zusammen mit einem **Zuschlag 0110** oder **0120** an einem Tag abrechenbar.

Weitere Hinweise zu den Zuschlägen finden Sie neben anderem im nächsten Forum.

Dr. Jürgen Simonis, Hinterweidenthal
praxisdrsimonis@aol.com

© rdv dental 2007

Bei der hier abgebildeten Zahnreinigungseinheit handelt es sich um eine Kavo 3000, die über rdv Dental GmbH Service durchlaufen hat.

www.rdv-dental.de



Sparen? Ja! Verzichten? Nein!

rdv Dental ist der große Dental-Fachhändler für gebrauchte Markenartikel.

Wir bieten Ihnen erstklassige Ware und einen umfassenden Service zu einem unschlagbaren Preisvorteil gegenüber dem ursprünglichen Verkaufspreis – beispielsweise bis zu 60 % bei gebrauchten Behandlungseinheiten. Sie schonen Ihr Portemonnaie und gemeinsam schonen wir durch die Weiterverwendung nachhaltig die Umwelt.

In unseren Werkstätten werden alle Behandlungseinheiten geprüft und revidiert. Ständig werden eigens entwickelte Verfahren optimiert, die Ihnen den zuverlässigen Zustand und die Funktion der Einheiten gewährleisten. Sie erhalten bei rdv Dental aber auch Ihre komplette Praxisausstattung inklusive Verbrauchsmaterialien zu absolut günstigen Preisen. Ob neu oder gebraucht – alles von namhaften Herstellern und in bester Qualität. Wir liefern, montieren, pflegen und warten mit einem eigenen kompetenten Team. Bundesweit, schnell und zuverlässig.

rdv Dental, Donatusstraße 157b, D-50259 Pulheim
Fon +49 (0) 22 34.406 40, Fax +49 (0) 22 34.406 499, info@rdv-online.net, www.rdv-dental.de



Perfektion aus Leidenschaft