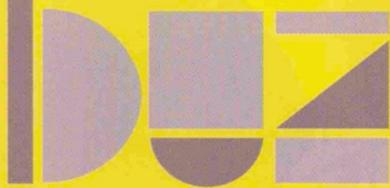




Berlins unabhängige
Zahnärzte e.V.



Der DAZ hat gewählt:
Dr. Celina Schätze
ist neue Vorsitzende

Florida-Rolf im
Gesundheitswesen

Neue Festzuschuss-
Modelle am Horizont?

OP am offenen Zahn
Thesen zur Endo-Therapie

Zahnmedizin-Studium
in Witten-Herdecke

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

101

Quo
vadis,

Hochschule?



Dental Museum

Digitalisat der Bibliotheca Dentaria

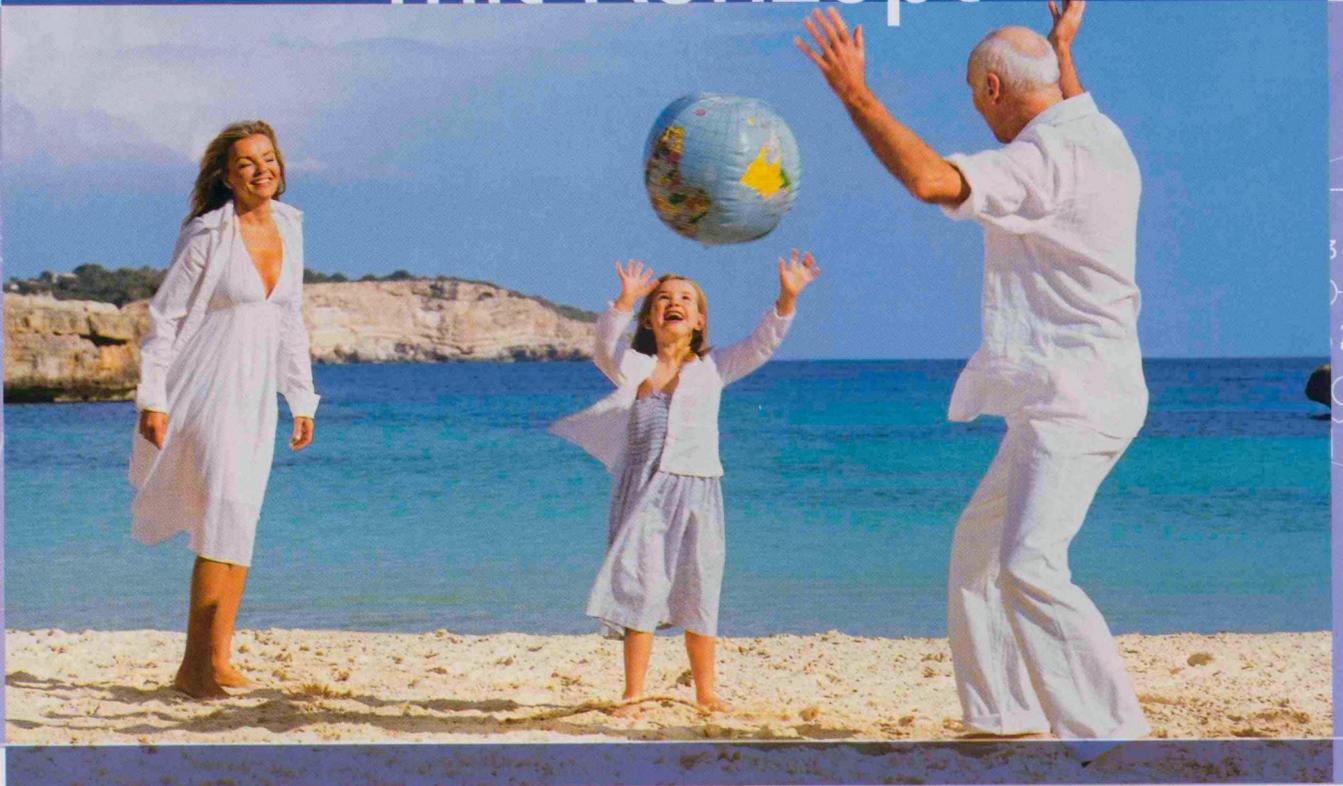
An die einhundert Einzelbibliotheken aus Universitäten, von Sammlern und Museen, Archivbibliotheken von Firmen und sehr viele Privatbibliotheken befinden sich im Bestand des Dental Museums. Dieser Bestand erweitert sich ständig und stellt die umfangreichste Referenzbibliothek der Zahnheilkunde dar, die weltweit ihres gleichen sucht und daher zwingend erhalten werden muss.

Dentalmuseum

Im Park 9b

04680 Zschadraß

Ein gesundes Lächeln mit Konzept



Clinpro™ Prophy Powder – mehr als 1 Million Anwendungen in 5 Jahren.

Sie + 3M ESPE =

Neue Ideen für die Zahnheilkunde

Das Original feiert Jubiläum: Mit mehr als 1 Million Anwendungen seit der Markteinführung vor 5 Jahren hat sich Clinpro Prophy Powder als wegweisende Innovation in der Pulver-Wasserstrahl-Technologie zur leichten und gründlichen Entfernung von Plaque und Verfärbungen bewährt.

Die wesentlichen Vorteile auf einen Blick:

- Sub- und supragingivale Anwendung
- Angenehm im Geschmack
- Wirksamkeit durch zahlreiche Studien belegt

NEU!

Jetzt auch zur Nachsorge in der Periimplantitistherapie einsetzbar*. Als neue Indikation ist die Plaqueentfernung auf Implantatoberflächen hinzugekommen.

*Nach erfolgter Initialtherapie, bei Taschentiefen bis zu 5 mm

Überzeugen Sie sich selbst und fordern Sie unter Telefon 0800-275 37 73 oder info3mespe@mmm.com unsere kostenlose Studienbroschüre an!



DAS ORIGINAL

Clinpro™ Prophy Powder

Systematische Prophylaxe

3M ESPE

Vorankündigung

DAZ-VDZM- Frühjahrstagung



**Frankfurt-Griesheim
am 24. April 2010**

10⁰⁰ bis 13⁰⁰

Gesundheitspolitischer Vormittag

zu einem aktuellen Thema mit einem Referenten aus Politik, Selbstverwaltung oder Publizistik

14⁰⁰ bis 18⁰⁰

Fachfortbildung mit

Priv.-Doz. **Dr. Anne Wolowski**,
Oberärztin der Poliklinik für Zahn-
ärztliche Prothetik Uni Münster
zum Thema

„Grenzgang Psyche – psychosomatische Erkrankungen in der Zahnarztpraxis“

Nicht immer führt die technisch einwandfreie Herstellung und Eingliederung von Zahnersatz zum Behandlungserfolg, denn am „Zahn hängt immer auch ein ganzer Mensch“ mit all seinen Unzulänglichkeiten. Auch Zahnärzte sind mit der seit Jahren zunehmenden Zahl psychisch und psychosomatisch erkrankter Menschen konfrontiert. Bei der Fortbildung, die wie der Vormittag mit 3 Punkten bewertet ist, erhalten Sie praxisnahes Rüstzeug für die Diagnostik und Behandlung sowie für die fachübergreifende Zusammenarbeit bei Patienten mit psychosomatischen Störungen.

Weitere Infos im nächsten DAZ-Forum.

Editorial

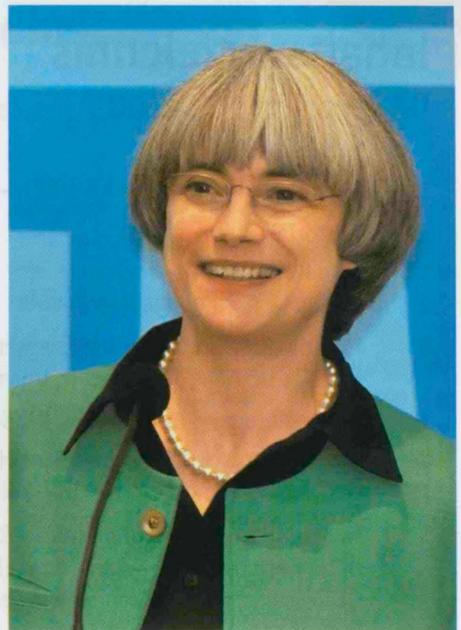
Liebe Leserin, lieber Leser,

willkommen bei der ersten „Normalausgabe“ nach dem Forum-Jubiläum.

Über die derzeit wichtigen Themen als solche scheint es, wie auf dem Zahnärztetag zu hören war, eine große verbands- und organisationsübergreifende Einigkeit zu geben. Selbst die Ziele klingen beim ersten Hinhören fast gleich: Freiberuflichkeit begleitet von einem ethischen Leitbild, die Erhaltung des einstufigen Studienganges, die Zahn-, Mund und Kieferheilkunde als integraler Bestandteil der Medizin, mehr Forschung und eine gute Breitenversorgung. Leider scheinen sich hinter diesen wohlklingenden Proklamationen häufig handfeste wirtschaftliche Einzelinteressen verschiedenster Art zu verbergen. Wir versuchen, auf die Widersprüche zwischen der guten Rede und der fehlenden oder falschen Tat hinzuweisen.

Die Spezialistendebatte geht weiter. Hier bei uns wird die Facette Endo thematisiert. Die Frage nach einem angemessenen Alltagsverfahren in der endodontischen Behandlung und die Hinterfragung der uns als unumstößlich dargestellten Endo-Lehrmeinung sind mit der Spezialistendebatte eng verknüpft. Entwicklungen auf dem Spezialistenniveau bringen die Fächer voran und befruchten durchsichernd immer auch die „Normalarbeit“ im Sinne von besserer Effektivität. Spezialistenbehandlung für alles und obligat kommt mir aber vor wie eine Art Eishockey-Schutzkleidung gegen das Verletzungsrisiko im Alltag. Das ist nicht nur unverhältnismäßig, es behindert auch das Alltagsleben.

Die Hochschule wird behandelt mit einer Grundsatzbetrachtung zum Sinn und Wert von menschlicher Bildung im Gegensatz zu nackter Ausbildung, anschaulich gemacht durch die Beschreibung eines positiven Beispiels aus Witten-Herdecke. Dieses Beispiel stammt aus einer Privatuniversität. Die Grundsatzbetrachtung und das Beispiel sollten als Vorlage jedoch auch für staatliche Hochschulen gelten. Leider bieten die staatlichen Hochschulen inzwischen selbst die nackte Ausbildung nicht mehr zufrieden stellend



und zunehmend auch nur noch gegen Gebühren an. Eine Rückschau auf 30jährige Bemühungen um eine Studienreform gehört auch zu diesem Thema.

Privatisierung als Thema kommt nicht nur im Zusammenhang mit Hochschulen und Weiterbildung vor. Das Versicherungswesen, für uns interessant: die Krankenversicherung, strebt in gleiche Richtung: Die mit seinem Krankheitsrisiko verbundenen Kosten trägt zunehmend der Einzelne. Wir bringen mit dem Beitrag von Prof. Staehle eine Analyse der medialen Kampagne gegen die Idee von gesellschaftlicher Solidarität, sowie Überlegungen zu der sehr ernsthaft zu führenden Debatte über die Finanzierung eben dieser Solidargemeinschaft. In diesem Zusammenhang beschäftigen wir uns mit der Frage nach den Vor- und Nachteilen eines Festzuschuss-Systems. Um diese zu beantworten, ist eine sehr differenzierte und detailreiche Diskussion erforderlich.

Zu dem Regierungswechsel bringen wir nichts, da wir uns an dem allgemeinen Spekulationswettstreit nicht beteiligen wollen.

Auf jeden Fall möchten DAZ-Vorstand und Geschäftsführung die Gelegenheit nutzen, allen Forum-Leserinnen und -Lesern ein besinnliches Weihnachtsfest und alles Gute für 2010 zu wünschen.

Ihre Celina Schätze



Inhaltsverzeichnis

DAZ-Forum 101-2009

- 3 **Vorankündigung der DAZ-VDZM-Frühjahrstagung**
- 3 **Editorial**
Dr. Celina Schätze
- 4 **Aus dem Berliner Sumpf**
- 5 **Florida-Rolf im Gesundheitswesen**
Prof. Dr. Dr. Hans-Jörg Staehle, Universität Heidelberg
- 7 **Kurzmeldungen: BVAZ-Wahl, IUZB-Grußwort**
- 8 **Neue Festzuschuss-Modelle am Horizont?**
Dr. Michael Kleinebrinker, GKV-Spitzenverband
- 9 **Regelungswirrwarr und Niveaubasenkung durch neue Festzuschüsse – nein danke!**
Dr. Celina Schätze, Dr. Manfred Hillmer
- 10 **DAZ-Jahrestagung 2009 in Berlin**
Irmgard Berger-Orsag
- 11 **Lösungen für die endodontische Breitenversorgung**
Irmgard Berger-Orsag
- 12 **Die Wurzelkanalbehandlung – Operation am offenen Zahn!**
Prof. Dr. Richard Stoll et al., Universität Marburg
- 16 **Zahnerhaltung muss eine Zukunft haben**
Dr. Paul Schmitt
- 17 **Kleinanzeigen / Impressum / Forum-Abo**
- 18 **Zahnmedizin an der Universität Witten/Herdecke – Mehr als nur studieren**
Rafael J. Hasler, Georg Kirchner
- 20 **Wozu Universität? Horizonte der Uni W/H**
Thesen von Prof. Dr. Birger Priddat, Universität W/H
- 22 **Studienreformbestrebungen in der ZM sind auch ein Projekt der Studentenbewegung von 1968**
Dr. Wolfgang Kirchhoff
- 23 **Zahnmedizinische Versorgung in Deutschland**
Buchrezension von Prof. Dr. Stefan Zimmer, Uni W/H
- 24 **In Sachen Qualitätssicherung bleibt viel zu tun**
Dr. Karlheinz Kimmel
- 25 **Kampf zwischen einer „allopathischen Staatsmedizin“ und einer „homöopathischen Profitmedizin“**
Leserbrief von Dr. Norbert Guggenbichler

Qualitätsmanagement ist jetzt Pflicht.

Kennen Sie das

**DAZ-PROJEKT
QUALITÄTSSICHERUNG ?**

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



Aus dem Berliner Sumpf: Der Berliner Verband und die Komplexität des Gesundheitswesens

Querelen zwischen zahnärztlichen Verbänden in Berlin sind quasi eine Dauererscheinung, und ihre nicht unbedingt bierernst gemeinte Kommentierung im DAZ-Forum hat inzwischen Tradition. Dabei mag sich allerdings mancher Leser gelegentlich nach dem Sinn solchen Geplänkels um ein paar Golfturnierkarten hier, ein paar merkwürdig verlaufene Abstimmungsprozesse dort gefragt haben. Sollte es nicht eher um das große Ganze, die elementaren Fragen des Berufsstandes gehen?

Ein solches recht elementares Thema ist wohl mit dem Selektivvertragsangebot der DAK (mit der Firma IMEX) auf die Tagesordnung gekommen. Es hat zahlreiche zahnärztliche Gruppierungen auf den Plan gerufen. Der DAZ hat als einer der ersten differenziert Stellung bezogen, u.a. auch zur Rolle von Managementgesellschaften bei solchen Konstruktionen, und seine eindeutige Ablehnung solcher Verträge in die Öffentlichkeit getragen. Dies wurde offensichtlich von sehr vielen Beteiligten verstanden: Die DAK reagierte mit Verärgerung, mehrere Blätter der KZVen und Kammern sowie weitere Medien druckten die DAZ-Verlautbarungen ungekürzt nach oder griffen sie in eigenen Artikeln auf.

Aber der Verband der Zahnärzte von Berlin weiß mehr. Er hat Prof. Rebscher in den Referentenlisten von DAZ-Veranstaltungen und freundliche DAK-Beiträge im DAZ-Forum entdeckt. Da zählt er Eins und Eins zusammen und erkennt glasklar, dass es hier gar nicht um Kritik geht. Vielmehr wird der DAZ „in Verbindung mit lupenreiner sozialistischer Sachleistungspolitik“ ... „einer reinen Kassen-Profitgier im Gesundheitswesen Tür und Tor öffnen“. Zumal er „wieder das Wort ‚Genossenschaft‘ in die Diskussion eingebracht hat“.

Dem Berliner Verband ist vermutlich entgangen, dass sich die DAZ-Vorsitzende Dr. Celina Schätze schon vor ihrer Wahl im September 2009 zu den KZVen als von ihr bevorzugter Struktur zur Vertretung zahnärztlicher Interessen und zur Organisation der zahnmedizinischen Versorgung bekannt hat. Allerdings differenziert sie und differenziert der DAZ seit jeher zwischen dem von der Idee her hervorragenden Prinzip der Selbstverwaltung von Zahnärzten und Krankenkassen, das einen fairen Ausgleich verschiedener Interessen ermöglicht, und dem, was die real existierenden KZVen daraus gemacht haben und machen.

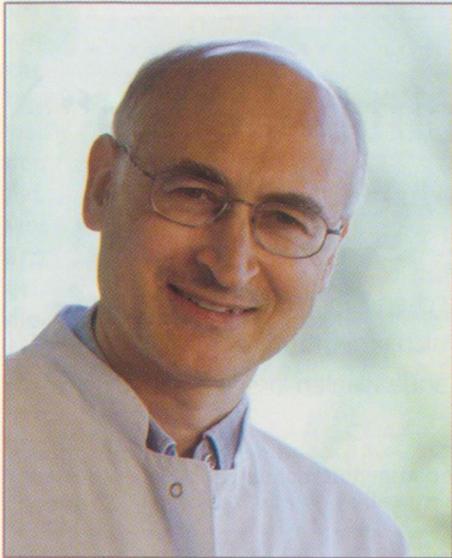
Man kann Verträge wie den IMEX-Indento-Vertrag kritisieren und dennoch mit ihren Initiatoren, die Einfluss auf die Versorgung von Millionen versicherter Bürger haben, das Gespräch suchen. Man kann sich gegen konkrete Vorgehensweisen von KZV-Funktionären aussprechen, über die freiwillige Selbstorganisation von Zahnärzten nachdenken und dennoch überzeugter Verfechter des Kollektivvertrages und gemeinsamer Körperschaften aller Zahnärzte sein.

Der DAZ bemüht sich, mit seinen Konzepten und seinem Vorgehen der Komplexität unseres gesundheitlichen Versorgungssystems gerecht zu werden. Erstaunlicherweise wird er von Vertretern ganz unterschiedlicher Lager wahr- und ernst genommen. Aber es ist wohl nicht jedem gegeben, komplexere Sachverhalte zu durchdringen ...

Irmgard Berger-Orsag; Troisdorf

(Die Zitate stammen aus der Berliner Zahnärzte Zeitung 10-2009, S. 3.)

**Redaktionsschluss DAZ-Forum 102 – 2010
30. Januar 2010**



Florida-Rolf im Gesundheitswesen

Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle, Heidelberg

Arbeitslosigkeit bedrohten Gruppen für große Empörung sorgte.

Erst durch massive Streichungen im Sozialbereich wird das von politischer Seite gestreute Signal, nämlich dass sich auch sehr gering bezahlte Arbeit „wieder lohnen muss“, plausibel.

Bekanntlich gibt es auf vielen Gebieten eine Grauzone zwischen eindeutig berechtigten und eindeutig nicht berechtigten Leistungen, zum Beispiel zwischen rechtmäßig zustehenden und fragwürdigen Subventionen für die Industrie, zwischen dem Sparen und dem Hinterziehen von Steuern und eben auch zwischen einer angemessenen und einer erhöhten Zuweisung von Sozialhilfeleistungen.

Obwohl klar ist, dass man durch das Aufdecken einzelner nicht eindeutig zustehender Sozialhilfeleistungen die aktuellen und künftigen Finanzprobleme der Bundesrepublik Deutschland nicht lösen und auch keine zusätzlichen Arbeitsplätze schaffen kann, gilt die „Konkurrenzförderung“ unter diversen Gruppen des so genannten Prekariats seit langem als probates Mittel, um von den tatsächlichen Ursachen gesellschaftlicher Fehlentwicklungen abzulenken und kritische Reaktionen frühzeitig abzuwenden.

Im Gesundheitswesen ist das Thema des widerrechtlichen Genusses von Zuwendungen und Dienstleistungen noch nicht sehr stark verbreitet. Es gibt allerdings Anzeichen dafür, dass sich dies in nächster Zeit deutlich ändern wird.

Gesundheitsökonomien bedauern seit längerer Zeit, „dass in Deutschland die Begrenztheit der finanziellen Mittel für die Gesundheitsversorgung nicht ausreichend gesamtgesellschaftlich diskutiert werde“ [6]. Vor diesem Hintergrund schlägt zum Beispiel das Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF) vor, auch in der Gesamtmedizin das in der Zahnmedizin zum Teil bereits etablierte Konzept der Grund- und Zusatzleistungen vermehrt umzusetzen und die Eigenbeteiligung von Patienten spürbar zu erhöhen. Als Einstieg wird unter anderem eine Selbstbeteiligung bei der ambulanten Psychotherapie empfohlen, wobei neben ökonomischen auch medizinische Gründe genannt werden: Zu-

zahlungen seien „Teil des therapeutischen Prinzips“. Auch bei Arznei- und Hilfsmitteln sei eine spürbare Erhöhung von Zahlungen geboten [6].

Große Aufmerksamkeit erregte im Jahr 2009 der Vorschlag des Präsidenten der Bundesärztekammer, Priorisierungs- bzw. (damit automatisch verbunden) Posteriorisierungslisten für die Bezahlung von medizinischen Leistungen durch die Solidargemeinschaft aufzustellen [5]. Er plädierte dafür, dass nur noch wirklich lebensbedrohende Krankheiten gänzlich auf Kassenkosten behandelt werden dürften. Es müsse eine von einem Gesundheitsrat geprüfte Rangliste erstellt werden. Krankheiten, die durch einen gesunden Lebensstil vermieden werden könnten, würden an unterste Stelle dieser Rangliste gesetzt [3].

Während die amtierende Regierung diesen Vorschlag noch mit Zurückhaltung auf-



Abb. 1 Zahnmedizinische Forderung des Vorsitzenden des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte (Bild) im Schulterschluss mit der tonangebenden Vertragszahnärzteschaft aus dem Jahr 1992: Vollständiger Austritt aus der GKV. Begründet wurde dies mit Parolen gegen „Sozialisierung, Fremdbestimmung und Staatsmedizin“ [2]. In den nachfolgenden Jahren wurde das Verlassen der GKV mit dem Argument unterlegt, dass orale Erkrankungen vermeidbar und selbstverschuldet seien.

Eine hohe Arbeitslosenrate und der demographische Wandel – verbunden mit einer zunehmenden Verschuldung zum Auffangen von Wirtschaftskrisen – werden im System der Marktwirtschaft unter anderem dafür verantwortlich gemacht, dass an weiteren Kürzungen der Sozialhaushalte kein Weg vorbeigehe. Dies betrifft bekanntlich vor allem das Arbeitslosengeld und die Renten, aber auch die Krankenkassen.

Um die Akzeptanz für weitere Einschnitte in der öffentlichen Meinung zu erhöhen, wird von verschiedenen Seiten immer wieder auf viel zu hohe und ungerechtfertigte Sozialleistungen des Staates hingewiesen. Nicht selten ist von der „Perversion des Sozialstaates“ die Rede. Als Teil dieser Kampagnen werden regelmäßig Berichte über den Missbrauch von Sozialleistungen in die Medien lanciert. Man zieht zu diesem Zweck einzelne Sozialhilfeempfänger in den Blickpunkt der Öffentlichkeit und wirft ihnen vor, sich vom Staat ein luxuriöses Leben finanzieren zu lassen. Sehr bekannt geworden sind beispielsweise die 2003 erschienenen Berichte der Boulevardpresse über den als „Sozialschnorrer“ bezeichneten „Florida-Rolf“, der in Miami/USA lebte und Sozialleistungen aus Deutschland bezog. Um die „Sozialhilfe unter Palmen“ zu unterbinden und die aufgebrachte Öffentlichkeit wieder zu besänftigen, beschloss die amtierende Regierung damals in Rekordzeit ein Gesetz, das eine deutliche Verschärfung der Richtlinien zur Zahlung von Sozialhilfe ins Ausland bewirkte.

Bemerkenswert erscheint, dass der Appell an den Sozialneid und das als „asozial“ angesehene Verhalten von „Florida-Rolf“ vor allem bei Niedrigverdienern und von

„Mundferkel dürfen andere nicht belasten“

Von Zahnärzten ist derzeit wenig Wehklagen zu hören: Weder geschlossene Praxen vor Jahresende, weil das Geld angeblich nicht reicht, noch Streit mit Kassen über Honorarverträge. „Was nicht heißt, dass wir uns mit der verfehlten Gesundheitspolitik abgefunden haben“, sagt Karl Horst Schirbort aus Burgdorf, Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN). Schirbort ist zugleich Chef der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, dem höchsten Lobby-Gremium dieser Medizinergruppe.

„Wir werden nicht ruhen, ordnungspolitische Systemveränderungen zu fordern“, ergänzt er. Nach sieben Jahren Kampf um Positionen und Einfluss auf die Bundespolitik geht Schirbort offenbar behutsamer als noch vor Jahren mit den Widerständen gegen seine Ideen um.

Schirbort wirbt in diesen Tagen da-



IM GESPRÄCH

KARL HORST SCHIRBORT

Der Vordenker der deutschen Zahnärzte kämpft weiter. Im Januar will er sich erneut für vier Jahre zum Chef der Zahnmediziner im Lande wählen lassen.

Deshalb plädiert der heute 63-Jährige für eine stärkere vorsorgeorientierte Zahnheilkunde. Ein großer Teil der Bevölkerung folge diesem Trend bereits. „Zahnerhaltung hat in den vergangenen 20 Jahren deutlich gegenüber der Spätversorgung mit Zahnersatz zugenommen.“

Aber Schirbort wäre kein Standespolitiker, wenn er mit dieser Entwicklung nicht auch eine andere solidarische Finanzierung verbinden würde. „Ein Mundferkel sollte andere mit seiner Unvernunft nicht belasten.“ Zahn-

oder vom Zahnmediziner empfohlen und angenommen wird, bezahlt der Patient selbst – beispielsweise Zahnersatz.

Mit dem dadurch gesparten Geld könnten die Kassen schließlich die noch in ihrem Katalog verbliebenen Medizinerleistungen auskömmlich honorieren, hofft Schirbort – und gesteht zugleich ein, dass diese Umschichtung eher ein frommer Wunsch sein könnte: Was die Kassen sparen, geben sie wahrscheinlich nicht wieder her.

Für seine Argumente findet er in Ber-

Abb. 2 Konsequenzen aus dem Selbstverschuldungsprinzip von Erkrankungen. Es ist davon auszugehen, dass die seit langem vorgebrachten zahnmedizinischen Forderungen mehr und mehr auf die Medizin übertragen werden. Ein typischer „Soziatschnorrer“ und „Florida-Rolf“ im Gesundheitswesen lässt sich beispielsweise wie folgt beschreiben: Rentner mit Neigung zu Übergewicht, eher unспортlich, unteroptimale Mundhygiene, Beweis mangelnder Eigenverantwortung durch das Fehlen einer privaten Zusatzversicherung, Konsument von etlichen Medikamenten, potentieller Anwärtler auf diverse Krankenhausaufenthalte und Operationen, angegriffene Mundgesundheit mit parodontalen Einbrüchen und Wurzelkaries an etlichen Zähnen. Ist es überhaupt vertretbar, die Solidargemeinschaft durch solche „unvernünftigen Ferkel“ mit ihren selbstverschuldeten Krankheiten in Form medizinischer und zahnmedizinischer Behandlungsmaßnahmen zu belasten? Für den höchsten Repräsentanten der deutschen Vertragszahnärzte (Bild) war die Antwort im Jahr 2000 eindeutig: nein! [7]

nahm, fand der Vorstoß des Ärztekammerpräsidenten bei einem Teil der Bevölkerung bereits ein gewisses Verständnis. Am deutlichsten macht sich die öffentliche Meinung bekanntlich zuweilen in Leserbriefen Luft. Dort wurde beispielsweise angeregt, die Selbstbeteiligung der Bürgerinnen und Bürger an Behandlungskosten zu erhöhen, denn (Zitat) „nur über den Geldbeutel bringt man die Menschen dazu, bewusster und gesünder zu leben... Es ist nicht asozial ... wenn man für mehr Gesundheit zahlen soll. Es ist vielmehr asozial (= gemeinschaftsschädigend), krank zu sein, denn das schadet nicht nur sich selbst, sondern auch der Gemeinschaft, wenn diese für individuelles Fehlverhalten zahlen muss“ [4].

Diese und andere Verlautbarungen können als Vorgeschmack auf das Klima betrachtet werden, das entstehen wird, wenn man die im Zuge ansteigender Arbeitslosenzahlen forcierte Debatte über den Missbrauch von Sozialhilfe auf den Gesundheitsbereich ausdehnt und die im Fall „selbstverschuldeter“ Krankheiten als moralisch

verwerflich bezeichnete Inanspruchnahme von gesundheitlichen Dienstleistungen dem Volkszorn aussetzt.

Ein Gewinn förderndes Wachstum im Gesundheitsmarkt gilt nur dann als realisierbar, wenn man den Anteil von solidarisch finanzierten Grundleistungen ausdünnst und den Anteil selbst finanzierter Wahlleistungen spürbar erhöht. Dies kann nur erreicht werden, wenn sich Wahlleistungen nicht nur auf unnötige Luxuseingriffe beziehen sondern auch medizinisch adäquate und gut begründete Behandlungsmaßnahmen umfassen.

Wie aber kann man die Bevölkerung für die Reduktion von medizinischen Grundleistungen gewinnen? Man wird wohl auf altbewährte Methoden zurückgreifen. So wird möglicherweise neben den Florida-Rolf im Sozialhilfebereich demnächst der Florida-Rolf im Gesundheitswesen treten, der aus purer Verantwortungslosigkeit ungesund lebt und dennoch die Dreistigkeit besitzt, im Fall einer Erkrankung ärztliche

und zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen auf Kosten der Solidargemeinschaft zu erschleichen.

Die ärztlichen Standesführungen stehen auf diesem Gebiet erst am Beginn einer veränderten Öffentlichkeitsarbeit. Vor ihnen liegt noch ein mühsamer Umdenkungsprozess. Teile der zahnmedizinischen Standesführungen können hingegen für sich das zweifelhafte Verdienst in Anspruch nehmen, bereits seit Jahrzehnten den Boden für die sich anbahnende neue Sichtweise gründlich bereitet zu haben (Abb. 1 und Abb. 2). Der höchste Repräsentant der deutschen Vertragszahnärzte stellte 2009 unter dem bezeichnenden Titel „Aufgeweckt und wachgeküsst“ mit Genugtuung fest, dass das, was in vielen Bereichen der Medizin nach wie vor offene Forderung sei, nämlich eine enge Definition von Grundleistungen, in der Zahnmedizin schon als weitgehend gelungen betrachtet werden könne (Abb. 3) [1]. Auf die Frage an die tonangebende Standespoli-

tik, ob der Status quo des Privatisierungsprozesses in ihren Augen ausreichend ist oder ob Selbstzahlerleistungen in der Zahnmedizin noch weiter (wie weit?) voranschreiten sollen, erhält man derzeit keine klare Antwort. Gleichwohl haben etliche der heute in der Verantwortung stehenden Vertreter der Zahnärzteschaft inzwischen erkannt, welche gefährliche Argumente sie lange Zeit in die Öffentlichkeit gestreut haben. Die Ausdruckweise ist bei einem Teil der Zahnärzteschaft inzwischen moderater geworden. Die Geister, die lange Jahre gerufen worden sind, dürften wir aber vermutlich so schnell nicht mehr loswerden.

Anschrift des Verfassers

Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle

Poliklinik für Zahnerhaltungskunde der Klinik für Mund-, Zahn- und Kieferkrankheiten des Universitätsklinikums Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg
E-mail: hans-joerg.staehle@med.uni-heidelberg.de

Literatur

1. Fedderwitz J: Aufgeweckt und wachgeküsst. Zahnärztl Mitt 99 (5), 486 (6) (2009).
2. Gutmann R: Unsere Politik der Zukunft ist die Politik des Verlassens der GKV. Zit. nach: Foester H: Gutmann: Wir müssen Verantwortung für uns selbst übernehmen. Hauptversammlung'92. Der Freie Zahnarzt 36 (11), 12-16 (1992).
3. Hoppe J-D: Nur das Nötigste auf Rezept. Interview für die Rhein-Neckar-Zeitung. Heidelberg, 9. Mai 2009.
4. Hylak M: Gesundheitskosten - Hoppe hat Recht. Leserbrief. Rhein-Neckar-Zeitung. Heidelberg 16. Mai 2009.
5. Raspe H, Meyer T: Priorisierung - Vom schwedischen Vorbild lernen. Dtsch Ärztbl 106 (21), C855-858 (2009).
6. Richter-Kuhlmann E: Zuzahlungen - Mehr Eigenbeteiligung gefordert. Dtsch Ärztbl 106 (15), C578 (2009).
7. Schirbort KH: Mundferkel dürfen andere nicht belasten. In: Munchow, R.-G.: Gespräch mit dem Vordenker der deutschen Zahnärzte. Peiner Allgemeine Zeitung, 08.12.2000.



Glückwünsche zur Wiederwahl an die BVAZ-Präsidentin & ihr Team!

Bei der Hauptversammlung des Berufsverbandes der Allgemeinzahnärzte (BVAZ) am 08.11.2009 wurden die Präsidentin Dr. Dr. Marianne Grimm sowie Dr. Roland Kaden, Dr. Andreas Bien, Dr. Tim Adam und Dr. Dr. Rüdiger Osswald in ihren Ämtern bestätigt. Der BVAZ nutzte die Versammlung u.a. zur Diskussion über die seines Erachtens dringend veränderungsbedürftige zahnärztliche Approbationsordnung. Die Reform dürfe keinesfalls zu Lasten der Ausbildungsqualität der frisch approbierten Zahnmediziner und der Versorgungsqualität der Bevölkerung gehen. Dr. Dr. Marianne Grimm will sich dafür einsetzen, dass im Wortlaut der Approbationsordnung der Begriff „berufsfertig“ gleichwertig neben „berufsfähig“ aufgenommen wird, eine Forderung, der sich der DAZ anschließt.

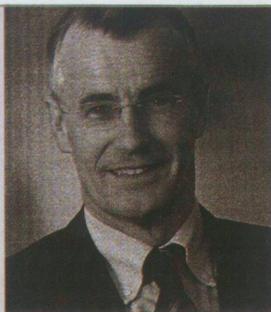


Foto: KEZY

ein Happy-End ohne Wölfe und Hexerei. Richtig ist auch, dass die gesundheitspolitische Lage nie so prekär war wie heute. „Die GKV steuert unaufhaltsam einer tief greifenden Systemkrise entgegen. ... Vor allem aufgrund fehlender oder falscher Anreizstrukturen sind die Gesundheitsausgaben ständig gestiegen.“ Das ist keine aktuelle Feststellung, sondern Teil des Vertrags- und Wahlleistungskonzeptes der Zahnärzteschaft aus dem Jahr 1995. 14 Jahre später ist diese unangenehme Wahrheit richtiger denn je. Ist Deutschland also zwar älter, aber kein bisschen weiser? Während die Ärztemodelle nicht weit reichen – die aktuell neue Milliardenforderung wird, dank des Systems, wohl kaum die letzte sein –, hat sich im zahnärztlichen Bereich einiges getan. Was in vielen Bereichen der Medizin nach wie vor offene Forderung ist, nämlich die mit dem FDP-Vorschlag erforderliche Definition von Grundleistungen, ist in den meisten Bereichen der Zahnmedizin schon gelungen. Hier ist die Definition von Grundversorgun-

Aufgeweckt und wachgeküsst

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

geahnt haben wir es schon immer: Politik hat doch etwas mit Märchen gemein. Aber was wäre, wenn mal eines wahr würde? Was ist passiert? Während die Unionsparteien mit Blick auf den Wahltermin im Herbst die (Gesundheits-)Politik eher abwickeln,

alisierung der GKV, so weist es die Presse aus, ist Ziel der auf Bundesebene noch als oppositioneller Mahner agierenden Partei mit ihrer derzeit großen Hoffnung auf eine neue Rolle nach der Bundestagswahl. Muss das – wie Sozialdemokraten blitzschnell urteilen – tatsächlich Angst machen? Und ist das alles wirklich so neu, wie

Abb. 3 Die Wortwahl der Vertragszahnärzteschaft ist inzwischen anders als noch vor zehn Jahren. Man hat sich damit abgefunden, dass ein vollständiger Austritt aus der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in absehbarer Zeit nicht möglich sein wird und andere Wege einer spürbaren Erhöhung von Privatleistungen gefunden. Nachdem die groben Vorarbeiten dazu geleistet sind (siehe Abb. 1 und Abb. 2), wurde vom höchsten Repräsentanten der deutschen Vertragszahnärzte (Bild) 2009 mit Genugtuung festgestellt, dass das, was in vielen Bereichen der Medizin nach wie vor offene Forderung sei, nämlich eine enge Definition von Grundleistungen, in der Zahnmedizin schon als weitgehend gelungen betrachtet werden könne [1]. Ob sich das Konzept der Zahnärzteschaft für eine adäquate medizinische Breitenversorgung der Bevölkerung eignet, erscheint allerdings fraglich.

Grußwort zum 100. DAZ-Forum

Dieser Text wurde bei der Zusammenstellung des letzten Zeitschriften-Ausgabe versehentlich ausgelassen und wird darum hier nachträglich eingefügt:

Liebe Kollegen und Kolleginnen, zu der 100. Ausgabe Ihres DAZ-Forums möchte Ihnen die Initiative Unabhängige Zahnärzte Berlin (IUZB) herzlich gratulieren.

Die IUZB freut sich, in Ihrem Berufsverband einen Partner für kompetente Berufspolitik gefunden zu haben. Wir hoffen, auch in der Zukunft durch eine gute Zusammenarbeit Synergieeffekte zum Wohle unseres Berufsstandes zu erreichen. Ihnen wünscht die IUZB noch viele weitere interessante Forum-Ausgaben, die wir alle mit großem Interesse lesen.

Ihre IUZB



Neue Festzuschuss-Modelle am Horizont? Aus den Erfahrungen beim Zahnersatz sollte man lernen

Die zahnärztlichen Körperschaften streben die Einführung von Festzuschüssen in weiteren Bereichen wie Füllungstherapie und Parodontologie an. Wir haben Dr. Michael Kleinebrinker, Zahnarzt und beim GKV-Spitzenverband für die vertragszahnärztliche Versorgung zuständig, gefragt, wie die Gesetzliche Krankenversicherung mit diesem Thema umgehen wird.

Bei der Diskussion um Veränderungen im Vertragszahnrecht darf das eigentliche Ziel, nämlich die Verbesserung der Versorgung der Versicherten vor dem Hintergrund enger werdender finanzieller Spielräume, nicht aus den Augen verloren werden.

Festzuschuss-Modelle können dann zur Anwendung kommen, wenn es zu einer Diagnose unterschiedlich aufwendige Therapiemöglichkeiten gibt. Aus Sicht der Versicherten werden durch ihre Einführung die Wahlfreiheit und ggf. auch die Bezuschussungsgerechtigkeit erhöht. Optimal wäre es, wenn auch die Bezuschussung insgesamt steigen würde, was angesichts leerer Kassen eher unwahrscheinlich ist. Darüber hinaus bieten sich Festzuschuss-Modelle immer dann an, wenn die Gesamtkosten der Behandlung von der Gesellschaft bzw. der Versichertengemeinschaft nicht vollständig finanziert werden können oder sollen. Das „Alles oder Nichts-Prinzip“, nach dem Leistungen entweder gar nicht oder vollständig übernommen werden, wird damit mit all seinen Vor- und Nachteilen durchbrochen. Je nach Ausgestaltung können mit Festzuschüssen auch Kosteneinsparungen oder eine Flexibilisierung der Abrechnungsmöglichkeiten erreicht werden. Diese Ziele sind aber eher interessengruppenspezifisch und sollten nicht im Vordergrund stehen.

Wie sehen nun die Ergebnisse beim Zahnersatz aus? Sicherlich hat sich die Wahlfreiheit der Versicherten erhöht. Insbesondere profitieren sie von den Fortschritten auf dem Gebiet der vollkeramischen Systeme, aber auch im Bereich der Implantologie. Für diese Leistungen gibt es nun Zuschüsse von den Krankenkassen. Dies darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass im Bereich der Kombinationsversorgungen und der festsitzenden Versorgungen auch Einschränkungen gegenüber früher eingetreten sind. Im Endeffekt hat die Umstellung der Zahnersatz-Versorgung auf ein Festzuschuss-Modell auf Seiten der GKV in den Jahren 2005 bis 2008 zu einem durchschnittlichen Ausgabenrückgang von knapp 1 Mrd. Euro jährlich geführt. Glaubt

man den Aussagen der KZBV, hat sich die Versorgung dennoch nicht verschlechtert, im Bereich der Implantatversorgungen sogar verbessert. Wie ist dies bei solchen Einsparungen möglich? Ist es nicht eher so, dass die Versicherten diese Differenz aus eigener Tasche begleichen, Zusatzversicherungen abschließen müssen oder, wenn sie dies nicht wollen bzw. können, letztendlich doch auf die Versorgung verzichten müssen? Im Nachhinein hat sich das Festzuschuss-Modell trotz aller gegenteiligen Beteuerungen als ein Einsparmodell entpuppt. Auf die Haushalte der Krankenkassen hat sich dies positiv ausgewirkt, weil diese Gelder nun für andere Bereiche zur Verfügung stehen. Aus zahnmedizinischer Sicht ist daran bedenklich, dass die Einsparungen unspezifisch zur Sanierung der Gesamthaushalte der Krankenkassen verwandt wurden, statt speziell dem Zahnssektor zu Gute zu kommen. Auch in diesem gibt es noch Bereiche, in denen die Versorgung nicht optimal läuft und zusätzliches Geld gut angelegt gewesen wäre, wie z. B. in der Parodontologie. Für die zahnärztliche Versorgung sind diese Gelder unwiederbringlich verloren. Es ist fraglich, ob dies im Interesse der Versichertengemeinschaft gewesen ist.

Aus Sicht der GKV ist noch eine weitere Tatsache bedenklich: Mittlerweile werden mehr als 60 Prozent der Zahnersatzleistungen von den Zahnärzten nach der Gebührenordnung für Zahnärzte erbracht und gegenüber den Versicherten abrechnet. Für diese Leistungen gelten nicht die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und somit nicht die Kriterien des SGB V. Diese Leistungen sind der Kontrolle durch die Gemeinsame Selbstverwaltung nahezu entzogen. D. h. auf über 60 Prozent der Leistungen haben die Krankenkassen keinen Einfluss mehr, was die Qualität der Leistungserbringung betrifft. Damit reduziert sich die Rolle der GKV auf dem Gebiet des Zahnersatzes immer mehr auf die eines Payers statt eines Players, um bei dem gängigen Slogan zu bleiben. Eigentlich sollte es doch umgekehrt sein.

Außerdem hat sich herausgestellt, dass eine Evaluation des Festzuschuss-Systems beim Zahnersatz nicht ohne Weiteres möglich ist. Um zu überprüfen, ob die Regelversorgung noch das tatsächliche Versorgungsgeschehen abbildet, müssen in regelmäßigen Abständen Festzuschuss-Befunde und tatsächliche Versorgung verglichen und gegenübergestellt werden. Sollte sich dabei herausstellen, dass in der Mehrzahl der Fälle keine Regelversorgungen mehr zur Anwendung kommen, ist nach den Ursachen hierfür zu suchen und ggf. die Regelversorgung anzupassen. Tut man dies nicht, läuft man Gefahr, dass die Regelversorgung auf dem Stand der Erkenntnisse des Jahres 2003 eingefroren wird und damit nur noch zur Festlegung des Zuschusses dient. Mit einer Versorgung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse hat sie dann nichts mehr gemein. Wie sich immer mehr herauskristallisiert, ist eine solche Überprüfung nur mit einem relativ großen Aufwand machbar. Dies ist hauptsächlich in der unterschiedlichen Speicherung und Archivierung von Zahnersatzdaten bei den Krankenkassen begründet. Eine Aufdeckung objektiver Mängel im Festzuschuss-System ist ohne eine Evaluation allerdings nicht möglich. Angesichts des Aufwands für eine solche Evaluation wurde vereinzelt schon angeführt, dass auf eine Evaluation verzichtet werden kann, solange die Versicherten sich nicht vermehrt über das Festzuschuss-System beschwerten. Ob eine solche Einstellung tatsächlich der Verbesserung der Versorgung dient und damit im Interesse der Versicherten ist, darf allerdings bezweifelt werden.

Aus den gemachten Erfahrungen im Bereich der Zahnersatz-Versorgung sollten aus Sicht der GKV bei der Einführung weiterer Festzuschuss-Modelle die folgenden Punkte berücksichtigt werden:

1. Primäres Ziel muss die Verbesserung der Versorgung der Versicherten sein. Wie heißt es so schön in der Werbung für das DAZ-Forum: „Dabei sollte nicht die Gewinnmaximierung von Einzelnen oder

Gruppen, sondern die Förderung der Gesundheit der Menschen – des Einzelnen wie der Gesamtbevölkerung – im Vordergrund stehen.“ Diese Forderung kann die GKV ebenfalls unterstützen.

2. Falls Einsparungen mit solchen Modellen beabsichtigt sind, muss dies vorab klar kommuniziert werden. Nach Möglichkeit sollten diese eingesparten Mittel innerhalb der zahnärztlichen Versorgung verwandt werden.

3. Die Versicherten sind nach Möglichkeit vor zusätzlichen Belastungen durch die vermehrte Anwendung privater Gebührenordnungen zu schützen.

4. Bei den Leistungsbeschreibungen und der Ausführung der Leistungen müssen die Krankenkassen ein Mitspracherecht haben. Möglichkeiten zur Parallelabrechnung nach Gebührenordnungen, die der Kontrolle der Krankenkassen entzogen sind, gilt es zu vermeiden. Ggf. sind neue Abrechnungsmodelle zu entwickeln.

5. Im Interesse der Versicherten sollten die Modelle nach einem definierten Zeitraum nach genau vorgegebenen Kriterien evaluiert werden. Dabei müssen die Modelle so gestaltet sein, dass eine Evaluation einfach möglich ist.

6. Keinesfalls darf dabei allein die Anzahl der Beschwerden oder Nicht-Beschwerden von Versicherten als Kriterium für die Durchführung einer Evaluation herangezogen werden, weil dieses Kriterium allein nur begrenzt etwas über Erfolg oder Misserfolg eines Bezuschussungsmodells aussagt.

Je nach Sichtweise der unterschiedlichen Akteure gibt es sicherlich noch weitere Interessen geleitete Kriterien, die mit der Einführung von Festzuschuss-Modellen verbunden sind. Diese sollen hierbei aber vorerst unberücksichtigt bleiben.

Die GKV wünscht sich, dass die zahnärztlichen Verbände und Medien, darunter insbesondere das DAZ-Forum, die Diskussion über Festzuschuss-Modelle erneut aufgreifen und kritisch begleiten. Vielleicht ergeben sich noch weitere Aspekte, die hierbei berücksichtigt werden müssen? Dieser Artikel sollte als Anregung für eine solche Diskussion verstanden werden.

Dr. Michael Kleinebrinker

GKV-Spitzenverband

Michael.Kleinebrinker@gkv-spitzenverband.de

Regelungswirrwarr und Absenkung des Versorgungsniveaus durch neue Festzuschüsse – nein danke!

Dr. Celina Schätze, Berlin, und Dr. Manfred Hillmer, Schenefeld

In der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gibt es bekanntlich große Finanzierungsprobleme. Der Fehlbetrag im Gesundheitsfonds beträgt 2009 2,5 Mrd. Euro und 2010 wahrscheinlich 7,5 Mrd. Euro. Da vermutlich Kostensenkungen durch Effizienzsteigerung im Gesundheitssystem nicht ausreichen werden, die Finanzierungsprobleme der GKV, zumal in der jetzigen Wirtschafts- und Finanzkrise, in den Griff zu bekommen, werden Leistungseinschränkungen unausweichlich kommen.

Festzuschüsse wurden eingeführt, um Leistungen aus der GKV auszugrenzen. Sie sind, solange eine medizinisch ausreichende Grundversorgung durch die GKV bezahlt wird, in Teilbereichen ein akzeptables Modell. Die ausgegrenzten Leistungen können die Patienten über private Zusatzversicherungen absichern. Die Festzuschüsse sind ein Anwendungsbeispiel der Priorisierung im Sinne der Einschränkung der Versorgung auf einen Basiskatalog. Festzuschüsse sind allerdings nur dort angezeigt, wo eine medizinisch sinnvolle Unterteilung in notwendige sowie ausreichende Grundversorgung und Zusatzversorgung möglich ist.

In der Prothetik sind Festzuschüsse grundsätzlich sinnvoll. Sie haben dort den Vorteil, dass die GKV-Patienten auch dann einen Zuschuss erhalten, wenn sie sich für nicht im Basiskatalog enthaltene oder neuartige Behandlungsmethoden entscheiden. Festzuschuss-Systeme müssen aber auch praktikabel und durchschaubar sein. Das in bemerkenswert kurzer Zeit erschaffene bürokratische Monster aus undurchschaubaren Regeln im Bereich der Prothetik-Festzuschüsse muss dringend wieder abgeschafft werden. Sind die Prothetik-Festzuschüsse so kompliziert gestaltet worden, um als Existenz-Sicherung für den Verwaltungsapparat in den KZVen zu dienen, nach dem Motto „Wissen ist Macht“?

Inhaltlich richtet sich die Kritik an den bestehenden Festzuschüssen in der Prothetik hauptsächlich gegen einige fundamentale Indikationseinschränkungen, die die neuen Regelleistungen enthalten. Somit ist in der Regelversorgung nicht die geforderte solide Basisversorgung gesichert. Da mit der Einführung der Festzuschüsse in der Prothetik auch die Budgetierung in diesem Bereich abgeschafft worden ist, ist es nahe liegend, dieses Modell auf andere Teilbereiche aus-

zudehnen. Ob Festzuschüsse in anderen Teilbereichen wie Parodontitistherapie, Endodontie oder Füllungstherapie (eigentlich schon vorhanden) sinnvoll sind, hängt davon ab, ob ein inhaltlich geschlossenes Konzept von den Befürwortern der Ausweitung wie z. B. der KZBV vorgelegt werden kann. Ein Flickenteppich unzusammenhängender Teilreformen sollte vermieden werden. Bevor die Forderung aufgestellt wird, das Honorarsystem generell auf Festzuschüsse umzustellen, muss auch in der Zahnärzteschaft zunächst eine breite und offene Diskussion über diese grundlegende Veränderung stattfinden. Dabei darf dann natürlich auch nicht der Bereich der von den Patienten privat zu tragenden Mehrkosten (*welche Mehrkosten werden wie honoriert*) vergessen werden. Mehrkosten und Festzuschüsse müssen aufeinander abgestimmte Teile eines einheitlichen Honorarsystems sein.

Es besteht die Gefahr, dass neue Festzuschüsse dazu dienen, auch in diesen Bereichen – wie in der Prothetik – das von der GKV zur Patientenversorgung im Rahmen der Regelversorgung bereitgestellte Finanzierungsvolumen herabzusetzen, so dass das Niveau der vollständig von der GKV bezahlten Therapie abgesenkt wird bzw. über eine geringere Inanspruchnahme wegen der Patientenzahlungen die Versorgungssituation verschlechtert wird. Die GKV spart jährlich ca. 1 Mrd. Euro durch die Prothetik-Festzuschüsse ein. Es ist leider von Seiten der Zahnärzte-Vertreter versäumt worden, wenigstens einen Teil der Gelder in Bereiche wie Prophylaxe oder Parodontologie umzulenken.

Die von den Krankenkassen für den Eigenanteil im Festzuschuss-System bereitgestellten Zusatzversicherungen bringen für diesen Bereich ein System von Kostenerstattung. Durch zusätzlichen Beantragungsaufwand und von den Patienten an die Behandler weitergeleitete Auseinandersetzungen mit den Kassen über die Erstattungssumme wird vermehrt Verwaltungsarbeit auf die Praxen zukommen. Die Privaten Krankenversicherungen freuen sich schon auf die Leistungseinschränkungen in der GKV, die sie durch eigene Angebote ausgleichen möchten.

Mehr dazu in den „DAZ-Positionen 2009“ unter www.daz-web.de; TOP Diskussion.



Geprägt von Zuversicht und klaren Positionen: die DAZ-JHV in Berlin

Während nur wenige Straßen entfernt die Teilnehmer des Berlin-Marathons um Meter und Minuten kämpften, fand im Albrechtshof in entspannter Atmosphäre die DAZ-IUZB-Jahrestagung 2009 statt.

Nach der öffentlichen Veranstaltung zum Thema „Orthopädie und ZahnMedizin“ zusammen mit Mitgliedern der Initiative Un-

Durchführung, die Berücksichtigung von Patientenwünschen usw. Interessierte können die kleine Studie bei der BSS anfordern, eine Kurzdarstellung vom DAZ erhalten oder auf den DAZ-Webseiten nachlesen. So angenehm sich die sehr positiven Ergebnisse auch darstellen, muss man sie jedoch relativieren, da es sich bei den Projektteilnehmern um eine kleine und spezielle Auswahl handelt, die

Riedel sich auch von diesem Amt zurückzog. Bei den nachfolgenden Vorstandswahlen wurden die Stellvertreter Dr. Nachtweh und Winnetou Kampmann aus Berlin sowie Kassenwart Steffen Schmidt aus Leipzig in ihren Funktionen bestätigt. Neu hinzu gewählt als stellvertretende Vorsitzende wurden Dr. Kai Müller aus Seefeld und Dr. Manfred Hillmer aus Schenefeld. Zur Vorsitzenden bestimmte die Versammlung die niedergelassene Zahnärztin Dr. Celina Schätze aus Berlin. Erstmals in seiner knapp 30jährigen Geschichte wird nun der 1980 gegründete DAZ von einer Frau angeführt.



Zwei Zahnärztinnen
eröffneten die Tagung:

Karola Hein (IUZB)
und
Dr. Celina Schätze (DAZ)

abhängige Zahnärzte Berlin stellte zunächst Dr. Klaus Gebuhr von der Brendan-Schmittmann-Stiftung (BSS) des NAV-Virchowbundes die Ergebnisse der letzten Patientenbefragungen im DAZ-Qualitätssicherungsprojekt sowie einige Befragungsergebnisse aus dem ärztlichen Bereich vor. Sein Bericht wurde inzwischen von zahlreichen Medien aufgegriffen, wobei insbesondere ein Teilspekt Beachtung fand: das Thema Wartezeiten. Dabei zeigte sich, dass die Zahnärzte besonders günstig abschnitten. Hier warteten die Patienten mit gut 20 Minuten im Schnitt nur etwa halb so lang wie bei den Haus- und Fachärzten und kürzer, als es der von ihnen als akzeptabel bezeichneten Zeit entsprach. Auch sonst kamen die Zahnarztpraxen im Urteil ihrer Patienten in Bezug auf viele Parameter ausgesprochen gut weg: ob in Bezug auf das Erklären der Behandlung, die gewissenhafte Planung und

nicht unbedingt repräsentativ ist für die Zahnärzteschaft insgesamt.

Da Ende 2010 jede Praxis ein den gesetzlichen Anforderungen genügendes Qualitätsmanagement vorweisen muss, stehen momentan die Auseinandersetzung mit diesen Anforderungen und die Ergänzung des Projektes um sinnvolle Management-Komponenten auf der Tagesordnung. Turnusmäßig war eine neue Projektleitung zu wählen. Neu aufgenommen wurde Dr. Gunnar Frahn aus Berlin; Dr. Ulrich Zibelius aus Lemgo und Dr. Eberhard Riedel aus München schieden auf eigenen Wunsch aus. Insbesondere an Dr. Riedel, der das DAZ-Projekt initiiert und über einige Jahre sehr aktiv vorangetrieben hatte, ging der Dank der Versammlung.

Der Dank bezog zugleich sein Engagement als Vorsitzender des DAZ mit ein, da Dr.

Sie war es auch, die über die Aktivitäten des vergangenen Jahres berichtete und Perspektiven und Aufgaben für die nächste Zeit beschrieb. Unter ihrem Vorsitz soll das QS-Projekt weitergeführt und ausgebaut werden. Die Themen der letzten Jahre wie kritische Begleitung der Debatte um Aus-, Fort- und Weiterbildung, Spezialisierung, Freiberuflichkeit, neue Vertragsformen, Festzuschüsse in weiteren Leistungsbereichen, zahnärztliche Zusammenschlüsse, Ausbau der Prophylaxe, Entwicklung der Gebührenordnungen, ganzheitliche Behandlung, Auseinandersetzung mit der Dentalindustrie, Abwehr der Kommerzialisierung der Medizin usw. werden den DAZ weiter beschäftigen und sollen vor allem Niederschlag im DAZ-Forum und in der – zügig auszubauenden – Internetpräsenz finden.

Mit Blick auf das in 2010 anstehende DAZ-Jubiläum soll die nächste Hauptversammlung verbunden werden mit einem Fest. Auch ehemalige Mitglieder und Freunde des Verbandes sind schon jetzt herzlich dazu eingeladen.

Irmgard Berger-Orsag, Köln
kontakt@daz-web.de

Ein Bild-Bericht zur JHV findet sich auf den DAZ-Webseiten unter AKTUELLES.

Suche nach Lösungen für die endodontische Breitenversorgung

Gutes Verhältnis von Aufwand und Nutzen sowie Evidenzbasierung sind gefordert

Wer die letzten drei Ausgaben des DAZ-Forums gelesen hat, konnte darin eine Diskussion über unterschiedliche Vorgehensweisen in der Endodontie verfolgen, die zunächst mit den Namen Osswald (Zahnarzt aus München) und Heidemann (Hochschullehrer aus Frankfurt) verknüpft war und in die sich dann auch als Leserbriefschreiber Prof. Dr. Richard Stoll von der Universität Marburg eingeschaltet hat.

Es geht um Grundsätzliches. Wissenschaftliche Erkenntnisse, Materialentwicklung, Aus- und Fortbildungsstand der Zahnärzte schreiben voran. Macht dies die Zahnbehandlung wirklich effektiver, bedeutet es einen Fortschritt für die Patienten?

Hierüber wird besonders in Bezug auf Wurzelkanalbehandlungen in den letzten Jahren vermehrt diskutiert. Neue Aufbereitungssysteme, neue diagnostische Instrumente, Ultraschall, Laser, kombinierte Spülungen, moderne Sealer usw. kommen zum Einsatz. Dies führt zu der Frage, ob ausreichende Evidenz dafür vorliegt, dass dieser Zunahme des Aufwands eine entsprechende Zunahme der Heilungsraten gegenübersteht. Eher scheint es möglich, dass hier – mathematisch beschrieben – die Erhöhung des Therapieerfolgs asymptotisch gegen Null geht, während der Aufwand gegen Unendlich strebt. Ab einem gewissen Niveau muss jedes weitere Prozent Verbesserung mit einem unverhältnismäßig hohen Einsatz erkauft werden. Die Verhältnismäßigkeit der Mittel ist aber – unabhängig von der Art des Versicherungssystems – ein ganz wichtiger Grundsatz in der Medizin, weil die finanziellen Ressourcen, die fachlichen Kapazitäten und auch die Bereitschaft und Möglichkeit von Menschen, sich behandeln zu lassen, begrenzt sind.

Wenn zahnerhaltende Therapie – begründet mit einer Erhöhung des Erfolgs im Prozent- oder Promille-Bereich – so aufwändig gemacht wird, dass nur noch ein Teil der Patienten sie bezahlen kann und will und dem anderen stattdessen die Extraktion droht, dann ist das – zugespitzt ausgedrückt – ein Programm zur Förderung der Vernichtung von Zähnen, die ohne die modernen Errungenschaften durchaus eine hohe Heilungschance hatten.

Dass auf der einen Seite hochaufwändige Verfahren für besonders schwierige Situa-

tionen entwickelt werden sollen, ist unbestritten – dass auf der anderen Seite in einer soliden Breitenversorgung Abstriche davon gemacht werden müssen, ebenso. Wo liegen vertretbare Kompromisslinien? Diese Frage beschäftigt den DAZ seit geraumer Zeit. Insofern haben wir dankbar das Angebot von Prof. Stoll angenommen, der – angeregt durch die Heidemann-Osswald-Kontroverse – für das Forum darlegen wollte, wie aus Sicht der Hochschule eine korrekte alltagsgerechte endodontische Therapie „in der Praxis“ aussehen kann und soll.

Dabei war unsere Erwartung nicht, sozusagen eine Einführungsvorlesung in endodontische Therapie oder einen Lehrbuchauszug zum Thema zu erhalten. Uns ging es vielmehr darum, zu erfahren, wie die Postulate der Hochschule auf den Praxisalltag herunter gebrochen werden können, welche Abwägungen dafür vorgenommen werden, wie die Begründungen lauten zu dem, was von führenden Wissenschaftlern für unverzichtbar gehalten wird.

Den meisten zahnärztlichen Lesern des Forums sind die heute von den Hochschulen gelehrteten Methoden im Prinzip vertraut. Aber weniger verbreitet ist, *warum* man *wann welche* dieser Methoden anwenden soll. Denn wenn man ins Detail geht, fehlen an vielen Stellen noch grundlegende Erkenntnisse – hierzu ein Beispiel.

Bei Problemkeimen wird die Anwendung zusätzlicher Desinfektionsmittel empfohlen. Es gibt aber keine einfachen chairside anwendbaren Verfahren zur Bestimmung des Keimspektrums in einem Zahn. Soll man also immer von Problemkeimen ausgehen und immer ein mehrstufiges Spülprotokoll zum Einsatz bringen, das seinerseits wieder Folgeprobleme aufwirft (Beinträchtigung nachfolgender Adhäsivfüllungen, Entstehung kanzerogener Zwischenprodukte, unnötige Versprödung des Zahnes, unnötiger Abtrag von Zahnschicht usw.)? Oder gibt es andere Kriterien zur Risikoeingrenzung? Die Wissenschaft ist gefordert, hier Hilfestellung zu leisten und dem Praktiker allgemeine und fundierte Aussagen an die Hand zu geben. Der Praktiker wiederum muss mit seinem Patienten abwägen, welchen Aufwand für welches Ausmaß an Fortschritt er und sein Patient sich leisten wollen.

Als Hilfestellung für den Allgemeinzahnarzt hat die Forum-Redaktion inzwischen aus Marburg den nachfolgend abgedruckten endodontischen Katalog für die Kassenpraxis erhalten. Prof. Stoll hat nicht nur seine eigenen Erkenntnisse zu Papier gebracht, sondern seine Thesen unter Kollegen – in diesem Fall in der gesamten Abteilung – zur Diskussion gestellt, was zur Definition von Minimalanforderungen ein sinnvolles und übliches Vorgehen ist. Der durch Zusammentragen mehrerer Expertenmeinungen erzielte „kleinste gemeinsame Nenner“ (in der Beschreibung von Evidenzstufen die niedrigste Ebene) kann aber die Frage nach alltagsgerechten und zugleich fundierten endodontischen Handlungsanweisungen nicht abschließend beantworten. Es bleibt die Frage nach der Evidenz aufgrund wissenschaftlicher Studien, die die Überlegenheit der vorgeschlagenen gegenüber einfacheren Vorgehensweisen belegen, und es bleibt die Forderung nach der Verhältnismäßigkeit von Aufwand und Nutzen in der Breitenversorgung. Wer solche Aspekte stärker thematisiert, hat vielleicht Skrupel, überhaupt einen Empfehlungskatalog zu präsentieren, und könnte stattdessen eher eine Liste von Fragen und noch zu erforschenden Hypothesen vorlegen.

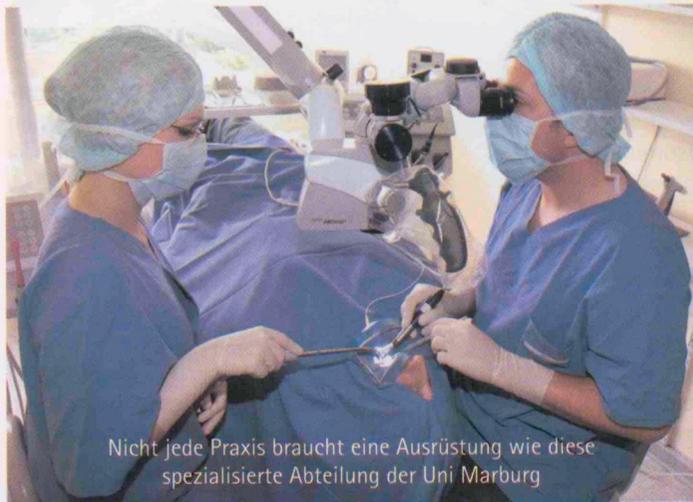
Der nachfolgende Beitrag sollte insofern nicht als Schlusspunkt einer Auseinandersetzung, sondern eher als Diskussionsanregung betrachtet werden. Ich bin gespannt, an welchen Punkten die Forum-Leser/innen einhaken werden – ob beim Thema Asepsis angesichts der Tatsache, dass sich sowohl in der Mundhöhle insgesamt als oftmals auch im Zahn Millionen unterschiedlichster Keime tummeln, ob bei Tipps wie dem, die Zugangskavität beim Röntgen mit Abdrucksilikon zu verschließen, ob bei Fragen nach Vorbehandlungen vor der Aufbereitung, nach der Häufigkeit von Röntgenaufnahmen, nach Spülprotokollen usw.

Die Diskussion ist – nicht erst seit heute – eröffnet, und wir würden uns freuen, wenn beide Seiten – die Allgemeinzahnärzte wie die Spezialisten und Wissenschaftler – davon profitieren würden.

Irmgard Berger-Orsag, Troisdorf
kontakt@daz-web.de

Die Wurzelkanalbehandlung – Operation am offenen Zahn !

Thesen zur endodontischen Behandlung



Nicht jede Praxis braucht eine Ausrüstung wie diese spezialisierte Abteilung der Uni Marburg

Prof. Dr. Richard Stoll, Senay Yüksel,
Prof. Dr. Roland Frankenberger, Universität Marburg

Hierbei wurde von uns absichtlich auf einige strittige Punkte abgezielt, ohne aber nur die Themen Kofferdam und OP-Mikroskop in den Vordergrund zu stellen. Zur besseren Übersicht

2. Diagnose und initiales Röntgenbild

Nach derzeitigen Studien kann der Erfolg einer Wurzelkanalbehandlung über 10 Jahre mit ca. 80-95% angegeben werden [Stoll et al. 2005]. Hierüber und über den zu erwartenden Behandlungsaufwand, Kosten und Risiken sollte der Patient aufgeklärt und diese Aufklärung lege-artis dokumentiert werden.

Einleitung

Endodontie unter den Bedingungen der Kassenpraxis ist nicht unbedingt die Endodontie, die unter den Bedingungen einer Universitätsklinik oder einer spezialisierten Praxis für Endodontie geleistet werden kann. Für die Lege-artis Umsetzung des bekannten endodontischen Wissens sollte jedoch ein kleinster gemeinsamer Nenner gefunden werden. Wissenschaftlich wurde in den letzten 50 Jahren sehr intensiv nach Evidenz gesucht, welche Behandlungsmaßnahmen zu einer Erhöhung des Langzeiterfolgs führen. Hierbei wurden tatsächlich einzelne Maßnahmen und Bedingungen als förderlich identifiziert. Weitere Maßnahmen sind durch gesunden Menschenverstand ableitbar und bedürfen keiner nachgewiesenen Evidenz. So wäre es z.B. heute aus ethischen Gründen nicht mehr möglich zu untersuchen, ob eine Behandlung unter aseptischen oder nichtaseptischen Bedingungen günstiger ist. Den Begriff des kleinsten gemeinsamen Nenners nehmen auch die Empfehlungen der europäischen und deutschen Gesellschaft für Endodontie auf, welche die Absicht verfolgen, den Ablauf der endodontischen Behandlung mit praxistauglichen Empfehlungen zu beschreiben [ESE 2006, DGZ 2005].

Die folgenden Ausführungen gelten für einfache endodontische Behandlungen, also solche, die auch unter die Indikationen der Kassenzahnärztlichen Behandlung fallen. Ausgeklammert sind hierbei absichtlich Traumabehandlungen, Revisionen, Milchzahnendodontie, chirurgische Endodontie sowie Sonderfälle mit anatomischen Aberrationen oder bei schwerwiegenden Allgemeinerkrankungen.

wurden die Thesen und Umsetzungen für die Praxis in eigene Textboxen gestellt und entsprechend markiert.

1. Grundlegende Behandlungsmaxime

Die Wurzelkanalbehandlung ist in erster Linie und in der überwiegenden Zahl der Fälle die Bekämpfung einer bakteriellen Infektion und die Beseitigung von deren Folgen. In zweiter Linie muss die Reinfektion der beteiligten Gewebe verhindert und der Zahn so vorbereitet werden, dass er aus eigener Substanz oder nach Rekonstruktion seine Funktion stabil und sicher wieder aufnehmen kann.

Die Abkehr von einer rein mechanisch orientierten Endodontie zu einer mikrobiologisch orientierten Endodontologie ist keine aktuelle Entwicklung, sondern wird bereits seit vielen Jahren gelehrt und praktiziert. Um diesem Behandlungskonzept zu folgen, ist in erster Linie zu eruieren, mit welcher bakteriellen Belastung in den zu behandelnden Geweben (Wurzelkanal, perikanaläre Dentinwand, perikanalärer Parodontalraum, periapikales Knochengewebe) zu rechnen ist, welcher Art die hierin dominierenden Bakterienspezies sind und welche Medikamente für eine Keimreduktion geeignet sind. Zusätzlich ist sicherzustellen, dass diese Medikamente und Desinfizienzien den Ort ihrer angestrebten Wirkung auch erreichen können. Hierzu sind in der Regel mechanische Vorarbeiten unerlässlich, welche im notwendigen Umfang erfolgen müssen und keine Schäden verursachen dürfen, die den Fortgang der Behandlung behindern.

Vor Behandlungsbeginn sollten alle notwendigen medizinischen und zahnmedizinischen Befunde erhoben werden, welche insbesondere zur Abschätzung der endodontischen, parodontologischen und prothetischen Erhaltungswürdigkeit und -fähigkeit benötigt werden. Die Diagnose der zugrunde liegenden endodontischen Erkrankung soll so zweifelsfrei wie möglich erfolgen, insbesondere die Abschätzung über die zu erwartende bakterielle Belastung der Kanalsysteme.

Diagnostik und Patientenaufklärung sollten gewissenhaft erfolgen und dokumentiert werden. Eine präoperative Röntgenaufnahme ist hier in der Regel erforderlich.

Mit Hinblick auf die Behandlungsgeschwindigkeit, Strahlenbelastung, Bildqualität und Dokumentationssicherheit sind hier digitale Röntgensysteme mit Projektion in Rechtwinkeltechnik zu bevorzugen.

3. Asepsis und Darstellung des OP-Feldes

Das OP-Feld, welches sich zuerst auf den zu behandelnden Zahn (ca. 10x10 mm) und später die Trepanationsöffnung (ca. 3x3 mm) beschränkt, sollte gut zugänglich sein. Die Forderung nach einer aseptischen Behandlung bedingt die Isolation vom Speichel und den darin enthaltenen Bakterien. Hier sei daran erinnert, dass ein ml Speichel annähernd 10^8 Keime enthält [Oethinger 2008]. Bereits diese Anforderungen machen deutlich, dass die Verwendung von Kofferdam eine unbedingte Notwendigkeit darstellt [DGZ 2005]. Kofferdam ist für endodontische Behandlungen schnell (bei Einzelzahnapplikation

liegt ein Kofferdam spätestens nach 20 s), einfach und preiswert (Kosten für eine Applikation ca. 35 Cent) zu verwenden [Stoll 2008]. Außerdem gewährleistet die Verwendung von Kofferdam eine erhöhte Arbeitssicherheit durch den Ausschluss der Aspirationsgefahr von Wurzelkanalinstrumenten und unangenehmen Spülflüssigkeiten. Für eine dichte Isolation des zu behandelnden Zahnes ist es in der Regel erforderlich, vor der endodontischen Behandlung evtl. vorhandene Karies zu excavieren und/oder eine adhäsive Aufbaufüllung zu legen [DGZ 2005].

Die Forderung nach aseptischer Behandlung ist in der Endodontie am einfachsten über die Anwendung von Kofferdam zu erfüllen.

Für die Zwischenreinigung der endodontischen Instrumente hat sich ein mit Desinfektionsmittel befüllter Clean-Stand als nutzbringend bewährt.

Moderne Endodontie basiert im Wesentlichen auf der Forderung, das, was getan wird, auch optisch kontrollieren zu können. Ein OP-Feld von 3x3 mm mit komplexen anatomischen Strukturen (Pulpakammerboden) ist selbst für die Augen junger Menschen nicht detailliert visuell aufzulösen. Notwendig sind hier Maßnahmen zur vergrößerten Darstellung. Der Ruf nach dem unzweifelhaft förderlichen OP-Mikroskop ist für die allgemeinärztliche Praxis wahrscheinlich übertrieben. Als einfache und preisgünstigere Maßnahmen seien hier beispielsweise oberflächenverspiegelte Planspiegel zusammen mit der Anwendung einer Lupenbrille mit sehachsennaher LED-Lichtquelle angeführt.

Visuelle Kontrolle führt zu Prozesskontrolle. Die Anwendung eines vergrößernden optischen Hilfsmittels ist hier unabdingbar.

4. Trepanation und Lokalisation der Kanaleingänge

Die Trepanationsöffnung sollte einen direkten instrumentellen und optischen Zugang zu den zu erwartenden Kanaleingängen ermöglichen. Hierbei hat die erfolgreiche Wurzelkanalbehandlung den Vorrang vor Erwägungen zur Stabilität der Restzahnschubstanz d. h. dass im Sinne besserer Übersicht und Zugänglichkeit zum Wurzelkanalsystem auch zusätzlich Zahnhartsubstanz geopfert werden darf.

Anatomisches Wissen um Wurzel- und Kanalkonfigurationen und Lokalisationsmöglichkeiten der Kanaleingänge hilft bei der Kanalsuche. Bei Zähnen, die üblicherweise zusätzliche Kanäle aufweisen, sollte das Vorhandensein dieser zusätzlichen Kanalsysteme verifiziert werden, d.h. es muss aktiv nach diesen Kanalsystemen gesucht werden. Hilfreich hierfür ist die Verwendung von Lupenbrille oder Mikroskop bei der Suche und ggf. auch bei der Beseitigung von Hindernissen. Verlegungen durch Dentinapposition oder Pulpasteine können unter Sicht mit rotierenden Instrumenten oder mit Sonotroden beseitigt werden. Kanaleingänge sollten mit rotierenden Instrumenten so konisch vorgearbeitet werden, dass das Einführen der Aufbereitungsinstrumente leicht möglich ist.

Die Trepanationsöffnung muss eine visuelle Kontrolle und den direkten Instrumentenzugang ermöglichen. Auch seltene Kanalkonfigurationen (zusätzliche Kanäle) müssen aktiv gesucht werden.

Pulpagewebe muss vollständig entfernt werden, bei Blutungen hilft hier ggf. die Spülung mit Natriumhypochlorit oder Peroxid.

5. Die Längenbestimmung

Einer der wenigen bekannten Faktoren für den Langzeiterfolg einer Wurzelkanalbehandlung ist die Längenbestimmung. Systembedingt ist die elektrometrische Längenbestimmung der röntgenologischen dadurch überlegen, dass hierbei je nach Einstellung des Gerätes das Foramen apicale oder eine evtl. vorhandene apikale Konstriktion detektiert wird. Moderne Endometer zeichnen sich durch eine sehr gute Meßgenauigkeit aus [Stoll 2009]. Die röntgenologische Längenbestimmung ist jedoch als zusätzliche Maßnahme erforderlich [DGZ 2005], um ggf. endometrische Messresultate auf Plausibilität zu kontrollieren. Hierbei ist die Verwendung von Silberstiften anstatt regulärer Handinstrumente sinnvoll, da diese einen besseren Röntgenkontrast geben und durch einen Verschluss der Zugangskavität z.B. mit niedrigviskösem Abdrucksilikon die Aufnahme ohne störende Kofferdamklammer oder Handgriffe erfolgen kann [Stoll et al. 2001]. Hier ist auch die Verwendung eines Filmhalters für die Rechtwinkeltechnik möglich.

Moderne Antriebssysteme mit dynamischer endometrischer Kontrolle erlauben

die laufende, automatische Überwachung der Arbeitslänge auch während der Aufbereitung.

Für die Längenbestimmung ist heute die Verwendung eines Endometers jüngerer Generation Stand der Technik. Eine nachgeschaltete Röntgenmessaufnahme sichert die gewonnenen Arbeitslängen ab.

6. Aufbereiten mit rotierenden Instrumenten oder mit Handinstrumenten

Ziel der Aufbereitung ist es, die Kanalwände möglichst durch mechanischen Materialabtrag zu reinigen und eine Kanalform herzustellen, die für eine gründliche Desinfektion und eine dichte Obturation geeignet ist. Für moderne Obturationsverfahren, für einen guten Zugang der Desinfektionsmittel und für eine möglichst gute Sicht im OP-Mikroskop werden heute konische Präparationen mit einem größeren Taper als in der ISO-Norm EN-ISO 3630-1 angestrebt. Abgesehen von seltenen Ausnahmen sind fast alle Wurzelkanalsysteme mehr oder weniger stark gekrümmt und auch nicht unbedingt immer kreisrund aufbereitbar. Es ist also nicht davon auszugehen, dass Kanäle stets mit den heute üblichen flexiblen rotierenden Instrumenten alleine aufzubereiten sind. Eine alleinige Aufbereitung mit Handinstrumenten aus Stahl scheidet jedoch wegen der unzureichenden Flexibilität der klassischen Handinstrumente ebenso aus. Für die moderne Aufbereitung empfiehlt sich eine Kombination aus beiden Instrumentensystemen dergestalt, dass die initiale Aufbereitung zur Herstellung eines geeigneten Gleitpfades mit Handinstrumenten erfolgt, hierauf eine Aufbereitung mit rotierenden Nickel-Titaninstrumenten folgt, die ggf. bei schwierigen Kanalkonfigurationen und -querschnitten durch eine OP-mikroskopisch kontrollierte Nacharbeit mit Handinstrumenten vervollständigt wird [Schäfer 2009]. Zur besseren und früheren Desinfektion empfiehlt sich die Crown-Down Methode, bei welcher zunächst im oberen (apexfernen) Kanalbereich instrumentiert wird, um Raum für Spülmethoden und optische Prozesskontrolle zu schaffen. Sie hat daher deutliche biologische und prozessorientierte Vorteile im Vergleich zu Methoden (sog. „Single length“ Techniken), die mit allen Instrumenten auf volle Arbeitslänge gehen [Hülsmann 2009].

Eine Aufbereitung erfolgt mit einer Kombination aus rotierenden Instrumenten und Handinstrumenten. Eine konische Aufbereitungsform im Sinne eines möglichst großen Tapers (0.04-0.06) ist anzustreben.

Die geeignete Aufbereitungsgröße sollte unter Beachtung der Parameter Krümmung, Wurzelquerschnitt und bakterielle Kontamination geplant werden. Hierbei ist im infizierten Kanal auf einen genügend großen Wandabtrag zu achten, während bei geringer bakterieller Belastung (z.B. nach Vitalexstirpation) auch schlanke Aufbereitungsformen mit niedrigen Spitzendurchmessern möglich werden [Torabinejad & Walton 2009].

7. Die Desinfektion

Nekrotisches Gewebe in einem Wurzelkanal ist ein ideales Kulturmedium für Bakterien aus der oralen oder der parodontalen Mikroflora. Die initiale endodontische Mikroflora ist polymikrobiell und im Wesentlichen anaerob, wobei häufig anaerobe Streptokokken, Eubakterium, Camphylobacter Prevotella und Fusobakterien gefunden werden [Fouad 2009]. Während und nach einer endodontischen Behandlung wechselt das Keimspektrum im Wurzelkanal und beinhaltet im Wesentlichen grampositive und fakultativ anaerobe Keime wie Streptokokken, Enterokokken, Laktobazillen, Propionibakterien und Aktinomyzeten. Diese sind gegen viele antimikrobielle Mittel resistent und bilden zudem noch Biofilme [Fouad 2009].

Ziel der Behandlung muss es also zunächst sein, die Ernährungsgrundlage der Bakterien (das nekrotische Gewebe) zu entfernen und die übrig gebliebenen Keime durch geeignete Desinfektionsmittel zu beseitigen.

Das einzige Mittel, um neben einer rein mechanischen Reinigung das nekrotische Gewebe zu entfernen, ist die Spülung mit Natriumhypochlorit. Aus diesem Grund wird das Natriumhypochlorit als Standardspülmittel nicht aus der Endodontie entfernt werden können. Bereits niedrig dosiertes Natriumhypochlorit (0,5-1 %) zeigt eine gute Desinfektionswirkung, bei höherer Konzentration steigt jedoch der Gewebe auflösende Effekt. Übliche Konzentrationen zwischen 3 und 6% sind daher mit Vorsicht zu verwenden und sollten auf Wurzelkanäle mit möglichst nicht geöffnetem Foramen apicale beschränkt blei-

ben, da dieser Gewebe auflösende Effekt auch im vitalen periapikalen Gewebe auftritt und bei Applikation in das periapikale Gewebe zu schweren Komplikationen führen kann. Da die desinfizierende Wirkung von Natriumhypochlorit nicht alle Bakterien und Pilze erfasst, sollte für Problemfälle zumindest ein Desinfektionsmittel mit andersartigem Wirkspektrum verfügbar sein. Hier eignet sich z.B. Chlorhexidin in 2 %-iger Konzentration [Oncag et al 2003], welches aber nicht in direkten Kontakt zum Natriumhypochlorit kommen darf [Stoll 2008]. Weiterhin sollte auf die Verwendung von phenol- und formaldehydhaltigen Präparaten verzichtet werden [DGZMK 2006, Stoll 2007a].

Zur Exposition der Dentinkanälchen sollte vor der abschließenden Spülung der Smear-Layer im Wurzelkanal entfernt werden. Hierzu werden Spülungen mit EDTA oder Zitronensäure empfohlen [Stoll 2007a, DGZMK 2006]. Eine genügend lange Einwirkzeit von frischem Spülmittel ist sicherzustellen, hierzu sollte während der Behandlung und zum Abschluss eine größere Menge Spülmittel mit einer geeigneten Spülkanüle appliziert werden. Bei niedrig dosiertem Natriumhypochlorit sind die Applikation von Ultraschall und ggf. die Erwärmung der Spülflüssigkeit hilfreich [Stoll 2007a].

Zur Desinfektion und Reinigung des Kanalsystems sollte Natriumhypochlorit in einer Konzentration zwischen 1 und 6% verwendet werden. Auf genügend lange Einwirkzeit und genügende Spülmenge ist zu achten. Es empfiehlt sich zusätzlich ein Desinfektionsmittel mit anderem Wirkspektrum für Problemfälle vorzuhalten. Weiterhin empfiehlt sich eine Vorbehandlung der Kanalwand mit EDTA oder Zitronensäure zumindest vor der finalen Spülung.

Leider existieren derzeit noch keine Routinemittel, um das Keimspektrum im Wurzelkanal zu ermitteln. Auch der gezielte Angriff auf die Bakterienflora mit ausgesuchten Antibiotika zählt derzeit noch zu den Zukunftskonzepten.

8. Zwischeneinlagen

Zwischeneinlagen dienen zur Desinfektion und zur Sicherung der Keimarmut zwischen Behandlungsterminen. Für diesen Zweck sind Präparate auf Calciumhydroxidbasis geeignet, die gleichzeitig auch ei-

ne apikale Hartgewebsbildung (Apexifikation) erleichtern. Sollte zusätzlich eine medikamentöse Wirkung auf das periapikale Gewebe (z.B. wegen Schmerzsymptomatik bei akuter Entzündung) notwendig sein, sind für kurzzeitige Anwendungen kombinierte Antibiotika-/Kortikoidpräparate erhältlich.

Zwischeneinlagen erfolgen in der Regel mit Calciumhydroxidpräparaten.

Bei komplizierten Fällen (akute apikale Entzündung, Notwendigkeit einer Apexifikation etc.) können auch längerfristige Einlagen mit mehrfachem Wechsel des Einlagemedikaments erforderlich sein. Generell ist zu beachten, dass ein provisorischer Verschluss eine dauerhafte Abdichtung und einen wirksamen Schutz vor Speichel und Bakterien bieten muss [DGZMK 2006].

9. Die Obturation

Die Obturation erfolgt durch Kombination eines Kernfüllmaterials mit einem Sealer, welcher die Inkongruenz von Kanalform und Kernmaterial ausgleichen soll. Bei klassischen Fülltechniken gilt es, möglichst viel Volumen im Kanal durch Kernmaterial zu füllen und die Menge des Sealers möglichst zu minimieren, wofür in der Regel Kondensationstechniken eingesetzt werden. Leider ist trotzdem die Mehrzahl der klinisch real existierenden Füllungen undicht, was auch daran liegt, dass die klassischen Wurzelkanalsealer weder eine adhäsive Verbindung mit dem Dentin noch eine Verbindung mit dem Kernfüllungsmaterial eingehen.

Bei den Überlegungen zur Füllung ist davon auszugehen, dass die Aufbereitung eines gekrümmten und anatomisch komplexen Kanalsystems häufig einen asymmetrischen Kanalquerschnitt produziert, der mit gängigen ISO-genormten oder stärker getaperten Füllstiften nicht kongruent ist. Für die Praxis wäre demnach die Anwendung eines Kondensationsverfahrens anzuraten. Ob hier die klassische und oft gelehrte laterale Kondensation zu bevorzugen ist oder andere Verfahren wie vertikale Kondensation oder Obturatorentechniken, lässt sich nicht mit letzter Sicherheit sagen. Letztere zumindest bieten bei einiger Übung ein deutlich höheres Tempo, während die vertikale Kondensation durch ein schrittweises Vorgehen [Stoll 2007b] dem kontrollierten Arbeiten unter dem Mikroskop entgegenkommt.

Derzeitig kann für die Obturation die Verwendung eines Kernmaterials zusammen mit einem Sealer in einem beliebigen Kondensationsverfahren empfohlen werden.

Inwiefern die Anwendung von kondensierten oder nichtkondensierten Wurzelfüllungen mit adhäsiven Sealern oder nichtkondensierte Füllungen mit nonadhäsiven Sealern auf Silikonbasis einen Vorteil bringen, bleibt abzuwarten [Wrbas et al. 2009]. Zumindest die adhäsiven Sealer bieten durch ihre Adhäsionseigenschaften ein hohes Potenzial für die Zukunft [Stoll & Yüksel 2008].

10. Qualitätskontrolle

Nach jeder Wurzelkanalfüllung sollte die Qualität durch eine Kontrollröntgenaufnahme kontrolliert werden. Die weitere Entwicklung des Heilungsprozesses sollte durch Kontrollaufnahmen nach 6 und 12 Monaten, sowie nach 2 und 4 Jahren durch ein systematisches Recall überprüft werden [DGZ 2005].

Eine auf längere Zeiträume angelegte prospektive Röntgenüberwachung des Heilungsprozesses sollte nach der endodontischen Behandlung erfolgen.

11. Die postendodontische Versorgung

Die postoperative mikrobielle Rekontamination (sogen. „coronal leakage“) konnte als einer der Hauptfaktoren für den Misserfolg von Wurzelkanalfüllungen offengelegt werden [Ray & Trope 1995]. Dementsprechend wird nach der Wurzelfüllung ein adhäsiver Verschluss des Kanaleingangs empfohlen [Uranga et al. 1999], bei welchem ein niedrigvisköses Komposit in Dentinadhäsivtechnik eingesetzt werden kann [Stoll 2007b].

Zur Vermeidung von koronalem Leakage sollte weiterhin die endgültige prothetische Rekonstruktion des endodontisch versorgten Zahnes früh erfolgen [DGZ 2005]. Hierbei ist ein Zeitraum im direkten Anschluss an die Wurzelkanalfüllung bis ca. 2–6 Wochen nach Obturation günstig.

Eine postendodontische Versorgung sollte früh erfolgen. Ein adhäsiver Verschluss als Maßnahme gegen eine mikrobielle Rekontamination von koronal her ist hierbei empfohlen.

Fazit

Endodontische Behandlungen gehören zu den großen Herausforderungen der Zahnerhaltung und dienen als solche der Gesundheit unserer Patienten in gleichem Maße wie auch der Kostenersparnis im Gesundheitswesen.

Eine endodontische Versorgung unter den Bedingungen einer Kassenversorgung ist jedoch schwierig, weil es eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Stand der klinischen Technik und der Vergütung durch die BEMA gibt. Dennoch sollten bestimmte Mindeststandards, wie sie in den Stellungnahmen der europäischen und deutschen Gesellschaften für Endodontie formuliert sind, eingehalten werden [ESE 2006, DGZ 2005]. Es wäre wünschenswert für die Zukunft, wenn die finanzielle Vergütung hier zumindest den minimalen Bedarf an apparativer Ausstattung und Verbrauchsmaterial sicherstellen würde. Hierbei sollte als Mindestmaßnahme neben den Kosten für die Nickel-Titan-Aufbereitungsinstrumente auch die Anwendung von Kofferdam und Endometrie sowie der erhöhte Aufwand für die Kanaldesinfektion in das Vergütungssystem einbezogen werden.

Korrespondenzadresse

Philipps-Universität Marburg, MZ für ZMK, Abt. für Zahnerhaltungskunde (Direktor: Prof. Dr. R. Frankenberger), Prof. Dr. Richard Stoll, Georg Voigt Str. 3, 35033 Marburg, stoll@mail.uni-marburg.de

Literatur

- DGZMK & DGZ: Die Wurzelkanalspülung. Wissenschaftliche Stellungnahme DGZMK 2006, http://www.dgzmk.de/uploads/tx_sdzgmkdocuments/Wurzelkanalspuelung.pdf
- Endodontie Beirat der DGZ: Good clinical practice: Die Wurzelkanalbehandlung. DGZ (2005). http://www.dgz-online.de/chapters/stellungnahmen/endodontologie/endo06_2005_06_good_clinical_practice_wurzelkanalbehandlung.pdf
- European Society of Endontology: Quality guidelines for endodontic treatment: consensus report of the European Society of Endontology. Int Endod J 39, 921–930 (2006). http://www.e-s-e.org/cms/files/ese_consensus_report_on_quality_guidelines_2006.pdf
- Fouad AF: Endodontic Microbiology. Wiley Blackwell Verlag (2009).
- Hülsman M: Die maschinelle Wurzelkanalpräparation mit NiTi-Instrumenten. In: Dental Kompakt. Flohr Verlag, Balingen (2009).
- Oethinger M: Mikrobiologie und Immunologie. Urban & Fischer Verlag (2004).
- Oncag O, Hosgor M, Hilmioglu S, Zekioglu O, Eronat C, Burhanoglu D: Comparison of anti-

bacterial and toxic effects of various root canal irrigants. Int Endod J 36, 423–432 (2003).

- Ray HA, Trope M: Periapical status of endodontically treated teeth in relation to the technical quality of the root filling and the coronal restoration. Int Endod J 28, 12–18 (1995).
- Schäfer E: Aktuelle Konzepte zur Wurzelkanalaufbereitung. DFZ 53, 57–66 (2009).
- Stoll R: Endometriegeräte. In: Dental Kompakt. Flohr Verlag, Balingen (2009).
- Stoll R, Yüksel S: Adhäsivtechnik im Wurzelkanal? Neue Ansätze mit innovativen Materialien. Endodontie Journal 04/2008.
- Stoll R: Endodontie im Jahre 2008: Neue und alte Trends. Zahn Prax 11, 3, 174–178 (2008).
- Stoll R: Zur Desinfektion der Wurzelkanäle in der endodontischen Behandlung – Die Verwendung von Natriumhypochlorit, Calciumhydroxid und Chlorhexidindigluconat. Zahn Prax 10, 121–124 (2007)a.
- Stoll R: Vertikale Kondensationstechniken vor den Anforderungen des 21. Jahrhunderts. Zahn Prax 10, 434–441 (2007)b.
- Stoll R, Betke K, Stachniss V: The influence of different factors on the success of root canal fillings – a ten-year retrospective study. J Endod 31, 783–790 (2005).
- Stoll R, Sonntag D, Stachniss V: Digitale Radiographie als Hilfsmittel zur Bestimmung der Arbeitslänge. Endodontie 10, 59–70 (2001).
- Torabinejad M, Walton RE: Endodontics: Principles and practice (4th Edition). Saunders (Elsevier), St. Louis, 2009.
- Uranga A, Blum JY, Esber S, Parahy E, Prado C: A comparative study of four coronal obturation materials used to create an intracoronal seal in endodontically treated teeth. J Endod 25, 178–180 (1999).
- Wrbas KT, Altenburger MJ, Herbert J: Qualität moderner, nichtkondensierter Wurzelfüllungen. Wissen kompakt 3, 25–32 (2009).



Prof. Dr. Richard Stoll

geb. 1957, 1977 Abitur
1980 Abschluss als Zahntechniker
1980 – 1985 Zahnmedizin-Studium
seit 1986 wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung für Zahnerhaltung der Universität Marburg
1990 Promotion, 2003 Habilitation
seit 2008 außerplanmäßiger Professor
seit 2009 leitender Oberarzt

Zahnerhaltung muss eine Zukunft haben

Plädoyer für eine bezahlbare Basisversorgung

Gespräch mit Dr. Paul Schmitt, Frankfurt

DAZ-Forum: Am 25.02.2009 hat der Zahnärztliche Verein zu Frankfurt am Main 1863 unter Ihrem Vorsitz einen „Akademischen Disput“ zur Endodontie mit Prof. Dr. Detlef Heidemann, Uni Frankfurt, und Dr. Dr. Rüdiger Osswald, München, veranstaltet, über den noch immer kontrovers diskutiert wird. Worum ging es Ihnen bei der Veranstaltung – was wollten Sie erreichen?

Schmitt: Die Zahnerhaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung steht am Scheideweg – die Gefahr besteht, dass es eine „Endodontie für alle“ bald nicht mehr gibt. Dieses Problem wollten wir zum Thema machen. Die Hochschulen fordern derzeit ständig steigenden Aufwand. Die generelle Anwendung von Kofferdam und Mikroskop, monatelange Einlagen mit Calciumhydroxid, teure Ausrüstungen für die maschinelle Aufbereitung, Endometrie und Oburation machen die Wurzelkanalbehandlung zur Luxustherapie für einige Gutbetuchte. Im Sachleistungssystem der GKV mit Zuzahlungsverbot lassen sich diese Leistungen gar nicht abrechnen.

DAZ-Forum: Ehe man über die Honorierung diskutiert, muss man erst mal fragen, ob die von Ihnen hier berichteten aufwändigen Vorgehensweisen tatsächlich erfolgreicher bzw. sogar unerlässlich für den Zahnerhalt sind.

Schmitt: Als Praktiker habe ich aufgrund meiner eigenen Erfahrungen den Eindruck, dass es auch weniger aufwändige Wege zum Erfolg gibt. Wissenschaftlich exakt belegen kann ich dies aber natürlich nicht. Dieses Problem haben allerdings auch die Hochschullehrer. Das von Prof. Heidemann bei dem Akademischen Disput vertretene Konzept wird von anderen Wissenschaftlern und Vertretern von Fachgesellschaften zum Teil massiv angegriffen.

DAZ-Forum: An welchen Punkten?

Schmitt: Priv.-Doz. Dr. David Sonntag, Universität Marburg, zum Beispiel bezeichnet Einlagen mit Calciumhydroxid als weitgehend wirkungslos. Der Schweizer Endodontologe Priv.-Doz. Dr. Matthias Zehnder kritisiert die generelle Verwendung von Natriumhypochlorit zur Kanalspülung wegen der damit einhergehenden Versprödung der Wurzeln. Dr. Christoph Zirkel von der Deutschen Gesellschaft für Endodontie warnt

vor der Entstehung kanzerogener Zwischenprodukte bei kombinierten Spülungen mit Natriumhypochlorit und Chlorhexidin, wie sie Prof. Heidemann noch in den Zahnärztlichen Mitteilungen 4-2009 propagiert hat.

DAZ-Forum: Problematische Befunde wie die von Ihnen genannten sind zum Teil schon länger bekannt. Wie sollte mit ihnen umgegangen werden?

Schmitt: Alte „Dogmen“ gehören endlich einmal hinterfragt; die gesamte Endodontie muss auf den Prüfstand. Das Scheuklappen-denken mancher Hochschullehrer sollte endgültig der Vergangenheit angehören. Insbesondere sollte man offen sein für erfolgreiche Konzepte, auch solche, die sich abseits der Hochschulen entwickelt haben. So schwört ein mir bekannter Kollege auf Einlagen mit einem Jod-haltigen Desinfektionsmittel aus der Chirurgie und erhält damit Zähne, wenn Ca(OH)₂ (Calxyl) allein nicht zum Erfolg führt. Auch Einlagen mit ChKM (nach Walkhoff) sind hier oftmals sehr nützlich und können vereiterte Zähne retten und das in Fällen, in denen Ca(OH)₂ relativ wirkungslos bleibt.

DAZ-Forum: Sie wollen vermutlich nicht dazu aufrufen, dass sich jeder Zahnarzt seinen eigenen Mix aus Spülmittel, Einlage, Wurzelfüllung mit seinem Chemiebaukasten zusammenstellt. Wie sollen die bisherigen und neu entwickelte Konzepte überprüft werden?

Schmitt: Wir brauchen einen „Runden Tisch zur Endodontie“, wir brauchen praxisgerechte Studien von Seiten der Wissenschaft usw.

DAZ-Forum: Ihre Kritik bezieht sich nicht nur auf die Endodontie sondern auch auf die Füllungstherapie?

Schmitt: Auch hier müssen wir manches grundsätzlich überdenken. Es kann nicht sein, dass die Stoffgruppe der Compomere ausgebremst wird, da sie „zu gut“ ist, „zu nah am Komposit“ liegt. Wir sind es Patienten mit weniger Geld, die Amalgam ablehnen, schuldig, sie nicht mit Glasionomern (GIZ) im Regen stehen zu lassen. Compomere bereichern unser Spektrum. Also lasst sie uns anwenden, gegen geringe Zuzahlung. Prof. Hickel aus München z.B. testet Compomere in Liverpool – die Ergebnisse sind hervorragend.

DAZ-Forum: Compomere sind eine Mischung aus Glasionomerzement und Komposit und nicht frei von den Nachteilen beider Materialien. Ob die Langzeitstabilität besser ausfällt als bei GIZ, ist meines Wissens noch nicht erwiesen; selbst die Hersteller machen hier zurückhaltende Angaben. Dass weiter geforscht wird, ist auf jeden Fall zu begrüßen, denn für die Breitenversorgung wird unbedingt ein Füllungsmaterial benötigt, das leicht verarbeitbar und preiswert ist, zumal wenn das von der WHO angestrebte weltweite Amalgamverbot Realität werden sollte. Ihr Verdacht ist, wenn ich es richtig interpretiere, dass es auch in der Füllungstherapie Tendenzen gibt, den Patienten nur hochaufwändige, teure Leistungen anzubieten und Alternativen gar nicht weiter zu entwickeln und bekannt zu machen?

Schmitt: Ob Endo, ob Füllungen – wir sollten mehr an die Basisversorgung denken und dafür Lösungen entwickeln. Dies ist m.E. auch möglich. Wenn wir wieder die Endodontie als Beispiel nehmen, gilt es zu bedenken, dass Wurzelkanalbehandlungen auch schon vor Jahrzehnten millionenfach und mit ähnlichem Erfolg wie heute durchgeführt wurden, ohne Kofferdam, maschinelle Aufbereitung und OP-Mikroskop. Der inzwischen erreichte technische und wissenschaftliche Fortschritt sollte die Arbeit einfacher, sicherer und für den Patienten leichter zugänglich machen – fast gilt das Gegenteil. In vielen Praxen wird schon gar keine GKV-Endodontie mehr angeboten – wie ich finde glatter Vertragsbruch. Die engagierten Kollegen, die zuzahlungsfrei arbeiten, stehen schnell am Pranger der Hochschullehrer und Spezialisten. Dabei sollten gerade die auf einem Gebiet besonders Qualifizierten sich um praktikable, bezahlbare Angebote für die Breitenversorgung kümmern oder mindestens die Suche nach solchen Wegen nicht behindern. Die medizinische Wissenschaft sollte ihre Aufgabe darin sehen, vor allem denen zu helfen, die der Hilfe am meisten bedürfen. Und das sind nicht die Patienten, die mal eben pro Zahn 1000 Euro oder mehr für eine Privatbehandlung auf den Tisch legen können.

DAZ-Forum: Heute wird in vielen medizinischen Einrichtungen bis hin zu den Universitäten die Ausrichtung auf Wettbewerb und ökonomische Kriterien vorangetrieben. Dabei darf der eigentliche Auftrag der (Zahn)Ärzte und der medizinischen Wissenschaft – Gesundheit erhalten und wieder herstellen – nicht ins Abseits geraten. Gefragt sind praxisgerechte, effiziente und bezahlbare Konzepte, die sich am besten von Wissenschaftlern und Praktikern gemeinsam entwickeln lassen. Viel Erfolg bei Ihrem Versuch, den Austausch anzukurbeln!

Im Gespräch mit Dr. Schmitt: I. Berger-Orsag

Zahnarzt-Praxis abzugeben

4 Behandlungszimmer,
vollständig modern
ausgestattet,
auch als Doppelpraxis nutzbar,
seit 26 Jahren etabliert,
aus gesundheitlichen
Gründen zu verpachten
(oder zu verkaufen)
in Kleinstadt (Westefel).
Preis nach Vereinbarung.

Infos:

Irmgard Berger-Orsag, DAZ
Tel. 0221/97300545, Fax
0221/7391239

Frisch approbierter
Zahnarzt übernimmt

Notdienste Praxisvertretungen

in München
und Umgebung

Sie erreichen mich unter
Mail rjh.online@mac.com

(ersatzweise über DAZ
0221/97300545)



Recht und Steuern für Zahnärzte



- Praxisabgabe
- Praxiskauf
- Gemeinschaftspraxen
- Umfassende Steuerberatung
- Zahnarzthaftungsrecht
- Vertretung vor dem Prothetikausschuss

Aktuelle Informationen zum Lesen und Diskutieren von Ihrem
Ecovis-Berater in unserem Blog zum Thema Gesundheitswirtschaft:
www.ecovis-gesundheit.de

ECOVIS L + C Rechtsanwalts-gesellschaft mbH

Tim Müller (Leiter Medizinrecht, Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht)
Agnes-Bernauer-Straße 90 · 80687 München
Telefon: +49 (0)89 58 98 274 · E-Mail: tim.mueller@ecovis.com

WWW.ECOVIS.COM

Impressum

Herausgeber/Redaktion/Mediadaten:

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)
Belfortstr. 9, 50668 Köln, Tel 0221/97300545, Fax 0221/7391239, Mail
kontakt@daz-web.de, www.daz-web.de

Berlins unabhängige Zahnärzte (BUZ)

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

Redaktion dieser Ausgabe:

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

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

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

Bildnachweis: Uni Bonn, Luca Galli, NAV-Virchow-Bund/Lopata, Uni
Heidelberg; BVAZ, Dr. Kleinebrinker, Uwe Gerber, Prof. Stoll, Uni
Witten/Herdecke, Kirchhoff, DZW

Sie können etwas tun:

für das DAZ-Forum!



Seit 1982 gibt es das DAZ-Forum. Es lebt von dem Engagement
seiner ehrenamtlichen Autoren und Redakteure und ist, da ein
kleines und kritisches Blatt nicht über Anzeigenwerbung finanziert
werden kann, in Zukunft nur noch mit der Hilfe seiner Leser am
Leben zu erhalten. Wenn Sie das Forum noch nicht beziehen, wer-
den Sie Forum-Abonnent. Ansonsten können Sie helfen, indem Sie
einen Abonnenten werben oder ein Forum-Abo verschenken –
vielleicht mal zu Weihnachten an eine/n liebe/n Kollegen/in? Ein
Jahresabo kostet 28,00 Euro komplett mit Porto, Versand und
MWSt.

Meine Adresse /Tel./Fax/Mail

- Ich bestelle ein Abo ab 2010
- Ich bestelle ein Geschenk-Abo

Bitte an Fax 0221/7391239



Zahnmedizin an der Universität Witten/Herdecke – Mehr als nur studieren

von Rafael J. Hasler und Georg Kirchner

In den letzten Wochen und Monaten stand die Universität Witten/Herdecke oft im Fokus der Öffentlichkeit. Mit der Unterzeichnung des neuen Gesellschaftervertrags sind die Turbulenzen nun überstanden und die Universität kann sich auf ihre Grundwerte zurückbesinnen. Schon vor dem Gebäude wird jeder Besucher von drei großen Fahnen begrüßt mit der Aufschrift:

„Nach Wahrheit streben, zur Freiheit ermutigen und soziale Verantwortung fördern“.

Diese Maximen aus der Präambel unserer Universität prägen die Lehre und das Leben an der UW/H entscheidend. Wir möchten die Gelegenheit nutzen, die Inhalte wieder in den Mittelpunkt zu setzen und das Zahnmedizinstudium an der Universität Witten/Herdecke aus der Sicht Wittener Studenten vorzustellen.

I. Bereits der Zugang zu einem Studium an der UW/H wird an den Grundfreiheiten ausgerichtet und durch diese entscheidend gestaltet. Die Zahnmedizinische Fakultät bietet jedes Jahr zum Wintersemester 30 Studienplätze an. In einem individuellen Auswahlverfahren sollen aus einer Vielzahl an Bewerbern die geeigneten Kandidaten ausgewählt werden. Neben einem praktischen Test findet ein persönliches Gespräch mit je einem Lehrstuhlinhaber, einem wissenschaftlichen Mitarbeiter und einem Studenten statt. Im Mittelpunkt des Gesprächs stehen nicht die schulische Laufbahn, sondern die individuelle Motivation und die Persönlichkeit des Bewerbers. Dieses Verfahren hat sich in den letzten 25 Jahren bewährt und dazu beigetragen, das vielseitige Profil der UW/H zu formen.

Damit die Studienwahl nicht durch finanzielle Voraussetzungen reglementiert wird, existiert

an der UW/H ein „umgekehrter Generationenvertrag“, ein durch Studenten entwickeltes Modell zur Finanzierung des Studiums. Bei diesem Modell wird den Studenten der Studienbeitrag ganz oder teilweise erlassen und die Studenten verpflichten sich, sobald sie berufstätig sind, einen gewissen Prozentsatz ihres Bruttolohns für einen bestimmten Zeitraum an die Studierendengemeinschaft zu zahlen. Der „Umgekehrte Generationenvertrag“ ermöglicht allen Interessierten den Zugang zu ihrem Studium, unabhängig vom Einkommen der Eltern.

II. Der Studiengang Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der Universität Witten/Herdecke hat höchste Ansprüche an eine qualifizierte und umfassende Ausbildung der zukünftigen Zahnärzte. Mit dem Bezug der neuen Räumlichkeiten im Zahnmedizinisch-Biowissenschaftlichen-Forschungs- und Entwicklungszentrum (ZBZ) wurden die Voraussetzungen für ein Studium unter hervorragenden Bedingungen und auf dem aktuellsten Stand der Technik noch einmal verbessert. Das ganze Studium ist an dem Gedanken einer einheitlichen und interdisziplinären Ausbildung mit Praxisbezug ausgerichtet.

Schon ab dem ersten Semester wird auf eine starke Integration der medizinischen Ausbildung geachtet – insbesondere dafür wurde das „Interdisziplinäre Zentrum für naturwissenschaftliche Lehre“ (IZNL) ins Leben gerufen. Auch erste Patientenkontakte erfolgen ab Beginn des Studiums; im Rahmen der Präventiven Zahnmedizin bietet sich den Studenten die Möglichkeit, ihr erlerntes Wissen praktisch am Patienten umzusetzen und so stetig ihren späteren Beruf lebensnah kennen zu lernen.

Nach dem Physikum liegt ein besonderes Augenmerk der Ausbildung auf dem Integrierten Kurs. Dort werden die Patienten von den Studenten unter Aufsicht erfahrener Zahnmediziner umfassend präventiv betreut und therapiert, so wie es später in der Praxis gefordert ist. Durch dieses Modell einer fächerübergreifenden praktischen Ausbildung wird die Zersplitterung der praktischen Ausbildung in einzelne fachspezifische Kurse vermieden. So wird zum Beispiel die Behandlung von komplexen Patientenfällen durch die Expertise der Fachzahnärzte „chair-side“ im Studentenkurs unterstützt.

Im Integrierten Kurs haben die Studierenden montags bis freitags, von morgens um 8:00 Uhr bis abends um 19:00 Uhr die Möglichkeit, ihre Patienten eigenständig zu behandeln. Die Studenten planen unter Absprache mit erfahrenen Zahnärzten die Therapie und führen diese dann Schritt für Schritt mit fachkundiger Unterstützung selber durch. Ein enger Kontakt mit dem internen Dentallabor, welches für die Studenten alle labortechnischen Arbeiten ausführt, ist ebenso wichtiger Bestandteil der praxisbezogenen Ausbildung. Neben der zahnmedizinischen Therapie und Versorgung obliegt den Studierenden auch die Organisation und Koordination der Behandlungen. Jeder Student terminiert seine Behandlungen nach Absprache mit den Patienten selber und trägt seine individuell benötigte Behandlungszeit in ein zentrales Terminbuch ein.

Um die Zulassung zum Staatsexamen zu erlangen, müssen die Studierenden in den verschiedenen zahnmedizinischen Fachbereichen einen bestimmten Leistungskatalog erfüllen. Zum Beispiel müssen im Bereich der konservierenden Zahnheilkunde 65 plastische Füllungen gelegt, 12 Wurzelkanalbehandlungen durchgeführt und 2 Gussversorgungen bzw. Keramikversorgungen inseriert werden. Die Anzahl der Füllungen

richtet sich nicht nach den Füllungsflächen. Ebenso wird der chirurgischen Ausbildung ein hoher Stellenwert zugemessen. So fordert der Leistungskatalog 20 Extraktionen, eine Wurzelspitzenresektion sowie eine Osteotomie im Seitenzahnbereich.

In den Räumlichkeiten des ZBZ, mit dem Vorzug der kurzen Wege, kann die Ausbildung der Studierenden nun noch intensiver an die Forschung und den täglichen Ablauf der Klinik angeschlossen werden. Dies ermöglicht eine breit aufgestellte Ausbildung in den verschiedenen Fachgebieten und bietet Raum für wissenschaftlichen interfakultären Austausch.

Beispielhaft für die Möglichkeiten eines vernetzten wissenschaftlichen Arbeitens ist das Interdisziplinäre Zentrum für Versorgungsforschung (IZVF). Die Studenten kommen hier früh mit wissenschaftlichem Arbeiten in Kontakt, und oft entstehen daraus auch Promotionsprojekte. Beispielhaft ist auch die krankentorientierte Ausbildung in den Fächern Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie und HNO, wodurch eine vertiefte allgemeinmedizinische Bildung ermöglicht wird.

Eine wirkliche Besonderheit in der klinischen Ausbildung stellt die Behandlung von Menschen mit Behinderung dar (Special Care). Während des ganzen Studiums haben die Studenten täglich die Möglichkeit, in der Abteilung für „Special Care“ Famulaturen zu absolvieren. Dabei werden sie für die besonderen Bedürfnisse behinderter Patienten in der zahnärztlichen Behandlung und Betreuung sensibilisiert, da diese Patienten eine ganz individuelle Betreuung benötigen. Sei es bei der Befundaufnahme, der Anfertigung von Zahnersatz oder besonders der Behandlung von Parodontopathien. Die Behandlung ist deutlich zeitintensiver und fordert vom Studenten ein großes Wissen über die verschiedensten Syndrome, deren Medikation und Auswirkung auf die orale Gesundheit sowie die sich daraus ableitenden Folgen für die zahnärztliche Therapie.

Diesem sonst in der Approbationsordnung eher stiefmütterlich behandelten Bereich wird auch durch eine speziell zugeschnittene Vorlesungsreihe an der UW/H ein größerer Stellenwert in der zahnmedizinischen Ausbildung eingeräumt.

Eine weitere Besonderheit unserer Universität ist das Studium Fundamentale (StuFu). Von der Fakultät für Kulturreflexion wird ein breit gefächertes Spektrum an Kursen angeboten. Die Studenten können ihr Wissen und ihre Fähigkeiten in den unterschiedlichsten

Kursen über das eigentliche Fachstudium hinaus erweitern - von Akrobatik über diverse Diskussionsrunden bis hin zum Zeichnen ist alles möglich. Damit das Kursangebot wahrgenommen werden kann, ist einheitlich für alle Studierenden der Donnerstag für die Kurse des StuFu reserviert.

III. Trotz der vielen Möglichkeiten, die den Studenten an unserer Uni ohnehin geboten werden, bleibt immer noch Raum für eigenständige, studentische Initiativen. „Zur Freiheit ermutigen“ - dieser Grundgedanke spiegelt sich in vielen unterschiedlichen Projekten wider, mit denen wir Studenten versuchen, unsere persönlichen Ideen, Wünsche und Vorstellungen umzusetzen. Und auch ein weiterer Grundwert unserer Universität - „Soziale Verantwortung“ - findet darin Ausdruck und erfährt reale Umsetzung. Einige Beispiele für das gelungene studentische Engagement sind „GambiaDentCare“, die „Gründerwerkstatt“ und „Luthers Waschsalon“.

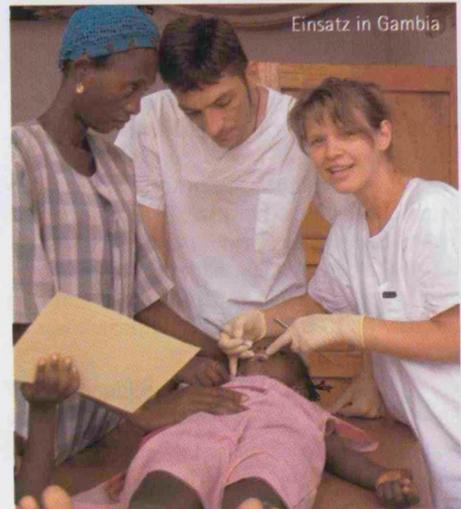
Als Resultat einer studentischen Initiative ist 1995 das Projekt „Community Oral Health“ in der Republik Gambia entstanden. Seitdem arbeiten Zahnärzte und Studierende jedes Jahr in den Semesterferien in der afrikanischen Republik weitab der Hauptstadt Banjul mitten im Busch am Aufbau einer zahnärztlichen Grundversorgung. Mit einfachen Handgeräten und ohne Strom versorgen sie Karies und bilden unter dem Gedanken der Hilfe zur Selbsthilfe Gambianer in der sogenannten ART-Technik (Atraumatic Restorative Treatment) aus.

Ein noch sehr junges Projekt, das als universitätsweiter Wettbewerb ausgestaltet ist, ist die „Gründerwerkstatt“. Ziel dieser Aktion ist es, junge Menschen schon während des Studiums an die Existenzgründung heranzuführen. Zuletzt haben zwei Zahnmedizinstudenten diesen Wettbewerb mit der Idee einer prägraduierten Ausbildung für Studenten der klinischen Semester gewonnen. Die beiden Sieger haben bereits mit der Gründung der Deutschen Studentischen Gesellschaft für Implantologie die Umsetzung in die Hand genommen. Das Curriculum der DSGI bietet Studierenden die Möglichkeit einer prägraduierten Ausbildung im Bereich der Implantologie.

„Luthers Waschsalon“ in der benachbarten Stadt Hagen ist ein weiteres Hilfsprojekt, das aufgrund der Anregung Wittener Studenten entstanden ist. In den Räumlichkeiten eines Gemeindehauses werden Obdachlose von Studenten der zahnmedizinischen Fakultät gemeinsam mit Studenten der humanmedizinischen Fakultät behandelt. Mit

dieser Initiative wird vielen Obdachlosen erst der Zugang zu einer (zahn-)medizinischen Grundversorgung ermöglicht.

Diese Projekte und viele mehr zeigen, dass Wittener Studenten ihre Freiheiten nutzen und ihre soziale Verantwortung wahrnehmen. Die Grundwerte der UW/H bleiben nicht bloße Prämisse, sondern sie werden in den studentischen Projekten eine für viele erlebbare Realität.



IV. Unsere Alumni bleiben der UW/H, im stetigen Kontakt und regen Austausch, gerne verbunden. Das große Alumni-Netzwerk der zahnmedizinischen Fakultät gibt den Studierenden die Möglichkeit, während des ganzen Studiums Praktika in Hospitationspraxen durchzuführen und dabei die Anforderungen und den Arbeitsalltag in einer freien Praxis kennen zu lernen. Die praxisnahe Ausbildung wird insbesondere durch Gastvorlesungen von Alumni bereichert. Diese Praktikervorträge ermöglichen einen anderen Blickwinkel und zeigen oft neue Wege und Anregungen im Umgang mit komplexen Situationen in der täglichen Patientenbehandlung auf.

Das zahnmedizinische Studium an der Universität Witten/Herdecke ermöglicht uns Studierenden eine fachlich qualifizierte sowie berufs- und praxisrelevante Ausbildung auf höchstem Niveau. Daneben steht die Charakterentfaltung und die Persönlichkeitsentwicklung unter der Prämisse: „Nach Wahrheit streben, zur Freiheit ermutigen und soziale Verantwortung fördern“ im Mittelpunkt der universitären Ausbildung. Diese einzigartige Kombination und die Vielfalt der Möglichkeiten machen ein Studium an der UW/H in unseren Augen so reizvoll und erstrebenswert.

Rafael J. Hasler und Georg Kirchner
studieren im 10. bzw. 8. Sem. Zahnmedizin in W/H
r.hasler@mac.com, g.kirchner@uni-wh.de

Wozu Universität? Horizonte der Uni Witten/Herdecke (UW/H) – Ein Anregungspapier

Prof. Dr. Birger P. Priddat (September 2008)

Vieles von dem, was seit mehr als zwei Jahrzehnten in Zusammenhang mit der Reform des Zahnmedizin-Studiums gefordert wird, ist in Witten-Herdecke Realität. Die private Universität (mit staatlicher Teilfinanzierung) knüpft einerseits an das humanistische Bildungsideal an und befindet sich andererseits mit ihren interdisziplinären, das gesellschaftliche Umfeld nicht nur theoretisch-reflektierend, sondern auch praktisch handelnd einbeziehenden innovativen Projekten z. T. an der Spitze der Entwicklung. Grundlage ist eine Philosophie, die man sich auch in anderen Bildungs- und Forschungseinrichtungen wünschen würde: weder weltfern abgehoben, noch Modetrends oder dem Diktat des ökonomisch ausgerichteten Konkurrenzkampfes unterworfen. Die nachfolgenden Thesen sind mit seiner Genehmigung einem Papier des Wirtschaftswissenschaftlers Prof. Dr. Birger Priddat entnommen, der seit Jahren in Witten-Herdecke lehrt und von 2007 bis 2008 Präsident der Hochschule war.

- „Wir sind eine einzigartige Bildungsorganisation. Viele unsere Qualitäten sind im Markt und in der Gesellschaft nicht bekannt. Vieles, was wir für selbstverständlich halten, ist für andere weiterhin hochinnovativ. Die folgenden Thesen wollen diese *uniqueness* herausarbeiten...“
- Die UW/H ist eine Universität: sie bildet, aber nicht aus.
- Nicht das Abschlusszeugnis ist entscheidend, sondern die Bildung von Wissen, Persönlichkeit, Charakter und Kompetenz im fortlaufenden Gespräch von Forschern und Lehrenden.
- Eine Universität ist einer der seltenen Orte des lang anhaltenden Gesprächs und des Nachdenkens in der Gesellschaft. Das macht ihre Besonderheit aus.
- Dieser Ort ist nicht abgehoben, sondern steht inmitten der Dynamik einer Wissensgesellschaft. Nachdenken ist kein Privileg, sondern eine gesellschaftliche Aufgabe, die von einer besonderen Organisation ausgeführt wird: von einer Avantgarde.
- Sie denkt die künftigen Entwicklungen, probiert neue Theorien und Konzepte. Nachdenken (Reflektion) heißt hier: Vordenken.
- So bleibt die Universität notwendig ein Zusammenspiel von Forschung & Lehre: auf Wechselseitigkeit, in klassischer deutscher humboldtianischer Manier, gegen den (Bologna-) Trend zur Aus-Bildungsoptimierung.
- Daß eine ‚kleine Universität‘ – mit ihren dadurch besonderen Qualitäten – nicht nur Lehre & Forschung balanciert, sondern im Besonderen in der Lage ist, mit der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Praxis zusammen zu arbeiten, haben wir längst bewiesen. Wir sollten an neuen Formen dieser Zusammenarbeit arbeiten: Integration von

Unternehmern, Managern, Organisatoren, Medienakteuren etc. in die Lehre, in Projekte, in Konferenzen, in die Forschung. Das innovative Potential der UW/H ist vorhanden; wie realisieren wir es?

- Avangardistisch agiert die Universität in gesellschaftlich und wissenschaftlich relevanten Themenfeldern. Sie zeigt der Forschung neue Wege, auch und gerade zwischen den Disziplinen. ...
- Folglich lehrt die Universität transdisziplinäres Denken, Navigationskompetenz und Öffnung der Reflektion für neue Konzepte, Methoden, Theorien etc. Denn was sie in der Forschung avangardistisch erörtert, soll sich auch in der Lehre spiegeln ...
- Was bildet die UW/H? urteilsfähige Persönlichkeiten mit Ambiguitätsresistenz und Navigationskompetenz. Der entscheidende Code lautet: *self management*. Dafür, dass Studenten für ihre Bildung zahlen, bekommen sie nichts geliefert, sondern nur die Chance, an sich selber zu arbeiten (wie auf dem Tennisplatz: man bezahlt zwar eine Eintrittsgebühr, muß aber selber spielen).
- Wo bekommt man diese Chance noch? Sie ist so selten, daß sie inzwischen hoch-wertig ist. Soweit zur Frage der Studiengebühren.
- *Self management* ist nur ein Hinweis auf die *unternehmerische Kompetenz*, die die UW/H bilden und fördern will. Das gilt nicht nur für den Umgang mit Theorien, Projekten, dem eigenen Studium, sondern auch mit der Organisation der Universität. Das Studium soll unternehmerisch angelegt werden können: frei, selbstbestimmt, riskant.
- ... Wer Universitäten lediglich als Produktionsstätte sieht, denkt in der alten Logik von Produkten: die fertige, beendete Ausbildung, zertifiziert durch eine Urkunde. Die Logik dieser Logik lautet: schneller Durchsatz, kurze Ausbildungszeiten, frühzeitige Spezialisierung (auf Berufe). In einer Wissensgesellschaft scheint das eine notwendige Entwicklung zu sein, da mehr junge Menschen besser ausgebildet werden sollten. Der Trend ... ist ein fataler Trend (und) ... gewährleistet ... keine Qualität: man lernt eher nur für die Prüfungen, optimiert seinen Einsatz, hat nach dem Abschluß das meiste wieder vergessen, hat über sich selbst kaum etwas erfahren, seine Kompetenzen und Fähigkeiten nicht kennengelernt, und vor allem: niemals richtig nachgedacht.
- Universitäten sind keine Zertifikationsproduktionsstätten, sondern Arenen für die Bildung junger Menschen, die in ihren späteren Positionen die zukünftigen Anforderungen leisten und organisieren: oft die einzigen Arenen, die eine Gesellschaft anbieten kann.

Man lernt die Welt und vor allem sich selber kennen. Das Wissen ist ein Entdeckungs- und Arbeitsergebnis, kein abzuarbeitendes Kursprogramm. Man lernt Lernen. Es geht um die Befähigung zu einer minimalen Trittsicherheit, die man im Umgang mit einer komplexen Gesellschaft braucht. ...

- Das Produkt ist kein Zertifikat, sondern eine Transformation junger Menschen, die intellektuelle, persönliche und soziale Erfahrungen machen, die sie für verantwortliche Positionen in der Gesellschaft prägen. ...
- ... die Studierenden – und im Idealfall die Lehrenden: sie lehren, und zugleich sich mit – ihr Können, ihre Kompetenz, aber auch ihr Nichtwissen, ihre Inkompetenz. Es geht weniger um die Simulation von Gewißheit, als um Offenheit, sich immer wieder neu-gierig ins Spiel des Wissens und Urteilens zu setzen.
- Nicht die Menge der Prüfungen entscheidet über das Produkt, sondern die Qualität der Persönlichkeitsentwicklung, der intellektuellen Neugier und Tiefe, der Reflektion im weitesten Sinne, das Sich-Verlieren in Themen, das Nachdenken über Zusammenhänge, die weit über das Lehrangebot hinausgehen, die Ausflüge in andere Zonen des Wissens, die Demut des Nichtwissens etc. Universitäten sind intellektuelle Anregungszustände.
- Nur wenn die Universität sich als diese Anregungsarena versteht, kann sie die neugierigen Geister der Gesellschaft anziehen: sie wollen gefordert werden, nicht über schematische Lehrprogramme, sondern über die intellektuelle Auseinandersetzung ... Nicht die pädagogisch verdünnende Zubereitung von Lernstoff macht eine Universität aus, sondern der Einbruch des Denkens ins Höchste, was die wissenschaftliche und intellektuelle Auseinandersetzung zu bieten hat.
- Hierfür ist die Bachelor/Master-Organisation des Bologna-Prozesses noch einmal zu überdenken. ...“

Der vollständige Text findet sich im Internet in der unabhängigen Zeitung Wittener Studenten „introspektive“ unter www.web215.srv16.sysproserver.de/?p=589

Die UW/H, bisher die einzige private Universität in Deutschland mit Fächern wie Medizin und Zahnmedizin, wird von Staat und Öffentlichkeit besonders kritisch beobachtet. 2008 schien angesichts finanzieller Engpässe fast schon das Ende eingeläutet, obwohl keine staatliche Uni (Zahn-)Mediziner so preiswert ausbildet. 2010 wird der Wissenschaftsrat Forschung und Lehre in WH begutachten – für das DAZ-Forum Anlass, sich mit diesem Modell, seiner Effizienz und den Bedingungen für Lehrende und Lernende erneut zu beschäftigen. (ibo)



Bad Reichenhaller



Unsere Alpen. Unser Salz.

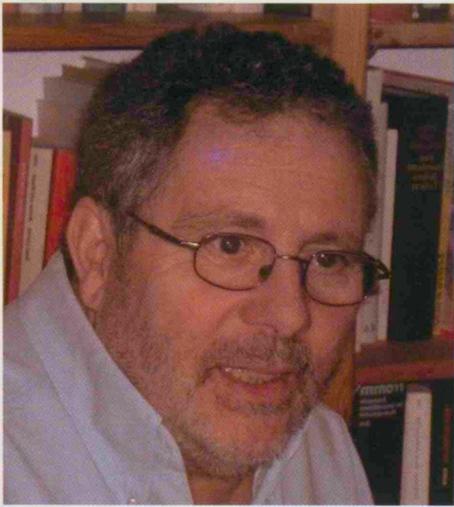
Gewonnen aus den Tiefen der Alpen und angereichert mit Fluorid und Folsäure leistet Bad Reichenhaller MarkenJodSalz einen Beitrag für eine gesündere Ernährung.

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





Die 68er sind an allem schuld?

Wir wissen es schon länger – die 68er-Generation soll an Allem schuld sein – die Medien haben sich in letzter Zeit an Schuldzuweisungen überboten. Laufen Schüler heutzutage Amok und schlachten Lehrer und Mitschüler ab, so sollen die Grundlagen dafür in den antiautoritären Kindergärten geschaffen worden sein. Ähnlich verhält es sich mit dem mangelnden Respekt vor älteren Mitmenschen; gegenwärtig erleben wir in den U-Bahnen Verbrechen von Jugendlichen beiderlei Geschlechts mit teilweise terminalem Ausgang. Ist der Hartz-IV-Empfänger zu faul zum Arbeiten, so liegen die Wurzeln für dieses Verhalten in den medial aufbereiteten Ausschweifungen der Kommune I um Fritz Teufel und Uschi Obermeier. So einfach ist das.

Der Kapitalismus hat gesiegt

Häufig verschwiegen werden die konstruktiven Initiativen dieser Zeit, die mit Aufruhr, Revolution, Chaos und Unterwanderung nicht das Geringste gemein hatten. Objektiv mündeten viele der Bemühungen der 68er-Generation in längst überfällige reformistische Projekte ein. Diese Projekte bezogen ihre Kraft aus dem Streben nach mehr Gerechtigkeit, Gleichheit und Solidarität. Ihre studentischen Protagonisten wollten die Ablösung des autoritären Führungspersonals mit nationalsozialistischer Vergangenheit, die Vertreibung des „Muffs von tausend Jahren unter den Talaren“. Objektiv haben diese Bestrebungen zur Modernisierung des Kapitalismus geführt; der Kapitalismus in seiner gegenwärtigen neoliberalen Erscheinungsform erfüllt inzwischen alle Bedingungen zur Durchsetzung einer die menschliche Solidarität zersetzenden Globalisierung; das merken wir sowohl in der Ausbildung der Studierenden als auch in der Ausübung unserer Gesundheitsberufe. Auch wenn die politischen Erfolge der 68er-Generation weit hinter den

Studienreformbestrebungen in der Zahnmedizin sind auch ein Projekt der Studentenbewegung von 1968

von Dr. Wolfgang Kirchhoff, Marburg

eigenen Erwartungen zurück blieben, wurden ihre Intentionen gleichwohl von Anfang an und mit häufig demagogischen Mitteln bekämpft. Diese unfreiwilligen Modernisierer des Kapitalismus wurden gelegentlich über den „Marsch durch die Institutionen“ zu Transmissionsriemen des Systems. Die ersten Ausbildungsstätten für angehende Zahnärzte/Innen sind inzwischen – Beispiel Marburg und Gießen – von Aktiengesellschaften gekauft und privatisiert worden, anderweitig bestimmen dentale Implantathersteller durch massives Sponsoring die Ausbildungsinhalte – Beispiel Freiburg. An anderen Standorten wird der Gedanke an privat gelenkte Stiftungsuniversitäten reanimiert.

Erste Ansätze zur Studienreform in den 1960er Jahren

Die Studienreformfrage war neben den Forderungen nach einer kostenfreien Ausrüstung mit zahnärztlichem Instrumentarium ein ganz wesentlicher Motivations- und Mobilisationsgrund für westdeutsche Zahnmediziner/Innen in der Zeit der Studentenbewegung. Etwa zwei bis drei Jahre war in den Fachschaften einer ganzen Reihe von Universitätszahnkliniken und auf deren Fachverbandstagungen ausgiebig über Ausbildungsfragen diskutiert worden. Die Diskussionsergebnisse mündeten in einen Forderungskatalog der westdeutschen Zahnmedizin-Studenten/Innen ein. Es tagte in diesen Jahren ein so genannter Kleiner Redaktionsausschuss „Approbationsordnung Ärzte – Zahnärzte“; dieser Ausschuss war besetzt mit den Professoren Schulte (Tübingen), Voss (Köln), dem Vertreter des BDZ Dr. Franke (Köln) und dem Studentenvertreter Kirchhoff (Marburg). In Köln kam 1972 ein großes Gremium aus Professoren und Studierenden der Zahnmedizin zusammen. Die Reform-Befürworter konnten sich auch publizistisch artikulieren. Der damalige Präsident des Bundesverbandes Deutscher Zahnärzte (BDZ), Dr. Heribert Veigel, war, gemessen an seinen Nachfolgern, obwohl parteipolitisch konservativ, als durchaus liberal einzuschätzen. Er hatte, sensibilisiert durch die Studentenbewegung, ein offenes Ohr für die Belange der Studentenschaft und zeigte einen realistischen Veränderungswillen hinsichtlich der Studienordnung. 1972 konnte in den Zahnärztlichen Mitteilungen Heft 17/18 unser Bei-

trag „Sind Reformen für die zahnärztliche Ausbildung notwendig?“ erscheinen, der anschließend als Sonderdruck gestaltet wurde und auf Kosten der verfassten Zahnärzteschaft allen ZahnmedizinstudentenInnen der Universitäten der Bundesrepublik Deutschland zuzuging.

Forderungskatalog der Studentenschaft

Inhaltlich enthielt dieser Forderungskatalog wesentliche Essentials der nach 1980 wieder aufkeimenden Diskussion. Enthalten war die Forderung nach einem Integrierten Unterricht durch Abschaffung des „Abteilungsdenkens“ der Ordinarien-Universität, mit der Hinwendung zu einer ganzheitlich-naturwissenschaftlichen Betrachtung der Zahn-, Mund- und Kiefer-Krankheiten. Eine eher ganzheitliche Betrachtung erforderte die Einführung neuer Fächer wie Parodontologie, Kinderzahnheilkunde, Medizinische Soziologie und zahnmedizinisch orientierte Psychologie. Allgemeinmedizinische Fächer sollten besonders auf die Zahnmedizin abgestimmt werden. Forschendes Lernen in kleinen Gruppen wurde ebenso gefordert wie die Abschaffung von Hauptvorlesungen alter Art, wie sie im Rahmen der Ordinarien-Universität („Muff unter den Talaren“) an der Tagesordnung waren. Schmidinger (München) hatte zum Forderungskatalog beigetragen durch Formulierung von Richtlinien für eine objektivere Prüfungsordnung, deren Lernziele teilweise auf Ausarbeitungen der zu diesem Zeitpunkt bedeutenden Bundesassistentenkonferenz zurückgingen. Nebenbei wurde entsprechend der damaligen Aufbruchsstimmung allerlei mehr oder weniger Wissenswertes vom und über den Zeitgeist zu vermitteln versucht. Insofern ist dieser Forderungskatalog auch aus heutiger Sicht ein interessantes Zeitdokument aus der Geschichte der Zahnmedizin. Anders als heute konnte sich zu damaligen Zeiten eine umfangreiche und lebendige Diskussion auch in den Seiten der Zahnärztlichen Mitteilungen entwickeln (vgl. Kirchhoff, W. in ZM Heft 17 und 18/72 und darauf eingehend Kimmel, K. Leistungsprinzip und Kreativität nicht paradox. ZM 22/1972. S. 1121-1122), wobei auch solche Stimmen wie die von W. Bulk erklangen, dessen Replik in den ZM 3/1973 (S. 118-119) zu einer Philippika über den „Verlust der Mitte?“ geriet.

Normative Kraft des Faktischen

Den Nachlassverwaltern der Ordinarien-Universitäten in den Fachabteilungen der Zahnkliniken war nicht daran gelegen, Veränderungen herbeizuführen. In den Jahren 1973 bis 1978 konnten an der neu errichteten Zahnklinik des Universitätsklinikums in Gießen einige wertvolle Beobachtungen und Erfahrungen gesammelt werden. In dieser Zeit gelang es engagierten Vertretern der Studenten- und Assistentenschaft gemeinsam, wesentliche Elemente der Studienreformediskussion in die sich als Folge der Studentenbewegung partiell demokratisierenden hessischen Universitätsgremien einzubringen. Das geschah in einer politisch günstigen Konstellation: die SPD-geführte Landesregierung und besonders ihr reformwilliger Kultus-Minister Ludwig von Friedeburg hatten die Möglichkeit der Einflussnahme von Studentenschaft und akademischem Mittelbau geschaffen. Es gelang, eine Reformkommission an der Zahnklinik einzurichten, die die Voraussetzungen schaffen sollte, einen integrierten klinischen Unterricht durch teilweise Überwindung der Abteilungsstrukturen zu etablieren. Der Kommission gehörten alle Abteilungsleiter, aber auch Assistenten- und Studentenvertreter an; sie hatte die Unterstützung des Geschäftsführenden Direktors der Gießener Zahnklinik Prof. Pantke. Konkrete Ergebnisse konnten nicht erzielt werden. Der akademische Überbau war nicht interessiert, verbliebene universitäre Machtstrukturen abzubauen. Es bestand neben der Gefahr größerer Transparenz des Leistungsgeschehens zusätzlich die Gefahr, einmal erworbene private Liquidationsmodalitäten einzubüßen. Im Rahmen dieser Gefahrenabwehrmaßnahmen wurde der Reformeifer des akademischen Mittelbaus elegant ausgebremst und nach einiger Zeit vollends zum Stillstand gebracht.

Gleichwohl ließen sich für einige Semester idealistisch von Assistenten getragene Vorlesungen in den Fächern Ergonomie und zahnärztliche Psychologie etablieren. Da deren Inhalte keine Examensbestandteile darstellten, tendierte das studentische Interesse an diesen zusätzlichen Veranstaltungen ziemlich schnell gegen Null. Großen Zuspruch erhielt allerdings ein Kolloquium über Zahnersatz-Planung für Examensemester. Dabei wurden Patientenfälle vorgestellt, für die die Studierenden einartikulierte Modelle, Röntgenunterlagen und die relevanten klinischen Parameter zur Verfügung gestellt bekamen. Die für diese Veranstaltung federführenden

Prothetiker zogen zur Auswertung der klinischen Daten bei Bedarf Fachkollegen/Innen der zahnärztlichen Chirurgie, Parodontologie oder ggf. der Kieferorthopädie hinzu. Die von den Studierenden abschließend vorgenommene individuelle prothetische Planung wurde zur allgemeinen Diskussion gestellt. Diese sehr gut besuchte Veranstaltung war erfolgreich im Sinne der differenzialdiagnostisch abgesicherten ganzheitlichen Erfassung der Patienten/Innen und ermöglichte durch die Herausbildung von Konzepten und Planungen, sich dem Ziel der oralen Rehabilitation bedeutend anzunähern. Der Vollständigkeit halber soll erwähnt werden, dass in späteren Jahren, zeitlich nach dem so genannten Beitritt der Neuen Bundesländer eine der dortigen Universitätszahnkliniken als m. W. bisher einzige mit weitergehenden Konzepten der Neugestaltung hervorgetreten ist.

Fazit: Wie glaubhaft sind heutige Reformkonzepte der Eliten?

Unter Einbeziehung dieser frühen Erfahrungen sollte analysiert werden, in welchem Ausmaß Reformbestrebungen von Seiten der Universitäts-Eliten überhaupt getragen wurden und werden oder öffentlich vorgetragene Reformbestrebungen nichts anderes als Alibi-Veranstaltungen sind, um allenfalls Partikular-Interessen durchzusetzen. Objektiv sind von der Hochschullehrerschaft in drei Jahrzehnten keine wesentlichen und überzeugenden Impulse ausgegangen, die Ausbildungsmisere aktiv zu beseitigen. Die Verweise auf parteipolitisch unterschiedlich zusammengesetzte Bundesregierungen und deren Dauer-Blockade von Reformbestrebungen bei der Zahnmediziner/Innen-Ausbildung sind bislang von den zahnmedizinischen Universitäts-Eliten nicht besonders glaubwürdig vorgetragen worden. Denn gerade sie hätten an ihren Kliniken einige Möglichkeiten gehabt, Modifikationen der Ausbildung im gegebenen Rahmen zu erproben. Aber letztlich steigern die Wissensdefizite der Absolventen die Chancen der Lehrenden, zusätzliche Einkommen im Rahmen postgradualer Fort- und Weiterbildung zu generieren. Veränderungen stören potenziell die Einwerbung von Drittmitteln und die Privat-Liquidation. Also: Ad multos annos? Hoffentlich nicht!

Die vollständige Fassung dieses hier gekürzt veröffentlichten Beitrages von Dr. Kirchhoff steht im Internet unter www.daz-web.de siehe DAZ FORUM, UNGEDRUCKTES

„Zahnmedizinische Versorgung in Deutschland. Mundgesundheit und Versorgungsqualität – eine kritische Bestandsaufnahme“

von Jochen Bauer, Thomas Neumann, Rüdiger Saekel



Rezension von Prof. Dr. Stefan Zimmer

Zwei Diplom-Volkswirte, die als Ministerialräte im Bundesgesundheitsministerium tätig sind (Neumann) bzw. waren (Saekel) und ein niedergelassener Zahnarzt (Bauer) haben ein Buch vorgelegt, das eine umfassende Bestandsaufnahme und detaillierte Analyse der zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland vornimmt. Das Buch ist erstens ein kommentierter Almanach mit einer Fülle nützlicher Daten, die für die Diskussion über Status und Weiterentwicklung zahnmedizinischer Gesundheit und Versorgung in Deutschland unabdingbar sind. Zweitens analysiert das Buch unser zahnmedizinisches Gesundheitssystem und drittens gibt es Empfehlungen zu seiner Weiterentwicklung.

Nach einem einführenden Kapitel wird auf gut 50 Seiten die epidemiologische Entwicklung der Zahnmedizin in Deutschland und im Vergleich mit dem Ausland so umfassend dargestellt, dass man das Buch allein schon aufgrund seiner Funktion als komprimiertes Nachschlagewerk getrost empfehlen kann. Danach folgen etwa 140 Seiten, die sich mit der Analyse der zahnmedizinischen Versorgungsstrukturen befassen. Hier werden Leistungsstrukturen, Versorgungsqualität, personelle Strukturen und Vorsorgeorientierung des Systems beleuchtet. Natürlich ist man als Leser nicht unbedingt mit jeder Interpretation einverstanden und möchte gerne mit den Autoren in eine Diskussion einsteigen, aber genau damit erfüllt das Buch einen ganz wichtigen Beitrag für die Weiterentwicklung unseres zahnmedizinischen Gesundheitssystems. Es liefert unstrittige Fakten, welche die Basis jeder vernünftigen Diskussion sein müssen, gute Analysen, die man widerspruchslos teilen kann, Einschätzungen, über

die zu diskutieren es sich lohnt. Ein gutes Beispiel hierfür findet sich im Kapitel „Kosten- und Effizienzanalyse“. Die Kostenanalyse der zahnmedizinischen Versorgung ist unstrittig und in weiten Teilen hinreichend bekannt. Aber wie definiert man die Effizienz einer zahnmedizinischen Versorgung? Zur Beantwortung dieser Frage haben die Autoren zunächst einen „bevölkerungsbezogenen Zahngesundheitsindex“ entwickelt. Jeder, der sich schon einmal mit der komplizierten Frage, wie man Gesundheit in der Zahnmedizin eigentlich definieren will, beschäftigt hat, reibt sich die Augen darüber, mit welcher Nonchalance hier ein Zahngesundheitsindex für die gesamte Bevölkerung entwickelt wurde. Sicher bietet der Index eine ganze Menge an Diskussionspotenzial, aber er hat allein schon deshalb ein großes Verdienst, weil es ihn gibt. Basierend auf diesem Gesundheitsindex gehen die Autoren aber noch einen Schritt weiter und kalkulieren unter Hinzuziehung der zahnmedizinischen Ausgaben in % des Bruttoinlandsproduktes einen Effizienzindex. Es stellt sich die Frage, ob es wirklich möglich ist, auf der Grundlage eines verhältnismäßig simplen Index über alle kulturellen Unterschiede hinweg, die sich z.B. in Ernährung, Mundhygiene und ästhetischen Auffassungen ausdrücken, die Effizienz der zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland mit der von Japan zu vergleichen. Ich weiß es nicht, aber Anerkennung gebührt den Autoren dafür, dass sie den Versuch einer solchen ja ausgesprochen wichtigen Gegenüberstellung gewagt haben.

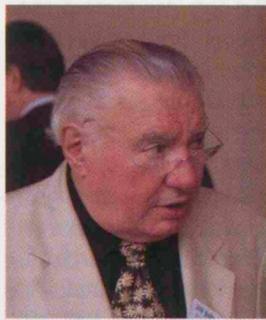
Im letzten Kapitel ihres Buches tragen Bauer, Neumann und Saekel ihre wichtigsten Erkenntnisse komprimiert zusammen und geben in vielen Punkten Empfehlungen zur Weiterentwicklung des zahnmedizinischen Gesundheitswesens. Natürlich kann das Buch nicht alle Zukunftsfragen beantworten, aber es stellt eine derartig umfassende und komprimierte Datenbasis und Diskussionsgrundlage für zukünftige Entscheidungen dar, dass man die Lektüre des Buches allen an der Weiterentwicklung der Zahnmedizin Interessierten nur uneingeschränkt empfehlen kann.

Quelle: Jochen Bauer, Thomas Neumann, Rüdiger Saekel. Zahnmedizinische Versorgung in Deutschland. Mundgesundheit und Versorgungsqualität – eine kritische Bestandsaufnahme. Verlag Hans Huber, Bern 2009. 280 Seiten, 39 Tabellen, 66 Grafiken, kartoniert, 39,95 €, ISBN 978-3-456-84775-7

Prof. Dr. Stefan Zimmer

Universität Witten/Herdecke, Abteilung für Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde, stefan.zimmer@uni-wh.de

In Sachen Qualitätssicherung und Ergonomie bleibt noch viel zu tun



In seiner Reaktion auf Forum 99 beschreibt Dr. Karlheinz Kimmel seine jahrzehntelangen Bemühungen um ein ergonomischeres Vorgehen in der Zahnheilkunde

und zeigt auf, wie langsam und mühselig Qualitätssicherung (QS) und zahnärztliche Ergonomie im Praxisalltag zu etablieren sind.

Die Titelseite der Forum-Ausgabe 99 und ebenso die FORUM-Retrospektive „Qualitätssicherung – Provokation, Armutszeugnis und Chance der Zahnärzteschaft“ von Hans-W. Hey lassen nur allzu deutlich erkennen, dass das Thema „Qualitätssicherung“ immer noch mit vielfältigen Problemen beladen ist (vgl. z.B. „Qualitätssicherung, die unverstandene Materie“ in DAZ-Forum 50, 1995). Nicht nur der DAZ – und dies seit 30 Jahren – sondern auch die Deutsche Gesellschaft für Qualitätssicherung in der Zahnheilkunde (DGQZ) haben sich bisher vergeblich bemüht, die deutsche Zahnärzteschaft von der Notwendigkeit und den Vorteilen der Sicherung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu überzeugen, wie es letztlich auch der Bundeszahnärztekammer und der KZBV mit ihrer Agenda zur Qualitätsförderung 2004 nicht gelungen ist, der Qualitätssicherung „zum Durchbruch zu verhelfen.“

Gutes Management heißt nicht gute fachliche Qualität

Aus meiner Sicht ist die Überbetonung des Begriffes „Qualitätsmanagement“ einer der grundsätzlichen Fehler. Die Normierung durch die DIN EN ISO 9001/9002 hat im Grunde wenig mit der fachlichen Leistungsqualität zu tun. In keiner Weise wird durch diese QM-Norm beispielsweise die Qualität der Präparationstechnik gefördert, wie auch das ergonomische Gedankengut in diesem bürokratischen Regelwerk fehlt.

Übrigens wurde eine ergonomisch optimale Praxis- und Arbeitsgestaltung bereits als besonders leistungsfördernd aufgezeigt, lange bevor das Thema „Qualitätssicherung“ am Anfang der 1980er Jahre zuerst in den USA und dann auch hierzulande in unser Blickfeld rückte (vgl. „Practizing dentistry – Ergonomic guidelines for the future“, 1972).

QS in der Ausbildung vernachlässigt

Es erhebt sich die Frage, ob es bei einer Einbeziehung der Qualitätslehre in die zahnärztliche Ausbildung zu einem besseren Zustand als heute gegeben gekommen wäre. Die DZMK-Arbeitsgemeinschaft „Arbeitswissenschaft und Zahnheilkunde“, die frühere FDI-Arbeitsgruppe „Zahnärztliche Ergonomie“ und die daraus entstandene Europäische Gesellschaft für Zahnärztliche Ergonomie haben über Jahre hinweg erfolglos versucht, die arbeitswissenschaftlichen Grundlagen der Berufsausübung zum Ausbildungsgegenstand zu machen. Das Resultat ist „grausam“: Trotz moderner Ausrüstungselemente ist das arbeitsphysiologische Arbeitsverhalten in (zu) vielen Kliniken und Praxen eine Katastrophe, was sich notgedrungen auch auf die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der in diesem Bereich Tätigen auswirkt.

Eigene Bemühungen zur Förderung von Qualitätssicherung und Ergonomie

Seit meinen ersten Überlegungen (1956 bei der Einrichtung meiner Praxis) und dann auch publizistischen Aktivitäten (1963 im „Dental Echo“) über Ergonomie und später Qualitätssicherung (1974 durch Kontakte in den USA) sind inzwischen mehrere Jahrzehnte vergangen, in denen ich selbst versucht habe, die damit verbundenen Aspekte zu verstehen und Perspektiven zu erkennen. Präparationstechnik (1952 der erste Vortrag anlässlich der DGZMK-Jahrestagung in München) und Infektionsschutz (1966 die erste Praxisuntersuchung) waren die praktischen Ausgangspunkte für meine Arbeit in Praxis (1956-1989), Wissenschaft (seit 1952) und Publizistik (1952 DZZ, 1959 ZWR).

Wenn mich mein Weggefährte und Gesinnungsfreund Hans W. Hey als „Altmeister“ bezeichnet hat, mag dies auf mein Alter (84) zutreffen, aber – das Schreiben hält mich vor allem via DZW „jung“ – ich gebe nicht auf, doch noch in puncto Qualitätssicherung zumindest für mehr Verständnis zu sorgen. Wer da nicht mitdenkt und –handelt, ist auf einem falschen Weg für sich und seine Patienten. Dem DAZ und seinem FORUM ist auf jeden Fall für seinen Einsatz zu Gunsten der Qualitätssicherung zu danken.

**Dr. Karlheinz Kimmel
Neuhäusel**

Verifikation und Falsifikation – Wo und wie findet der Kampf zwischen einer "allopathischen Staatsmedizin" und einer "homöopathischen Profitmedizin" statt?

Leserreaktion zum Beitrag "Staats- und Profitmedizin" von Prof. Dr. Dr. Hans-Jörg Staehle in DAZ FORUM 100, Sept. 2009, S. 6-8

Mit einer umfangreichen Abhandlung, die nicht zuletzt mehr als 50 Literaturverweise beinhaltet, hat Forum-Leser Dr. Norbert Guggenbichler auf Prof. Staehles Beitrag in der Ausgabe 100 geantwortet und seine Sicht der Kontroverse Schulmedizin versus homöopathische Medizin dargelegt. Da ein solcher Beitrag den Rahmen unserer Zeitschrift sprengt, bringen wir hier stattdessen eine vom Autor selbst erstellte Kurzfassung und den Originaltext auf den DAZ-Seiten im Internet unter www.daz-web.de (Muepnt DAZ-Forum; Ungedrucktes).

Wie dereinst die sancta simplicitas des Glaubens, so schleppt heute die sancta simplicitas der Wissenschaft ihre Scheiter herbei, den "Ketzer" zu verbrennen.

(C. Morgenstern)

1. Staatsmedizin – zur Realität hinter einem Kampfbegriff

"Staatsmedizin" entwickelte sich nach Jütte ab 1850 als "Professionalisierung der Ärzteschaft, (...) Etablierung als Berufsstand mit (...) staatlich legitimierter Sachkompetenz (...). [Vorher bestand eine] "historisch gewachsene Komplexität der alten Verhältnisse". Um ca. 1880 brachte der Begriff "Staatsmedizin" auf den Punkt, dass es Therapeuten mit und ohne "staatliches Privileg" gab. Für die Zeit vorher galt: Der Ärzteschaft "blieb häufig nichts anderes übrig, als zähneknirschend einzugestehen, dass es ihr (...) nicht gelang, auch nur einen Großteil aller Kranken zu heilen."

Nach Jütte hat die Homöopathie Hunderttausenden das Leben gerettet, z.B. bei Cholera und Fleckfieber. Er schätzt, dass mindestens bis zum Jahr 1920 der Gang zum Arzt gefährlicher war – als gar nichts zu tun. Wer meint, das sei nicht mehr relevant, verfällt einem Trugschluss. Wir haben zwar keine Cholera, dafür zeigen Studien, dass jeder vierte Todesfall auf den lege-artis-Gebrauch von Pharmazeutika zurückzuführen ist. Dies ist alles andere als eine Ruhmesbilanz für die Hersteller. Wer ist so naiv zu glauben, dass nicht Strategien überlegt und umgesetzt werden, um die künftige Akzeptanz und Vermarktung zu unterstützen?

Die "Komplexität der alten Verhältnisse" war gekennzeichnet von Intoleranz. Im Kampf um obrigkeitliche Legitimation für die akademische Heilkunde geriet die Volksmedizin ins Visier von Kirche und

Staat. W. Dufty formulierte: "Im Mittelalter um die Jahrtausendwende standen die Naturheilkundigen allerorten in hohem Ansehen. (...) Deshalb stellten diese Frauen für die korrupten geistlichen und weltlichen Würdenträger natürlich eine beständige Bedrohung dar. So sollte es nicht lange dauern, bis Kirche und Staat sich zur systematischen Vernichtung der Naturheilkundigen zusammenschlossen. Der Feldzug gegen die Träger dieses uralten Wissens begann, als die Kreuzritter aus dem Land der Ungläubigen zurückkehrten."

Dies bedeutet: Die Niederlage des Christentums ist eng verbunden mit der Aggression gegen die Naturheilkunde; nachdem der Kampf gegen die Ungläubigen im fremden Land nicht gewonnen werden konnte, wurde er umso unerbittlicher im eigenen Lande inszeniert. War es notwendig, um die Autorität derer aufrecht zu erhalten, die sich vor Jerusalem blamiert hatten? Gibt es hier Verbindungen zu heutigen Kreuzzügen?

Der Gegensatz, den Staehle zwischen den Polen "Staatsmedizin" und „Profitmedizin“ darzustellen versucht, muss grotesk wirken, weil er vollkommen außer Acht läßt, welche gesellschaftlichen Gruppen hinter den beiden Polen stehen.

Das wahre Tabu hat B. Lown formuliert: "Ein profitorientiertes Gesundheitswesen ist ein Oxymoron" – ein Widerspruch in sich selbst. Ich füge hinzu: Wer sich weigert, zu benennen, dass der medizinische Markt von dem eher kurzfristig orientierten Gewinnstreben von Anteilseignern dominiert ist, verweigert sich den Dimensionen, in welchen Nationalökonomien sich in globale Gewinnbestrebungen haben einbinden lassen, mit dem Pseudoargument eines angeblich notwendigen "Globalisierungszwanges".

Symptomatisch für diesen Sachverhalt: Die nordamerikanische Firma Gilead Sciences hält das Patent für Tamiflu. Der größte Aktionär dieser Firma ist D. Rumsfeld. Die Verbindungen von Rumsfeld und D. Cheney belegen, wie eine Pharnalobby zu Regierungsmacht kommt und eine Beeinflussung der UNO und der WHO normal geworden ist, wie wir es mit der "Gefahr durch H1N1" erleben.

Wer versucht, Homöopathen als Feindbild aufzubauen, scheint Opfer eines monopolorientierten Anspruchsdenkens zu sein, das

äußerst inkompatibel mit der Verfassung der BRD als pluralistischem demokratischen Staat ist. Staehles Artikel scheint dazu ein Paradebeispiel für eine Wissenschaft zu sein, die aufgrund ihrer Spezialisierung in den Fehler verfällt, ihre Wahrnehmung zu generalisieren, eine Tendenz, zu der V. Frankl bemerkt hat:

„Heute leben wir in einem Zeitalter der Spezialisten, und was sie uns vermitteln, sind bloß partikuläre Perspektiven und Aspekte der Wirklichkeit. Vor den Bäumen der Forschungsergebnisse sieht der Forscher nicht mehr den Wald der Wirklichkeit. (...) Aber die Gefahr liegt gar nicht darin, dass sich die Forscher spezialisieren, sondern darin, dass die Spezialisten – generalisieren. (...) Die terribles simplificateurs vereinfachen alles (...) Die terribles généralisateurs aber bleiben nicht einmal bei ihrem Leisten, sondern verallgemeinern ihre Forschungsergebnisse.

Auf diese Art und Weise entwertet Staehle seine Kritik an der Entwicklung einer Profitmedizin (die ich größtenteils mittragen kann). Wer hier ein Defizit an dativem Denken zeigt und das "CUI BONO?" unreflektiert läßt, ist kaum ein ernst zu nehmender Teilnehmer der gesundheitspolitischen Diskussion.

2. Kampfpapieren – zweiseitige Abrüstung oder diktierte Niederlage?

Kampfpapieren sind von um ihre Pfründe kämpfende Medizinalpersonen jeder Couleur verbreitet worden. Ganzheitliches Denken hat nicht nur in der Zahnmedizin eine lange Tradition. Leider findet die Auseinandersetzung damit nur bruchstückhaft an den Universitäten statt, deren Fakultäten deswegen auch besser "Monoversitäten" genannt werden.

K. Gloy hat die geschichtliche Entwicklung des wissenschaftlichen als auch des ganzheitlichen Weltbildes dargestellt. Sie verweist darauf, dass „ein neues Paradigma, basierend auf dem Gedanken der Selbstorganisation, der Chaosforschung und fraktalen Geometrie im Begriffe [sei], das alte [reduktionistische Modell] definitiv zu verdrängen.“

Solange Studien wie die von Egger et al. auftauchen, ist das Bemühen um wissenschaftliche Wahrheit von Profitinteressen

überlagert. Egger et al. versuchten zu belegen, dass Homöopathie nicht besser als Placebo sei, und mussten sich gravierende Mängel im Studiendesign vorhalten lassen.

Der Entwurf eines neueren Berichts der WHO über 240 placebokontrollierte Studien fasst zusammen: „Die Mehrzahl der wissenschaftlichen Studien in den letzten 40 Jahren haben gezeigt, dass die Homöopathie gegenüber Placebo überlegen ist und der konventionellen Medizin in der Behandlung von Menschen und Tieren gleichgestellt werden kann.“

Nach A. Hrobjartsson et al. wird die Kraft der Placebos überschätzt. *„Die Arbeit der Dänen ist ein Beispiel, wie man durch säuberliche Detektivarbeit eine gerne geglaubte These der Medizin als Mythos entlarvt.(...) Bislang hatte niemand wirklich systematisch die Effekte von Placebos untersucht (...) Hrobjartsson und Göttsche haben(...) 114 [Studien] gefunden, an denen noch eine dritte Gruppe von Patienten teilgenommen hat: Die hat gar keine oder lediglich eine „übliche“ Therapie erhalten. Aus diesen Studien haben sie dann (...) [extrahiert]: Placebos hatten bei einer Reihe von Krankheiten keine messbaren Effekte auf den Verlauf.“*

Wer wie Staehle argumentiert, hält an überholten wissenschaftlichen Hypothesen fest.

3. Ideologische Auseinandersetzung ohne konkurrierende Ordnungsprinzipien?

Staehle blendet völlig aus, dass es hier um wirtschaftliche Fragen in der Größenordnung von vielen hundert Milliarden US-Dollar Jahresumsatz geht. B. Lown weist darauf hin, dass Barack Obama sich nicht auf die Seite von "medicare" gestellt hat, sondern *„auf die Seite der privaten Krankenversicherungen (...), einen der größten industriellen Sektoren in Amerika, größer als das Militär.“*

Wenn G. Holton vorgibt, dass Methoden der "unwissenschaftlichen" Komplementärmedizin als "falsch" entlarvt werden sollten, entbehrt eine Studie wie die von Egger et al. nicht der Folgerichtigkeit,

Berichte über Erfolge mit Alternativmethoden mit dem Etikett "anekdotisch" für irrelevant zu erklären, widerspricht den Kriterien einer evidenzbasierten Medizin (EBM), die gehalten ist, Weizsäcker's Diktum anzuerkennen: *„Die Beweiskraft eines einzelnen Falles [ist] an sich nicht geringer als die einer Statistik vieler Fälle. (...) Zäh-*

len und messen ist nicht an sich exakter als richtig übersetzen, richtig deuten.“

Die Ablehnung von tradiertem Erfahrungswissen ist *„methodisch dasselbe, wie wenn die Griechen, von ihrer Kenntnis der elektrischen Eigenschaften des Bernsteins her, die Möglichkeit einer Dynamomaschine abgelehnt hätten“*, wie E. Bloch mit Blick auf (...) Yoga-Energie feststellte.

Der Standpunkt Holtons ist Indiz für die Egger-Studie wie auch der Arbeit von E. Ernst: Holton sieht nämlich keinen Raum für *„Kompromisse zwischen rivalisierenden Gedankengebäuden“*. Es bestände ein *„alter, weltweiter Kampf zur gegenseitigen Delegitimierung von Rivalen“*. Er schlägt verschiedene *„Arten der Intervention“* als sinnvoll vor.

Als Gegenmaßnahmen empfiehlt Holton Interventionen pädagogischer und massenmedialer Art, um als *„Parawissenschaft“* eingestufte Inhalte unglaubwürdig zu machen und in ihrer gesellschaftlichen Verankerung zu schwächen. Holton zitiert Einsteins Wissenschaftsauffassung, seine Empfehlungen sind letztlich aber als Kriegserklärung dagegen zu verstehen.

Ich bin sicher, dass Descartes entsetzt wäre, wenn er erleben könnte, wie sein mechanistisches Modell mit der Wirklichkeit gleichgesetzt wird und in einen atheistischen, nihilistischen Materialismus von inquisitorischem Charakter gemündet ist. E. Rosenstock-Huussy konstatierte dazu: *„Die Naturwissenschaft ist (...) heute zur Herrschaft gelangt, so wie die Theologie im 15. Jahrhundert. Wir gehen daher offensichtlich einer Zeit entgegen, in der die Naturwissenschaft ihre Macht ungestraft mißbrauchen kann.“*

4. Homöopathie – die Diktatur eines Einparteiensystems?

L. R. Milgrom bemerkte Folgendes: *„Obwohl seit über 200 Jahren in Gebrauch und immer noch Millionen von Menschen weltweit von Nutzen, leidet die Homöopathie seit Kurzem wieder unter ständigen Angriffen, „unwissenschaftlich“ zu sein. Die Gründe dafür kann man als eine Spielart eines „neuen Fundamentalismus“ auffassen (...) Zu den Kennzeichen(...) gehört das Leugnen der Beweise der Wirksamkeit jeden Verfahrens, das nicht ständig mithilfe doppelblinder, randomisierter ... Studien überprüft worden ist. Dieses Denken schließt alle Erklärungen homöopathischer Wirksamkeit aus; es leugnet, missbilligt oder wertet alle derartigen aktuellen For-*

schungsergebnisse als unbegreiflich, speziell solche ausserhalb der Biomedizin. Es sperrt sich auch nicht dagegen, experimentelle Verzerrungen, Gerüchte oder Anspielungen zu benutzen, um die Homöopathie zu diskreditieren. Daraus kann man schließen, dass der neue Fundamentalismus selbst unwissenschaftlich ist.“

Staehle behauptet mit E. Ernst, Homöopathie sei nur Placebo. Homöopathie bringt bei Tieren und Kleinkindern statistisch signifikant gute Erfolge, obwohl dort ein Placeboeffekt entfällt. Die Art und Weise der Kritik gibt zu erkennen, dass die Debatte nicht im Interesse einer besseren medizinischen Versorgung geführt wird, sondern nach der Art eines Nullsummenspiels: Einer wird gewinnen, die anderen gehen leer aus.

Dr. Norbert Guggenbichler, Bad Homburg

Kleine Literaturauswahl

Egger, M.: Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects?, Lancet 2005

Gloy, Karen: Das Verständnis der Natur, München 1996

Holton, Gerald: Wissenschaft und Anti-Wissenschaft, Wien 2000

Jütte, Robert: Geschichte der Alternativen Medizin, München 1996

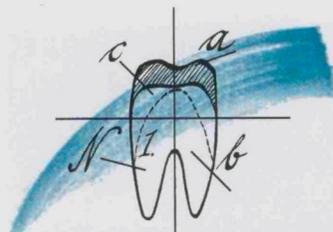
Fluoridsalz zur Kariesprophylaxe – auch in der Gemeinschaftspflegung

Die Rolle von Fluoridierungsmaßnahmen für den erfreulichen Kariesrückgang der letzten 2 Jahrzehnte ist unbestritten. Seit 1991 kommt als wirksames und preiswertes Mittel für die Breitenprävention in Deutschland fluoridiertes Speisesalz zum Einsatz, allerdings nur in Privathaushalten. Da immer mehr Mahlzeiten außer Hauses konsumiert werden, macht die DAZ-Informationsstelle für Kariesprophylaxe (IfK) sich seit Jahren stark für die Zulassung von Fluoridsalz auch für Schulen, Kindergärten, Betriebskantinen und Mensen. Hier muss jeweils eine Ausnahmegenehmigung erwirkt werden. Die IfK stellt ein Merkblatt und einen Musterantrag zur Verfügung und berät interessierte Einrichtungen bei der Antragstellung.

Weitere Infos unter
daz@kariesvorbeugung.de
Tel. 069/24706822

Billige China - Kronen gibt es an jeder Ecke!!!

Aber nur bei proDentum® gibt es höchst anspruchsvolle Teleskoparbeiten und Vollkeramik - Kronen und - Brücken aus Berlin und Singapur.



proDentum® Dentaltechnik



DIN EN ISO 9001:2000
Zertifikat: 01 100 035012



Seit 1992.

Mit deutschem TÜV- Qualitätsmanagement.
Und dem einmaligen Service und der Geschwindigkeit
unseres TÜV zertifizierten Meisterlabors in Berlin und Singapur.

Wir holen und bringen mit unserem eigenen Lieferdienst
in Berlin und Köln/Bonn!
Oder mit Kurier-Express!

Nutzen Sie unser Einstiegs - Sonderangebot

1. Zirkonoxidkrone je Einheit **110 Euro** komplett
2. Ausservertragliches Teleskop nur **75 Euro**
3. Die proDentum® - Volkskrone dauerhaft nur **79 Euro**

Bestellen Sie unverbindlich Preislisten und Kostenvoranschlags-Formulare unter

Tel.: 0800 – 469 00 80 • Fax: 030 – 469 00 899

www.prodentum.de
Berlin

www.kaiser-dental.com
Singapur

Lieben Sie Ihre Zähne! Putzen, Polieren und Pflegen mit

www.denttabs.com

Bestellen Sie kostenlose Proben für Ihre Patienten



„Mein Zahnarzt versteht sein Handwerk.“

P3 permadental
Persönlich . Präzise . Preiswert

Ferdinant, Selbständiger

Nachdem mein Zahnarzt mit mir den HKP besprochen hatte war mir klar, dass ich mir „Made in Germany“ nicht leisten wollte. Umso mehr habe ich mich über seine Alternative, Zahnersatz von Permadental gefreut. So gut und günstig, einfach klasse.

www.permadental.de Freecall 0800/7376233