



Berlins unabhängige  
Zahnärzte e.V.



DAZ-VDZM-Tagung  
24. April 2010 Frankfurt

Gesundheitspolitischer  
Vormittag mit Prof. Gerlinger

Psychosomatik-Fortbildung  
mit Priv.-Dozentin Wolowski



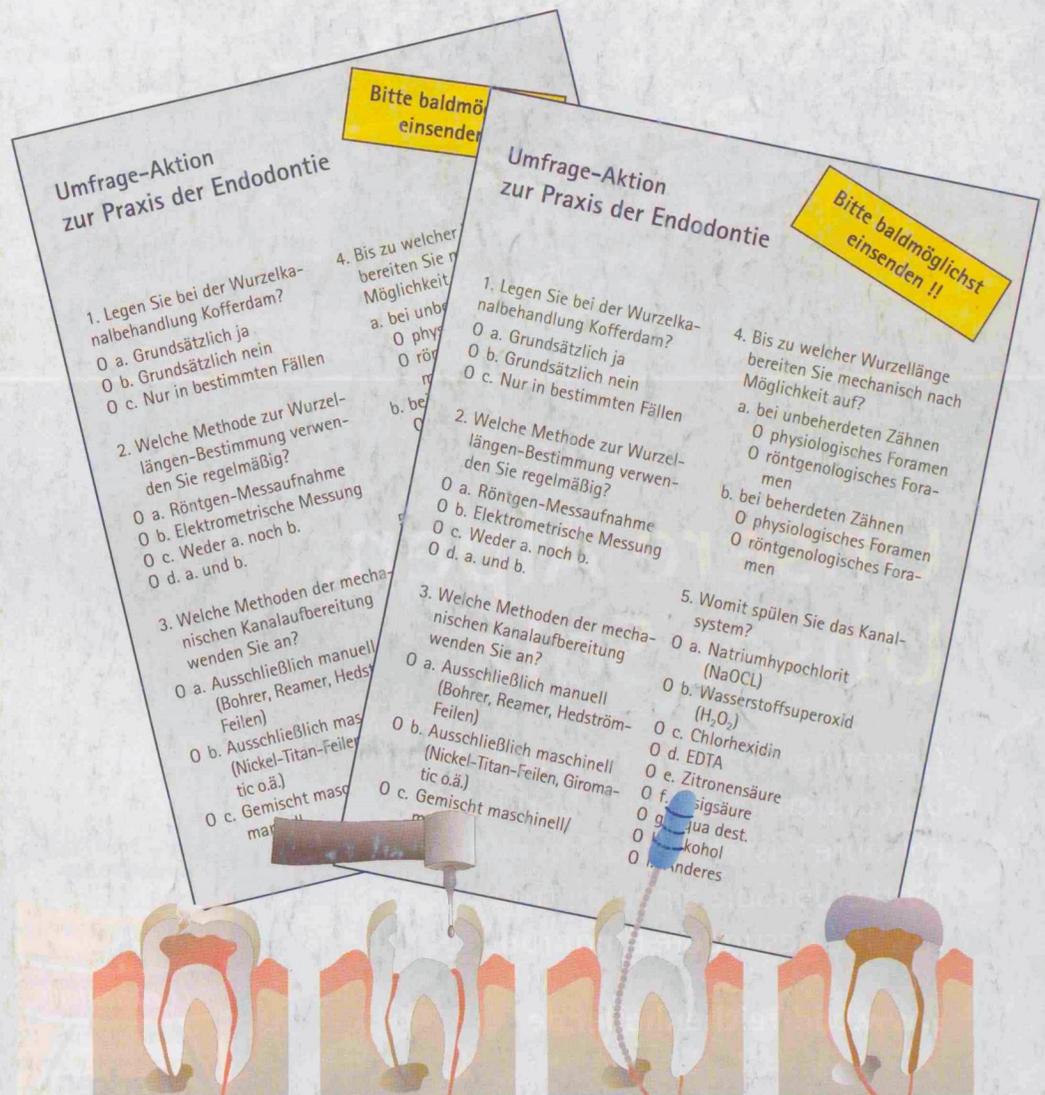
Veränderungen in den  
Rahmenbedingungen  
für die Mundgesundheit

Selektivvertrag mit einer  
Zahnärzte-Genossen-  
schaft in Westfalen

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

102

## DAZ-Umfrage-Aktion zur Praxis der Endodontie



Licht ins Dunkel der Kanäle  
bzw. der Wurzelkanal-Behandlung  
soll eine Umfrage bringen.



# 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**



*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](http://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](http://www.zahnmaennchen.de)



# Editorial

Liebe Leserin,  
lieber Leser!

in einer Berliner Tageszeitung erscheint jeden Sonntag eine Rubrik „Zu meinem Ärger“. Unter dieser Rubrik werden Personen aus der weiten Medienlandschaft befragt, worüber sie sich in der vergangenen Woche in den Medien am meisten geärgert haben oder aber auch, ob es etwas gab, über das sie sich freuen konnten. Zum Abschluss dieses kurzen Interviews wird noch gefragt, welche Webseite besonders empfehlenswert sei.

Ich versuche, diese Idee in unser Forum zu übertragen, wobei ich natürlich berücksichtigen muss, dass unser Magazin nur vierteljährig erscheint

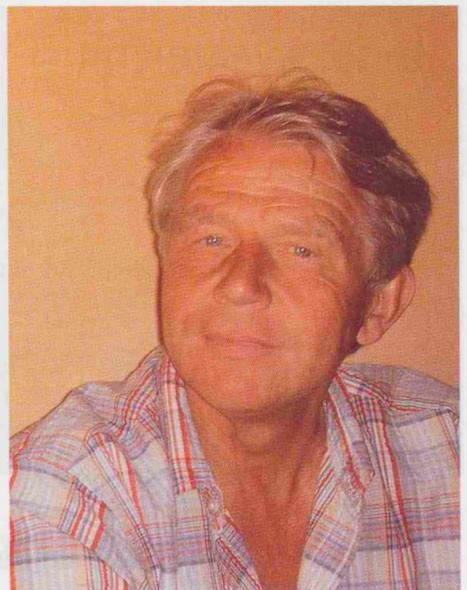
Ärgernisse gab es in den vergangenen Monaten ausreichend. Dass sich die Parteien nach der Wahl kaum noch an ihre Aussagen vor der Wahl erinnern, daran hat man sich gewöhnt. Aber mit welcher Ignoranz die FDP heute ihr 10 Milliarden-Einsparprogramm negiert, ist schon ungeheuerlich. Die wirtschaftliche Not eines großen Teils der Bevölkerung macht mich sehr nachdenklich. Nicht nur in Berlin wird es immer schwieriger, Patienten mit andersartigen Leistungen zu versorgen. Die Aussage gilt für alle Sparten der Zahnheilkunde, nicht nur für den Zahnersatz. Unter diesem Aspekt bewundere ich den Mut einiger Standespolitiker,

noch mehr Kostenerstattung zu fordern oder ganze Teilgebiete der Zahnheilkunde aus der GKV herauslösen zu wollen. Welche Ziele mit diesen Forderungen wirklich verfolgt werden, muss man fragen. Zu einer Entlastung der Krankenkassenbeiträge wird diese Idee nicht führen. Wenn es um Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen geht, wird die Zahn-Medizin schon lange nicht mehr erwähnt.

So gewinnt die Diskussion um eine angemessene Honorierung unserer zahnärztlichen Leistungen an Bedeutung. Sie ist eng verknüpft mit einer Qualitätssicherung, die über eine zweijährige Gewährleistung hinausgehen muss. Die Zahnärzteschaft muss ohne Einschränkung bereit sein, die Qualität ihrer Leistungen zu dokumentieren und nachzuweisen. Angebote und Initiativen in dieser Hinsicht sollten von den Zahnärzten ausgehen, dann werden uns merkwürdige Selektivverträge, die von Managementgesellschaften und Krankenkassen angeboten werden, nicht aus der Bahn werfen.

Ein altbekanntes Ärgernis blüht wieder auf. Es existiert also immer noch, das Drei-Säulen-Dogma der deutschen Zahnärzteschaft: Bundeszahnärztekammer, Bundes-KZV, und Freier Verband der Deutschen Zahnärzte. In dieser Allianz muss die Berliner Zahnärztekammer dem Freien Verband selbstverständlich gestatten, mit einem Flyer im Mitteilungsblatt der Berliner Zahnärzte für eine Fortbildung zu werben. Dem DAZ bleibt weiterhin eine Beilage zu seiner Jahreshauptversammlung (auch eine bezahlte) verwehrt.

Nun, es hat glücklicherweise auch positive Ansätze gegeben. Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde findet wieder stärkere Beachtung. Die neu gewählte Vorsitzende, Frau Dr. Schätze, ist in ihrem Amt mit der Unterstützung ihrer Vorstandskollegen aktiv und lenkt mit der Geschäftsführerin den Verband in neuem Stil. Die Kommunikation vieler Mitglieder findet zwar neuerdings in der Hauptsache über das Internet statt. Am Rande des Berliner Zahnärztetages wurde aber dennoch eine sehr intensive und produktive Ratssitzung mit Realpräsenz abgehalten. Der Verband ist aktiv. Zur Zeit findet im Internet



ein lebhafter Gedankenaustausch über die obligaten und fakultativen Arbeitsschritte im Rahmen einer endodontischen Zahnbehandlung statt mit dem Ziel, in der Debatte um die so genannten Spezialisten den Generalisten den Rücken zu stärken. Der DAZ bereitet die Neuauflage einer verbandsübergreifenden Fragebogenaktion vor, die nach der Auswertung dem Praktiker Rückhalt bieten soll, wenn er mit seiner allgemeinzahnärztlichen Leistung Zahnerhaltung betrieben hat. Auch für die Diskussion über die Honorierung der zahnärztlichen Grundleistungen können die erhobenen Daten nützlich sein. Der DAZ steht für eine sozial vertretbare Zahnheilkunde. Zum Nulltarif kann es allerdings keinen Zahnersatz, keine professionelle Zahnreinigung und auch keine Implantate geben. Der DAZ verkennt nicht die Zeichen der Zeit mit Entwicklungen in verschiedene Richtungen. Es war eben früher nicht alles besser.

Zu der Frage nach der Webseite. Mein Votum ist eindeutig: [www.daz-web.de](http://www.daz-web.de) und [www.buz-berlin.de](http://www.buz-berlin.de). Die Homepages beider Verbände sind informativ, sie werden laufend aktualisiert und unterrichten (BUZ e.V.) über das standespolitische Geschehen im Berliner Sumpf oder über bundesweite Initiativen und Pressemitteilungen des DAZ sowie über Programme und Teilnehmer des Qualitätssicherungskonzeptes. Um die guten Inhalte noch besser zu präsentieren, wird die DAZ-Seite gerade neu gestaltet und umgebaut. Dieser Prozess wird sich noch etwas hinziehen und evtl. zu einigen Anlaufschwierigkeiten führen. Bitte lassen Sie sich nicht von der Baustelle abschrecken. Diese Seiten sind uneingeschränkt empfehlenswert. Schauen Sie mal rein!

In diesem Sinne: Ihr Peter Nachtweh

Sie können etwas tun:

für das  
**DAZ-Forum!**

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

- Ich bestelle ein Abo  
 Ich bestelle ein Geschenk-Abo

Bitte an Mail [kontakt@daz-web.de](mailto:kontakt@daz-web.de)  
oder Fax 0221/7391239



Meine Adresse/Tel./Fax/Mail

# Inhaltsverzeichnis

## DAZ-Forum 100-2009

- 3 Editorial  
Dr. Peter Nachtweh
- 4 Aus dem Berliner Sumpf: Rechnungsprüfung  
Dr. Celina Schätze
- 4 Impressum
- 5 DAZ-VDZM-Frühjahrstagung 24.04.2010 in  
Frankfurt/Main: Gesundheitsreform & Psychosomatik
- 6 Vom Kopf auf die Füße gestellt  
Min.-Rat. a. D. Rüdiger Saekel
- 9 Gesund beginnt im Mund – auch im Alter
- 10 Endo-Verwirrungen
- 10 DAZ-Fragebogen-Aktion zur Endodontie  
Dr. Celina Schätze
- 11 **Endo-Fragebogen** 
- 12 Das aktuell gelehrt Endo-Protokoll ist gescheitert –  
Anmerkungen zum Grundkatalog von Prof. Stoll  
Dr. Dr. Rüdiger Osswald
- 15 Endo-Tagung: Klinische Exzellenz oder Tunnelblick  
Dr. Paul Schmitt
- 16 Beim Selektivvertrag der Zahnärztegenossenschaft  
WL gibt's nur Gewinner  
Dr. Jürgen Kromer
- 17 Honorardumping durch Behandlungspauschalen  
Dr. Manfred Hillmer
- 18 Über den Wolken  
Irmgard Berger-Orsag
- 19 Kommerzialisierung der Fort- und Weiterbildung –  
Rückbesinnung auf Ethik gefordert  
Dr. Peter Weißhaupt
- 19 Neuer Ethik-Arbeitskreis steht vor vielen Fragen  
Irmgard Berger-Orsag
- 20 Rezension: Psychosomatik-Lehrbuch
- 21 Auch nach 30 Jahren noch aktuell: Ziele des DAZ
- 22 Das RKI und der Fliegendreck  
Dr. Paulus Nowak
- 22 Rezension: Kantorowicz und Korkhaus
- 23 DAZ-Projekt Qualitätssicherung

Redaktionsschluss  
DAZ-Forum 103 – 2010  
30. April 2010



Aus dem Berliner Sumpf:

## Bei der Rechnungsprüfung hört die Demokratie auf

Der Rechnungsprüfungsausschuss (RPA) der KZV-Berlin ist satzungsgemäß nach der letzten KZV-Wahl mit drei Mitgliedern besetzt worden. Im Verlauf der Legislaturperiode hat es – wie bereits öfter berichtet – ständig Auseinandersetzungen über das Ausmaß des Einsichtsrechtes in die zu prüfenden Unterlagen zwischen dem Vorstand und dem RPA gegeben. Deshalb erschien es dem Vorstand als gute Idee, den widersetzlichen Ausschuss durch zwei zusätzliche Mitglieder zu „verdünnen“. Während der laufenden Legislaturperiode wurde also das Gremium um zwei Mitglieder erweitert, die gemäß den in der Vertreterversammlung (VV) bestehenden Mehrheitsverhältnissen dem Vorstand besonders freundlich gesonnen sind.

Bei der Erstellung des Rechnungsprüfungsberichtes konnte zwischen den „Fraktionen“ des RPA kein Einvernehmen erzielt werden, was zu dem bizarren Ergebnis eines eigenen zweiten, die Probleme abwiegelnden Rechnungsprüfungsberichtes der beiden neuen Mitglieder geführt hat.

Die beiden Berichte wurden der über die Entlastung des Vorstandes entscheidenden Vertreterversammlung als gleichberechtigt angeboten. Nachdem mehrere Anträge auf Rückzahlung der in dem „Mehrheitsbericht“ aufgezeigten Falschabrechnungen von der vorstandsverbundenen Mehrheit der VV zurückgewiesen worden waren, hat die VV den Vorstand auf Empfehlung des „Minderheitsberichtes“ entlastet.

Dr. Celina Schätze, Berlin

## 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

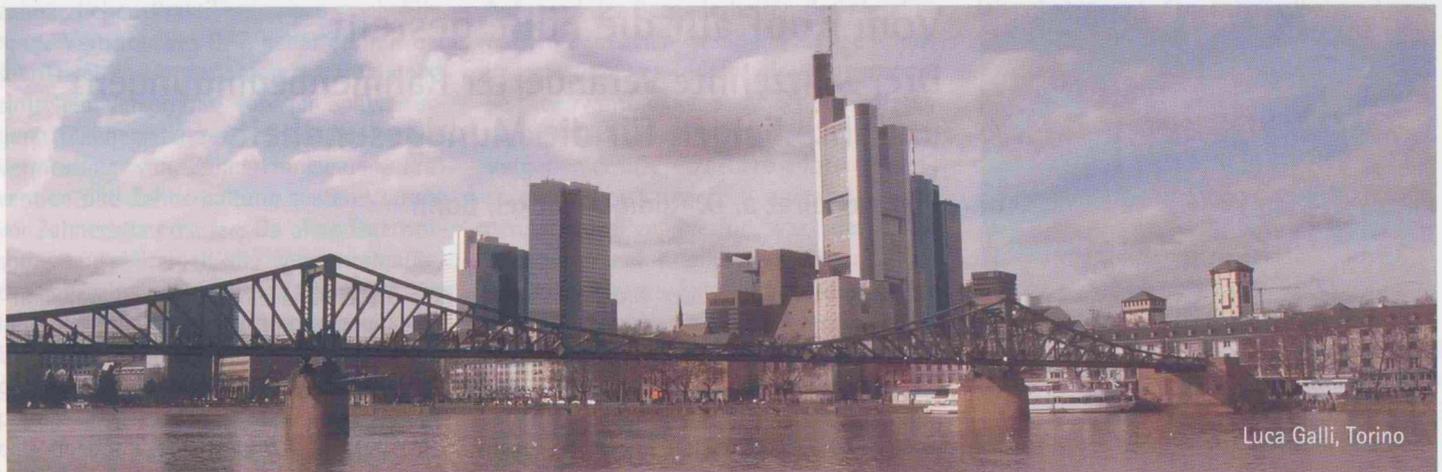
Redaktion dieser Ausgabe:

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: Wikipedia, Luca Galli, David Ausserhofer, Rüdiger Saekel, Dr. Dr. Rüdiger Osswald, Dr. Jürgen Kromer, Manfred Otto, Mindener Tageblatt, Dr. Paulus Nowak, Neue Allgemeine Gesundheitszeitung für Deutschland, Privat



## DAZ-VDZM-Frühjahrstagung

24./25. April 2010 – Frankfurt/Main – Saalbau Griesheim

Schwarzerlenweg 57, 65933 Frankfurt-Griesheim, Tel. 069/388707

### Gesundheitspolitische Diskussion und fachliche Fortbildung

sowie verbandsinterner Austausch

Samstag, 24.04.2010, 10.00 – 13.00 Uhr

Samstag, 24.04.2010, 14.00 – 18.00 Uhr

**Gesundheitspolitischer Vormittag:  
Gesundheitspolitik zwischen Klientel-  
Interessen und Gemeinwohl"**

**Fortbildung:  
Grenzgang Psyche – psychosomatische  
Erkrankungen in der Zahnarztpraxis**

Die schwarz-gelbe Regierungskoalition hat sich vorgenommen, tiefgreifende Reformen des Gesundheitswesens zu realisieren, die vorher nicht durchsetzbar waren. Sie strebt die weitgehende Entkoppelung der Gesundheitskosten von den Lohnzusatzkosten bzw. einkommensunabhängige Versicherungsbeiträge sowie die Ausweitung von Wahlmöglichkeiten in der Gesetzlichen Krankenversicherung an. Prof. Dr. phil. Dr. rer. med. Thomas



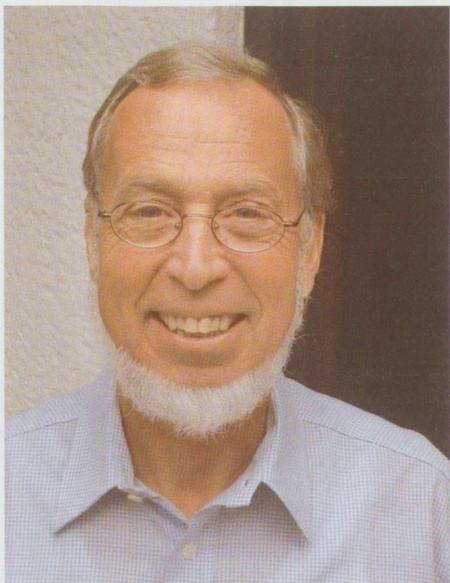
**Gerlinger**, Medizinsoziologe und Leiter des Bereiches Sozialepidemiologie und Gesundheitssystemgestaltung an der Universität Bielefeld, hat die Reformdebatten der letzten Jahrzehnte intensiv verfolgt und wird die Interessen; Konzepte und Handlungsspielräume wesentlicher gesundheitspolitischer Akteure beleuchten. (3 Fortbildungspunkte)

Referentin des Nachmittags ist **Priv.-Doz. Dr. Anne Wolowski**, Oberärztin der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik des Universitätsklinikums in Münster und seit 2 Jahrzehnten therapierend, lehrend und forschend im Grenzbereich zwischen Zahnmedizin und Psychosomatik tätig. Eine erfolgreiche prothetische Versorgung ist keineswegs immer allein durch die technisch einwandfreie Herstellung und Eingliederung von Zahnersatz zu gewährleisten. Denn „an jedem Zahn hängt noch ein Mensch“. Dr. A. Wolowski führt in ein erweitertes biopsychosoziales Krankheitsverständnis ein und zeigt Wege zum Umgang des Zahnarztes mit „schwierigen“ Patienten und psychosomatisch Erkrankten auf. (3 Fortbildungspunkte)



Sonntag, 25.04.2010, 9.30 – 14.00 Uhr, Arbeitstreffen von DAZ und VDZM

Infos zur Tagung und Anmeldung: Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchow-Bund  
Belfortstr. 9, 50668 Köln, Tel. 0221/97300545, Fax 0221/7391239, Mail [kontakt@daz-web.de](mailto:kontakt@daz-web.de), Internet [www.daz-web.de](http://www.daz-web.de)



## Vom Kopf auf die Füße gestellt Drei Jahrzehnte veränderter Rahmenbedingungen und ihre Folgen für die Mundgesundheit

Ministerialrat a. D. Rüdiger Saekel, Bonn

*Über viele Jahre und unter wechselnden Minister/innen war Dipl.-Vw. Min.-Rat a.D. Rüdiger Saekel im Bundesgesundheitsministerium zuständig für den Bereich der zahnmedizinischen Versorgung. Fürs Forum wirft er – gerade rechtzeitig zum 30-jährigen Jubiläum des Verbandes – den Blick zurück auf die letzten drei Jahrzehnte und beschreibt wichtige Entwicklungen, die der DAZ kritisch und mit konstruktiven Vorschlägen begleitet hat.*

Ebenso wie im Bereich der Wirtschaft gilt auch im Bereich des Gesundheitswesens, dass der Staat die richtigen Rahmenbedingungen setzen und deren Einhaltung kontrollieren muss, um die nötigen inhaltlichen Erfolge erzielen zu können. Zur Bestätigung dieser These gibt es in der Gesundheitspolitik kein besseres Beispiel als die zahnmedizinische Versorgung. Der folgende Beitrag soll dies für die letzten drei Jahrzehnte in Deutschland belegen.

### Ausgangslage

Um die fundamentale Veränderung der zahnmedizinischen Versorgung für alle Beteiligten – Zahnärzte, Zahntechniker, Krankenkassen und Patienten/Versicherte insbesondere auch für die jüngere zahnärztliche Leserschaft deutlich und nachvollziehbar zu machen, ist es hilfreich, sich die Ausgangssituation der zahnmedizinischen Versorgung Mitte bis Ende der 70er Jahre noch einmal vor Augen zu führen.

Anfang 1974 entschied das Bundessozialgericht, dass die Versorgung mit Zahnersatz in den Gesamtverträgen zu regeln sei. Seit diesen daraufhin von Zahnärzten und gesetzlichen Krankenkassen geschlossenen „Prothetikverträgen“ gehörte ab 1975 die zahnprothetische Versorgung zu den ver-

traglichen Leistungen der Krankenkassen. Sie übernahmen danach meist 100% der Zahnersatzkosten. Unklarheiten über den gesetzlichen Leistungsumfang beseitigte das Bundesschiedsamt 1977. Danach wurden ab Mitte 1977 die bisher noch außervertraglichen Leistungen – metallkeramische Brücken, Schienung und Verblockung des Restgebisses sowie die Kombination von herausnehmbarem und festsitzendem Zahnersatz – in die Leistungspflicht der GKV aufgenommen. Damit umfasste der Leistungskatalog praktisch alle zahnerhaltenden und zahnprothetischen Versorgungsarten bis auf die gnathologische Gebissanalyse.

Ende der 70er Jahre bestand somit in der GKV eine für Zahnärzte und Patienten außerordentlich komfortable Situation: Der Leistungskatalog war nahezu allumfassend und die Krankenkassen trugen alle Kosten. Dies ist in einem solidarisch finanzierten Gesundheitsbereich, der bei prothetischer Versorgung in der Regel mehrere unterschiedlich teure Versorgungsalternativen zulässt, offensichtlich verführerisch. Die Gefahr ist groß, dass sich beide – Zahnärzte und Versicherte – auf die jeweils teuerste Variante einigen. Und so kam es auch. Die Rahmenbedingungen führten zu einer Fehlsteuerung der zahnmedizinischen Versorgung, nämlich zu einer medizinisch unsinnigen Überbetonung des Zahnersatzes, die langfristig nicht finanzierbar gewesen wäre. Die leistungsrechtlichen Verbesserungen Mitte der 70er Jahre hatten nicht bezweckt, in jedem Zahnersatzfall die teuerste Versorgungsform zu gewähren, sondern wollten sicherstellen, dass in zahnmedizinisch notwendigen Fällen auch höherwertiger Zahnersatz verordnet werden konnte. Die Fehlsteuerung ergab sich dadurch, dass die zahnärztliche Gebührenordnung der GKV zahnerhaltende Leistungen des Zahnarztes deutlich schlechter bewertete als prothetische Maßnahmen. In Verbindung mit der Ausweitung des prothetischen Leistungskatalogs der GKV führte dies zu der Konsequenz, dass die Spätversorgung der Zähne, nämlich der Zahnersatz, die zahnmedizinische Versorgung dominierte. Während 1970 der Aufwand für zahnerhaltende Maßnahmen noch 65% der Gesamtaufwendungen für die Zahnmedizin ausmachte, überwog 1982 der Zahnersatz mit 54%. In dieser

Zeit entfiel rund ein Drittel des Weltzahngoldverbrauchs auf Deutschland. Gleichzeitig wurde die Mundgesundheit der deutschen Bevölkerung zur damaligen Zeit im internationalen Vergleich als „bedrückend“ (Naujocks/Hüllebrand 1985), „katastrophal“ und „düster“ (Naujocks 1986) eingeschätzt.

Anfang der 80er Jahre machten die gesamten zahnmedizinischen Ausgaben rund die Hälfte der Aufwendungen für die stationäre Versorgung in der GKV aus oder waren nur um 2 Mrd. DM niedriger als die gesamten ambulanten ärztlichen Ausgaben. 27.740 niedergelassene Zahnärzte und rd. 2.900 gewerbliche zahntechnische Labore verbrauchten 1982 fast ebenso viele Ressourcen im Gesundheitswesen wie rund 63.000 niedergelassene Ärzte. Je Kopf der Bevölkerung wurde in keinem Land der Welt mehr für die zahnmedizinische Versorgung ausgegeben als in Deutschland.

Der damals vorherrschende Therapieansatz, auftretende Zahnkrankheiten symptomatisch zu behandeln, war langfristig zum Scheitern verurteilt, da die zahnmedizinische Versorgung – im Unterschied zur Medizin – durch eine Eigendynamik gekennzeichnet ist, die darin besteht, dass eine Zahnkrankheit in der Regel nicht ausheilt, sondern ein einmal gefüllter Zahn während der gesamten Lebensdauer versorgt werden muss. Insoweit geht die Nachfrage nach zahnärztlicher Versorgung nicht zurück, sondern steigt permanent an. Alle Ansätze kostendämpfender Art konnten hieran nichts ändern. Abhilfe konnte prinzipiell nur durch einen Wandel des therapeutischen Ansatzes geschaffen werden. Da die meisten Zahnkrankheiten durch breitenwirksame Prävention vermieden oder zumindest lange hinausgeschoben werden können, konnte nur eine Umorientierung des Ansatzes von der Spät- zur Frühversorgung und zur Vermeidung von Zahnkrankheiten zielführend im Sinne einer Verbesserung des Nutzen-Kosten-Verhältnisses der zahnmedizinischen Versorgung sein.

### Schrittweise Veränderung der Rahmenbedingungen

Folglich begann der Gesetzgeber Ende der 70er Jahre unter fachlicher Beratung von wissenschaftlichen Sachverständigen und

zahnärztlichen Praktikern, wozu auch führende Vertreter des DAZ gehörten, mit der schrittweisen Umsteuerung der zahnmedizinischen Versorgung von der Spätversorgung (Zahnersatz) zur Früherkennung und Vermeidung von Zahnerkrankungen. Prävention und Zahnerhaltung sollten Vorrang vor Zahnersatz erhalten. Da ohne Eigenvorsorge und Mitarbeit der Versicherten/Patienten zahnärztliches Handeln nicht erfolgreich sein kann, wurde gleichzeitig die Eigenvorsorge der Versicherten/Patienten gestärkt. Gerade für ein auf dem Solidarprinzip basierendes Gesundheitssystem war dies unerlässlich. Das anzustrebende Leitbild der zahnmedizinischen Versorgung beruhte deshalb auf den zwei Säulen:

- 1) Prävention und Zahnerhaltung sowie
- 2) Eigenvorsorge der Versicherten/Patienten.

Neben der stärkeren finanziellen Beteiligung der Patienten beim Zahnersatz seit 1978 (20%) wurde dies insbesondere durch folgende Stationen gesetzgeberischen Handelns erreicht:

- Auftrag an den Bewertungsausschuss, die Überbewertung bei Zahnersatz und Kieferorthopädie abzubauen und Anreize für die Zahnerhaltung zu schaffen, Einführung der Mehrkostenregelung bei Zahnersatz (KVEG 1982);
- Einführung der Gruppen- und Individualprophylaxe, Einführung des Bonus-Gedankens bei regelmäßiger Vorsorge, Verankerung der Pflicht zur Qualitätssicherung zahnärztlicher Leistungen, Vergütungszuschläge bei längeren Gewährleistungsfristen, Verdoppelung der Selbstbeteiligung bei Zahnersatz von 20% auf 40% (GRG 1989);
- Prävention und Kinderzahnheilkunde werden Lehr- und Prüfinhalte (Änderung der Approbationsordnung 1993);
- Ausgrenzung prothetischer Leistungen (große Brücken für mehr als 4 fehlende Zähne, Kombiarbeiten mit mehr als 2 Teleskopkronen), Absenkung der Punktwerte für Zahnersatz und Kieferorthopädie um 10% (GSG 1993);
- Erweiterung der Früherkennungsmaßnahmen für Kinder in zahnmedizinischer Hinsicht, Einführung prophylaktischer Maßnahmen für Erwachsene (2. GKV-NOG 1998);
- gesetzliche Verankerung des Leitbilds der präventionsorientierten Zahnheilkunde im SGB V, gleichgewichtige Bewertungsrelationen zwischen Zahnerhaltung, Prävention, Zahnersatz und Kieferorthopädie (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000).

Aufgrund der Besonderheiten des pluralistischen deutschen Gesundheitswesens, das im wesentlichen durch die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten/Zahnärzten und Krankenkassen geprägt ist, sind diese Vorgaben des Gesetzgebers jedoch teilweise nur äußerst zögerlich umgesetzt worden. Ursächlich hierfür war, dass sich Zahnärzte und Krankenkassen nur selten auf gemeinsame Schritte zur Umsetzung dieses Leitbildes einigen konnten. Dies wiederum hatte zur Folge, dass der Gesetzgeber die entscheidenden Umsteuerungen per Gesetz - in der Regel gegen den Widerstand der zahnärztlichen Standesorganisationen - vornehmen musste. Dadurch erklärt sich die hohe Regeldichte der zahnmedizinischen Vorschriften im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

Hätte der Gesetzgeber nicht entsprechend gehandelt, dürften die entscheidenden Weichenstellungen zur Umsetzung einer präventiven Handlungsweise noch heute nicht Bestandteil des zahnmedizinischen Behandlungssystems sein. Ein guter Beleg hierfür ist folgendes Beispiel: Im 2. GKV-NOG hatte der Gesetzgeber individualprophylaktische Maßnahmen für Erwachsene vorgesehen (z. B. Fluoridierungen, Chlorhexidinspülungen), die nach entsprechender Aufklärung durch den Zahnarzt überwiegend in häuslicher Umgebung Anwendung finden sollten. Da die Selbstverwaltungspartner sich nicht auf Umsetzungsregelungen für diese Maßnahmen einigen konnten, blieb diese Vorschrift in der Praxis unbeachtet. Bei den Vorbereitungen zum GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 sicherten die Vertreter von Krankenkassen und Zahnärzten zu, bei Wegfall dieser gesetzlichen Vorschrift umfassendere präventive Regelungen zur Parodontalprophylaxe für Erwachsene als Selbstverwaltungslösung zu treffen. Der Gesetzgeber hat daraufhin die seinerzeitige Regelung gestrichen und auf die Selbstverwaltung gebaut. Bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt erfolgte keine Umsetzung in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA).

#### Konsequenzen geänderter Rahmenbedingungen

Welche Auswirkungen auf die Mundgesundheit, das Leistungsgeschehen und die Gesamtausgaben der zahnmedizinischen Versorgung wurden nun durch die schrittweisen Veränderungen der Rahmenbedingungen innerhalb der letzten Jahrzehnte erzielt? Hierzu wurde kürzlich eine aktuelle Studie vorgelegt, die erstmalig für Deutschland die Mundgesundheitsdaten von drei

Jahrzehnten mit den zahnärztlichen Leistungsdaten und der Entwicklung der Gesamtausgaben der zahnmedizinischen Versorgung zusammenführt (Bauer/Neumann/Saekel 2009). Diese Studie weist aus, dass sich die Mundgesundheit in Deutschland in allen Altersklassen außerordentlich stark verbessert hat und Deutschland damit an die Spitzengruppe der Länder mit der bevölkerungsweit besten Mundgesundheit herangerückt ist. Andererseits offenbart sie, dass es noch erhebliches unausgeschöpftes Zahnerhaltungspotenzial gibt.

Die großen Morbiditätsrückgänge in den letzten zwei Jahrzehnten bei Kindern und Jugendlichen haben dazu geführt, dass sich der Behandlungsbedarf für diese Altersklassen stark verringert hat. Auch aus dem Morbiditätsrückgang bei Karieserkrankungen im Erwachsenenalter seit 1997 resultiert ein konstant niedriger Behandlungsbedarf bei akuter Karies und ein verminderter Bedarf zur Behandlung der Frühstadien der Karies. 1989 hatte der Behandlungsbedarf wegen akuter Karies im mittleren Erwachsenenalter noch um mehr als das Dreifache und im Seniorenalter um das Zweifache höher gelegen.

Der epidemiologisch gemessene Rückgang der Morbidität findet seine tendenzielle Entsprechung im Leistungsgeschehen der GKV. Dort ist ein Rückgang der Leistungen je Versicherten bei den zahnerhaltenden Kernleistungen (Füllungen, Extraktionen) und den prothetischen Leistungen zu verzeichnen (Bauer/Neumann/Saekel 2009).

Allerdings gibt es noch Defizite in der zahnmedizinischen Versorgung. Sie betreffen vor allem die erst im Aufbau befindliche Qualitätssicherung zahnärztlicher Leistungen, die sehr schleppend verläuft und sich bisher kaum der Ergebnisqualität widmet. Dabei gibt es gerade auf diesem Gebiet erheblichen Nachholbedarf in Deutschland (Bauer/Neumann/Saekel 2009). Auch die Versorgungsforschung sowie die Qualitätssicherung zahnärztlicher Fort- und Weiterbildung sind verbesserungsbedürftig. Der Wissenschaftsrat attestiert der deutschen zahnmedizinischen Forschung international nur ein relativ niedriges Niveau (Wissenschaftsrat 2005). Ebenso ist die Modernisierung der zahnärztlichen Approbationsordnung seit langem überfällig. Hier ist der Verordnungsgeber, das Bundesministerium für Gesundheit, in der Pflicht, denn ein weitgehend umsetzungsreifer Vorschlag liegt seit einigen Jahren vor.

Aufmerksamkeit verdient der Bereich der Implantologie, um der Gefahr vorzubeugen,

dass der Vorrang der Zahnerhaltung durch eine Renaissance der Spätversorgung, nämlich die Versorgung mit Implantaten, konterkariert wird. Zunehmend scheint ein Disput darüber zu entstehen, was im Fall parodontologisch oder endodontisch erkrankter Zähne zu tun ist. Vertreter der Implantologie raten in diesen Fällen häufig zur sofortigen Extraktion der Zähne, um frühzeitig ein Implantat setzen zu können (Bauer/Neumann/Saekel 2009, Staehle 2006, Staehle 2009), was angeblich ähnlich lange halten würde wie ein natürlicher Zahn. Abgesehen davon, dass dieses Vorgehen fundamental gegen den Vorrang der Zahnerhaltung verstößt und eine hoch invasive Form der Therapie darstellt, gibt es auch keine Langfriststudien, die die Überlegenheit von Implantaten gegenüber natürlichen Zähnen belegen. Das Gegenteil ist der Fall. Darüber hinaus kam kürzlich eine aktuelle, systematische Literaturübersicht (Recherchezeitraum: 1995 bis 2008) bei der Diagnose „verkürzte Zahnreihe“ zu dem Ergebnis, dass auch keine Evidenz dafür besteht, dass implantatgetragene Versorgungen einen Zusatznutzen gegenüber konventionellem festsitzendem oder abnehmbarem Zahnersatz haben (IQWiG 2009). Dabei mussten die wesentlich höheren Kosten für implantatgetragenen Zahnersatz mangels empirischer Daten noch außen vor gelassen werden. Es wäre wünschenswert, wenn die zahnerhaltenden Fachgesellschaften diese Aspekte in der Öffentlichkeit stärker betonten, damit dort nicht der Eindruck entsteht, Zahnmedizin sei in erster Linie Implantologie. Immerhin gilt, dass die Chancen, seine eigenen Zähne zu behalten, um ein Mehrfaches höher sind, wenn Patienten eine präventiv und zahnerhaltend spezialisierte Praxis aufsuchen (Mombelli 2006, Staehle 2006).

#### Die Problematik parodontologischer Behandlungsbedürftigkeit

Keine Verbesserung gab es bei der Entwicklung der Parodontalerkrankungen. Dies ist überraschend. Denn nachdem sich im Zeitraum 1989 bis 1997 Parodontalerkrankungen in den alten Bundesländern bei 35- bis 44-Jährigen verringert hatten, gab es keine Hinweise darauf, warum der Trend zur Verbesserung des Parodontalzustands nicht anhalten und sich nicht auch in den neuen Bundesländern zeigen sollte. Je nach zu Grunde gelegtem Indikator (CPI-Index oder ESI-Index) wurden jedoch zwischen 1997 und 2005 deutliche Anstiege bzw. stagnierende Parodontalzustände bei der mittleren und leichte Anstiege bei der älteren Bevölkerung gemessen (Hoffmann 2006a, Hoffmann

2006b). Außer Frage scheint zu stehen, dass dem Zuwachs des Attachmentverlustes beim oberen 20%-Perzentil Beachtung geschenkt werden muss, wo zwischen der mittleren Altersklasse und den Senioren ein Anstieg von 4,1 mm auf 6,4 mm stattfindet (Hoffmann 2006b). Hoffmann schlägt deshalb vor, die Parodontitis bereits in der Risikogruppe der 35- bis 44-Jährigen zu diagnostizieren und prophylaktisch zu betreuen, um schwere Destruktionen im Seniorenalter zu verringern (Hoffmann 2006b).

Gemessen am CPI-Index, der allerdings Behandlungsnotwendigkeiten überschätzt, haben sich schwere Zahnbetterkrankungen (CPI 4) zwischen 1997 und 2005 im mittleren Erwachsenenalter um fast 50% und bei Senioren um fast 100% erhöht. Die DMS-IV-Studie erklärt den Anstieg mit der gestiegenen Anzahl im Mund verbliebener Zähne. Anhand internationaler Vergleiche kann jedoch gezeigt werden, dass Länder mit durchschnittlich weniger Zahnverlusten pro Patient als Deutschland dennoch erheblich geringere Parodontitislasten haben, bzw. ihre Parodontalzustände im Zeitablauf erheblich verbessern konnten (Bauer/Neumann/Saekel 2009). Damit kann die These des IDZ, wonach schwere Parodontalerkrankungen zunehmen müssen, wenn sich die Zahl vorhandener Zähne erhöht, nicht bestätigt werden. Es ist deshalb zunächst wissenschaftlich zu klären,

- welcher Indikator (ESI-Index oder CDC/AAP-Index) besser als der CPI-Index geeignet ist, den Parodontalzustand der Bevölkerung zu messen, um daraus Behandlungsnotwendigkeiten ableiten zu können,
- welche Faktoren wirklich einen Anstieg der schweren Parodontitiden bei Senioren in den letzten acht Jahren verursacht haben sowie
- zu prüfen, welcher Stellenwert einem Anstieg der schweren Parodontitis in der Praxis zukommt.

Nach herrschender Meinung gilt der Zusammenhang, dass bei über 40-Jährigen mehr Zähne durch Parodontitis als durch Karies verloren gehen (<http://de.wikipedia.org/wiki/Parodontitis>, Stand: 18.07.2009). Wie ist es dann aber erklärbar, dass die akute Karies in den Erwachsenenalterklassen seit langem sinkt und sich die Anzahl der im Mund verbliebenen Zähne im letzten Jahrzehnt deutlich erhöht hat, obwohl die Parodontitislast, gemessen am CPI-Grad 4, im gleichen Zeitraum deutlich angestiegen ist? Ist der Zusammenhang von schwerer Parodontitis und Zahnverlust doch weniger eng als häufig behauptet wird? Manche Autoren zweifeln diese The-

se seit längerem an und kommen in ihren Studien zu dem Ergebnis, dass auch im höheren Alter Zähne in der Regel durch Karies und weniger durch Parodontalschäden verloren gehen (Burt et al. 1990, Reich 1993, Fure/Zickert 1997, Fure 2003). Ein aktueller Review-Artikel kommt sogar zu dem Schluss, dass kein wissenschaftlicher Konsens darüber besteht, ob die wichtigsten Risikofaktoren für Zahnverluste zahn-erkrankungsbezogen oder durch sozioökonomische Verhaltensweisen bedingt sind (Muller/Naharro/Carlsson 2007). Vor dem Hintergrund dieses Forschungsstandes lässt sich die Argumentation, wonach gemäß DMS-IV-Studie rund 15 Mio. (DGZMK 2006) bzw. rund 28 Mio. (Eickholz 2008) Bundesbürger im Alter von 35 bis 74 Jahren unter fortgeschrittener Parodontitis leiden und deshalb dringend behandlungsbedürftig sind, nicht aufrecht erhalten und als maßlos überzogen einschätzen.

Welche Konsequenzen sind dann aber aus dem mehr oder weniger hohen Anstieg der Parodontitislast zu ziehen? Obwohl sich das grundsätzliche Mundhygieneverhalten in den letzten zehn Jahren deutlich gebessert hat, weist eine kürzlich erschienene Studie über das parodontitisrelevante Wissen der Bevölkerung in Deutschland aus, dass der allgemeine Wissensstand dazu unzureichend ist und ein umfassender Informations- und Aufklärungsbedarf besteht. Außerdem belegt eine Nachauswertung der DMS-IV-Daten zu Erwachsenen und Senioren, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem CPI-Index (insbesondere Grad 4) und dem Gebrauch von Zahnseide besteht (Deinzer et al. 2008).

Da im Wesentlichen die Rauchgewohnheiten und mangelnde Mundhygiene für die Parodontitisprogression zwischen den Altersgruppen der Erwachsenen und Senioren verantwortlich gemacht werden, könnte dies ursächlich für einen Parodontitisanstieg bei Menschen mit niedrigem Sozialstatus und einen Parodontitisrückgang bei jenen mit höherem Sozialstatus sein. So wurde dies zumindest für die USA beschrieben (Hujoel et al. 2003). In jedem Fall sollten Zahnärzte ihre Patienten stärker als bisher auf die negativen Auswirkungen des Rauchens für die Parodontalgesundheit hinweisen. Nikotinentwöhnung dürfte erfolversprechender sein als Maßnahmen zur parodontalen Regeneration (Müller 2000).

Vordringlich zur Umkehrung steigender Parodontitislasten müssen deshalb Verbesserungen der Mund- und insbesondere der Interdentalhygiene auf Populationsniveau angestrebt werden. Dazu gehört vor allem die regelmäßige Benutzung von Zahnseide

und Zahnzwischenraumbürsten (Axelsson/Nyström/Lindhe 2004, DGZMK 2007, RKI 2009). Kleine Verbesserungen der Mundhygiene lassen hier große Auswirkungen erwarten (Müller 2006). Um diese zu erreichen, sind breitenwirksame Aufklärungskampagnen, neutrale Informationen über die Wirksamkeit kommerzieller Produkte zur Mundhygiene und regelmäßige Anwendungen in der Schule sowie am Arbeitsplatz nötig. Ergebnisse über erfolgversprechende Programme am Arbeitsplatz liegen vor (Westermann 1993). Tägliche Anwendungen am Arbeitsplatz sollten genauso selbstverständlich werden wie das mehrmalige Händewaschen am Tag. Die Anleitung zur Eigenvorsorge hat Vorrang vor professionellen Maßnahmen (Müller 2006). Für die Behandlung der sehr kleinen Risikogruppe mit chronisch/aggressiver Parodontitis ist die Modernisierung der PA-Richtlinien von ausschlaggebender Bedeutung. Über sie müssen sich die Partner der zahnärztlichen Selbstverwaltung endlich einigen. Die wissenschaftlichen Grundlagen dafür und die daraus abgeleiteten fachlichen Vorschläge liegen seit langem vor. Sofern die Selbstverwaltungspartner die Verbesserungen nicht zügig umsetzen, sollten diese vom Gesetzgeber vorgegeben werden.

Wenn es gelingt,

- das defizitäre parodontalrelevante Wissen der Bevölkerung durch breite Aufklärungsaktionen anzuheben,
- die häusliche Plaquekontrolle durch regelmäßige Interdentalhygiene zu erweitern und Mundhygiene auch am Arbeitsplatz vorzunehmen sowie
- die PA-Richtlinien für die kleine Gruppe eng definierter Hochrisikofälle zu modernisieren,

sollte es möglich sein, die großen Erfolge in der Kariesprävention auch im Bereich der Bekämpfung parodontaler Erkrankungen zu wiederholen. Innerhalb weniger Jahre könnte dann eine Trendwende herbeigeführt werden (Schlagenhauf 2007).

**Fazit:** Der Wandel des Therapiespektrums von der Spätversorgung (Zahnersatz) zur Prävention und Frühversorgung sowie Zahnerhaltung hat nicht nur zur erheblichen Verbesserung der Mundgesundheit und zum gesunkenen Behandlungsbedarf insbesondere bei Zahnersatz geführt, sondern auch zur Verringerung der gesamtwirtschaftlich notwendigen Ressourcen für die gesamte zahnmedizinische Versorgung, also einschließlich aller nicht von der GKV finanzierten Leistungen (Bauer/Neumann/Saekel 2009). Mit anderen Worten: Sowohl die Effektivität des zahnmedizinischen Versorgungssystems (Nutzenseite) als auch die Effizienz des Systems (Relation von Nutzen und Kosten) haben sich innerhalb der letzten

dreißeig Jahre gravierend verbessert. Kein anderer Gesundheitsbereich in Deutschland kann eine ähnlich positive Bilanz aufweisen.

### Literatur

- Axelsson,P./Nystöm,B./Lindhe,J. (2004): The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults, *J Clin Periodontol* 31: 749 - 757
- Bauer,J./Neumann,Th./Saekel,R. (2009): Zahnmedizinische Versorgung in Deutschland, Mundgesundheit und Versorgungsqualität - eine kritische Bestandsaufnahme, Bern
- Burt,B.A./Ismail,A.I./Morrison,E.C./Beltran,E.D. (1990): Risk factors for tooth loss over a 28-year period, *J Dent Res* 69, 5: 1126 - 1130
- Deinzer,R./Micheelis,W./Granath,N./Hoffmann,Th. (2008): Parodontitis-relevantes Wissen in der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland - Ergebnisse einer Repräsentativbefragung, *IDZ-Information 1*, Köln
- Eickholz,P. (2008): Häusliche Mundhygiene - Wozu?, *ZWR*: 250 - 252
- DGZMK (2006): Anstieg der Parodontitis und Konsequenzen, [www.idw-online.de/pages/de/news186454](http://www.idw-online.de/pages/de/news186454), Stand: 18.7.2009
- Fure, S./Zickert,I. (1997): Incidence of tooth loss and dental caries in 60-, 70- and 80-year-old Swedish individuals, *Community Dent Oral Epidemiol* 25: 137 - 142
- Fure, S. (2003): Ten-Year Incidence of Tooth Loss and Dental Caries in Elderly Swedish Individuals, *Caries Res* 37: 462 -469
- Hoffmann,Th. (2006a): Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Erwachsenen (35-44 Jahre) - Parodontalerkrankungen, in: *IDZ (Hrsg.): 4. Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV)*, Köln
- Hoffmann,Th. (2006b): Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Senioren (65-74 Jahre) - Parodontalerkrankungen, in: *IDZ (Hrsg.): 4. Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV)*, Köln
- Hujoel,P.P./Bergström,J./delAguila,M.A./DeRouen,T.A. (2003): A hidden periodontitis epidemic during the 20th century?, *Community Dent Oral Epidemiol* 31: 1 - 6
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen - IQWiG (Hrsg.) (2009): Implantatgetragene Suprakonstruktionen bei prothetischem Zahnersatz für verkürzte Zahnreihen, Auftrag für den Gemeinsamen Bundesausschuss, Abschlussbericht N05-01, September, [www.iqwig.de/download/N05-01\\_Abschlussbericht\\_Suprakonstruktionen.pdf](http://www.iqwig.de/download/N05-01_Abschlussbericht_Suprakonstruktionen.pdf), Stand: 16.10.09
- Micheelis,W./Schiffner,U. (2006): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV), Köln
- Mombelli, A. (2006): Minimal-invasive Parodontaltherapie. Ist so etwas möglich?, [www.ihcf.org/download/mombelli-miniminvparo.pdf](http://www.ihcf.org/download/mombelli-miniminvparo.pdf), 2.7.2009
- Müller,H.P. (2000): Rauchen oder parodontale Gesundheit, *Gesundheitswesen*, Vol.62: 400- 408
- Müller,H.P. (2006): Checklisten der Zahnmedizin. Parodontologie, 2. aktualisierte und erweiterte Auflage, Stuttgart
- Muller,F./Naharro,M./Carlsson,G.E. (2007): What are the prevalence and incidence of tooth loss in the adult and elderly population in Europe?, *Clin Oral Implants Res* 18, Suppl. 3: 2 - 14
- Naujocks,R./Hüllebrand,G. (1985): Mundgesundheit in der Bundesrepublik, *ZM* 5: 417 - 419

Naujocks,R. (1986): Die Mundgesundheit der deutschen Bevölkerung - Internationaler Vergleich und Ausblick, *BZB* 2: 3 - 6

Reich, E. (1993): Gründe für Zahnverlust in den westlichen Bundesländern, *IDZ-Information 1*, Köln

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2009): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Mundgesundheit, Heft 47, Berlin

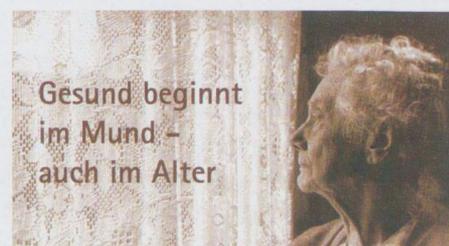
Schlagenhauf, U. (2007): Voll bezahnt und parodontal gesund bis ins hohe Alter - Wunschenken oder realistische Herausforderung der Zukunft?, *DZZ* 10: 644 - 645

Stahle,H.J. (2006): Moderne Methoden der Zahnerhaltung, *Dentalzeitung*, 5: 34 - 39

Stahle, H.J. (2009): Bessere Nutzen-Risiko-Abwägung, *ZM* 99, 13: 34- 35

Westermann,B. (1993): A preventiv dental care programme at the workplace, *Austr Dent J* 38: 210-215

Wissenschaftsrat (2005): Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland, Drs. 6436-05, Berlin



Ähnlich wie für Kinder und Jugendliche (siehe Beitrag von R. Saekel) ist zur Verminderung oraler Erkrankungen auch für behinderte und altersbedingt beeinträchtigte Menschen ein besonderes präventives Betreuungsangebot sinnvoll. Fachliche Grundlagen zur Mundgesundheit im Alter liegen vor, erfolgreiche Projekte wurden, z.T. mit wissenschaftlicher Begleitung, in den letzten Jahren erprobt, Curricula für die Weiterbildung von Pflegekräften, denen eine tragende Rolle zukommt, können fertig auf CD abgerufen werden, und sogar vertragliche Regelungen zur Mitfinanzierung durch die Gesetzliche Krankenfinanzierung sind Realität. So gibt es z.B. drei verschiedene Verträge der AOK Bayern zur Verbesserung der zahnmedizinischen Betreuung Pflegebedürftiger. Zahnärztliches Engagement in diesem Bereich kann - auch dies ist belegt - enorm zur Lebensqualität und zur Verbesserung der allgemeinen Gesundheit beitragen und ist nicht zuletzt ökonomisch sinnvoll für die Solidargemeinschaft. Was hindert eigentlich die Zahnärzteschaft und die Krankenkassen, hier flächendeckende Angebote ähnlich wie bei der Gruppenprophylaxe zu entwickeln und entweder auf vertraglicher Ebene zu Finanzierungsvereinbarungen zu kommen oder an den Gesetzgeber heranzutreten? Denkbar sind wie bei der Prophylaxe in Kindergärten und Schulen vielgestaltige, regional unterschiedliche Kooperationsaktivitäten mehrerer Akteure. Wer sich informieren möchte, wird fündig mit Stichworten wie TEAMWERK, DGAZ = Dt. Gesellschaft für AlterszahnMedizin, Seniorenbeauftragte der Kammern. Unis und ZÄ-Kammern haben z.T. eigene Projekte durchgeführt. Die erwähnte CD gibt's bei GABA, und der DAZ sendet auf Wunsch eine Adress- und Info-Liste sowie einige Zeitschriftenartikel. Irmgard Berger-Orsag

## Endo-Verwirrungen

Das Innere eines Zahnes stellt sich, selbst mit Mikroskop, dar als ein unentwirrbares Labyrinth. Nicht viel anders geht es dem Zahnarzt mit der Endo-Fachliteratur. Als kleine Illustration der empfehlungsmäßigen Verwirrung in der Endodontologie hat Kollege Dr. Paul Schmitt aus Frankfurt eine Zusammenstellung von Fundstücken aus den letzten zwei Jahren geliefert:

Es wird empfohlen, mit NaOCl zu spülen, in Konzentrationen von 0,5-5,25%, erwärmt auf 40-60°C oder auch nicht erwärmt. Die geforderten Einwirkzeiten variieren von mindestens 2 bis mindestens 30 Minuten pro Kanal.

NaOCl wird durch EDTA unwirksam. („Die Wirkung von NaOCl wird durch EDTA inhibiert.“) Dessen ungeachtet verlautbart die DGZMK: „Nach EDTA-Applikation wird ein Nachspülen mit Natriumhypochlorit empfohlen.“

NaOCl bildet mit CHX das potentiell karzinogene Parachloranilin (PCA), einen hässlichen braunen Niederschlag. Auf diesen Umstand wird zum Teil gar nicht eingegangen, auch von manchen Hochschullehrern nicht. Oder es wird sogar mehrfach darauf hingewiesen. Wieder andere Autoren berichten vom Versuch, durch aufwändige Zwischenspülungen mit Alkohol, NaCl-Lösung oder Zitronensäure – mit und ohne eine Zwischentrocknung – gegenzusteuern. Die vielen bisher publizierten Spülprotokolle widersprechen sich in dieser Hinsicht deutlich.

Wie der Versprödungseffekt des NaOCl zu bewerten ist (zumal bei Erhitzung auf bis zu 60°C und 30 Minuten dauernder Spülung), bleibt unklar. Einige Autoren warnen sehr davor und sehen hier die Ursache vermeidbarer Frakturen.

Ob EDTA als Gel oder flüssig verwendet werden soll, wird nicht einheitlich empfohlen. Wie die erosive Wirkung einzuschätzen ist, bleibt unklar, da nur in einer Arbeit explizit angegeben wird, dass deshalb die Einwirkzeit unbedingt auf maximal 1 Minute zu begrenzen sei.

Das unzureichende Desinfektionsvermögen der oben genannten Spülkombinationen mit den allgemein propagierten Ca(OH)<sub>2</sub>-Einlagen wird nur gelegentlich problematisiert. Als Verbesserungsvorschlag war jüngst von jodhaltigen Spüllösungen zu lesen („Jod-Jod-Kali-Lösung“). Gleichzeitig wird aber auch auf die Gefahr von Jod-Allergien hingewiesen.

Es gibt eine Studie, die eine Keimreduktion von 70% bereits nach Wasserspülung angibt.

Zu dem Effekt von Ca(OH)<sub>2</sub>-Einlagen findet eine Studie „keinen signifikanten Unterschied in der Keimbesiedelung zwischen leeren und Ca(OH)<sub>2</sub>-behandelten Kanälen, auch nicht nach einer Woche Liegedauer oder länger“.

Die Fundstellen finden sich in: „ZM“, „Die Quintessenz“, „ZWR – Das Deutsche Zahnärzteblatt“, „Der Freie Zahnarzt“, „DHZ – Der Hessische Zahnarzt“ sowie offiziellen Stellungnahmen der DGZMK.

## DAZ-Fragebogen-Aktion

### zur allgemein geübten Praxis der Wurzelkanalbehandlung

Endo-Pfuscher und Endo-Spezialist, das sind die Pole, zwischen denen sich die Debatte um das in der Wurzelkanalbehandlung Nötige, Wünschenswerte und Machbare bewegt. Dabei werden die Diskutanten von wissenschaftlichen Erkenntnissen, Erfahrungswissen, versorgungspolitischen Erwägungen und wirtschaftlichen Interessen geleitet.

Wissenschaftliche Erkenntnisse auf hohem Evidenzniveau haben wir leider wenig.

Im wirklichen Leben ist die Medizin wohl vor allem von Erfahrungswissen geprägt. Deshalb könnte die Kenntnis von der in den Praxen alltäglich praktizierten Endo-Behandlung die Basis für eine aus der Sicht des DAZ notwendige, mehr versorgungspolitisch orientierte Diskussion darstellen. Der Frage nach der ausreichenden Versorgung kann man sich zu nähern versuchen, indem man nach den Erfahrungen engagierter Praktiker fragt. Es ist zu vermuten, dass man mit einer solchen Umfrage etwas über redliches Bemühen erfahren kann. Wahrscheinlich werden vor allem engagierte Kollegen die Mühe des Fragebogensausfüllens auf sich nehmen.

Versorgungspolitische Erwägungen sind zu einem großen Teil auch wirtschaftliche Erwägungen: Wie stellt man für eine möglichst große Zahl von Patienten eine ausreichende Versorgung sicher? Dafür ist zu definieren, was eine ausreichende Versorgung ist und was sie kosten muss, um die versorgende Praxis zu finanzieren. Die Daten aus der vom DAZ vorgelegten Umfrage sollen einen Beitrag zur Versachlichung der Diskussion leisten, in der streckenweise Profilierungsbedürfnisse, Marktstrategien und Geldinteressen zu dominieren scheinen.

Der Ärztekammerpräsident hat gerade dazu aufgerufen, sich auf das Notwendige zu besinnen. Das bedeutet, das nicht Notwendige zu bezeichnen.

Der DAZ will sicherlich nicht der Barfuß-Medizin das Wort reden. Wir haben unser allgemeines Gesundheitsniveau nur durch Leistungsorientierung, Innovation und Spezialisierung erreicht und werden es auch nur mit diesen Faktoren halten und weiterentwickeln können. Eine ordentliche Breitenversorgung kann aber nur sichergestellt werden, wenn der „Fortschritt“ ständig kritisch betrachtet und nach Aufwand und Nutzen hinterfragt wird.

**Bitte unterstützen Sie die Umfrage durch Ihre Beteiligung!**

**Dr. Celina Schätze, DAZ-Vorsitzende**

# Umfrage-Aktion zur Praxis der Endodontie

Bitte baldmöglichst  
einsenden !!

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

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

Ausgefüllt von:

Adresse  
Tel./Fax  
Mail

Bitte einsenden an:

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

# Das aktuell gelehrte Endodontie-Protokoll ist gescheitert

## Kritische Anmerkungen zum von Prof. Stoll, Uni Marburg, vorgestellten Grundkatalog

Dr. Dr. Rüdiger Osswald, München

*Trotz aller Präventionsbemühungen sind Wurzelkanalbehandlungen ein unverzichtbares Mittel der Zahnerhaltung – Grund für das Forum, sich immer wieder damit zu beschäftigen und evidenzbasierte, effektive und für die Breitenversorgung brauchbare Konzepte einzufordern. Nachdem in der letzten Forum-Ausgabe Wissenschaftler der Universität Marburg einen Vorschlag präsentiert haben, den sie als Kompromiss zwischen dem aus Hochschulsicht Wünschenswerten und dem im zahnärztlichen Praxisalltag Machbaren verstanden wissen wollen, setzt sich nunmehr der niedergelassene Arzt und Zahnarzt Dr. Dr. Rüdiger Osswald aus München mit diesem Konzept auseinander. Auch dieser Beitrag wird vermutlich die Debatte nicht beenden, denn die Frage nach evidenzbasierten, effektiven, möglichst einfachen endodontischen Vorgehensweisen ist weiterhin offen.*

Dafür, dass Herr Professor Stoll sich die Mühe gemacht hat, an dieser Stelle (DAZ-Forum 101-2009) noch einmal in allen Einzelheiten zu wiederholen, was die Spezialisten für Endodontie unter dem – erstmals in 2002 von David Figdor [2] und inzwischen international konsent als gescheitert bezeichneten – Goldstandard in der Endodontie verstehen, gebührt ihm Dank. Wenn zwischen Hochschullehrern und Allgemeinzahnärzten substantiell darüber diskutiert werden soll, wie man die hinsichtlich des Heilungserfolges seit mehr als 60 Jahren anhaltende Stagnation endlich überwinden kann, ist es ohne jeden Zweifel hilfreich, noch einmal sorgfältig zu definieren, was denn genau sehr dringlich verändert werden muss.

### Seit mehr als 60 Jahren nicht verbesserte Behandlungsergebnisse

Da es sich bei der Endodontitis um eine einfache bakterielle Infektionskrankheit handelt, die in einem seit mehr als 100 Jahren vollständig beschriebenen anatomischen Umfeld abläuft, erweist sich das endodontische Dilemma beim Blick auf die oben stehende Tabelle 1 als offensichtlich.

Um das ganze Ausmaß der Misserfolge im Vergleich zu den Erfolgen ärztlicher Bemü-

Akute Pulpitis, also <u>vitaler</u> , röntgenologisch <u>apikal unauffälliger</u> Zahn:	Misserfolgsquote um 10%. Bei jedem 10. Zahn bildet sich im Verlauf weniger Jahre eine röntgenologisch diagnostizierbare apikale Ostitis aus (Chronifizierung).
Gangrän, also <u>devitaler</u> , röntgenologisch jedoch <u>apikal (noch) unauffälliger</u> Zahn:	Misserfolgsquote um 20%. Bei jedem 5. Zahn bildet sich im Verlauf weniger Jahre eine röntgenologisch diagnostizierbare apikale Ostitis aus (Chronifizierung).
Gangrän, also <u>devitaler</u> Zahn mit röntgenologisch diagnostizierbarer <u>apikaler Ostitis</u> :	Misserfolgsquote um 30%. Bei deutlich mehr als jedem 4. Zahn heilt die apikale Ostitis unter der Therapie nach dem aktuellen Goldstandard nicht aus.
<u>Revision</u> von Zähnen mit röntgenologisch diagnostizierbarer <u>apikaler Ostitis</u> :	Misserfolgsquote um 40%. Bei deutlich mehr als jedem 3. Zahn heilt die apikale Ostitis unter der Therapie nach dem aktuellen Goldstandard nicht aus.
<p><b>Tabelle 1:</b> Wissenschaftlich mit Evidenz belegte Erfolgsquoten bei der Behandlung der bakteriellen Endodontitis in Abhängigkeit vom Stadium der Erkrankung (Metaanalyse von: Kojima et al. 2004 [6], deren Ergebnisse von Ng YL. et al. [10, 11] in 2008 eindrucksvoll bestätigt wurden)</p>	

hungen bei der Behandlung vergleichbarer bakterieller Infektionskrankheiten zu verdeutlichen, muss man sich lediglich ausmalen, was geboten wäre, wenn beispielsweise die Gonorrhoe – je nach Stadium – in 10% bis 40% der Fälle chronifizieren oder gar mit der Amputation oder Exzision des infizierten Organs enden würde. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der technischen Hochrüstung, deren Zeuge wir in den vergangenen Jahrzehnten geworden sind, die jedoch bis heute jedweden wissenschaftlichen Nachweis schuldig geblieben ist, dass eine ihrer Maßnahmen für sich allein oder in der Goldstandard gewordenen Kombination diese nicht anders als mit „grottenschlecht“ zu bezeichnenden Ergebnissen in irgendeiner Weise hat verbessern können (Haapasalo 2003 [3]).

### Kein Behandlungserfolg trotz technisch sehr gut ausgeführter Endodontie

Die Überlegenheit eigener Protokolle aus dem Vergleich mit einigen an erfolgreicher Zahnerhaltung auch in einfachen Fällen offensichtlich wenig interessierten Niedergelassenen herzuleiten, genügt dem Anspruch einer Hochschule nicht. Was die erforderlichen manuellen Verrichtungen betrifft, ist es nämlich keineswegs so, dass in kompetenten fachgebietsübergreifend be-

handelnden allgemeinzahnärztlichen Praxen generell eine technisch schlechte Endodontie gemacht wird, die – nach der für kompetente Allgemeinzahnärzte überraschenden Auffassung von Professor Stoll – Revisionen ausschließt. Ich erlebe nahezu täglich das Gegenteil: Technisch ausgezeichnet ausgeführte Wurzelkanalbehandlungen, die dessen ungeachtet wegen akuter oder chronischer Symptomatik reseziert wurden oder revidiert werden müssen.

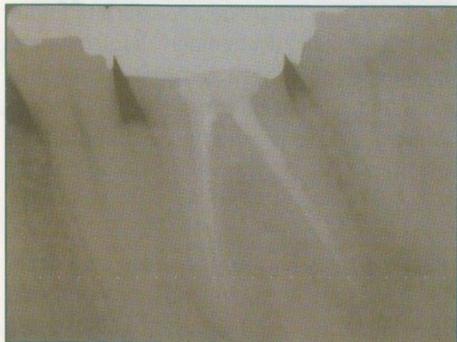
Das folgende **Fallbeispiel** soll dies verdeutlichen:



**Abbildung 1:** Kontrollaufnahme nach technisch einwandfreier Wurzelkanalbehandlung an Zahn 36 mit diskreter periapikaler Aufhellung an der distalen Wurzel

Besser als in der Abbildung 1 dargestellt braucht eine Wurzelkanalbehandlung technisch nicht ausgeführt zu werden.

Doch obwohl der Molar nach den derzeit als lege artis geltenden Regeln endodontischer Kunst behandelt und bei Beschwerdefreiheit abgefüllt wurde, heilt die zunächst nur diskrete apikale Aufhellung an der distalen Wurzel nicht aus, sondern weitet sich vielmehr auf beide Wurzeln sehr deutlich aus und exazerbiert. Die



**Abbildung 2:** Zustand nach Exazerbation trotz zeitnaher Überkronung. Die apikale Ostitis imponiert wenige Monate später an beiden Wurzeln sehr deutlich ausgeweitet

wohlfeile Entschuldigung der Wissenschaft für ihr Versagen bei der Beschreibung indikationsgerechter und in der Folge erfolgreicherer Behandlungsprotokolle, die Wurzelspitze sei von der Mundhöhle aus reinifiziert worden, trägt in diesem Fall nicht, da der Zahn zeitnah überkront wurde. Warum denn auch sollten die den Goldstandard in 80%-90% der gangränösen Fälle im endodontischen Hohlraumsystem überlebenden Bakterien (Nair 2005 [9]; Lin 2008 [8]) warten, bis die Kollegen aus der Mundhöhle ihre beschwerliche Anreise unter vollständiger Nahrungskarenz endlich vollendet haben, um in dem die Wurzelspitze unmittelbar umgebenden Knochen endlich ihre Bestimmung zu erfüllen, will heißen, ein Granulom zu produzieren?

„Shit happens“ heißt es auf Neudeutsch, 100% Erfolgsquote gibt es also nicht. Dass aber eine sehr diskrete apikale Aufhellung nach einer technisch nicht zu beanstandenden endodontischen Behandlung nicht nur nicht ausheilt, sondern sich sogar deutlich vergrößert und exazerbiert, ist zahnärztlicherseits allenfalls im Promillebereich hinnehmbar, keinesfalls jedoch in jedem 5. Fall.

### Kein indikationsgerechtes Behandlungsprotokoll

Die Frage, was an dem im Detail beschriebenen Goldstandard nicht indikationsgerecht ist, beantwortet Professor Stoll in seinem Aufsatz in beachtlichem Umfang selbst. So schreibt er beispielsweise gleich zu Anfang, dass – je nach Stadium der Erkrankung – mit der bakteriellen Kontamination

des gesamten endodontischen Hohlraumsystems einschließlich der Tubuli, des periapikalen Parodontalraums und des periapikalen Knochengewebes zu rechnen ist, dass aber der Behandler in keinem Fall sicher beurteilen kann, welche dieser Bereiche jeweils in welchem Ausmaß betroffen sind. Dies lässt nur den einen Schluss zu, dass man im eigenen Interesse am Erfolg und an der Gesundheit seines Patienten bei praktisch jeder Behandlung vom schlechtesten Fall ausgehen, also die Virulenz und Renitenz der für den Infekt verantwortlichen Bakterien besser über- als unterschätzen sollte. Dieser Grundsatz wurde von Otto Walkhoff übrigens bereits 1928 formuliert [19].

Hier stellt sich dann allerdings die Frage, warum die Wissenschaft zur Elimination der Bakterien mit Hypochlorit ausgerechnet eine desinfizierende Spüllösung dogmatisiert, die wegen der Gefahr inzwischen zahllos dokumentierter ausgesprochen unerfreulicher, teilweise irreversibler und manchmal sogar lebensbedrohlicher Zwischenfälle nicht einmal alle potenziell infizierten Bereiche penetrieren darf (Hülsmann 2008 [5]). Denn leider löst Hypochlorit nicht nur abgestorbenes, sondern gleichermaßen auch vitales Gewebe auf. Deshalb besteht für konzentriertes Hypochlorit in Deutschland ein Anwendungsverbot bei offenem Foramen apikale [7, 16] durch das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Ein Loch ist nun aber einmal ein Loch. Zwar verschließt der Gefäß-Nervenstrang bei einem gesunden Zahn das Foramen weitgehend, er reißt jedoch bei einer VitE unkontrolliert ab und zerfällt bei Gangrän putride.

### Empfehlung trotz Kontraindikation durch das BfArM

Diese Kontraindikation als Hochschullehrer zu verschweigen, vielmehr sogar die Anwendung einer bis zu 6%igen Hypochlorit-Lösung nonchalant zu empfehlen, obwohl wissenschaftlich sehr gut belegt ist, dass eine konzentriertere als 1%ige Lösung den Behandlungserfolg nicht verbessert (Haapasalo 2002 [3]), ist grob fahrlässig. Ich möchte nicht in der Haut dessen stecken, der vor Gericht gefragt wird, wie er denn vor Anwendung des Hypochlorits sichergestellt habe, dass das Foramen apikale geschlossen war. Und genauso wenig in der des Hochschullehrers, auf dessen öffentliche Empfehlung sich der Beklagte in seiner Verzweiflung berufen wird.

Vor dem Hintergrund, dass Hypochlorit nicht einmal alle bakteriell besiedelten Be-

reiche penetrieren darf, ist es nicht überraschend, dass weder die Verzwölfachung seiner Konzentration, noch die zeitliche Ausdehnung seiner Anwendung, noch seine Erwärmung oder Ultraschallaktivierung zu einer wissenschaftlich nachgewiesenen Verbesserung der endodontischen Erfolgsquoten geführt haben (Haapasalo 2002 [3]). Ganz im Gegenteil führen die inzwischen empfohlenen Spülgien vielmehr zur Versprödung der Wurzel, da Hypochlorit für seine Elastizität unverzichtbare organische Bestandteile aus dem Dentin herauslöst (Pascon et al. [13]). In der Folge muss man sich über die inflationäre Zunahme von Längsfrakturen nicht wundern.

### Fehlende wissenschaftliche Evidenz in der Endodontie

In der Endodontie ist bisher nur sehr wenig mit der notwendigen wissenschaftlichen Evidenz belegt. Allein das Faktum, dass  $\text{Ca}(\text{OH})_2$  zur alleinigen Langzeitdesinfektion völlig unzureichend ist, da wesentliche endodontitisrelevante Erreger vollständig resistent reagieren, gilt als wissenschaftlich bewiesen (Sonntag 2008 [15]). Erstaunlicherweise hindert dies die Meinungsbildner nicht daran, seine Anwendung wider besseres Wissen zu dogmatisieren, auf der anderen Seite jedoch potentere, nebenwirkungsfreie und vom zuständigen Bundesamt sogar ausdrücklich zur Desinfektion des Granuloms zugelassene Medikamente auf niedrigstem wissenschaftlichen Niveau (Expertenmeinung) eminenzbasiert als obsolet zu diffamieren (Stoll 2007[17], DGZMK[1]).

Die Abbildung 3 zeigt einen Molaren, der wenige Jahre nach der Behandlung durch einen ausgewiesenen Spezialisten für Endodontie fistelnd exazerbierte und vom selben Behandler revidiert worden war, ohne dass es gelang, das fistelnde Granu-



**Abbildung 3:** Zahn 46 unmittelbar vor Revision der mesialen Wurzel bei Zustand nach fistelnder Exazerbation

lom auszuheilen (Abbildung 4). Abbildung 5 zeigt denselben Zahn nach Revision und Ausheilung des bakteriellen Infektes bei



Abbildung 4: Die fistelnde periapikale Ostitis persistiert trotz erneuter Revision

klinischer Beschwerdefreiheit und röntgenologisch nahezu vollständig knochendichter Ausheilung der über mehrere Jahre bestehenden apikalen Ostitis durch einen Allgemeinzahnarzt. Dieser Erfolg im Einzelfall ist keineswegs Zufall, sondern die logische Folge der indikationsgerechten Behandlung mit Ausheilung der zugrundeliegenden bakteriellen Infektionskrankheit und daher zu jeder Zeit in beinahe jedem Fall reproduzierbar: Wenn es gelingt, über den Wurzelkanal Zugang zur apikalen Aufhellung zu schaffen, gelingt es auch voraussagbar, diese in einem Prozentsatz auszuheilen, der sehr nahe bei 100% liegt (Osswald 2006 [12]). Das einzig Schwierige in der Endodontie ist es schließlich, eine Feile einmal bis zum Apex bzw. über ihn hinaus zu schieben. Der Rest ist Fleißarbeit und Barfuß-Medizin.

Die Obturation betreffend kann das euphorische Werben von Professor Stoll für dentinadhäsive Sealer nicht unwidersprochen bleiben, da ein wissenschaftlich bisher nicht belegter Vorteil durch die weitgehende Nicht-Revidierbarkeit erkaufte würde (Stoll und Osswald 2008 [18]). Zwischenzeitlich ist auch wissenschaftlich belegt, dass der offene Feldversuch, in dem dentinadhäsive Sealer an über Risiken und Nebenwirkungen nicht aufgeklärten Patienten auch in deutschen Praxen „ausprobiert“ wurden, kläglich gescheitert ist: Denn zum einen erweisen sich dentinadhäsive Wurzelfüllungen als ausgesprochen undicht, weil sie schrumpfen und ein Verbund zwischen Sealer und Kanalwand nicht zustande kommt (Hülsmann 2008 [4]). Zum anderen zeigte sich, dass man beispielsweise mit Resilon einen Sealer an zahllosen Patienten getestet hat, der die Vermehrung der die Desinfektion überlebenden Bakterien nicht nur nicht behindert, sondern vielmehr deutlich fördert (Slutzky-Goldmann et al. 2008 [14]).

#### Endodontologen verstoßen gegen grundsätzliche medizinische Prinzipien

Ein Blick über den Tellerrand zeigt, dass unsere ärztlichen Kollegen schwierig auszu-

heilende Infektionskrankheiten wie beispielsweise die Tuberkulose mit der sehr geduldigen Anwendung sehr potenter Medikamente über einen sehr langen Zeitraum behandeln. Und bei der Behandlung der Osteomyelitis schaffen Chirurgen einen direkten Zugang zum bakteriellen Infekt, entfernen den putriden Knochen, bringen potente Medikamente in direkten Kontakt zu den Bakterien und lassen diese über einen sehr langen Zeitraum geduldig einwirken.

Wie aber soll eine apikale Ostitis, die ja nichts anderes als eine besonders benigne (Früh-)Form der Osteomyelitis darstellt, nach Maßgabe der als modern auftretenden zahnmedizinischen Wissenschaft behandelt werden? Indem große Mühe darauf verwendet wird, gerade keinen Zugang zum apikalen Infekt zu schaffen und die Desinfektionsmittel gerade



Abbildung 5: Weitgehend abgeschlossene, röntgenologisch knochendichte Ausheilung bei klinischer Beschwerdefreiheit nach Ausheilung des bakteriellen Infektes

nicht in direkten Kontakt mit den Bakterien zu bringen, da die Anwendung von Spüllösungen dogmatisiert wird, die aufgrund ihres hohen Nebenwirkungspotentials nicht einmal alle bakteriell infizierten Bereiche durchdringen dürfen. Und indem die Anwendung von Ca(OH)<sub>2</sub> als einziges Langzeitdesinfizienz dogmatisiert wird, gegen das endodontisrelevante biofilmbildende und fakultativ anaerobe Erreger wie beispielsweise *Enterococcus faecalis* vollständig resistent sind.

Macht das medizinisch Sinn? Ich kann keinen erkennen. Vielmehr wird hier bereits im Ansatz deutlich, dass ein solches Procedere per Definition nicht zu zufriedenstellenden Ergebnissen führen kann.

#### Nicht indikationsgerechte Therapien können per Definition nicht erfolgreich sein

Vor diesem Hintergrund stellt sich nicht länger die Frage, ob wir das als Goldstandard bezeichnete, auch in Deutschland gelehrt und international als gescheitert an-

gesehene Behandlungsprotokoll verändern müssen. Die Frage ist vielmehr, wie wir dieses Protokoll bzgl. Aufbereitung, Desinfektion und Obturation verändern können, um uns auf der Basis medizinischer Grundprinzipien der Behandlung septischer Zustände am Menschen eine logisch ableitbare Perspektive zu eröffnen, den Erfolg bei der Behandlung der bakteriell induzierten Endodontitis endlich demjenigen vergleichbarer bakterieller Infektionskrankheiten anzunähern und gleichzeitig unsere Indikationsstellung zum endodontischen Zahnerhalt zu erweitern.

Und um der Volksseuche „apikale Ostitis/chronische Endodontitis“ Herr zu werden, die weltweit für unendliches Leid und Abermilliarden an Kosten und Folgekosten verantwortlich zeichnet, muss dieses Behandlungsprotokoll in einer Weise verändert werden, dass es in der erdrückenden Mehrzahl der Fälle von jedem durchschnittlich geschickten Allgemeinzahnarzt mit der heute üblichen technischen Ausstattung voraussagbar erfolgreich ausgeführt werden kann.

#### Die indikationsgerechte Behandlung der Endodontitis ist mit der Anwendung von Hypochlorit nicht vereinbar

Professor Stoll schreibt in seinem Aufsatz im DAZ-Forum: „Zusätzlich ist sicherzustellen, dass die Medikamente und Desinfizienzien den Ort ihrer angestrebten Wirkung auch erreichen können.“ Und ohne Risiko irreversibler schwerer Nebenwirkungen auch erreichen dürfen, ergänzt man automatisch. Was in aller Welt hindert Professor Stoll nun aber daran, mutig voranzugehen, seinen völlig richtigen Worten endlich die notwendigen Taten folgen zu lassen und als Prämisse für weitergehende Überlegungen als erster Wissenschaftler weltweit einzuräumen, dass die Anwendung von Hypochlorit mit der indikationsgerechten Behandlung der bakteriellen Endodontitis somit unvereinbar ist?

Wir haben seit über 15 Jahren kein kontraindiziertes Hypochlorit mehr in der Praxis und vermissen es nicht, wie unsere weit über 200 röntgenologisch vollständig knochendicht ausgeheilten Patientenfälle belegen, die wir auf unserer Fortbildungsseite (nicht nur) für fachgebietsübergreifend behandelnde Allgemeinzahnärzte zeigen.

Dr. Dr. Rüdiger Osswald  
[www.tarzahn.de](http://www.tarzahn.de)

## Literatur

1. *DGZMK*: Die Wurzelkanalspülung. Wissenschaftliche Stellungnahme. (2006).
2. *Figdor, D.*: Apical periodontitis: A very prevalent problem. ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL 94, 651 (2002).
3. *Haapasalo M., Endal U.*: Control and elimination of endodontic infection. Endodontie Journal 4, 10 (2003).
4. *Hülsmann, M.*: DZW - Gespräch. DZW-Spezial 1, 6 (2008).
5. *Hülsmann M.*: Symptomatologie und Therapie von Zwischenfällen bei der Wurzelkanalspülung mit Natriumhypochlorit. Endodontie 2008, 17(3): 251-253 17, 251 (2008).
6. *Kojima, K., Inamoto, I.*: Success rate of endodontic treatment of teeth with vital and nonvital pulps. A metaanalysis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 95, 97 (2004).
7. *Lege Artis*: Beipackzettel zu Histolith. 2006.
8. *Lin S., P. O., Metzger Z., Tsesis I.*: Residual bacteria in root apices removed by a diagonal root-end resection: a histopathological evaluation. J Endod 2008 May;34(5):511 34, 511 (2008).
9. *Nair P. N. R., H. S., Cano Victor, Vera Jorge*: Microbial status of apical root canal system of human mandibular first molars with primary apical periodontitis after "one-visit" endodontic treatment. ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL 99, (2005).
10. *Ng, Y., Mann, V., Gulabivala, K.*: Outcome of secondary root canal treatment: a systematic review of the literature. Int Endod J 41, 1026 (2008).
11. *Ng, Y., Mann, V., Rahbaran, S., Lewsey, J., Gulabivala, K.*: Outcome of primary root canal treatment: systematic review of the literature -- Part 2. Influence of clinical factors. Int Endod J 41, 6 (2008).
12. *Osswald, R.*: Die indikationsgerechte Behandlung der Endodontitis. Niedersächsisches Zahnärzteblatt 10, (2006).
13. *Pascon FM., K. K., Sacramento PA., Nobre-Dos-Santos M., Puppini-Rontani RM*: Effect of sodium hypochlorite on dentine mechanical properties. A review. J Dent 2009 37, 903 (2009).
14. *Slutzky-Goldberg I., S. H., Solomonov M., Moshonov J., Weiss El., Matalon S.*: Antibacterial properties of four endodontic sealers. J Endod 2008 34, 735 (2008).
15. *Sonntag, D.*: Empirischer Erfolg versus Evidenz: Welche Evidenz gibt es im Bereich Endodontie? Quintessenz 59, (2008).
16. *Speiko*: Beipackzettel zu Hypochlorit-Speiko. (2006).
17. *Stoll, R.*: Zur Desinfektion der Wurzelkanäle in der endodontischen Behandlung - Die Verwendung von Natriumhypochlorit, Calciumhydroxid und Chlorhexidindigluconat. Zahn Prax 10, 121 (2007).
18. *Stoll, R., Osswald, R.*: Pro und Contra. Adhäsive Füllung im Wurzelkanal: konsequenter Mut oder Feldversuch? Zahn Prax 11, 216 (2008).
19. *Walkhoff, O.*: Mein System der medikamentösen Behandlung schwerer Erkrankungen der Zahnpulpa und des Periodontiums. Verlag von Hermann Meuser, Berlin 1928.

## Aufbereitung Top-Thema bei Tagung dreier Endo-Vereinigungen Klinische Exzellenz oder Tunnelblick?

Dr. Paul Schmitt, Frankfurt

Vom 12.-14.11.2009 führten drei deutsche endodontische Fachgesellschaften in Wiesbaden erstmals eine gemeinsame Tagung durch. Um was ging es bei der Tagung? Es war erstmals gelungen, drei Organisationen unter einen Hut zu bringen, die bisher als Rivalen in Konkurrenz standen: die Deutsche Gesellschaft für Endodontie DGEEndo e.V. (Präsident Dr. Carsten Appel), den Verband Deutscher Zertifizierter Endodontologen VDZE e.V. (Präsident Dr. Marco Georgi) sowie die Arbeitsgruppe für Endodontologie und Dentale Traumatologie der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung AGET/DGZ (Präsident Prof. Dr. Edgar Schäfer).

Zunächst meine Gratulation: Die drei Gesellschaften haben eine beeindruckende Großveranstaltung gestemmt. Sie luden zahlreiche Koryphäen aus dem In- und Ausland ein und boten ein abwechslungsreiches Programm, eine Darstellung der aktuellen endodontischen Möglichkeiten anhand unzähliger Fallbeispiele. Eine respektable Leistung und sicher der Beginn einer neuen Zusammenarbeit, an deren Ende vielleicht eine Fusion stehen könnte. Zumindest wurde diese Vision in den Raum gestellt.

Aber nun zum Inhalt: Eine Flut von Röntgenaufnahmen zeigte hervorragend gelöste endodontische Fälle allerhöchster Schwierigkeitsgrade: Revisionen mit abgebrochenen Instrumenten, extrem gekrümmte Kanäle, zusätzliche Wurzelkanäle, erfolgreich therapierte Perforationen. Ein Feuerwerk feinmechanischer Höchstleistungen. Außerdem tiefe Einblicke in die Histologie der Apikalregion vor und nach endodontischer Behandlung.

Was blieb zu wünschen übrig? Nicht besprochen wurde der gesamte Bereich der Pharmakologie bezüglich Spülungen und Einlagen, also das weite Feld der Spülprotokolle mit ihren gefährlichen Wechselwirkungen und Versprödungsfolgen. Nicht besprochen wurden die vielen am Markt befindlichen Medikamente zur medikamentösen Einlage. Nicht besprochen wurden die denkbaren Wurzelfüllmaterialien und -methoden. Nicht besprochen wurden die Integrationsmöglichkeiten und Grenzen einer mehrere Stunden dauernden einzeitigen Behandlung in den Praxisablauf. Von den Problemen der Abrechnung ganz zu schweigen. So blieb auch die Frage offen,

wie die Tage bis zur möglichst einzeitigen Langzeitbehandlung zu überbrücken sind. Denn diese einzeitige Behandlung wurde als anzustrebender Gold-Standard postuliert. Es blieben also alle Fragen außerhalb der reinen Anatomie (Histologie) sowie der Endo-Feinmechanik weitgehend ungeklärt. Die laut offiziellem Programm angekündigte Schlussdiskussion entfiel ohne jede Begründung ersatzlos. Ob man sich bewusst war, dass eine unnötig große Zahl ganz grundsätzlicher Fragen offen geblieben war? Der permanente Blick in die engen Kanäle, so schien mir, verengt bei manchen Endodontologen wohl den Blick auf das Ganze und führt zu einer Art Tunnelblick.

Endodontie ist ein Teilgebiet der Zahnerhaltung, und diese ist wiederum ein wichtiges Teilgebiet der solidarisch finanzierten GKV-Versorgung. Noch jedenfalls. Wir bewegen uns also nicht im luftleeren Raum: Es gibt eine soziale Verantwortung, auch im Bereich Endodontie. Diese Veranstaltung verlangt nach einer Fortsetzung, in der die reine Anatomie und Mechanik nicht noch einmal im Vordergrund stehen sollte. Wir haben alle genug perfekt gefüllte krumme Kanäle gesehen, einschließlich eines siebenkanaligen Molaren, dem ganzen Stolz des Referenten. Lasst uns endlich in eine Diskussion über eine auch sozial verantwortliche Endodontie einsteigen. Es ist Zeit, sich für den Verbleib der Endodontie im Fächerkanon der GKV-Versorgung stark zu machen. Oder wollen wir die Extraktion auf Karte, sobald Endodontie nötig wäre?

Westefel (Nähe Belgien):

etablierte

**Zahnarzt-Praxis**

(4 Behandlungszimmer, Prophylaxeraum, OPG, aktueller Stand)

an Nachfolger/in abzugeben.

Verkauf oder Verpachtung nach Vereinbarung. Mieträumlichkeiten vorhanden. Doppel- und/oder Schwerpunktpraxis ideal.

Dr. Renate Richter,  
Langemarckstr. 12, 54595 Prüm,  
Tel. 06551/4660, Fax 06551/6172

# Wenn schon Selektivverträge, dann mit Gewinnern auf allen Seiten Zahnärztegenossenschaft in WL macht sich für bessere PAR-Behandlung stark

Dr. Jürgen Kromer, ZÄG Westfalen-Lippe



Foto: Manfred Otto, Mindener Tageblatt

Minden in Westfalen:  
Neue Ideen kommen nicht  
nur aus den Metropolen.

*Mehr oder weniger jede Kasse versucht derzeit, sich mit Sonderangeboten von der Konkurrenz abzuheben – neuerdings auch mit Sonderangeboten für Zahnpatienten. Die dabei anfallenden Behandlungen sollen Zahnärzte übernehmen, die in entsprechenden Selektivverträge eingebunden sind oder sich einem Netzwerk angeschlossen haben, mit dem die jeweilige Kasse kooperiert.*

*Schon einige Jahre früher haben sich ausgerechnet im ländlich geprägten Ostwestfalen-Lippe Zahnärzte zusammengetan, die nicht abwarten wollten, bis eine Kasse mit einem solchen „Einkaufsmodell“ auf sie zukäme. Stattdessen wollten sie lieber selbst ein Angebot definieren und sich gezielt Vertragspartner und -konditionen aussuchen. Inzwischen haben sie mehrere Stadien der Vertragsentwicklung hinter sich, sie sind mittlerweile als Genossenschaft konstituiert und bewerten das Erreichte als Vorteil für alle Beteiligten. Dr. Jürgen Kromer, Vorsitzender der Zahnärztegenossenschaft, war von Anfang an dabei und skizziert für das DAZ-Forum die Besonderheiten des ersten zahnärztlichen „Verkaufsmodells“.*

Verschiedene Verbände und Gruppierungen sind zur Zeit dabei, Aktionen gegen die so genannten „Selektivverträge“ zu starten. In der Kritik stehen dabei im Wesentlichen die Angebote, welche uns Zahnärzte mit dem Versprechen locken, neue Patienten in unsere Praxis zu lenken. Und das, weil wir mit einem besonders günstigen Produkt (Zahn-

ersatz aus China oder Professionelle Zahnreinigung = PZR für 25 Euro) werben dürfen. Diese Angebote werden uns in der Regel von „Nichtzahnärzten“ gemacht. Hier stehen Handelsgesellschaften und sonstige selbsternannte „Wohltäter“ als Vertragspartner der Zahnärzte bereit, um uns Angebote zu machen, auf die wir selber nie gekommen wären.

Dass es auch anders geht – nämlich wenn Zahnärzte die Sache selbst in die Hand nehmen –, möchte ich an unserem ostwestfälischen „BZV-Vertrag“ erläutern (BZV = besondere zahnärztliche Versorgung).

Bereits im Jahr 2004 konnte unser „Verband der zahnärztlichen Basisgruppen in Westfalen-Lippe“ einen Vertrag mit einigen Betriebskrankenkassen schließen, um im Rahmen der Integrierten Versorgung nach Par. 140 SGB V eine bessere Versorgung der Patienten zu organisieren und dabei auch das leidige Budgetproblem in den Griff zu bekommen. Später wurde die Organisation von der ZAG-WL übernommen, unserer zahnärztlichen Genossenschaft.

Drei Punkte waren uns damals wichtig:

1. Verbesserung der Versorgung bei den Patienten, bei denen durch die Umstrukturierung des BEMA 2004 eine Betreuung wegen parodontalen Erkrankungen erschwert worden war.

2. Umgehung des Budgetproblems durch vertraglich garantierte Honorarzahmung zu 100%.
3. Transparenz der Abrechnung für die Versicherten, um ein Gefühl für die tatsächliche „Entlohnung“ des Zahnarztes zu fördern.

Diese Ziele konnten durch den ersten Vertrag erreicht werden, in dem durch besonders vereinbarte Leistungen, wie die zweite Zahnstein-Entfernung im Jahr und die Bezuschussung der Professionellen Zahnreinigung eine Mindestanforderung an Prävention und/oder Erhaltungstherapie nach einer PAR-Behandlung gesichert wurde. Der Renner war aber der Verzicht auf die leidige und lästige Praxisgebühr.

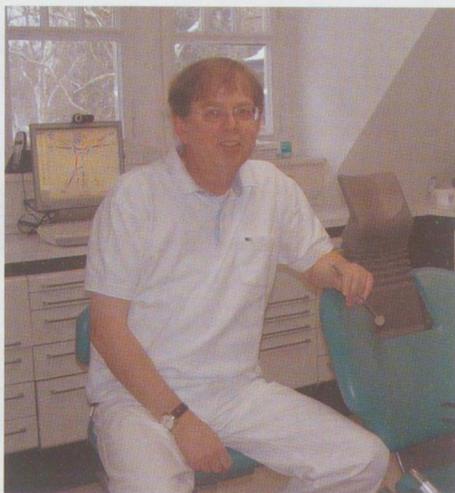
Wir befanden uns in einer win-win-win Situation:

Die Patienten hatten leichteren Zugang zu einer besseren Therapie, die Krankenkassen hatten ein hervorragendes Marketinginstrument, und wir Zahnärzte konnten ein besseres zahnärztliches Spektrum anbieten mit der Gewissheit, die Leistungen auch zu 100% bezahlt zu bekommen.

Natürlich gab es auch Neider, und so wurde die ministerielle Aufsicht vor allem von einigen Ersatzkassen genötigt, den Vertrag zu stoppen, weil es sich angeblich nicht um einen „integrierten Versorgungsvertrag“ handelte. Ende 2006 wurde dem Druck der Aufsicht nachgegeben und im Frühjahr 2007 mit Hilfe und Beratung der Aufsicht ein Vertrag nach dem neu verkündeten Par. 73c des SGB V geschlossen. Auch bei diesem Vertrag, der bis heute Bestand hat, werden alle zahnärztlichen Leistungen direkt abgerechnet – ohne Umweg über die KZV'en und ohne entsprechende Kürzungen nach dem Budget, dem HVM oder der nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung. Wie im richtigen Leben erstellen wir Zahnärzte für unsere Leistungen eine Rechnung, diese wird Patient und Krankenkasse vorgelegt und auch bezahlt – Kassenanteil von der Kasse, Privatanteil vom Patienten.

Mit Einführung des Gesundheitsfonds wurde der finanzielle Spielraum auch unserer Krankenkassen-Vertragspartner eingengt. Trotzdem gelang es uns, den Ver-

trag bis heute aufrecht zu erhalten. Die BKK Melitta, welche seit 2004 dabei ist, hat immerhin über fünfzehntausend Versicherte (etwa ein Drittel ihrer Versicherten) in dem Wahltarif BZV eingeschrieben. Die Zahl der Versicherten der BKK Melitta plus hat sich in dieser Zeit mehr als verdoppelt!



Unser Vertrag steht allen Zahnärzten offen, die bei uns Mitglied werden möchten (muss man bei der KZV ja auch werden). Insofern betrachten wir unser Angebot als „kollektiven Selektivvertrag“.

**Dr. Jürgen Kromer,  
Vorstand der Zahn-  
ärzteschaft Westfalen-  
Lippe**

Budgetprobleme sind seit 2004 für die BKK Melitta plus nicht mehr aufgetreten, so dass auch die KZV-WL und die nicht teilnehmenden Kollegen dadurch profitiert haben. Es war nämlich auch ausreichend Geld für die restliche Versorgung der Versicherten vorhanden.

Des Weiteren haben wir zur besonderen Qualität der Versorgung im Vertrag klar gestellt, dass der Zahnarzt in der Wahl seines Labors die alleinige Verantwortung trägt. Deswegen enthalten sich die teilnehmenden Krankenkassen auch jeglicher Werbung für Chinazahnersatz oder sonstiger nicht erwünschter Beratung zu irgendwelchen Sonderangeboten. Ausgangspunkt und Grundsatz aller vertraglichen Vereinbarungen war und ist: Keiner fasst dem anderen ins Portemonnaie! Wir bestimmen im privaten Bereich unserer Honorar nach billigem Ermessen (also GOZ), und die Krankenkassen legen ihren Zuschuss selber fest. Auch der Verzicht auf die Praxisgebühr ist in ihr Ermessen gestellt.

Nach unseren Erfahrungen ist es daher an der Zeit, nicht die Selektivverträge grundsätzlich zu verdammen, sondern gewisse Standards bei Selektivverträgen zu definieren. Diese Möglichkeit des SGB V sollte als „Verkaufsmodell“ unserer hervorragenden zahnärztlichen Leistung betrieben werden – und nicht als „Einkaufsmodell“ der Krankenkassen. So sollten für alle Vertragspartner einschließlich unserer Patienten die Vorteile einer Teilnahme am Vertrag überwiegen. Das bedeutet für mich zunächst: keine Verträge mit Krankenkassen, die sich hinter nicht ausgezahlten Budgets verstecken! Auch scheinen mir Verträge wenig Substanz zu haben, wenn es nur darum geht, einen Zuschuss zur PZR zu ergattern, der den Verwaltungsaufwand in der Praxis nicht lohnt.

Weitere Informationen unter  
[www.zag-wl.de](http://www.zag-wl.de)  
[www.zahnbehandlung-exklusiv.de](http://www.zahnbehandlung-exklusiv.de)

### Honorardumping durch Behandlungspauschalen DAZ kritisiert Indento-Selektivvertrag

Als einer der ersten zahnärztlichen Verbände hat der DAZ den Selektivvertrag der Managementgesellschaft Indento GmbH mit der DAK und einigen Betriebskrankenkassen kritisiert. Den in der von der Firma Imex Dental und Technik GmbH gegründeten Organisation „dent-net“ zusammengefassten Zahnärzten wird vorgeschrieben, dass sie Zahnersatz für die in diesen Selektivvertrag eingeschriebenen Patienten nur von der Firma Imex Dental und Technik GmbH beziehen dürfen.

Der genannte Selektivvertrag beinhaltet u.a. einen bisher nicht gewürdigten Passus über die Vergütung von zahnärztlichen Leistungen. Der Zahnarzt erhält demzufolge für die prothetische Regelversorgung nur noch eine „Behandlungspauschale“, ebenso wie für die professionelle Zahnreinigung. Als „Behandlungspauschale“ für die Regelversorgung mit Zahnersatz bekommt der Zahnarzt ausschließlich den Festzuschuss zzgl. der Festzuschusserhöhung von 30% ausbezahlt, falls der Patient die Voraussetzung dafür erfüllt. In diesem Fall darf der Zahnarzt vom Patienten keine Zuzahlung verlangen. Von der „Behandlungspauschale“ muss der Zahnarzt auch die zahntechnischen Leistungen der Imex Dental und Technik GmbH bezahlen. Da die Regelversorgung bei 30% Bonus ohne Eigenanteil des Patienten erbracht werden soll, muss der Zahnarzt, selbst bei den laut Vertrag um 53% gegenüber der BEL-Preisliste reduzierten zahntechnischen Kosten, auf Honorar in erheblicher Größenordnung gegenüber dem üblichen BEMA-Honorar verzichten.

Für Berlin gilt z.B. nach Berechnungen der KZV Berlin, dass „dent-net“-Zahnärzte bis zu 25% Honorarverlust bei der Regelversorgung hinnehmen müssen. Bei der Regelversorgung mit 20% Bonus oder ohne Bonus darf der Zahnarzt dem Patienten nur die Differenz zur Behandlungspauschale mit 30% Bonus in Rechnung stellen. Auch in diesen Fällen bleibt natürlich der oben genannte Honorarverlust von bis zu 25% bestehen. Außerdem erhöht er sich noch dadurch, dass keine Kosten für Abformmaterialien berechnet werden können, da diese in der „Pauschale“ bereits enthalten sind.

Der DAZ wendet sich entschieden dagegen, dass die DAK, einige Betriebskrankenkassen wie BKK Beiersdorf AG oder CITY BKK und die Firma Imex die neuen Vertragsmöglichkeiten nutzen, um unter dem Slogan „Zahnersatz zum Nulltarif“ oder „Zahnersatz ohne Zuzahlung“ auf Kosten der Zahnarzhonorare Werbung für ihre Gesellschaften zu machen.

Neben dem Honorardumping, das die oben genannten Firmen betreiben, wird durch die „Behandlungspauschale“ auch das bisherige Honorarsystem ausgehebelt. Die Initiatoren des Selektivvertrages haben, da ihnen der Gesetzgeber freie Hand gelassen hat, die zahnärztliche Honorierung ohne Beteiligung der Zahnärzte und auf deren Kosten verändert. Die im Vertrag mit Indento vorgesehenen „Behandlungspauschalen“ sind bisher nicht Bestandteil der Gebührenordnungen, weder von BEMA noch von GOZ. Das gerechte System der Einzelleistungsvergütung wird so aufgehoben. Alle pauschalierten Honorarsysteme wie „Behandlungspauschale“, „Fallpauschale“ oder „Kopfpauschale“ verlagern das Kostenrisiko für die Therapie von den Krankenversicherungen auf die so genannten „Leistungserbringer“. Dieses aus dem amerikanischen Managed-Care-System bekannte Prinzip, die Honorierung nach Einzelleistung durch Pauschalen zu ersetzen, kann nur die Ablehnung des DAZ finden.

Wir protestieren deshalb nachdrücklich gegen das Vorgehen einiger gesetzlicher Krankenkassen und der Imex Dental und Technik GmbH: Im Rahmen eines Marketingprogrammes wird über die Köpfe der Zahnärzte hinweg und zu ihren Lasten das zahnärztliche Vergütungssystem verändert. Dass auf Initiative eines Dentallabors den Zahnärzten ein Systemwechsel in der Honorierung vorgegeben wird, ist ein Vorgang neuer Qualität in der Geschichte des an Zumutungen reichen deutschen Gesundheitswesens.

**Dr. Manfred Hillmer, Stellv. DAZ-Vorsitzender**  
(aus DAZ-Pressmeldung vom 08. Januar 2010)

## Über den Wolken



Zahnärzte sind fortbildungsbeflissen, nicht erst seit Erfindung der Punktnachweispflicht. Und besonders, wenn es um so innovative und zukunftssträchtige Gebiete wie die dentale Implantologie geht.

Mit einem trockenen Referat und ebenso trockenen Pausenbrötchen lockt man heute keinen Zahnarzt mehr von seiner Praxis oder vom Golfplatz weg, nicht mal einen DAZler. Die Dentalfirmen und die Fortbildungsanbieter kennen ihre Kunden und warten da schon mit anderem auf bei den zahlreichen Messen und Kongressen: Fünf-Sterne-Hotel, kulinarische Genüsse, Party am Abend, Show, Prominenz. Ein Top-Event für Top-Leute, für die Innovationsfreudigen, Erfolgsorientierten, für die Champions in der Branche. Sie wissen, in welchen Lücken heute das Gold zu heben ist – in den Zahnlücken, wenn man sie denn mit kleinen Schrauben füllt und die solventen Träger mit schöneren Beißerchen beglückt, als sie je eigene hatten.

Was aber liegt, wenn es um Spitzenleistungen für Spitzenverdiener geht, näher, als in die höheren Sphären zu entweichen, die in idealer Weise ein hierfür angemessenes, um nicht zu sagen: ein beflügelndes Ambiente darstellen? Sie ahnen es: die Live-OP mit Sofortversorgung erfolgt bei dem Event, von dem hier die Rede sein soll, nicht in einem High-tech-Convention-Center, nicht in einem Spiegel-Saal mit Beethoven-Klängen untermalt, auch nicht auf Teneriffa in einem Felsenhotel mit Meerblick, nein, sie erfolgt, das Irdische hinter sich lassend, *über den Wolken*.

Vielleicht ist das Ganze weniger abgehoben, als man denkt. Eine Botschaft könnte sein: Implantieren geht (schnell wie) im Fluge, mal eben so, en passant, unterwegs. Wobei letzteres neben der Zahn- auch noch gleich eine Marktlücke schließen dürfte. Denn z.B. Zeitstress-geplagte Manager, die ständig um die Welt jetten, werden es zu schätzen wissen, wenn sie auf dem Weg zu einem inländi-

schen Geschäftstermin mal eben eine Einzelzahnversorgung mitnehmen können und wenn beim Interkontinentalflug gleich ein paar mehr Schräubchen drin sind, vielleicht auch noch Lifting und Fettabsaugen. Aus dem Flieger steigt am anderen Ufer der rundumerneuerte Patient, pardon: der hoch beglückte Premium-Kunde.

Eine Implantatinsertion Tausende Meter über NN ist allerdings nicht das einzige Highlight bei der hier ins Visier genommenen Veranstaltung. Nach den Fortbildungs-Mühen erwartet die dentalen Champions ein Spiel Implanter gegen Uwe Seeler-Traditions-Elf im Stadion und anschließendes Feiern mit der Fußballprominenz – hautnah, wie der Veranstalter verspricht. Und das alles auch noch für einen wohltätigen Zweck!

Jetzt wollen Sie natürlich wissen, wann und wo dieses Event steigt, um sich rechtzeitig einen Platz zu sichern. Das DAZ-Forum bringt doch keine Schleichwerbung! Aber wir verraten kein Geheimnis, wenn wir an den Song erinnern: „We are the champions“.

Eines sei allerdings zur Vorwarnung bereits gesagt: Für die schlappen 700 Euro, für die Sie dieses Mehrtagesunternehmen nahezu geschenkt bekommen, gehen Sie natürlich nicht selbst in die Luft. Sie täten sich auch keinen Gefallen damit: eine Dreiviertelstunde lang eingequetscht in einem Flieger sitzen, vorher zwei Stunden Warterei und Sicherheitscheck, vielleicht gar noch mit Körperscanner, um dann für wenige Minuten auf einem verflimmerten Bord-Bildschirm zu verfolgen, wie ein 3,5 mm Dübel in den Kiefer gerammt wird.

Der Flug, erklären uns die Veranstalter, ist was für Journalisten, vor allem für die von der Yellow Press. Gleichzeitig ist das Ereignis angemeldet fürs Guinness Buch der Rekorde. Insofern lässt sich annehmen, dass nicht nur ein Video eingelegt wird, sondern ein echtes zahnärztliches Team zur Tat schreitet, an einem echten Patienten.

Der geplanten Pioniertat sollte man, auch wenn man ihr nur virtuell beiwohnt, Respekt zollen. Welch kreativer Umgang mit den Hygienevorschriften ist da erforderlich! Wer weiß, in welche Turbulenzen der Flieger gerät und wie einem beim Implantieren zumute ist, wenn die Maschine z.B. von Terroristen gekapert wird! Gerade in Extremsituationen erweist sich, wer wirklich zu den Champions gehört.

Mehr Flexibilität hinsichtlich der Örtlichkeiten der Berufsausübung ist in Zukunft für Zahnärzte vielleicht sowieso erforderlich. Denkbar ist eine aufsuchende implantologische Betreuung von vielbeschäftigten Personen aus dem oberen Preissegment – warum nicht in einem Flugzeug oder an anderen Orten, wo sich Verkehr – welcher Art auch immer – abspielt? All-inclusive-Angebote sind en vogue.

Außerdem gibt es vielleicht in einigen Jahren in Deutschland ähnlichen Bedarf wie heute schon in den USA und karitative Profilierungsmöglichkeiten nicht nur auf dem Fußballfeld. In Land der unbegrenzten Möglichkeiten werden im Rahmen von lokale Hilfs-einsätzen auf der grünen Wiese unzureichend versicherte Menschen ab und zu kostenlos von ehrenamtlich tätigen Ärzten und Zahnärzten untersucht und notdürftig behandelt, wie in den Slums von Nairobi oder São Paulo. Da werden Wunden versorgt, Brüche geschient, Zähne gezogen. Warum sollte nicht ein Schrauben-Hersteller eine Lotterie anbieten, bei der die glücklichen Gewinner nach der Extraktion noch das Implantat mit Sofortversorgung dazu bekommen? Gleich die Kamera draufhalten und einreichen bei Guinness World Records!

Der Zahnarzt der Zukunft wird es mit sehr unterschiedlichen Anforderungen zu tun haben. Allerdings wird wohl auch weiterhin sein Einsatz eher *unter als über den Wolken* gefragt sein. Hoffentlich nicht zu oft unter freiem Himmel.

Irmgard Berger-Orsag, Troisdorf

## Auswirkungen zunehmender Kommerzialisierung der zahnärztlichen Fort- und Weiterbildung Rückbesinnung auf Berufs-Ethik gefordert

*Dr. Peter Weißhaupt, niedergelassener Zahnarzt, hat neben seiner Praxistätigkeit verschiedene mehrjährige Fortbildungen in einzelnen Teilgebieten der Zahnheilkunde absolviert, insbesondere im Bereich der oralen Implantologie, und dabei umfangreiche Erfahrung mit dem System postgradualer Qualifizierung in Deutschland sammeln können. Sein Urteil fällt kritisch aus – er fragt nach den Folgen einer kommerzialisierten Fort- und Weiterbildung für die Patientenversorgung.*

Es besteht ein Trend zur durchgängigen Kapitalisierung zahnärztlicher Weiterqualifikation (*Staehe*) – und zwar mit allen negativen Begleiterscheinungen des freien Marktes. Dies sind insbesondere: Monopolbestrebungen mit dem Ziel der Verdrängung von Konkurrenten, massive PR-Kampagnen sowie hochglanz-publizierte, vor Selbstherrlichkeit strotzende Alleinstellungsansprüche und nicht zuletzt eine Vielzahl kaum noch vergleichbarer Master-Programme, die die Orientierung für die Kollegenschaft – und vor allem für unsere Patienten – immer schwieriger erscheinen lassen.

Nicht nur die extrem zeit- und kostenaufwendigen Master-Studiengänge zeitigen ein verändertes Rollenverständnis der Zahnärzte, die sich – mit dem Ziel eines baldigen „return of invest“ – vermehrt als Verkäufer ihrer speziellen „Dienstleistungen“ qualifizieren und präsentieren müssen. Es resultiert eine Polarisierung innerhalb der Zahnärzteschaft hinsichtlich der fachlichen Qualifikation, des Einkommens, sowie des Ringens um „Marktanteile“ und der Selbstdarstellung gegenüber den Kostenträgern. Dies birgt zugleich die Gefahr, bestimmte Versorgung nur begüterten Patienten zukommen zu lassen und polarisiert somit – auf dem sich leider abzeichnenden Weg unserer Gesellschaft hin zu einer Zwei-Klassen-Medizin – auch innerhalb der Bevölkerung.

Diese Entwicklung darf weder unsere berufliche Ausrichtung bestimmen, noch pragmatisch oder opportunistisch hingenommen werden. Ohne hier einen breiten Exkurs über

die dringende Erfordernis einer ethischen Diskussion einfügen zu wollen, sei an dieser Stelle nur an eine Erklärung erinnert, mit der wir gemäß unserem öffentlichen Bekenntnisakt (*Profession*: lat. *profiteri* = öffentlich bekennen) als (Zahn-)Ärzte getreten sind und bei unseren Patienten eine berechnete Erwartungshaltung auslösen: Nämlich das Versprechen von Kompetenz und Bereitschaft, sich allein dem für den Patienten Guten zu verpflichten. „Das für den Patienten Gute“ definiert unser Patient kraft seiner Autonomie übrigens selbst. Dies zu respektieren und in den Fokus unserer Bemühungen zu stellen, erfordert vom Zahnarzt ein Mindestmaß an Sensibilität, Empathie, intellektueller Redlichkeit und – Demut. Demut vermindert die Versuchung zu glauben, die (Zahn-)Medizin sei dazu da, das Selbstbild, die (finanziellen) Interessen und den Stolz des (Zahn-)Arztes zu nähren. Demut erkennt die Begrenztheit der (zahn-)ärztlichen Kunst und ist das Antidot zur Unart (zahn-)ärztlicher Arroganz, die im Patienten den Menschen übersieht (*Pellegrino*) und ihn auf die Rolle des Kunden reduziert. Insofern wir uns (noch) als Ärzte verstehen, ist eine Rückbesinnung auf die ethischen Prämissen unseres Handelns heute mehr denn je geboten.

**Dr. Peter Weißhaupt, M.Sc., Iserlohn**

### Literaturhinweise

Pellegrino, Edmund D.: „Bekenntnis zum Arztberuf – und was moralisch daraus folgt. Eine tugendorientierte Moralphilosophie des Berufs“ in: Thomas (Hrsg.): „Ärztliche Freiheit und Berufsethos“, Verlag J.H. Röll, Dettelbach, 2005, S. 17 – 60.

Staehe, Hans Jörg: „Genfer Gelöbnis und Zahnärzteschaft im System der Marktwirtschaft“ in: zm 99, Nr. 11 A, 01.06.2009, S. 34 ff.

In DZW 8-2010 hat Dr. Weißhaupt neben den hier dargestellten Überlegungen detaillierte Ausführungen zu Entwicklungen im Bereich der implantologischen & der PAR-Weiterbildung und zur Rolle beteiligter Universitäten und Fachvereinigungen veröffentlicht.

## Neuer Ethik-Arbeitskreis steht vor vielen Fragen

Die Reflexion ärztlichen Handelns unter ethischen Gesichtspunkten (siehe nebenan) ist immer angebracht. In besonderer Weise zum Thema wird Ethik allerdings dann, wenn man sich als Arzt oder Zahnarzt in einer Konfliktsituation befindet, in der die Abwägung zwischen verschiedenen Werten schwer fällt. So wünschen z.B. manche Patienten invasive Verschönerungsbehandlungen, obwohl gar kein medizinischer Bedarf vorliegt und der gewünschte Eingriff nicht ohne Risiken ist. Soll der (Zahn-)Mediziner derartigen Wünschen stattgeben?

Viel gravierender als solche auf einzelne Patienten und einzelne Behandler beschränkte Fragen zu beantworten, ist die Beschäftigung mit einigen Entwicklungen, die weniger individuell als strukturell bedingt sind und den Berufsstand in seiner Gesamtheit betreffen. Eine große Zahl von Ärzten und Zahnärzten meint, nicht mehr ausschließlich im Interesse des Patienten und ethisch einwandfrei handeln zu können – weil die geltenden Vorschriften es nicht zulassen, weil es wirtschaftlich nicht tragbar sei oder Nachteile im Wettbewerb bringe. Um das obige Beispiel aufzugreifen, geht es nicht mehr darum, dass ein von Zahnerhaltung überzeugter Mediziner den durch mediale Werbeaussagen verführten Menschen davon abzubringen versucht, sich einen gesunden Zahn überkronen oder entfernen zu lassen. Sondern viele Behandler halten es inzwischen aus ökonomischen Gründen für notwendig und legitim, selbst problematische Therapien, die bestenfalls überflüssig und manchmal sogar schädlich sind, anzubieten und werbend herauszustellen und gleichzeitig ihr Engagement bei notwendigen, aber geringer honorierten Kassenleistungen zu reduzieren.

Vergleichbare Ökonomisierungstendenzen sieht man in der Forschung sowie in der Aus- und Weiterbildung; sie betreffen nicht nur den Medizinbereich. Wer sich auf externe Geldgeber stützt, muss Kompromisse eingehen, die im Einzelfall oftmals nicht gravierend erscheinen, aber in der Summe wichtige Veränderungen bewirken können.

In der Medizin gilt es, auf vielen Ebenen gegenzusteuern. Wirtschaftliche Zusammenhänge können dabei weder gelehrt noch außer Kraft gesetzt werden. Die im Gesundheitswesen tätigen Menschen und Unternehmen müssen ihr Auskommen haben. Aber die Hauptzielrichtung – Gesundheit wiederherstellen und Krankheit lindern, für die gesamte Bevölkerung – darf nicht verloren gehen.

Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) hat zur Gründung eines Ethik-Arbeitskreises eingeladen. Er bietet die Chance, dass Hochschulvertreter und Praktiker gemeinsam in der Kollegenschaft für ethische Mindeststandards werben und gegenüber der Politik und wichtigen Akteuren im Gesundheitswesen die nötigen Rahmenbedingungen für eine dem medizinischen Bedarf der Bevölkerung entsprechende Versorgung einfordern. Ob der AK die heute brennenden Fragen aufgreift, wird sich zeigen.

**Irmgard Berger-Orsag, Troisdorf**

**Buchbesprechung:**  
**Psychosomatische Medizin und  
Psychologie für Zahnmediziner –  
Compactlehrbuch für Studium & Praxis  
von A. Wolowski & H.J. Demmel (Hrsg)**

Schattauer 2009, ISBN 978-3-7945-2629-1, 272 S., 49,95€

Zahnheilkunde ist dann überschaubar und mit hoher Wahrscheinlichkeit auf Behandlungserfolg beschenkt, wenn die Kommunikation zwischen Patient und Zahnarzt gelingt. Es ist tägliche Erfahrung in der Zahnarztpraxis, dass es u.U. durchaus schwierig werden kann, die Schilderungen von Patienten, ihre Beschwerden betreffend, richtig zu interpretieren und dann eine treffende Diagnose zu entwickeln. Alleine schon uns ungewohnte Ausdrucksformen von Menschen aus anderen Kulturkreisen machen die Bewertung von Beschwerdeschilderungen schwieriger. Noch komplizierter wird es für den Zahnarzt, wenn das Erleben und der Ausdruck des Patienten von "seelischen Besonderheiten" unterlegt oder geprägt ist. Zahnheilkunde findet nun eben in der Intimsphäre des Patienten – seiner Mundhöhle – statt. Somit unterliegt zahnärztliche Kunst einer hoch empfindsamen, höchst subjektiven bewussten oder unbewussten Wahrnehmung durch den Patienten.

Ein Lehrbuch über Psychosomatik und Psychologie für Zahnmediziner zu verfassen, ist m.E. insbesondere wegen des komplexen Geschehens der zahnärztlichen Behandlung ein ambitioniertes Unterfangen. Vorab attestiere ich den beiden Herausgebern und den 12 Mitautoren, dass dies mit diesem Buch sehr gut gelungen ist. Insbesondere wenn man sich vor Augen führt,

dass die wissenschaftliche Psychologie oder gar Kenntnisse über psychopathologische Effekte die Zahnheilkunde betreffend in der universitären Ausbildung oftmals ein Schattendasein führten, kann der grundlegende Ansatz des Buches nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Das Buch ist in drei wesentliche Abschnitte gegliedert. Etwa 60 Seiten sind psychologischen Grundlagen gewidmet, weitere 130 Seiten praxisrelevanten und praxisnahen Beiträgen zu psychologischen Themen in der Praxissituation und zum Umgang mit Psychopathologie im engeren Sinne. Der dritte Abschnitt umfasst den umfangreichen Anhang.

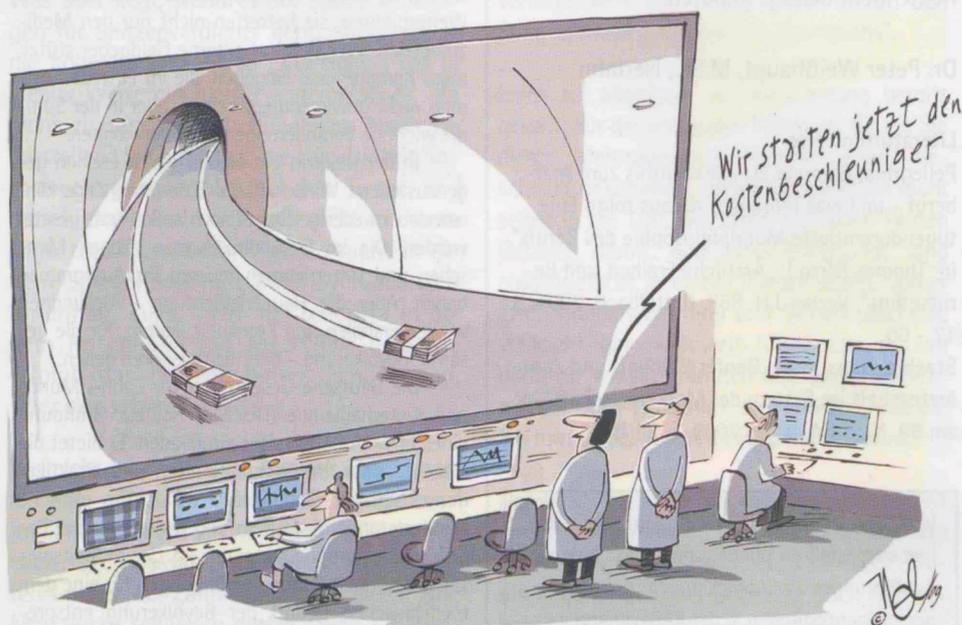
Im Grundlagen-Teil des Buches erläutern die Autoren zunächst elementare Zusammenhänge sozialpsychologischer, lernpsychologischer und emotionspsychologischer Art im Hinblick auf die Besonderheiten der Zahnarzt-Patienten-Beziehung. Der Beitrag über die psychosomatische Medizin grenzt sie ab von der Psychiatrie – es folgt die Darstellung der psychiatrischen Krankheitsbilder. Im Abschnitt Neurologie werden z.B. die vielfältigen Bilder der Neuralgien grundlegend dargestellt.

Im zweiten Teil werden die im Grundlagenabschnitt aufgezeigten Elemente in die zahnärztliche Praxissituation übertragen. Sehr ausführlich wird die besondere Bedeutung der Anamnese gezeigt. Hier geht es um ein frühzeitiges Erkennen möglicher psychosomatischer Hintergründe. Sofern dieser Verdacht in der Anamnese aufkommen sollte, zeigen die Autoren Wege zum Einleiten interdisziplinärer Zusammenarbeit, d.h. der Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten. Umfassend und auch

sehr gut durch Fallbeispiele veranschaulicht, erläutern die Autoren klassische psychosomatische Krankheitsbilder mit Manifestationen im orofazialen Bereich (z.B. chronischer Gesichtsschmerz, CMD, körperdysmorphe Störung, Materialunverträglichkeit, Essstörung). Konsequenterweise werden jeweils Definition, Epidemiologie, Diagnostik und Therapie dargestellt. Da psychosomatisch Erkrankte meist mit einer Schmerzsymptomatik o. ä. die Zahnarztpraxis aufsuchen, stellt sich für den Behandler die Frage nach der Behandlungspflicht. Diesbezügliche forensische Aspekte werden erläutert und geklärt.

Im dritten Abschnitt – etwa 50 Seiten – finden sich u. a. eine erläuternde Synopse von acht psychotherapeutischen Behandlungsverfahren und Leitlinien sowie abschließend ein Literatur- und Sachverzeichnis bemerkenswerten Umfangs.

In verblüffend komprimierter Form werden in diesem Buch viele für den Zahnarzt relevante Fragen bei der zahnärztlichen Behandlung psychosomatisch und psychiatrisch Erkrankter beantwortet. Ich bin sehr angetan von der Klarheit, mit der die Autoren es verstehen, höchst komplexe psychodynamische Prozesse in wissenschaftlicher Eindeutigkeit in ihrer Relevanz für die zahnärztliche Tätigkeit zu formulieren. Es ist äußerst anregend und aufschlussreich, dieses Buch zu studieren. Es ist m. E. ein wichtiger Schritt, das Ärztliche in der Zahnheilkunde zu stärken, wenn wir Zahnärzte nicht nur das Soma des Patienten behandeln, sondern uns auch wenn nötig verantwortungsvoll um seine Psyche kümmern können. Dieses Buch ist dazu eine große Hilfe und ich empfehle es sehr.  
**Dr. Andreas Vahlenkamp, Mainz**



**AM GESUNDHEITSFONDS-FORSCHUNGSZENTRUM**

Neue Allgemeine Gesundheitszeitung für Deutschland – [www.neue-allgemeine.de](http://www.neue-allgemeine.de)

**Fortbildung zum Thema  
Psychosomatik bei Tagung am  
24.04.2010 in Frankfurt/M.**

Für den Fall, dass Sie die vorderen Forum-Seiten überschlagen haben, sei hier (noch einmal) auf die Psychosomatik-Fortbildung bei der DAZ-VDZM-Frühjahrstagung hingewiesen. In Frankfurt können Sie die Herausgeberin des oben beschriebenen Lehrbuches, Priv.-Doz. Dr. A. Wolowski, als Referentin erleben. Auch (Gesundheits-)Politik steht auf dem Programm – mit Prof. T. Gerlinger. Es wird um die Fonds-Folgen gehen, die Gesundheitsprämie, Priorisierung und Rationierung sowie um die divergierenden Konzepte und Interessen der relevanter Akteure im Gesundheitswesen. Weitere Infos zu der Tagung finden Sie auf Seite 5 in diesem Heft und unter [www.daz-web.de](http://www.daz-web.de)

Anmeldungen sind willkommen:  
Mail [kontakt@daz-web.de](mailto:kontakt@daz-web.de)  
Tel. 0221/97300545, Fax 0221/973005445



## Auch nach 30 Jahren noch aktuell: Die Ziele des DAZ

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) wurde im Herbst 1980 gegründet. Anstoß dazu war eine Serie in der Zeitschrift DER SPIEGEL, die sich mit Qualitätsmängeln in der zahnärztlichen Versorgung auseinandersetzte. Zahnärzte, die mit solcher Kritik konform gingen, haben sich damals zusammengeschlossen, um den Qualitätsgedanken und Vorschläge zur Verbesserung der Prävention in der zahnärztlichen und der allgemeinen Öffentlichkeit zu verbreiten.

Inzwischen kann der Verein auf 30 Jahre Engagement im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung zurückblicken und zahlreiche Fortschritte feststellen. Jedoch hat er leider noch keinen Anlass, sich als überflüssig zur Ruhe zu setzen, seine Ziele sind nach wie vor eine Herausforderung. Nachfolgend wollen wir einige wichtige Auszüge aus der DAZ-Programmatik als Information für neue und als Erinnerung für „alte“ Leser/innen zusammenfassen.

### Freiberuflichkeit

Der DAZ ist ein überregionaler, parteipolitisch unabhängiger zahnärztlicher Berufsverband. Der Erhalt der Freiberuflichkeit und der Therapiefreiheit sind wichtige Ziele seiner berufspolitischen Aktivitäten. Dabei beinhaltet Freiberuflichkeit Freiräume, aber auch Verpflichtungen für den Zahnarzt.

### Patient im Mittelpunkt

Für den DAZ steht der Patient im Mittelpunkt des Praxisgeschehens. Nicht die Gewinnträchtigkeit einer Arbeit, sondern die medizinische Indikation ist Richtschnur zahnärztlichen Handelns.

### Integration in die Medizin & Kooperation

Seit Ende der 80er Jahre arbeitet der DAZ mit dem NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V., zusammen. Nach DAZ-Auffassung ist die Zahnmedizin ein untrennbarer Teil der Medizin. Zugleich ist der DAZ bestrebt, sich mit ähnlich gesinnten Zahnärzte-Organisationen zu verbünden, um so ein stärkeres Gegengewicht zu den dominierenden Berufsverbänden in den zahnärztlichen Körperschaften auf Bundes- und Länderebene zu bilden. Dazu gehören lokale Kooperationen wie mit „Berlins Unabhängigen Zahnärzten“ (BUZ) oder die Beteiligung an Allianzen zu einzelnen Themen.

### Vorrang für Prävention

Wichtigstes Ziel der zahnärztlichen Arbeit ist Krankheitsverhinderung statt Reparatur. Prävention ist der einzige ethisch und gesundheitsökonomisch vertretbare Weg zu einem fi-

nanzierbaren Gesundheitswesens. Unser Konzept für lebenslange Prophylaxe bietet gerade den sozial benachteiligten und mit größeren Erkrankungsrisiken belasteten Menschen Hilfen und ist zugleich ökonomisch effizient. Die bundesweite Verbreitung fluoridierten Kochsalzes ist einer DAZ-Initiative zu verdanken. Zusammen mit der Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen bietet sie eine früh ansetzende kollektive Vorsorgemaßnahme. Risikokinder müssen frühzeitig und intensiv betreut werden, und Erwachsene brauchen Anreize zu konsequenter Individualprophylaxe. Für die wachsende Gruppe Pflegebedürftiger müssen aufsuchende Angebote entwickelt werden. Die Politik wird aufgefordert, auf allen Ebenen Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung zu unterstützen.

### Zahnärztliche Aus-, Fort-, Weiterbildung

Präventions- und Qualitätsorientierung machen eine Reform des Studiums erforderlich. Der DAZ wendet sich gegen Verflachung und Entwissenschaftlichung – sein Konzept hierzu liegt seit Jahren vor. Auch zukünftig muss ein Studium zum berufsfertigen Zahnarzt führen. Weiterqualifizierung und Spezialisierung sollen sich nicht an den Gewinninteressen von Fortbildern und Spezialpraxen, sondern an dem medizinischen Bedarf der Bevölkerung ausrichten.

### Gutes Honorar für gute Leistung

Therapiefreiheit und angemessene Einzelleistungsvergütung können nur bei nachgewiesener Qualität zahnärztlicher Leistungen erhalten bleiben. Für qualitätsgesicherte Arbeit müssen auch im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung aufwandsgerechte Honorare vereinbart werden. Budgetierungen sind bei seit Jahren eher abnehmendem Anteil der Zahnmedizin-Ausgaben an der Grundlohnsumme nicht gerechtfertigt. Im Rahmen eines eigenen Qualitätssicherungsprojektes versucht der DAZ, beispielhaft Wege zu einer Verbesserung der Qualität aufzuzeigen (vgl. Seite 23).

### Kollektive Vertragsstrukturen unverzichtbar

Die Vielfalt an Verträgen mit und ohne Beteiligung von Kassenärztlichen Vereinigungen, die sich derzeit auf neuer gesetzlicher Grundlage entwickeln, beobachtet der DAZ kritisch. Zu messen sind sie daran, für welche Zahnärzte sie zugänglich sind, wie viel bürokratischen Aufwand sie erzeugen, ob sie tatsächlich mehr Qualität bewirken oder nur als Marketing-Gag fungieren, und daran, wer letztlich „die Zeche zahlt“. Die Zersplitterung in eine Vielzahl unterschiedlicher Vertragskonstruktionen ist kein Vorteil – ein fairer Kollektivver-

trag muss auch weiterhin das Rückgrat der Versorgung der Bevölkerung bilden.

### Grundpfeiler Solidarversicherung

Der DAZ unterstützt den Generationen-Solidarvertrag und den der Gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde liegenden Gedanken des Ausgleichs zugunsten von sozial Schwachen und Kranken. Durch die Verlagerung notwendiger Gesundheitsleistungen in den Privatsektor wird dieser Gedanke zunehmend infrage gestellt. Grundlegende notwendige Leistungen sollten nicht komplett ausgegrenzt werden. Ziel muss vielmehr sein, durch Prophylaxe eine bezahlbare Mundgesundheit für alle zu erreichen.

### Merktalisierung der Medizin bremsen

Marketinginteressen und Gewinnerzielungsabsichten verdrängen im Gesundheitswesen immer häufiger die Fragen nach der medizinischen Indikation und der Qualität der Versorgung, während auf Patienten- bzw. Versicherten-Seite Konsumhaltungen zunehmen. Nach DAZ-Überzeugung ist Gesundheit keine Ware. Notwendige Leistungen zur Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit und Linderung von Krank-

heit müssen weiterhin nach medizinischen Gesichtspunkten im Rahmen einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung und nicht im Rahmen eines Verkäufer-Kunden-Verhältnisses erbracht werden. Der DAZ steht auf der Seite der Zahnärzte, die sich für eine präventions- und qualitätsorientierte Versorgung der gesamten Bevölkerung verantwortlich fühlen. Er vertritt ihre Interessen gegenüber Politik, Kassen, Öffentlichkeit und der eigenen Standesführung. Er verwahrt sich gegen wissenschaftlich fragwürdige Behandlungsmethoden und aggressive unärztliche Verkaufspraktiken.

### Machen Sie mit, nehmen Sie Einfluss auf Ihre berufliche Zukunft!

Zur Mitwirkung in einem demokratischen Gesundheitswesen sind Berufsverbände unverzichtbar. Der DAZ fordert alle Zahnärzte/innen auf, die Möglichkeiten zur Gestaltung guter und befriedigender Arbeitsbedingungen und zur Entwicklung des Versorgungssystems in sozial verantwortlicher Weise aktiv zu nutzen.

### Werden Sie daher Mitglied im DAZ & im DAZ-Projekt Qualitätssicherung!

Infos und Beitritt:  
[www.daz-web.de](http://www.daz-web.de)  
[kontakt@daz-web.de](mailto:kontakt@daz-web.de)

Lesen Sie auch das Diskussionspapier  
**DAZ-Positionen 2009**  
unter [www.daz-web.de](http://www.daz-web.de)

So und nicht anders  
Die etwas andere Kolumne

## Achtung: das RKI und der Fliegendreck

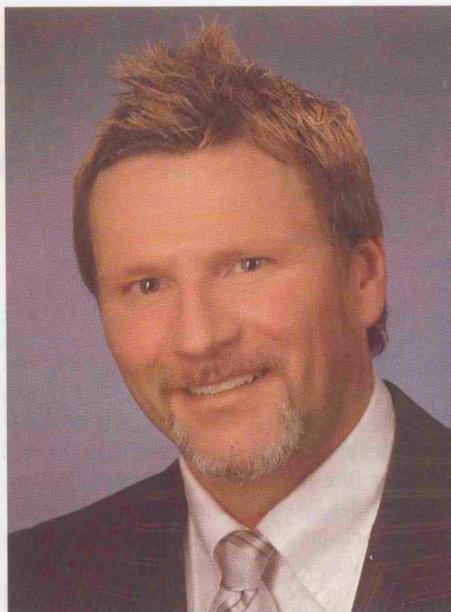
*Während der Vorbereitung von Forum 102 liefen rund um das Kölner DAZ-Büro die Karnevalsjecken zur Hochform auf. Da bot es sich an, den Forum-Leser/innen mal einen Ausflug in humoristisches Terrain zu gönnen. Dass auch Zahnmediziner dort zuhause sind, beweist Dr. Paulus Nowak in seiner monatlich im Zahnärztlichen Anzeiger (ZÄA) erscheinenden Kolumne. Der in München niedergelassene Zahnarzt, berufspolitisch bei Zahnärzte Zukunft Bayern (ZZB) engagiert, hat dem Forum einen Beitrag überlassen, der in einer der nächsten ZÄA-Ausgaben erscheinen wird.*

Es ist 11:45 Uhr Zulu-Zeit in München-Pasing. Während des intensiven Studiums einer angesehenen Fachzeitschrift (Streubl's Berufsmoden Frühling/Sommer), stürmt plötzlich die von den Krankenkassen bestellte und von mir bezahlte, doppelt promovierte Hygienekommissarin in mein Praxisbüro.

Auswertungen hätten ergeben, dass 1 von 193 Abklatschproben des Wartezimmerbereiches kontaminiert sei, entweder mit einer unbekanntem Lactobazillus-Art oder einer Substanz, die „feiner Leberwurst“ sehr ähnlich sei. Unerheblich, beides erfülle den Tatbestand von grober Fahrlässigkeit und/oder Vorsatz und sei gegenüber ihrer Behörde meldepflichtig und sie könne ein Fortführen der Praxistätigkeit nur noch bis 11:59 Uhr empfehlen, dann hätte sie sowieso Mittag.

Völlig aufgelöst betrachte ich auf meinem Computermonitor, wie sich mein Abmahnungs-Index um weitere 10 Punkte erhöht. Ich hätte zweimal gegen die Hygiene-Richtlinien für Beratungsgespräche verstoßen. Die web-cam-online-basierte Überwachung durch das Robert-Koch-Institut (RKI) hatte ein Anfassen meines rechten Ohres ohne weitere Sterilisationsmaßnahmen ergeben. Fasziniert betrachte ich die MPEG 4-Datei als Beweis meines Verstoßes (verdammte Fruchtfliege!).

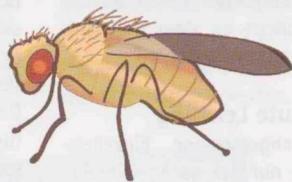
Des Weiteren ergab die Echolot-Doppler-Radar-Auswertung meiner Praxisabfälle



einen 30% höheren Anteil an Insektenexkrementen (verdammte Fruchtfliege!) als EU-Durchschnitt, einschließlich Gibraltar und den Farör-Inseln.

Mir werden dringlich ein kostenpflichtiges Punkteabbauseminar oder wahlweise 20 Stunden Putzdienste in der Toni-Pföhl-Hauptschule in München-Hasenberg nahegelegt.

Da klingelt das rote Telefon auf meinem Schreibtisch, es ist die Standleitung in das Bundesministerium für Gesundheit



und Verbraucherschutz. Mir wird mitgeteilt, dass aufgrund meiner zahlreichen Verstöße gegen die novelierten Pandemierichtlinien des Bundesseuchengesetzes bereits vor acht Minuten Quarantäne-Großalarm für München-Pasing ausgerufen worden ist. Und während nun ein ABC-Abwehrtrupp der KFOR-Kriseninterventionskräfte meine Praxis in Frischhaltefolie einschweißt, denke ich an die gute alte Zeit zurück, wie das war, wenn man z.B. mit einer Hepatitis A-Infektion zu tun hatte. Der dreimalige Heulton der Sirenen verstummt soeben und die Einleitung von Ethylengas in meine Praxisräume hat begonnen.

Jetzt kann ich mich entspannt zurücklehnen – endlich wird alles mal richtig sauber.

So und nicht anders

Euer Paulus Nowak

Buchbesprechung:

„Alfred Kantorowicz  
und Gustav Korkhaus.

Ihr Verhältnis zueinander im  
Spannungsfeld der Geschichte“

von Rosemarie Mattern. ISBN: 978-3-639-19365-7. VDM Verlag Dr. Müller. Saarbrücken 2009. 182 Seiten, 68,00 €

Eine erfreuliche Neuerscheinung ist auf dem Buchmarkt eingetroffen. Die in Kaiserslautern niedergelassene Zahnärztin Dr. Rosemarie Mattern hat ihren postgradualen Studiengang „Kieferorthopädie“ mit einer hochinteressanten Arbeit über den bis 1933 weltweit anerkannten sozialen Zahnmediziner Alfred Kantorowicz abgeschlossen, der als praktizierender Sozialdemokrat langjährig mit dem anfangs nationalkonservativen, späteren NSDAP-Mitglied Gustav Korkhaus die wissenschaftliche und soziale Kieferorthopädie in Deutschland weit voran bringen konnte. Während Kantorowicz gleich 1933 über den Weg eines erzwungenen Aufenthaltes im Konzentrationslager ins türkische Exil vertrieben wurde, arbeitete Korkhaus weiter an seinem Aufstieg. Korkhaus' Karriere verlief jedoch nicht geradlinig, denn er galt selbst unter Nationalsozialisten als „elitärer Herrenmensch“ mit weit reichenden Ambitionen. Kantorowicz blieb sich treu und baute eine moderne Zahnmediziner-Ausbildung an der Universität von Istanbul auf. Während der ehemaligen Nationalsozialist Korkhaus in der Nachkriegszeit von dem weltweiten Ansehen seines Lehrers Kantorowicz profitieren konnte, musste Kantorowicz nach seiner Rückkehr erkennen, dass die soziale Zahnheilkunde in Westdeutschland zugrunde gerichtet worden war. Das persönliche Verhältnis zwischen diesen diametral entgegengesetzten Persönlichkeiten war zerrüttet. Während Korkhaus sich im Glanz seiner Popularität sonnte, blieb der Inaugurator der sozialen Zahnheilkunde und Kieferorthopädie verbittert und verarmt in einer Welt des sich zunehmend entsolidarisierenden, weitgehend privatisierten Gesundheitswesens zurück.

Eine zum Nachdenken anregende zahnmedizin-historische Begebenheit, spannend dargeboten und reich an Fakten. Auch bei dem Preis von 68,00 Euro höchst empfehlenswert. Eine sehr ausführliche Besprechung erschien in den zm 99, Nr. 19, 1.10.2009, (2648), S. 112-117 unter dem Titel „Ein Thema, zwei Weltanschauungen“ und kann dort nachgelesen werden. Diese Fassung ist auch über das Internet unter <http://www.zm-online.de/m5.htm> abrufbar.

Dr. Wolfgang Kirchhoff, Marburg

# Projekt Qualitätssicherung

des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde (DAZ) e.V.



## „Der Patient im Mittelpunkt“

Alle reden von Management- und Prozessqualität,  
wir von Betreuungs- und Ergebnisqualität

Eine **Selbstverpflichtung** ist Kernstück des DAZ-Projektes (QSP):

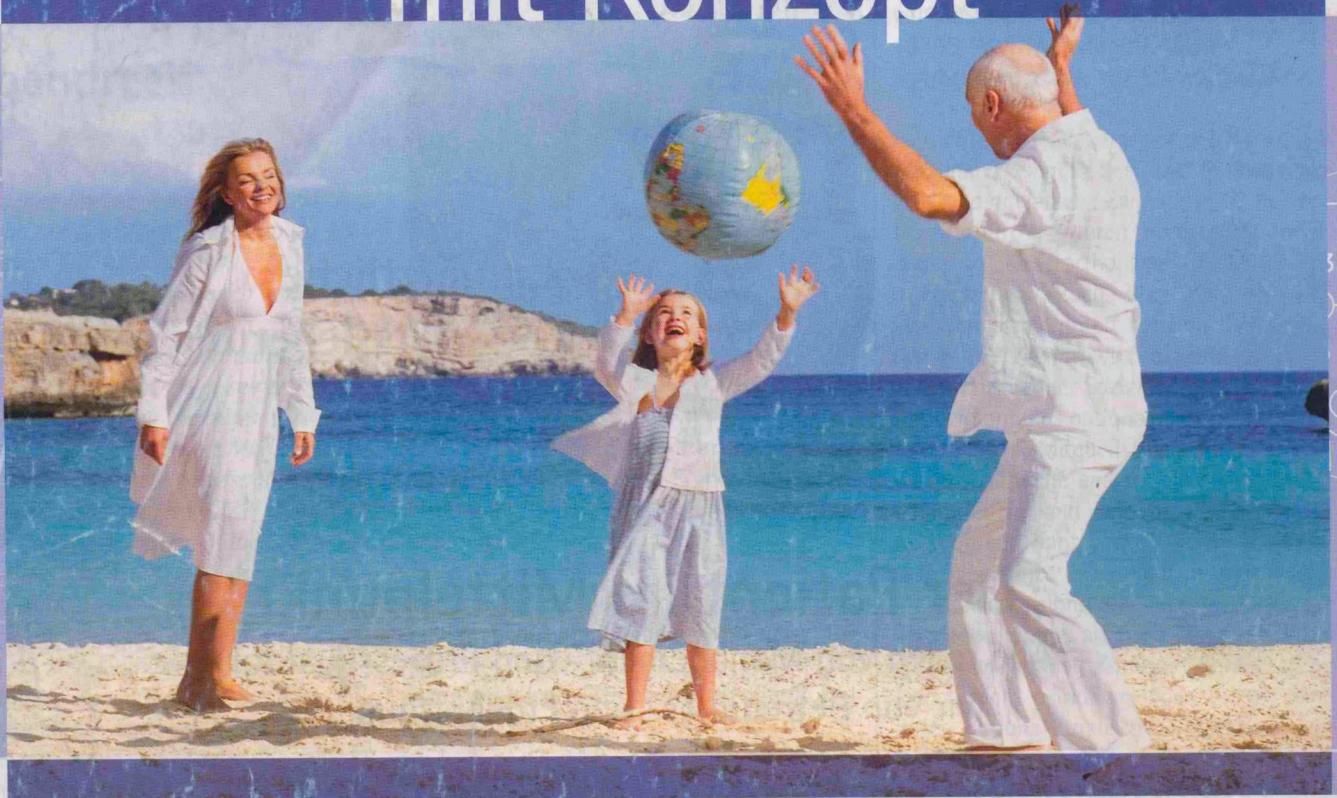
- § 1 Der Patient steht im Mittelpunkt des zahnärztlichen Interesses
- § 2 Verantwortetes Delegieren –  
Delegation erfolgt gemäß ZHK-Gesetz und nur durch entsprechend fortgebildetes Personal.
- § 3 Behandlungsplanung und –durchführung –  
Planung und Behandlung orientieren sich am tatsächlichen Behandlungsbedarf des Patienten.
- § 4 Zweitmeinungen fördern –  
Der Patient wird ermutigt, bei umfangreichen Behandlungen eine Zweitmeinung einzuholen.
- § 5 Kostentransparenz und Kostensicherheit –  
Der Patient erhält vor größeren Behandlungen einen detaillierten Kostenvoranschlag.
- § 6 Verlängerte Gewährleistungsfristen – In Absprache mit dem Patienten können bei Füllungen und Zahnersatz längere Gewährleistungsfristen vereinbart werden.
- § 7 Qualität durch Patientenbefragungen – Über Fragebogen geben die Patienten regelmäßig ein Feedback an die Praxen, die Auswertung erfolgt durch die Brendan-Schmittmann-Stiftung.
- § 8 Schlichtung bei Unstimmigkeiten & Service-Telefon für Zahnärzte und Patienten
- § 9 Verpflichtung zu regelmäßiger Fortbildung – Gefördert wird die Teilnahme an Praxis-naher, zahnmedizinisch-medizinisch ausgerichteter Fortbildung.

Zur Einhaltung dieser öffentlichen Selbstverpflichtung lassen die Projektteilnehmer sich von ihren Patienten beurteilen.

**Ansprechpartner**  
für alle QSP-Fragen

**Dr. Peter Nachtweh**  
Kaiserdamm 97, 14057 Berlin  
Tel. 030/3023010  
Fax 030/3255610  
Mail [pnachtweh@t-online.de](mailto:pnachtweh@t-online.de)

# 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



**DAS ORIGINAL**

Clinpro™  
Prophy Powder

Systematische Prophylaxe

Überzeugen Sie sich selbst und fordern Sie unter Telefon 0800-2753773 oder info3mespe@mmm.com unsere kostenlose Studienbroschüre an!

**3M ESPE**