

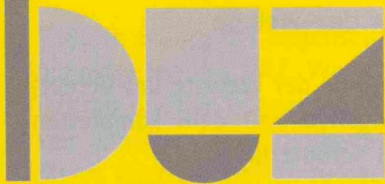


FORUM

29. Jahrgang, September 2010
Von Zahnärzten für Zahnärzte

104

Berlins unabhängige
Zahnärzte e.V.



DAZ-Jahrestagung

in Hohen Neuendorf bei Berlin

24.-26.09.2010

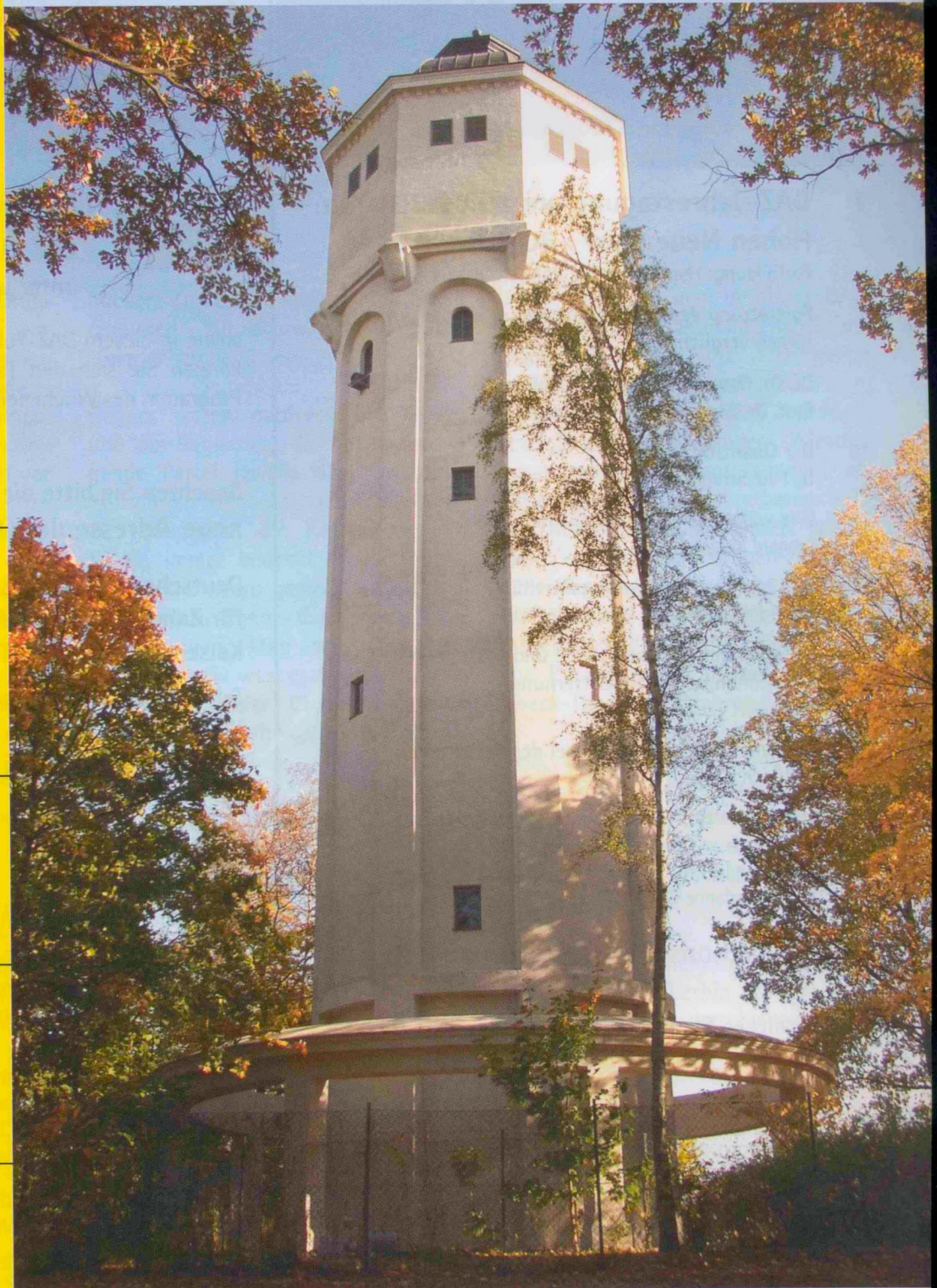
mit Feier „30 Jahre DAZ“

**Fortbildung „Hypnose
– Mittel gegen Stress“**

25.09.2010

**Endo-Kontroverse
geht weiter: nicht Äpfel
mit Birnen vergleichen**

**Richtlinie für Qualitäts-
sicherung verabschiedet:
Cui bono?**



**DAZ – standfest seit 30 Jahren.
Der Verband lädt ein zur Geburtstagsfeier
nach Hohen Neuendorf bei Berlin**

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



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

Inhaltsverzeichnis

DAZ-Forum 104-2010

- 3 Editorial: Blick zurück ohne Zorn
Dr. Hanns-Werner Hey
- 4 Gemeinsamer Bundesausschuss beschließt über
Qualitätssicherung
Dr. Kai Müller
- 6 DGZMK-AK will Ethik zum Thema machen
Dr. Paul Schmitt
- 6 Ethik-Diskussion beim Deutschen Zahnärztetag
Irmgard Berger-Orsag
- 7 **DAZ-Jahrestagung am 25.09.2010 in
Hohen Neuendorf - 30 Jahre DAZ -**
Fortbildung: Hypnose in der Zahnarztpraxis
- 8 Fortsetzung der Endo-Kontroverse: werden Äpfel mit
Birnen verglichen?
Dr. Dr. Osswald an Prof. Dr. Stoll
Prof. Dr. Stoll an Dr. Dr. Osswald
- 10 Der Quantitätszirkel
Dr. Paul Schmitt
- 11 Wie wär's mit einem Kursus in Buyologie?
Irmgard Berger-Orsag
- 11 BVAZ kritisiert Marketingaktivitäten der DGÄZ
BVAZ-Pressemitteilung vom 27.07.2010
- 12 Zeitaufwand der Osteotomie und postoperative Kom-
plikationen nach Zahnentfernung
Dr. Robert Teeuwen
- 14 Atraumatisches Vorgehen bei der Extraktion
Dr. Ulrich Happ
- 15 Leserbrief zum Forum-Beitrag von Prof. Staehle
„Brauchen wir mehr Fach Zahnärzte?“
Dr. Alexander Zill
Dr. Dr. Marianne Grimm, BVAZ

Redaktionsschluss für Forum 105:
30.09.2010

Schicken Sie Ihre Vorschläge und Texte an
kontakt@daz-web.de

Qualitätsmanagement ist jetzt Pflicht.

Kennen Sie das

DAZ-PROJEKT
QUALITÄTSSICHERUNG ?

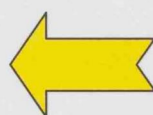
Infos: Dr. Peter Nachtweh
Tel 030/3023010, Fax 030/3255610
Mail pnachtweh@t-online.de



Aus dem Berliner Sumpf:

„Wir sind schlank“

behauptet von sich der Vorstand der KZV Berlin. In Wahrheit sind in den letzten acht Jahren die Verwaltungskostenbeiträge um ca. 20 % gestiegen. Ständig zunehmen, aber die schlanke Linie bewahren – wie man das hinkommt, bleibt wohl das Geheimnis der Berliner KZV-Oberen.



Nähere Informationen
zur DAZ-Jahrestagung
unter www.daz-web.de

sowie in diesem DAZ-Forum. Von der Website des Vereins können Sie sich den Tagungsflyer mit dem kompletten Programm des Wochenendes herunterladen.

Beachten Sie bitte die
neue Adresse der DAZ-Geschäftsstelle

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

Tel. 02241/9722876, Fax 02241/9722879
Handy 0178/8268362

Mail kontakt@daz-web.de, Internet www.daz-web.de

Impressum

Herausgeber/Redaktion/Mediadaten:

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) e.V.
Kaiserstr. 52, 53840 Troisdorf, T. 02241/97228-76,
F. 02241/97228-79, Mail kontakt@daz-web.de,
www.daz-web.de

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

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

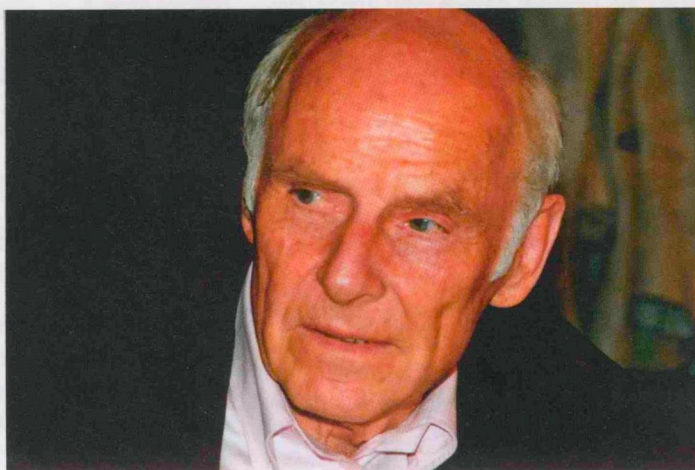
Erscheinungsweise: 4x jährlich, diese Ausgabe: 1.000 Ex.

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

Bildnachweis: www.wikipedia.de, www.g-ba.de, www.tarzahn.de,
www.hentschel-dental.de, Privat

Editorial:

Blick zurück ohne Zorn – dem DAZ zum Dreissigsten!



1980 in Biburg bei Regensburg, Gründungstreffen des DAZ: Wer dabei war, hat nur positive Erinnerungen. Das war kein lärmiges, revolutionschwangeres Sit-in, eher ein Treffen ruhiger sympathischer Kollegen – natürlich auch Kolleginnen – die ein ganzes Bündel von Ideen diskutierten, wie man die Defizite unserer "Standes"-Politik bearbeiten sollte. Denn als Stand, als Zunft empfand sich zumindest die verfasste Zahnärzteschaft – ein Schweigekartell, das keinerlei Kritik duldet.

Weil wir die Dinge beim Namen nannten, waren wir ein Haufen "ehrloser Veräter", "Nestbeschmutzer" – und Sozialisten sowieso, wie alle anderen kritischen Geister jener Zeit. Wir haben aber nichts verraten, was nicht ohnehin bekannt war, wir wollten unser Nest auch nicht beschmutzen sondern ausräumen. Und wir waren im besten Sinn konservativ, weil wir nicht den blinden Ausstieg aus dem System, sondern seine Verbesserung für die Patienten und unsere Arbeit erreichen wollten.

Die Maulhelden unserer Führungsriege ("beste Zahnmedizin der Welt") sollten dazu gebracht werden, die Realitäten zu akzeptieren, bad work als bad work zu erkennen und die notwendigen Konsequenzen zu ziehen. Sich – wie die Schweizer Kollegen – an die Spitze absehbarer Entwicklungen zu setzen, wie der Qualitätssicherung und der Prophylaxe, sie mit zu gestalten statt sie zu ignorieren und sich weg zu

ducken. Zu agieren statt immer nur zu reagieren, zurückzuweisen und die "Gegner" zu behämen.

Gegner waren natürlich die Kassen und die Regierung, die hoffnungstragende Partei jeweils die Opposition. Mit diesen Gegnern partnerschaftlich zu verhandeln, die Karten, die die KZVen immer bedeckt hielten (wenn sie nicht sowieso gezinkt waren), auf den Tisch zu legen – das waren unsere Vorstellungen. Mag sein, dass das zeitweise naiv war, es gab aber Konstellationen realer Chancen, bessere Verträge und leistungsgerechte Vergütungen zu erreichen.

Dass die Gegenseite viele langfristige Konzepte – sie mochten noch so gut und vernünftig sein – in den Schubladen verschwinden ließ, weil damit nicht innerhalb einer Wahlperiode irgendein Loch gestopft werden konnte (es ging ja nie um Strukturverbesserungen), ist ein eigenes trauriges Kapitel eines noch laufenden Dramas.

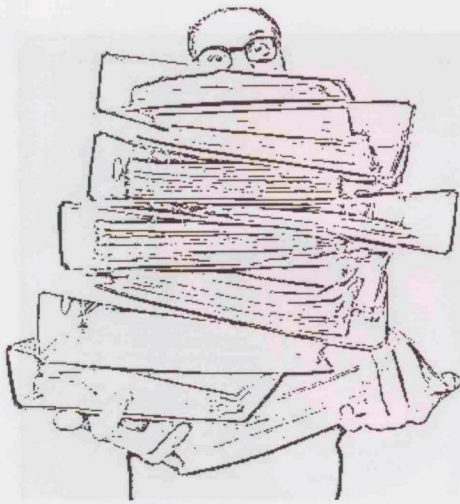
Das Beste am DAZ war für viele das gegenseitige Praxis-Besuchssystem, eine selbst gewählte Pflicht, die Besucher und Besuchtem wertvolle Live-Erfahrungen gebracht haben. Denn das war ja oft das Problem, dass elitäre Fortbildung theorielastiger Hochschullehrer sich nicht am AOK-Patienten realisieren ließ, aber jeder so tat, als ob – Weltmeister eben. Und das scheint sich ja wenig geändert zu haben.

Umso wichtiger und in bester DAZ-Tradition ist die aktuelle Endo-Fragebogen-Aktion des DAZ durchgeführt worden. Denn es geht schließlich nicht darum, was ein Spezialist mit High-tech-Gerät bei beliebigem Privathonorar zustande bringt, sondern wie Zahnerhaltung mit vertretbarem Zeit- und Kostenaufwand realisiert werden kann. Ähnliche Evaluationen zahnärztlicher Praxisrealität, z.B. bei konservierenden oder Paro-Leistungen, scheinen mir ebenso wichtig und könnten manche Patienten vor unsinniger Selbstzweck-Therapie bewahren.

Also, liebe Kolleginnen und Kollegen, an die Arbeit! Es gibt immer noch genug zu tun, erst recht dann, wenn die ratlosen Patienten vor den Praxisschildern mit immer exotischeren "Qualifikationen" stehen.

Dem DAZ ist manches gelungen, manches nicht – immerhin scheint es, als ob wir mit den verschiedenen Vorschlägen, Studien und Beiträgen einem Teil der Kollegenschaft geholfen haben, über den Tellerrand hinaus den Blick für das soziale Umfeld zu erweitern und klar zu machen, dass unseren Ansprüchen an die Gesellschaft selbstverständlich die Ansprüche der Gesellschaft an uns gegenüberstehen – kein geringes Verdienst, wie ich meine.

Ihr Hannes Hey



Sie werden stolz sein, die alten Recken des FVDZ von einst: dreißig Jahre lang ist es ihnen gelungen, bundesweite strukturierte Qualitätssicherung zu verhindern. Jetzt aber schlägt das System zurück – ob das mit Macht geschieht, ist angesichts der Erfahrungen mit der Gesundheitskarte oder der Autobahnmaut allerdings noch lange nicht erwiesen. Es mag sein, dass manch einem der Löfflers, Gutmanns und Sedlmaiers das Lächeln einfriert, wenn sie den Preis bedenken, der jetzt zu zahlen sein wird – aber der Reihe nach:

Richtlinie

nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i.V.m § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung



So kommt es jetzt daher, das Regelungsmonster, das die Kassandras vom Dienst beim DAZ prophezeit haben, immer und immer wieder. ‚Die Strukturen für eine innerberufliche Qualitätssicherung erarbeiten‘, das Heft selber in die Hand nehmen, bevor es andere, Berufsfremde, an unserer Stelle tun – dergleichen entsprang einst den kranken Hirnen dieser Sozialromantiker, Nestbeschmutzer und Spitzel lange vor der Erfindung des IM – und das in Bayern, of all things! Jeder wusste, dass der dahin geleierte Verweis auf die hervorragende Struktur- und Prozessqualität bei der Zahnärzteschaft, den unsere Funktionäre auf Knopfdruck absondern konnten, uns auf Dauer nicht retten würde.

Soweit die Vergangenheitsbewältigung – welches Füllhorn schüttet der ‚gemeinsame Bundesausschuss‘ nun aus, wen trifft's und – cui bono? Dazu ein Blick in die Präambel der RiLi:

„Sie gilt grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten und enthält



Nägel mit Köpfen:

Gemeinsamer Bundesausschuss

beschließt sogenannte Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Dr. Kai Müller, Wörthsee/Obb.

zunächst nur Vorgaben für einrichtungs- und sektorenübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung. Diese haben insbesondere zum Ziel, die Ergebnisqualität zu verbessern, valide und vergleichbare Erkenntnisse über die Versorgungsqualität der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zu gewinnen und damit die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten zu stärken.“

Klingt gut. Bis man anfängt, in Gedanken Organigramme für all das zu entwickeln und dabei im Kopf zu behalten, dass wir in einem föderalen Staat leben.

Die Bewältigung der ‚Maßnahmen der Qualitätssicherung‘ wird ausschließlich in professionellen Händen sein – und damit meine ich nicht die Profis, deren Qualität strukturiert und verbessert werden soll. Da sei Gott vor! Nein – da werden sie wieder fröhliche Urständ feiern, die Institute und Kommissionen mit ihren Juristen, Nationalökonomern, Betriebswirten und Führungskräften des öffentlichen Gesundheitswesens. Vielleicht wird sich noch die eine oder andere Person mit ‚public health‘ Qualifikation dazwischen mogeln können. Ärzte und Zahnärzte kommen jedenfalls eher selten vor: auf Bundesebene gibt es nur eine/n einzigen zahnärztlichen Vertreter/in – eben im ‚Gemeinsamen Bundesausschuss‘.

Hier müsste ich jetzt die verschiedenen Bundes- und Landeseinrichtungen aufzählen, die ‚sektoren- und einrichtungsübergreifend‘ damit befasst sein werden. Nachdem der Beschluss des GBA aber noch vom Gesundheitsministerium genehmigt werden muss, nachdem danach kein Bundesland sich etwas aufs Auge drücken lassen wird, ohne wenigstens den Anschein von Mitbeteiligung erweckt zu haben, warten wir einfach ab, bis das Endergebnis im Bundesanzeiger steht. Ein Vorgeschmack gefällig?

„Der Geltungsbereich umfasst alle Verträge des vierten Kapitels des SGB V mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern ... alle von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Satz 1 für

Patientinnen und Patienten erbrachten, in den themenspezifischen Bestimmungen näher benannten Leistungen.“

Was sind da, im Vergleich dazu, die paar Brummis, die auf unseren Autobahnen erfasst und abgeschöpft werden müssen. Allein der erforderlichen Rechnerleistung wegen kann man die AKW's nicht zumachen.

Die Bundesländer

Da passiert es. Hier leben

- die Landesarbeitsgemeinschaften für sektorenübergreifende Qualitätssicherung (LAG) und von ihnen ggf. beauftragte unabhängige Auswertungsstellen,
- die Träger der Landesarbeitsgemeinschaften: die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV), die Landeskrankenhausgesellschaften (LKG) und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen,
- die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS)

Weil das noch keine ganz klare und sichere Struktur verspricht „sind insbesondere folgende bestehende oder zu gründende Organisationen verpflichtend eingebunden:“

– die Vertragspartner für Maßnahmen nach § 17 Abs. 4, (keine Ahnung welchen Gesetzes; d. Verf.)

– gegebenenfalls das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Übermittlung von Daten gemäß § 21 Abs. 3a KHEntgG auf Anfrage der Institution nach § 137a SGB V.

Ja, Herrschaften, so sieht das aus, wenn der Gesetzgeber die Verwirklichung alter DAZ-Forderungen stellvertretend für die ‚Leistungserbringer‘ in die Hand nimmt. Jetzt hilft auch kein „In die Ecke, Besen, Besen“ mehr. Da wird es eine beträchtliche Menge mehr geliebten Papierkram geben, damit der neue Moloch sein Futter bekommt. Es hilft nichts, hier muss ein Auszug aus der Richtlinie zitiert werden, der sich mit der Tätigkeit der Landesarbeitsgemeinschaften beschäftigt. Es ist beileibe nicht die einzige Ebene des Organigramms, aber man kann sehen, wofür es geht:



Neues g-BA-Gebäude in Berlin:
Hier fallen Entscheidungen zur Versorgung von Millionen
Versicherten und zu den Arbeitsbedingungen von
mehreren Millionen Beschäftigten im Gesundheitswesen

- „1. Beauftragung einer Auswertungsstelle gemäß § 10 mit der Nutzung der von der Bundesauswertungsstelle vorzuhaltenden Daten auf der Grundlage ...
2. Bewertung der Auffälligkeiten, Feststellung der Notwendigkeit und Einleitung qualitätsverbessernder Maßnahmen in Zusammenarbeit mit den Datenannahmestellen nach § 9,
3. Durchführung der qualitätsverbessernden Maßnahmen nach § 17 Abs. 2 („Stellungnahmeverfahren“) und Abs. 3 (Maßnahmestufe 1) bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ...
4. Erstellung und Übermittlung von Qualitätssicherungsergebnisberichten gemäß § 19,
5. Information und Beratung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 25,
6. Förderung des Austausches der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer untereinander über qualitätsverbessernde Maßnahmen,
7. laienverständliche Information der Öffentlichkeit über die Ergebnisse der Maßnahmen der Qualitätssicherung in ihrem Zuständigkeitsbereich sowie deren barrierefreie Darstellung im Internet nach Maßgabe der von der Institution nach § 137a SGB V aufgestellten einheitlichen Grundsätze.“

(Hervorhebungen + Auslassungen durch den Verf.)

Es werden also in Zukunft in den Bundesländern Daten erhoben, ausgewertet, Auffälligkeiten festgestellt und bewertet, abgestufte qualitätsverbessernde Maßnahmen ergriffen, die Leistungserbringer in die Lage versetzt sich – natürlich nach Beratung – über die Qualitätsverbesserung auszutauschen, und es wird die Öffentlichkeit über all das laienverständlich unterrichtet. Wer zahlt die Musik? Das regelt der § 22: „Die Finanzierung der LAG für die Durchführung der landesbezogenen Verfahren

wird in einem Vertrag der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen mit der KV, KZV und LKG geregelt.“

Ein neues – hoffentlich delegierbares – Arbeitsfeld wird es auch noch geben:

„§ 24 Information der Patientinnen und Patienten

1 Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sind verpflichtet, ihre Patientinnen und Patienten etwa anhand von Merkblättern in verständlicher Weise über Zweck und Inhalt des sie betreffenden Qualitätssicherungsverfahrens zu informieren. Dies umfasst eine Information über die zu erhebenden Daten, die erhebenden und verarbeitenden Stellen sowie die Verwendung der Daten und den weiteren Umgang mit ihnen. ...“

Die erforderliche Sachkunde können sich unsere Assistent/innen sicher bald in Wochenendkursen bei den einschlägigen Stellen besorgen.

Der Bund

Wenn mit bundesweiter bindender Wirkung Maßnahmen beschlossen werden, müssen diese sich natürlich auch noch einmal irgendwie auf Bundesebene wiederfinden. Das beschreibe ich hier nicht, es ist genauso geregelt, wie man sich das vorstellt und wird bestimmt alle Seiten zufrieden stellen. Es sprengt – noch – die Vorstellungskraft, welcher Apparat da entstehen wird. Wer in Zukunft etwas ‚mit Zahnmedizin zu tun‘ haben möchte, ohne den Bohrer in die Hand zu nehmen, findet hier ein weiteres Betätigungsfeld. Vielleicht sollte man das bei der „überfälligen Novellierung der Approbationsordnung“ (ceterum censeo!) gleich mit berücksichtigen.

Als einer der verbliebenen DAZ-Veteranen frage ich mich: War es das, was wir meinten, als wir es für nötig erklärten, die Sicherung der Qualität zahnärztlichen Handelns als zahnärztliche Aufgabe zu

verstehen? Oder hatten weiland die FVDZ-Obernen recht, als sie behaupteten, dass Zahnheilkunde und Qualität nichts miteinander zu tun hätten?

Hoffentlich weder das eine noch das andere. Weder überbordende Bürokratie noch Orientierung auf Gewinnmaximierung sind verträglich mit einer guten medizinischen Breitenversorgung. Der DAZ wird weiterhin denen den Rücken stärken, die sich engagieren für ein wissenschaftlich fundiertes, bedarfsentsprechendes und bezahlbares Angebot für die gesamte Bevölkerung.

Bekanntlich ist durch Richtlinien, Gremiensitzungen, Koordinierungstreffen, Qualitätsberichte und Zertifikate noch nie ein Mensch gesund geworden, allenfalls durch die Anstrengungen derer, die sich durch solche Maßnahmen zu besserer Arbeitsweise motivieren ließen. Ist die neue Richtlinie – dies müssen sich die Verantwortlichen im Bundesausschuss und in der übergeordneten Behörde, dem Gesundheitsministerium, fragen – ein geeigneter Motivierungshebel für Ärzte, Zahnärzte, Mitarbeiter stationärer Einrichtungen?

Wenn das aufwändige Gebilde aus Vorschriften und Strukturen aber nicht zu besserer Arbeit motiviert, sondern eher demotiviert und anderweitig benötigte Ressourcen bindet, täten seine Erfinder gut daran, schleunigst etwas Besseres zu entwickeln. Schließlich ist auch bei ihnen Qualitätssicherung angebracht. Die Qualität einer Richtlinie erkennt man nicht an den durch sie erzeugten Berichtsbergen – sondern an ihrer Tauglichkeit zur Herbeiführung besserer medizinischer Ergebnis-Qualität

Dr. Kai Müller, Wörthsee

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.

Meine Adresse/Tel./Fax/Mail

- Ich bestelle ein Abo
- Ich bestelle ein Geschenk-Abo

Bitte an Mail kontakt@daz-web.de
oder Fax 02241/9722879 senden

DGZMK-AK will in vielen zahnmedizinischen Arbeitsfeldern Ethik zum Thema machen

Am 9.7.10 fand in Aachen unter Leitung des Vorsitzenden Prof. Dominik Groß die erste reguläre Arbeitssitzung des im Frühjahr in Frankfurt gegründeten Arbeitskreises Ethik in der DGZMK statt. Zu diesem Zweck hatten sich 16 Kollegen versammelt, welche zunächst ihre persönlichen Gründe zur Mitarbeit in einer kurzen Vorstellungsrunde darlegten. Prof. Groß formulierte das Ziel, dass der Zahnarzt mit Hilfe des AK Ethik zu einem besseren Behandler werden solle. Die Teilnehmer nannten verschiedene Zielsetzungen für ihre zukünftige Mitarbeit in Sachen zahnärztlicher Ethik. Meine Motivation ist – kurz gefasst –, dass ich die derzeitige Situation ändern will, in der der Patient häufig nicht das bekommt, was er braucht, sondern das, was der jeweiligen Praxis (wirtschaftlich) gut tut.

Es bestand weit gehender Konsens über die dargelegten Ziele der Teilnehmer, die ein erfreulich breites Spektrum zukünftiger Arbeitsfelder erwarten lassen. Einige seien hier aufgeführt. Die ethische Begleitung bzw. kritische Kommentierung aktueller fachlicher Fehlentwicklungen soll zum Thema gemacht werden. Daneben ist auch an geschichtliche Aufarbeitung, z.B. der nationalsozialistischen Verstrickungen der Zahnärzteschaft, gedacht. Letzteres, also die Beschäftigung mit der Vergangenheit, kann der AK Ethik allerdings nur in Kooperation mit Historikern realisieren bzw. Impulse in dieser Richtung setzen. Auch die Alters-Zahnmedizin, die ethischen Aspekte der Zahnmedizin innerhalb der Bundeswehr sowie die Schaffung von ethischen Grundlagen schon innerhalb des Studiums der Zahnmedizin wurden als weitere Themenfelder in die Diskussion gebracht.

Am Ende bestand Übereinstimmung in dem gemeinsamen großen Ziel des AK

Ethik, dass es im Rahmen von zahnärztlichen Tagungen oder größeren Seminaren zur Regel werden sollte, einen gesonderten Ethik-Teil – mit konkretem Bezug zum aktuellen Fortbildungsthema – in den Fortbildungsablauf zu integrieren.

Auch die Integration von Ethik-Vorlesungen in das zahnmedizinische Studium wurde als ein konkretes, bald umsetzbares Ziel des AK Ethik gesehen und als erster Arbeits-Auftrag auf die Agenda gesetzt. Dabei regte der Heidelberger Prof. Staehle an, auf die in Aachen in einem Modellprojekt gewonnenen Erfahrungen mit Ethik-Vorlesungen als Teil der studentischen Ausbildung zurückzugreifen. Außerdem solle eine Rubrik mit verschiedenen praxisnahen ethischen Problemstellungen – mit alternativen Betrachtungsweisen und Lösungsansätzen – in den Zahnärztlichen Mitteilungen etabliert werden.

Die erste Arbeitssitzung des AK Ethik endete mit hoffnungsvollen Schlussworten der Teilnehmer und lässt für die Zukunft erwarten, dass das sträflich vernachlässigte Thema zahnärztliche Ethik nun aus seinem Schattendasein befreit wird. Im Rahmen des diesjährigen Frankfurter Zahnärztetages will man am 12.11.2010 zu einer nächsten Sitzung zusammenzukommen, um die weitere „Marschrichtung“ und erste Aufteilungen in Arbeitsgruppen festzulegen. Da der AK allen DGZMK-Mitgliedern offen steht, können in ihm ganz unterschiedliche Erfahrungen und Auffassungen vertreten sein, weshalb zu Beginn vermutlich interne Diskussion zur Klärung von Begriffen und Zielen erforderlich sein wird. Man darf gespannt sein, wie's weitergeht.

Dr. Paul Schmitt, Frankfurt/Main



Thema Ethik beim Deutschen Zahnärztetag in Frankfurt

Bei vielen Veranstaltungen des Zahnärztetages liegt es, auch wenn nicht explizit von Ethik die Rede ist, nahe, die mit dem jeweiligen Spezialthema verbundenen ethischen Fragen zu reflektieren – ob es nun um die Belange besonderer Patientengruppen geht wie Behinderte, Kinder (z.B. Thema Narkosebehandlung), misshandelte Personen oder beispielsweise um die klinische Forschung, die sich nicht per se in eine dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung entsprechende Richtung entwickelt, sondern den Eigeninteressen von Wissenschaftlern, den wirtschaftlichen Interessen von Unternehmen und weiteren Einflüssen unterliegt und bei der medizinethische Betrachtungen dazu dienen könnten, Einseitigkeiten zu erkennen und gegenzusteuern.

Bei einigen Vorträgen, Diskussionen usw. sind ethische Überlegungen nicht nur impliziert, sondern das Hauptthema – nicht zufällig vor allem in der Kombination Ethik und Ästhetik. Die ästhetische Zahnbehandlung mit ihren nicht ganz unfreiwilligen Verbindungen zu Konsum und Kommerz scheint mehr als andere Fachbereiche des Nachweises zu bedürfen, dass ihre Vorgehensweisen mit medizinischer Ethik vereinbar sind. Hierzu stehen mehrere Veranstaltungen auf dem Programm, überwiegend angeboten von Mitgliedern des AK Ethik. Einige seien hier genannt: „Die Zahnarztpraxis als Kosmetikoase? Anmerkungen aus medizinethischer Sicht“ (Groß), „Ästhetische Zahnheilkunde – Dienstleistung oder Notwendigkeit?“ (Bermann), „Ethische Kriterien und Abwägungen bei ästhetischen Behandlungen“ (Karrer), „Konsumdenken im Gesundheitswesen – Auswirkungen auf die Ästhetische Zahnmedizin“ (Sader), „Die Verführung der Ästhetik“ (Ganß), „Heilkunde oder Kundendienst? Die moderne Zahnheilkunde im Umbruch“ (Maio). Für die an der Ethik-Diskussion in der Zahnheilkunde Interessierten dürfte der Zahnärztetag eine Fundgrube werden. Außerdem schon notieren:

Freitag, 12.11.2010, 10,00 Uhr, Frankf.:
nächstes Treffen des AK Ethik
(Weitere Infos: gte-med-sekr@ukaachen.de)

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



Einen Ausflug wert:
Schloss Oranienburg



DAZ-Jahrestagung 24. – 26. September 2010

mit Geburtstagsfeier 30 Jahre DAZ

16540 Hohen Neuendorf bei Berlin, Hotel zum grünen Turm, Oranienburger Str. 58, Tel. 03303/501669

Am Samstag, dem 25.09.2010, 9.30 Uhr bis 12.30 Uhr,
veranstaltet der DAZ im Rahmen der Jahrestagung zusammen mit der IUZB (Initiative Unabhängige Zahnärzte Berlin) mit Zahnärztin Dr. Ute Stein, Berlin, eine Fortbildung zum Thema

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

Zu der Fortbildung sind alle Interessierten herzlich eingeladen. Zahnärzte erhalten Fortbildungspunkte entsprechend den Richtlinien der BZÄK & DGZMK. Im Anschluss folgen die Hauptversammlungen beider Verbände und seitens des DAZ am Nachmittag ein gemeinsames Freizeitangebot (vorgesehen: Fahrt zum Oranienburger Schloss – s.o.). Das Wochenende soll Gelegenheit zum Austausch zwischen alten und neuen Mitgliedern und Freunden des Verbandes und am Abend zum Feiern des 30jährigen DAZ-Jubiläums bieten. Nutzen Sie die Übernachtungsmöglichkeiten im Tagungshotel und melden Sie sich frühzeitig an bei Dr. Peter Nachtweh.

Hypnose ist kein fauler Zauber – ein bisschen Know-How für Praktiker

Wenn DAZler eine Fortbildung veranstalten, soll sie natürlich möglichst „evidence based“ sein. Nur wenige aus der medizinischen Fachwelt wissen, dass die Psychologie und Physiologie der medizinischen Hypnose genauso erforscht werden können wie andere Felder der angewandten Naturwissenschaft. Veränderungen physiologischer Prozesse unter Hypnose und die in der Hypnose etablierten Verfahren können analysiert werden – und neue Techniken können auf wissenschaftlicher Basis erstellt und strukturiert werden.

Die Referentin des Fortbildungsvortrags im Rahmen unserer diesjährigen Jahrestagung, Dr. Ute Stein, niedergelassen in Berlin und



spezialisiert auf Patienten mit besonderen Anforderungen, hat sich in ihrer Dissertation mit Hypnose und ihrer Physiologie auseinandergesetzt. Darüber hinaus hat sie kürzlich ein Buch veröffentlicht, in dem sie zu ihrem Spezialgebiet Kinder-Hypnose gemeinsam mit einem Kinderarzt und einer Psychologin eine umfassende Betrachtung und Beschreibung von Hypnose-Verfahren mit ihren Bezügen zu Medizin und Psychologie bietet.

Der Vortrag wird den Zuhörern Einblick in ein ernsthaftes, medizinisch begründetes Verfahren zum Nutzen von Patient, Behandler und Team geben. Auf diese Weise kann der Stress aller an der Behandlung Beteiligten auf verschiedenen Ebenen

deutlich reduziert werden. Am Ende hat der Zahnarzt vermutlich das Meiste davon.

Endodontie in der Praxis: erste Ergebnisse der DAZ-Umfrage

Im Anschluss an die Fortbildung können hoffentlich Ergebnisse der vom DAZ durchgeführten Befragung präsentiert werden. Gerade Brandenburger Zahnärzte/innen haben sich verstärkt beteiligt.

Alle weiteren Informationen zur Tagung und den Tagungs-Flyer gibt es im Internet www.daz-web.de und hier:

Anmeldung und Infos:

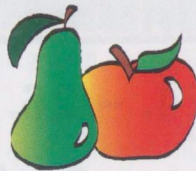
Dr. Peter Nachtweh
Kaiserdamm 97, 14057 Berlin
T. 030/3023010, F. 030/3255610
Mail pnachtweh@t-online.de

Sorgfältige Bewertung der wissenschaftlichen Evidenz ist erforderlich – werden „Äpfel mit Birnen verglichen“?

Fortsetzung der Kontroverse zwischen Prof. Dr. Stoll und Dr. Dr. Osswald – Vorbemerkung der Redaktion:

Nachdem sich Prof. Dr. Richard Stoll von der Universität Marburg und der niedergelassene Zahnarzt Dr. Dr. Rüdiger Osswald aus München bereits in früheren Foren kontrovers über übliche und weniger übliche Methoden der endodontischen Behandlung auseinandergesetzt haben, folgt nunmehr eine kritische Anmerkung Osswalds zum letzten Beitrag von Prof. Stoll in Forum 103 (S. 12-14), auf die der Marburger Hochschullehrer im Anschluss reagiert.

Osswald kritisiert insbesondere, dass Stoll die Ergebnisse von zwei völlig unterschiedlich angelegten Studien vergleicht. In einem Fall ging es um die Erfolgsraten post-endodontischer Ver- als auch andere Komplikationen, die nichts mit der Die andere Arbeit registrierte dagegen lediglich en- kürzeren Zeitraum. Auf diesen speziellen Punkt, der ist, geht das Reaktionsschreiben nicht inhaltlich ein. als auch auf der fachlich-emotionalen Ebene noch



sorgungen, wobei sowohl endodontische Komplikationen endodontischen Behandlung zu tun haben, erfasst wurden. dodontische Misserfolge – und dies über einen wesentlich vor allem eine Kritik an der wissenschaftlichen Methodik Deutlich wird allerdings, dass sowohl auf der fachlichen, Aufarbeitungsbedarf besteht.

Ab Forum 105 möchten wir anstelle des Schlagabtausches zwischen den beiden Autoren eine thematisch aufgeteilte Diskussion über Vorschläge zur Verbesserung des Vorgehens in der endodontischen Behandlung beginnen. Dazu bitten wir auch alle übrigen endo-inter- essierten Zahnärzte um rege Beteiligung. Das erste Thema soll die MECHANISCHE AUFBEREITUNG sein. Zur Anregung möge die folgen- de unvollständige Stichwortliste dienen: Maschinelle und manuelle Aufbereitung, vollrotierend oder oszillierend, individualisierte In- strumente, Aufbereitungslumina, Aufbereitungstiefe, Fraktursicherheit, Revisionen, Ultraschall.

OSSWALD AN STOLL

Sehr geehrter Herr Kollege Stoll,

indem Sie meine These „Das aktuell gelehrte Endodontie-Protokoll ist gescheitert“ mit der Überschrift „Das aktuell gelehrte Endodontie-Protokoll ist ein weltweit anerkannter Therapiestandard“ beantworten, bestätigen Sie, dass das Problem nicht auf Deutschland beschränkt ist. International wird dieses Scheitern von führenden Endodontologen ja auch seit 2002 eingeräumt. Vor diesem Hintergrund freue ich mich, dass Sie mir zustimmen, dass die Ergebnisse, die dieser Therapiestandard zeitigt, über alle Maßen unbefriedigend sind („grotten- schlecht“). Das impliziert, dass das zugrun- de liegende Behandlungsprotokoll im Sinne des Fortschritts in der Zahnerhaltung dring- lich verändert werden muss. Denn wer nichts verändert, wird auch nichts verbessern. Ich halte das für eine tragfähige Basis, auf der man notwendige Maßnahmen gemein- sam reflektieren und diskutieren kann.

Ehe wir damit beginnen, will ich noch eine Anmerkung zu Ihren Ausführungen machen. Sie vergleichen eine Studie aus Ihrer Abteilung an der Universität Marburg mit der Dissertation der Kollegin Speich, die auf der Basis von Daten von Patienten aus unserer Gemeinschaftspraxis erstellt wurde:

Grundsätzlich ist zu sagen, dass jeweils nur erfolgreich behandelte Zähne untersucht

werden. Es werden nämlich nur die Zähne in endodontologische Studien aufgenommen, die zumindest das Stadium der Wurzelfül- lung erreicht haben. Alle anderen, die auf dem Wege dorthin primär reseziert oder ext- rahiert werden – und das sind ja nicht weni- ge –, fallen aus der Untersuchung heraus. Würde man alle Zähne aufnehmen, wären die Ergebnisse also noch einmal sehr deut- lich schlechter, als es die wissenschaftlichen Untersuchungen vermuten lassen. Im Ver- gleich beider Studien wird das deutlich: 5,3 % aller Zähne Ihrer Untersuchungsgru- pe wurden primär reseziert und nicht in der Studie berücksichtigt. In der Speichschen Dissertation war diese Zahl mit 5,8 % etwa gleich hoch, die Zähne wurden jedoch in die Studie aufgenommen.

Erfolg oder Misserfolg von Wurzelkanalbe- handlungen waren allerdings in der Speichschen Dissertation im Gegensatz zur Studie an Ihrer Hochschule nicht das zen- trale Thema. Die Arbeit beschäftigte sich vielmehr hauptsächlich mit Erfolg und Misserfolg postendodontischer Versorgun- gen. In der Folge beruht Ihre Behauptung einer mit Ihrer Abteilung vergleichbaren Verlustrate auf einem fundamentalen Irr- tum: Das Kaplan-Meier Diagramm von Seite 86 aus der Speichschen Dissertation, das Sie im Ergebnis mit dem Misserfolgs- Diagramm aus Ihrer Zahnverlust-Studie gleichsetzen, bezieht sich ohne jeden Zweifel nicht auf die Überlebensrate von Zähnen, sondern auf das Eintreten einer

jeglichen Komplikation nach endodonti- scher Behandlung und postendodonti- scher Versorgung, von röntgenologischen Veränderungen ohne Beschwerden (Abbil- dung 36, Seite 72) bis zum Zahnverlust (Abbildung 42, Seite 78). Komplikationen sind jedoch häufig beherrschbar und füh- ren nicht zwangsläufig zu den in Ihrer Studie definierten Verlustkriterien Extrak- tion, Wurzelspitzenresektion, Hemisektion oder Revision. Das hätte Ihnen bei einem Vergleich der Zahnverlustraten eigentlich auffallen müssen: In Ihrer Studie betrug die Verlustrate 11,94 %, in der Dissertation der Kollegin Speich – unter den von Ihnen als Verlust definierten Kriterien – lediglich 6,2 % bei einer allgemeinen Komplika- tionsrate von 14,3 % (N = 104).

Obwohl der Beobachtungszeitraum mit 69 Monaten mehr als doppelt so lang war, war die Verlustrate im Patientengut unserer Gemeinschaftspraxis somit lediglich halb so hoch wie die in der Studie aus Ihrer Abtei- lung. Das kann doch gar nicht deckungs- gleiche Kurven ergeben. Das besagte Kap- lan-Meier Diagramm der Speichschen Dis- sertation zeigt vielmehr den Zeitpunkt des Eintritts einer jeglichen Komplikation an ei- nem endodontisch behandelten und post- endodontisch versorgtem Zahn von leichten Irritationen bis zum Zahnverlust (Seite 86, N = 104). Die Bildunterschrift unter der Speichschen Grafik haben Sie in Ihrem Artikel Ihrem Irrtum eigenmächtig angepasst und unautorisiert von „Komplikationsfrei-

heitsrate mit Beherdung als Einflussgröße" in „Überlebenskurven von Wurzelkanalfüllungen ..." umbenannt.

Zu berücksichtigen ist fürderhin, dass sich der Untersuchungszeitraum der Speichschen Dissertation über einen Zeitraum von 1987 (Jahr der Praxisgründung) bis 2003 erstreckt. Anfangs haben wir natürlich zunächst auch noch in vielen Fällen nach der zurzeit gültigen Lehrmeinung behandelt. Mein jetziges, streng am jeweiligen klinischen und röntgenologischen Bild ausgerichtetes konsequentes Behandlungsprotokoll wurde erst während dieses Zeitraums entwickelt. Nicht zuletzt mit Blick auf die in der Dissertation der Kollegin Speich beschriebenen und in meinen Augen noch deutlich zu hohen Komplikations- und Verlustraten wurde das Protokoll immer wieder kritisch überprüft und verbessert. Die in der Dissertation veröffentlichten Zahlen spiegeln also nicht den aktuellen Stand der Dinge wieder. So erweisen sich beispielsweise Wurzelspitzenresektionen an von uns selbst wurzelkanalbehandelten Zähnen inzwischen als praktisch nicht mehr notwendig.

Natürlich haben Sie Recht, dass die Vielzahl der von uns vorgelegten, für eine Wald- und Wiesenpraxis anerkannt beeindruckenden klinischen Fälle im streng wissenschaftlichen Sinne keine beweisende Bedeutung hat. Trotz alledem belegt sie zusammen mit dem ungewöhnlich hohen Prozentsatz an initial röntgenologisch auffälligen Zähnen in der Speichschen Dissertation, dass wir die Indikation zum Zahnerhalt ungewöhnlich weit stellen (Abbildungen 1 und 2). Veröffentlichen Sie doch genau wie wir die Bilder aller Zähne aus Ihrer Studie mit relevanter apikaler Ostitis und die entsprechende Kontrollaufnahme mit röntgenologisch vollständiger knochendichter Ausheilung im Internet. Dann kann jeder vergleichen und sich selbst ein Bild über die unterschiedliche zahnerhaltende Indikationsstellung und die Leistungsfähigkeit unserer jeweiligen Behandlungsprotokolle machen. Das ist doch heutzutage technisch kein Problem mehr.

Sie scheinen trotz alledem nicht unzufrieden mit den von Ihrer Abteilung vorgelegten Ergebnissen. Denn sonst würden Sie genau wie ich anstatt zu polemisieren ernsthafte Überlegungen anstellen, wie man das zur Zeit gelehrte Protokoll verändern könnte, um allen Zahnärzten und in der Folge allen Patienten eine Perspektive auf eine voraussagbare Verbesserung des

Behandlungserfolgs bei gleichzeitiger Erweiterung der Indikationsstellung zum endodontischen Zahnerhalt zu eröffnen. Dass es verändert werden muss, steht doch außerhalb jeden Zweifels. Diese überfällige Anstrengung kann ich über den langen Zeitraum von beinahe 25 Jahren, den ich überblicke, jedoch an keiner deutschen Hochschule erkennen. Und gerade daran



Abbildung 1: Ausgangssituation eines Falles unseres Ausbildungsassistenten: Klinisch schmerzhafte Exazerbation bei Zustand nach Wurzelkanalbehandlung vor vielen Jahren und ausgeprägter apikaler Ostitis im August 2007

müssten doch die Abteilungen für Zahnerhaltung besonders interessiert sein, da es ihrem gesellschaftlichen Auftrag entspricht: Von der Hochschule wird erwartet,



Abbildung 2: Verlaufskontrolle nach Revision und prothetischer Neuversorgung im Mai 2010 bei klinischer Beschwerdefreiheit u. nahezu abgeschlossener röntgenologisch knochendichter Ausheilung

dass sie die realen Versorgungsdefizite erkennt und Strategien zu ihrer Überwindung entwickelt. Immerhin gründen sich Implantologie und Prothetik in weiten Bereichen auf das Scheitern endodontisch-zahnerhaltender Bemühungen und begründen so unzählige Extraktionen von irrtümlich als nicht erhaltungswürdig eingestuftem Zähnen.

Wenn wir die Ergebnisse unseres bisherigen Diskurses zusammenfassen, ergibt sich folgendes Bild:

- 1) Die Hochschule dogmatisiert die Anwendung konzentrierter Hypochlorid-Lösungen, obwohl diese
 - extrem zytotoxisch sind,
 - nicht einmal alle bakteriell infizierten Bereiche penetrieren dürfen, weil sie in hohem Maße mit dem Risiko erheblicher, teilweise irreversibler und im besonders schweren Fall sogar lebensbedrohlicher Nebenwirkungen belastet sind,
 - vom Bundesamt für Arzneimittel mit einer Kontraindikation bei offenem Foramen apikale belegt sind, was weder klinisch noch röntgenologisch abgegrenzt werden kann, und
 - die organischen Bestandteile aus dem Dentin herauslösen, wodurch der Zahn spröde und fraktur anfällig wird.
- 2) Die Hochschule dogmatisiert die Anwendung von Ca(OH)_2 als medikamentöse Langzeiteinlage,

- weil es angeblich biokompatibel und nicht zytotoxisch ist,
- und bezeichnet es im Widerspruch dazu dennoch als Desinfektionsmittel,
- obwohl klinisch bedeutende endodontitisrelevante Bakterien vollständig resistent gegen seine Anwendung sind, und
- obwohl nichts anderes in der Endodontie mit höherer wissenschaftlicher Evidenz belegt ist, als dass Ca(OH)_2 als alleiniges Langzeitdesinfektionsmittel ein für die Behandlung der bakteriellen Endodontitis viel zu milde wirkendes Antiseptikum ist.

Macht das in Ihren Augen medizinisch Sinn? Es tut mir leid, aber ich kann beim besten Willen keinen erkennen. Schließlich sind auf den ersten Blick gleich mehrere Widersprüche offensichtlich. Kein Wunder also, dass die Behandlungsergebnisse sich nicht verbessert haben, seit die Wissenschaft in der strikten Befolgung dieser Dogmen verharrt.

Überrascht war ich darüber, wie wenig eingehend Sie sich im Detail mit meinem Behandlungsprotokoll beschäftigt zu haben scheinen. Sie fokussieren ausschließlich auf ChKM, das einen sehr breiten Raum in Ihrer Antwort einnimmt, obwohl ich es in meiner Einlassung nicht ein einziges Mal erwähnt hatte. Das wäre in diesem Stadium einer strukturierten, um Wahrheitsfindung bemühten Diskussion auch verfrüht. Zunächst muss - wie international bereits geschehen - auch in Deutschland eingesehen werden, dass man das aktuell gelehrte Protokoll zum

Wohle aller Patienten dringlich verändern muss. Anschließend sollte auf hohem Niveau darüber diskutiert werden, was in den Bereichen mechanische Aufbereitung, Desinfektion und Obturation mit guter Aussicht auf Erfolg sinnvoll verändert werden kann. Und in einem letzten Schritt ist zu überlegen, mit welchen mechanischen Mitteln und vom Bundesamt für Arzneimittel zugelassenen Medikamenten die zu erwartenden positiven Ergebnisse dieser Diskussion erfolgreich umgesetzt werden können.

Mit kollegialen Grüßen
Dr. Dr. Rüdiger Osswald, München
www.tarzahn.de

STOLL AN OSSWALD **Reaktion auf den vorstehenden Beitrag**

Hallo Herr Dr. Dr. Osswald,

besten Dank für die nette Replik. Natürlich sind wissenschaftliche Studien in ihrer Durchführung stets abhängig von einer Fragestellung und ich habe schon verstanden, dass diese bei Frau Speich geringfügig anders war. Hier sollte u.a. „der präendodontische Zustand des Periapex in die Überprüfung der Erfolgsbewertung einbezogen.“ (Speich 2003, S. 31) werden, was in der Grafik recht gut zu unserem Pendant passte. Ob als Erfolgskriterium nun ein hartes (röntgenologischer Befund) oder ein mehr oder weniger weiches (Zahn in Funktion, keine Komplikation) angesetzt wird, spielt eine nur geringe Rolle. Hierbei sollte aber überlegt werden, welche Überlebenschance und welche Eingriffsmöglichkeiten ein wurzelgefüllter Zahn bei Eintritt einer Komplikation hat. „Die häufigste Folge einer Komplikation bei der Betrachtung der 498 endodontisch behandelten Zähne war mit 1% die Extraktion, gefolgt von der WSR mit 0,8%.“ (Speich 2003, S. 73). Ich denke daher, dass die Überlebenskurven durchaus bei Berücksichtigung dieser Ausgangsfaktoren verglichen werden können. Um auf unsere Ergebnisse zurückzukommen, kann ich ebenfalls anführen, dass die untersuchten Füllungen mit dem Protokoll von 1990 und 1991 durchgeführt wurden, wir haben hier alle Füllungen untersucht und dies beinhaltet auch die schlechten Risiken. Ich fasse daher zusammen, dass auch Sie eine Misserfolgsquote nach endodontischen Behandlungen haben und ich stimme Ihnen insofern zu, dass dieser Umstand uns alle nach Verbesserungen in der Behandlungsweise suchen lässt. Sie fassen zusammen und kritisieren die An-

wendung von Hypochlorit und die Verwendung von Calciumhydroxid. Hierzu wurden von mir bereits genügend Argumente präsentiert und ich sehe nicht, dass Ihre neuerlichen Einlassungen hier einen Fortschritt in der Diskussionslage bringen. Ich freue mich aber, dass Sie in Ihrer Ausführung nicht mehr auf das ChKM abheben.

Ich darf den aktuellen Stand der Diskussion dahingehend zusammenfassen:

1. Zusammen mit meinen Kollegen aus der Universität Marburg haben wir hier detailliert dargelegt, wie wir derzeit behandeln und was internationaler Standard ist.
2. Sie haben diese Darlegung lediglich kritisiert, ohne bessere Alternativen aufzuzeigen.
3. Wir haben auf Ihre Angriffe detailliert geantwortet, die hier gebrachten Argumente wurden von Ihnen nicht wiederlegt, sondern in Ihrer Antwort haben Sie lediglich Ihre Kritikpunkte gebetsmühlenartig wiederholt.

Das von Ihnen „streng am jeweiligen klinischen und röntgenologischen Bild ausgerichtete(s) konsequente(s) Behandlungsprotokoll“ (Osswald 2010) haben Sie in den letzten Jahren nirgendwo klar veröffentlicht. Ich fordere Sie daher hier und jetzt auf, legen Sie endlich detailliert auf den Tisch, was Sie besser können als tausende wissenschaftlich orientierte Endodontologen weltweit, damit eine zielführende Diskussion überhaupt stattfinden kann. Also erzählen Sie uns bitte, wie Sie Ihre Kanäle lokalisieren, wie Sie diese reinigen und desinfizieren und wie und wann Sie Ihre Kanäle füllen. Sie werden in diesem Forum sicherlich die Gelegenheit hierzu bekommen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen,
Prof. Dr. Richard Stoll, Marburg
stoll@mail.uni-marburg.de

Häusliche Gewalt – ein Thema auch für Zahnärzte

Zahnmediziner können einen Beitrag zur Bekämpfung von Kindesmisshandlung und anderen Formen von Gewaltanwendung leisten, indem sie verstärkt auf verdächtige Symptome achten und diese dokumentieren. Auf eine hessische Initiative hin wurde ein Dokumentationsbogen entwickelt, der u.a. über www.bzaek.de geladen werden kann. Fortbildung dazu gibt's beim Zahnärztetag in Frankfurt 12/13.11.10.

Der Quantitätszirkel

Zunächst existierte nur ein „Zahnärztestammtisch“, zu dem sich einige befreundete Kollegen unregelmäßig einfanden. Dann wurde mehr daraus: Ich besuchte auf Anraten und unter Finanzierung der hessischen Kammer dann mehrere lehrreiche „Moderatoren-Schulungen“. Über 10 Jahre lang beschäftigte sich der daraus entstandene „Qualitätszirkel“ einmal im Monat (außerhalb der Ferienzeiten) mit fachlicher, praxisnaher Fortbildung (neue Verfahren, Fachartikel, Tricks, Geräte, spezielle Techniken wie Matrizesysteme, Endoprotokolle, Abformungsmaterialien) oder auch mit den „Geheimnissen“ des Praxishandbuches, unserer Vorschriftensammlung. Und dies lange, bevor Qualitätsmanagement für Zahnärzte Thema wurde.

Das „Praxishandbuch“ der Hessischen Kammer / KZV wurde einmal von vorne bis hinten durchgeackert: Gefahrstofflisten erarbeitet und verteilt, Arbeitsabläufe besprochen und Arbeitsanweisungen für die Helferinnen formuliert, Hygienemaßnahmen diskutiert, Sterilisatoren bewertet, kurz, sinnvolle Arbeit zur Verbesserung der Praxisführung geleistet. Zwar immer in einer recht lockeren Atmosphäre, aber immer mit klarem Thema und etwas Struktur. Ganz normale, sinnvolle und praktisch umsetzbare Qualitätszirkelthemen eben, die uns fachlich weitergebracht und auch das Zusammengehörigkeitsgefühl gestärkt haben. Viele Teilnehmer sagten mir, sie würden sich auf diese Sitzungen freuen, man fühle sich nicht mehr allein gelassen, man teile die gleichen Sorgen, und das tue einfach gut. Diese Treffen nahmen einigen die Angst vor den unüberschaubaren Vorschriften, vor dem ganzen „Praxishandbuch“ und den Dokumentationsvorschriften, nach denen wir alle arbeiten müssen.

Nach 10 Jahren beendete ich meine Moderatorentätigkeit, aus Zeitgründen. Der Qualitätszirkel wurde in jüngere Hände gelegt. Die neuen Themen waren dann für mich doch eine große Überraschung, eine unerwartete, aber wohl „zeitgemäße“ Strategiewende: Nun stehen das administrative Praxismanagement und Themen wie „Controlling“ und „Marketing“ im Vordergrund.

Zudem lese ich Anzeigen in der örtlichen Tageszeitung, in denen einzelne Mitglieder des Qualitätszirkels interessierte Laien zu Informationsveranstaltungen über Implantologie und Laserzahnmedizin einladen. Dabei arbeitet man mit der mir bis dato

unbekannten „DGMZ“, der „Deutschen Gesellschaft für moderne Zahnmedizin“, zusammen. Offenbar hat diese Gruppierung trotz der Namenswahl nichts mit der DGZMK zu tun und wird von dieser sehr kritisch gesehen. Es steht nicht länger die Frage im Mittelpunkt, auch des Qualitätszirkels, wie man die Patienten gut, effektiv und bedarfsgerecht versorgt, und das im bestehenden System der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Nein, es geht um Gewinnmaximierung auf Kosten des Patienten, um Umsatz- und Renditeziele. Es geht um Marketing und Verkaufstraining. Das ist der gänzlich neue Geist, der nach meinem Weggang eingezogen ist. Thema der nächsten Sitzung ist laut Rundmail: „Die O1 – das unterschätzte Controllinginstrument.“ Untertitel: „Wie Sie die Wertschöpfung Ihrer Patientenfälle deutlich steigern können“. Die Referentin bekommt für eine Stunde Vortrag 360 Euro Honorar. Nicht schlecht. Nicht mehr bedarfsorientierte Versorgung ist die Motivation, sondern „Umsatzgenerierung“ im professionellen Stil der Unternehmer, der Kaufleute, der Banker.

Was ist das für ein ärztliches Berufsverständnis geworden? Diese Frage kann ich, nach 25 Jahren in der Praxis und nach 10 Jahren Qualitätszirkelarbeit, die mich immer wieder in der Freude an meinem zahnärztlichen Beruf bestärkt hat, nicht ohne Emotionen stellen. Der „Freie Verband“ bot kürzlich sechs (!) verschiedene Fortbildungen (verschiedener Referenten) zum Thema GOZ-Auslegung an. Fachliche Themen? Fehlanzeige. Geht es nicht mehr um Medizin – sondern nur noch ums Verkaufen? Geht es nicht mehr um Qualität der Patientenversorgung, sondern um die Quantität der Umsätze?

Dann mögen sie sich ohne mich treffen – in ihrem „Quantitätszirkel“.

Dr. Paul Schmitt, Frankfurt/Main

Wie wär's mit einem Kursus in Buyologie?

Um es gleich vorweg zu nehmen: Hier geht es nicht um einen Tipp-Fehler und um die Auffrischung Ihrer Biologie-Kenntnisse. Die von Dr. Schmitt im voraus gehenden Beitrag beschriebene Konzentration auf Marketing-Themen ist bei vielen Fortbildungsveranstaltungen und ebenso bei vielen Zeitschriften nicht mehr zu übersehen.

Dabei wird oftmals offen ausgesprochen, dass bestimmte fachliche Angebote vor allem dazu dienen „Liquidität, Umsatz und Rentabilität der Praxis zu sichern“ und sich durch Privatleistungen einen Vorsprung“ zu „erarbeiten“. In entsprechenden Kursen können Zahnärzte und Teammitarbeiter lernen, wie sie „das Gespräch ums liebe Geld“ am geschicktesten angehen. Das neue Gebiet, auf dem man sich als Zahnarzt offensichtlich dringend qualifizieren sollte und wofür es Fortbildungspunkte nach den Richtlinien der DGZMK und BZÄK gibt (!), hat bereits einen eigenen Namen. So findet sich z.B. in Seminaren für Kieferorthopäden das Unterkapitel „Buyologie: Wie der Kieferorthopäde seine Leistung ‚ethisch verkaufen‘ kann.“ Übrigens lernt man auch, wie man „neue und einzigartige Patientenerlebnisse ‚komponieren‘“ kann. Krankheiten behandeln war gestern – heute steht das Verkaufen von Erlebnissen auf dem Programm (Beispiele aus ZWP Juni 2010, S. 64ff, und aus dem Seminarprogramm 2010 von Dr. Hans Seeholzer). Sind solche Tendenzen beschränkt auf rein kommerzielle Anbieter oder haben sie bereits die Fachblätter und die wissenschaftlichen Gesellschaften erreicht? Dazu eine Pressemeldung des Berufsverbandes der Allgemeinzahnärzte (BVAZ).

Irmgard Berger-Orsag, Troisdorf

BVAZ kritisiert DGÄZ: Wer sich in Gefahr gibt, kommt darin um

27.07.2010 – Im Mai dieses Jahres hat die Deutsche Gesellschaft für Ästhetische Zahnheilkunde (DGÄZ) eine Kooperation mit der BestPrax GmbH (München) geschlossen, um die „bisher betont fachliche Ausrichtung um ein hochspannendes Angebot zum Thema Praxismanagement zu ergänzen.“ Das ist ein großer Schritt in der Entwicklung einer zahnmedizinischen Fachgesellschaft hin zu einer Marketingorganisation.

„Vor einer weiter zunehmenden Kommerzialisierung der Zahnheilkunde, die unkalulierbare Risiken für die Einigkeit und Einheit des Berufsstandes birgt, warnen wir seit langem“, so der Vizepräsident des Berufsverbandes der Allgemeinzahnärzte in Deutschland (BVAZ), Dr. Roland Kaden. „Spätestens jetzt sollte es für jeden gewählten Vertreter, der sich den Interessen der Allgemeinzahnärzte verpflichtet fühlt, erkennbar sein, welchen Schaden die Mesalliance zwischen der Bundeszahnärzte-

kammer und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zur Implementierung eines modularen Weiterbildungssystems mit dem Ziel weiterer Fachzahnarzttrichtungen und Spezialisierungen bereits angerichtet hat“.

Diese enge Kooperation zwischen der DGÄZ und einer Marketinggesellschaft werde Nachahmer finden, warnt Kaden: Zuerst werde ein künstlicher Bedarf erzeugt, in dem man eine durch nichts belegte Wissensexplosion im zahnärztlichen Bereich behauptet. Anschließend werde dieser Bedarf durch kostenintensive Fort- und Weiterbildungen im Rahmen von Curricula und nebenberuflicher modularer Weiterbildung befriedigt. Schlussendlich sollen diese ohne Not und künstlich geschaffenen Spezialisten – natürlich auch wieder gegen Geld und Sitzfleisch – mit dem angeblich zur Amortisation ihrer Fortbildung notwendigen Marketingwissen versorgt werden.

„Allein zu diesem Zweck ist die Initiative ‚Gemeinsam besser werden‘ von DGÄZ und BestPrax gegründet worden“ so Kaden weiter. „Ziel ist es, mit dem lediglich werbewirksam behaupteten Alleinstellungsmerkmal ‚Ästhetik‘, eigene finanzielle Ziele der Betreiber zu verwirklichen und eine Selektion solventer Patienten zu Lasten aller Allgemeinzahnärzte zu forcieren.“

So fordert der DGÄZ-Vizepräsident Dr. Siegfried Marquardt auf der Homepage der DGÄZ unverblümt „...wirtschaftlich gesunde Rahmenbedingungen...“ für seine Klientel zu schaffen. „Es geht also nicht, wie es dem Selbstverständnis und Anspruch einer Fachgesellschaft entspricht, um Medizin“, stellt der BVAZ-Vizepräsident und Heider Allgemeinzahnarzt Kaden nüchtern fest, „es geht allein um Geld!“ Die von Professor Georg Meyer (Greifswald) wiederholte Warnung, der zahnärztliche Berufsstand laufe durch eine falsche Gewichtung von Therapiemaßnahmen Gefahr, mittelfristig aus der universitären Medizin entlassen zu werden, sei bei der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und ihren Fachgesellschaften offensichtlich ohne Wirkung geblieben.

„Der BVAZ,“ so Kaden abschließend, „ruft alle zahnärztlichen Verbände und Körperschaften auf, sich gemeinsam, aktiv und nachhaltig gegen diese für alle Allgemeinzahnärzte schädlichen Entwicklungen zur Wehr zu setzen!“

(Der BVAZ bezieht sich auf eine Pressemeldung der DGÄZ vom 02.05.2010)

Zeitaufwand der Osteotomie und postoperative Komplikationen nach Zahntfernung

Dr. Robert Teeuwen, Geilenkirchen

Alveolitis und Nachblutung sind zu nennen als wesentliche postoperative Komplikationen nach Zahnextraktion. Diesbezügliche Studien gelangen zu unterschiedlichen Ergebnissen, was z.T. darauf zurückzuführen ist, dass Alveolitis und Wundheilungsstörung nicht einheitlich definiert sind. Behandlungsbedürftige Blutungen/Nachblutungen können schon intraoperativ oder erst später postoperativ eintreten. Wundschmerzen und Nachblutungen, die auf Befragung der Patienten verzeichnet werden, sind nicht objektivierbar.

Indizes: Wundheilungsstörung, Alveolitis, Zeitaufwand Osteotomie (Ost)

Literatur

Nkenke [1] berichtete aufgrund einer Literaturstudie von 1,6% postoperativen Wundinfektionen nach Zahnextraktion. Buch et al. [2] gaben die Inzidenz einer Alveolitis nach Routine-Extraktion mit 3-4% und nach Weisheitszahn-Osteotomie mit 1-45% an. Nach einer DGZMK-Stellungnahme [3] umfasst die Häufigkeit einer Alveolitis ein Spektrum von 0,5-30%, die einer Wundinfektion nach operativer Weisheitszahn-Entfernung von 1,5-5,8%. Klammt et al. [4] untersuchten in ihrer prospektiven Studie Art und Häufigkeit von Heilungsstörungen nach Zahntfernung. Nach unkomplizierter Extraktion (n=3943) lag die Alveolitisrate bei 7%, nach komplizierter Zahntfernung ohne verlagerte Zähne (n=386) bei 18%. Die am meisten von Heilungsstörungen betroffenen Zähne waren die unteren Molaren, während die oberen Molaren nur halb so oft betroffen waren. Frauen litten häufiger an einer Alveolitis als Männer. Mit Zunahme der Eingriffsdauer wuchs das Risiko einer Alveolitis. Bei einer Dauer von <5 Minuten (88,5% aller Extraktionen) betrug das Alveolitis-Risiko 6,9%. Bei einer Dauer zwischen 15 und 30 Minuten stieg das Risiko auf 21,5% [5].

Eine Relation Extraktionsdauer / Alveolishäufigkeit wird selten hergestellt. Insbesondere mangelt es auch an der Vergleichbarkeit von Zeitmessungen. Selbst die von den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und von der Zahnärzteschaft (Institut der deutschen Zahnärzte = IDZ) veranlassten Zeitstudien beruhen auf unterschiedlichen

Modalitäten der Zeiterfassung. Diese beziehen sich auf Rüstzeiten (pauschal, durchschnittlich), eingriffbezogenes Gespräch mit dem Patienten, Dokumentation, Assistenzzeiten. Beispielhaft werden diese Studien in Tabelle 1 aufgeführt.

	IFH 1984 [6]	IDZ 1990 [7]	IDZ 2002 [8]	IFH 2002 [9]
X1	2,33	-	-	1,9
X2	3,11	9,09	6,68	3,32
X3	8,90	-	-	7,54
Ost1	13,03	32,93	23,64	12,34
Ost2	-	34,96	-	14,51

Tab.1 Behandlungszeiten nach vier Studien

Material und Methode

Dieser Studie liegen die Extraktionsmassnahmen zugrunde, die im Zeitraum 10/1989 bis 9/1991 vom Autor persönlich vorgenommen wurden. Die Osteotomien waren als Zeitmess-Studie mit Erfassung der Komplikationen prospektiv konzipiert. Die übrigen Zahntfernungen wurden retrospektiv erfasst. Entsprechend den Abrechnungsmodalitäten der GKV wurden die Extraktionen differenziert nach glatten Zahntfernungen (X1, X2), Entfernung tief frakturierter Zähne ohne Aufklappung (X3), operative Zahntfernung nicht-retinierter, nicht-verlagertes Zähne (Ost1) und operative Zahntfernung retinierter resp. verlagertes Zähne (Ost2). Die Osteotomien wurden in der Regel mittels autoklavierter Turbine und Hartmetallbohrer mit verlängertem Schaft und Rundkopf (Komet H1 316 014), in seltenen Fällen mittels Micromotor ausgeführt. Die Bohrer kühlung erfolgte über das Wasser der Behandlungseinheit.

Als Wundheilungsstörungen wurden nicht nur „dry-socket“-Fälle erfasst, sondern auch Wundschmerzfälle ohne Koagulumzerfall. Fragliche Wundheilungsstörungen wurden den sicheren Wundheilungsstörungen zugeordnet.

Die Ost-Behandlungszeiten wurden vom Behandler persönlich genommen. Die Zeitnahme beschränkte sich auf die rein operative Tätigkeit und setzte somit ein beim Ansetzen des Skalpells. Sie wurde beendet mit der letzten Naht. Die Schnittführung wurde bei der Ost1 in 60,8% der Fälle als Winkelschnitt gestaltet, in den anderen Fällen als Trapezschnitt. Nach allen Osteotomien und der Reihenzahnextraktion erfolgte eine sparsame Nahtversorgung. Ein mit Chlumsky-Lösung getränkter oder mit Jodoform beschickter Streifen wurde nach der Ost2 entzündeter unterer Weisheitszähne eingelegt. Aufbisstopfer wurden nie appliziert. Nach allen Extraktionsmassnahmen wurden die Patienten mit Schmerztabletten versorgt.

Ergebnisse

1789 Extraktionsmassnahmen wurden erfasst. Diese beinhalteten 1412 (78,9%) glatte Extraktionen (X1, X2), 36 Extraktionen tief frakturierter Zähne (X3), 304 Zahntfernungen durch Osteotomie (Ost1) und 36 Entfernungen verlagertes Zähne (Ost2) – s. Tabelle 2. Im Rahmen des retrospektiven Anteils der Studie wurden bei den glatten Extraktionen nur die Molaren-Fälle anhand der Patienten-Tagesbücher herausgesucht. Von den 531 ausgewiesenen Molaren-Extraktionen waren nach 20 Jahren noch 388 Karteikarten (73%) vorhanden. In diesen waren 18 Wundheilungsstörungen (4,6%) dokumentiert, unter denen die Unterkiefer-Molaren relativ doppelt so häufig vertreten waren wie die Oberkiefer-Molaren – 6,47% vs. 3,21%. Von den 18 Fällen wurden allerdings 5 als fraglich eingestuft, davon 2 wegen Schmerzen aufgrund eines Sequesters. Von den 36 X3-Fällen konnte in 27 Fällen der postoperative Verlauf anhand der Karteikarten nachverfolgt werden. In 5 Fällen fand sich eine Alveolitis (18,5%) – darunter 1 Fall fraglich. Die Ost1 kam während des Untersuchungszeitraumes 304 mal zur Anwendung. Die Behandlerzeiten wurden 208 mal an Einzelzähnen genommen und an weiteren 53 Zähnen, die 25 mal zu zweit nebeneinander standen und einmal zu dritt. Bei den 304 Fällen handelte es sich zu 62,8% um Molaren. 50% der Ost1-Patienten waren bis zu 38 Jahre alt., <30 Jahre waren 30,3%, 30-49 Jahre 37%, 50 Jahre und älter 32,7%. 55,7% waren

männlichen Geschlechts. Unter den 208 Ost1 einzelner Zähne reichte in 110 Fällen 1 Naht zum Wundverschluss. Der mittlere Zeitaufwand für die Ost1 eines einzelnen Zahnes betrug 6:28 Minuten (50% < 6 Min, min 2:00, max 21:40). Im Oberkiefer (n=105) lag der Durchschnitt bei 6:06 Minuten, im Unterkiefer (n=103) bei 6:50 Minuten. Die durchschnittlich längste Ost1-Zeit wurde im Oberkiefer mit 7:15 Minuten bei den Zähnen 17/27 gemessen, im Unterkiefer mit 9:25 Minuten bei den Zähnen 38/48. Die kürzeste Ost1-Zeit wurde bei den Oberkiefer-Frontzähnen mit 4:15 Minuten realisiert. Die Ost1 der 36/46 und 37/47 wurde durchschnittlich in 6:24 Minuten erbracht.

Bezogen auf den Einzelzahn wurde bei der Osteotomie benachbarter Zähne ein Serieneffekt mit einer Zeitersparnis von ca. einem Drittel erzielt, da der durchschnittliche Zeitaufwand hier bei 4:22 Minuten lag. Den 304 Ost1-Fällen folgten 13 Wundheilungsstörungen (4,3%) – darunter 10 bei den 115 Unterkiefer-Molaren (8,7%) und 2 bei den 76 Oberkiefer-Molaren (2,6%). Die 13 aufgeführten Wundheilungsstörungen beinhalteten 3 fragliche Fälle, von denen 1 Fall auf einem zu entfernenden Sequester beruhte. Den Fällen mit Wundheilungsstörung war eine verlängerte Behandlungszeit von durchschnittlich 9:50 Minuten vorausgegangen. Von den 36 bekundeten Ost2-Fällen entfielen 29 auf die unteren Weisheitszähne mit 8 Wundheilungsstörungen (27,6%) – darunter 1 fraglicher Fall. In 26 Fällen der 29 Ost2 (<30 Jahre 69%) wurde die Zeit gestoppt. Der durchschnittliche Zeitaufwand betrug 10:24 Minuten (50% < 8:15; min 4:00; max 32:00). Während die durchschnittliche Ost2-Zeit ohne spätere Alveolitis 9:09 Minuten betragen hatte, wurden für die Ost2 der unteren Weisheitszähne mit der Folge einer Alveolitis 13:15 Minuten benötigt. Zu den insgesamt 44 Alveolitis-Fällen steuerte das weibliche Geschlecht 54,5% (n=24) bei. Der Anteil des weiblichen Geschlechtes an den Extraktionen betrug 53%.

Bei und nach X3 und Ost2 traten keinerlei Blutungen auf. Bezüglich der Ost1 war intraoperativ und postoperativ jeweils eine Blutung zu stillen. Bei den Molaren-Extraktionen musste 3mal eine Blutung während des Eingriffs gestillt werden. Zu 5 weiteren Blutungen kam es postoperativ. Patientenangaben über etwaige Nachblutungen wurden nicht verzeichnet. Es ergaben sich somit bei den 764 Ost1, Ost2, X3 und Molaren-Extraktionen 10 zu stillende Blutungen (1,3%).

Diskussion

Ein Nachteil der vorliegenden Studie ist ihre Zweiteilung in einen prospektiven und retrospektiven Teil. Der prospektive Teil war verbunden mit einer Zeitmessung der Osteotomien. Da diese Zeitmessungen sich nur auf den rein operativen Eingriff des Behandlers bezogen, lassen sich diese nicht vergleichen mit den Zeitmessungen des IFH [6, 9] und IDZ [7, 8]. Naheliegender ist, dass die kürzeste Ost1-Zeit mit 4:15 Minuten bei den oberen Frontzähnen realisiert wurde, die längste mit 9:25 Minuten bei den unteren Weisheitszähnen. Durchschnittlich dauerten die einfachen Osteotomien im Unterkiefer mit 6:50 Minuten länger als im Oberkiefer mit 6:06 Minuten. Längere Osteotomie-Zeiten bedeuteten häufiger Wundheilungsstörungen. Die 13 Ost1-Fälle mit Alveolitis-Folge hatten im Mittel 9:50 Minuten gedauert, die 8 Ost2-Fälle unterer 8er mit späterer Alveolitis im Mittel 13:15 Minuten. Demgegenüber waren für die Ost2 ohne Alveolitis 9:09 Minuten aufgewandt worden.

Es konnte somit die Aussage von Klammt und Schubert [5] bestätigt werden, dass eine verlängerte Eingriffsdauer einhergeht mit einem erhöhten Alveolitis-Risiko. Masuck und Klammt [10] wiesen nach längerer Extraktionsdauer eine erhöhte fibrinolytische Aktivität des Blutes in der Alveole nach. Wie Klammt et al. [4] stellte auch diese Studie fest, dass Wundheilungsstörungen im Unterkiefer doppelt so häufig auftraten wie im Oberkiefer. Bei Betrachtung aller Extraktionsmaßnahmen ließ sich im Gegensatz zu Klammt et al. eine höhere Alveolitis-Frequenz des weiblichen Geschlechtes nicht nachweisen.

Retrospektiv wurden die X3-Fälle und die glatten Molaren-Extraktionen hinsichtlich ihrer Komplikationsrate untersucht. Während die Alveolitis nach einer X3 in 18,5% der Fälle auftrat und damit in fast identischer Höhe wie die 18% von Klammt et al. nach komplizierter Zahnextraktion, lagen die Wundheilungsstörungen nach unkomplizierter Molaren-Extraktion mit 4,6% in ähnlicher Höhe wie nach Ost1 mit 4,3%. Die beobachtete Blutungs-/Nachblutungs-Frequenz lag mit 1,3% höher als die 0,5%, die von Klammt und Schubert [5] angegeben wurden.

Zusammenfassung

Die Extraktionstätigkeit eines 2-jährigen Zeitraumes wurde hinsichtlich der Wundheilungsstörungen analysiert – Osteotomien prospektiv in Verbindung mit Zeitmessungen, die übrigen Extraktionen retrospektiv.

Die Osteotomie nicht-retinierter Zähne (n=304) zog 4,3% (n=13) Wundheilungsstörungen nach sich. Die Unterkiefer-Osteotomien waren mit 8,7% deutlich häufiger von einer Alveolitis betroffen als Oberkiefer-Osteotomien mit 2,6%. Es war eine Korrelation zwischen durchschnittlicher Alveolitis-Häufigkeit und verlängerter Eingriffszeit nachzuweisen. Nach unkomplizierter Molaren-Extraktion trat eine Alveolitis im Unterkiefer doppelt so häufig ein wie im Oberkiefer (6,47% vs. 3,21%).

Für die Praxis

Die Empfehlung kann ausgesprochen werden, auf eine X3 zugunsten einer Ost1 möglichst zu verzichten, welche wegen der besseren Sicht auf Os und Zahn das Gewebe weniger traumatisiert mit der Folge geringerer Wundheilungsstörungen. Eine Ost2 unterer Weisheitszähne sollte aufgrund der relativ hohen Komplikationstendenz besser erfahrenen Fachkollegen überlassen werden.

Literatur

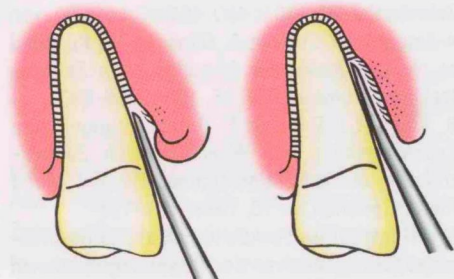
- 1 Nkenke E: Systemische Antibiotikaprophylaxe gegen postoperative Wundinfektionen, Zahnärztl Mitt 98, 2008: 30-38
- 2 Buch RSR, Walter C, Moralis A, Reichert TE: Dolor post extractionem – Die lokale Therapie der Alveolitis mit medikamentösen Einlagen, Dtsch Zahnärztl Z 60, 2005: 275-280
- 3 DGZMK Stellungnahme: Indikationen zur operativen Weisheitszahnentfernung, Dtsch Zahnärztl Z 56, 2001: 450-451
- 4 Klammt J, Gänsicke A, Gänsicke W, Kunkel J et al.: Das Risiko der Alveolitis nach Zahnextraktion, Stomatol DDR 35, 1985: 586-593
- 5 Klammt J, Schubert F: Untersuchungen zum Zusammenhang von Alveolitis nach Zahnextraktion und Extraktionstrauma, Dtsch Z Mund Kiefer GesichtsChir 10, 1986: 135-137
- 6 IFH Institut für Funktionsanalyse und Hospitalprojektierung, Analyse der Bewertungsrelationen zahnärztl. Gebührenordnungen, im Auftrag des Bundesmin. für Arbeit und Sozialordnung, 1984
- 7 IDZ Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg), Materialienreihe Band 7, Essmat M, Micheelis W, Renneberg: Aspekte zahnärztl. Leistungsbewertung aus arbeitswissenschaftlicher Sicht, Dtsch Ärzte-Verl., Köln, 1990
- 8 IDZ Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg), Materialienreihe Band 27; Micheelis W, Meyer VP: Arbeitswissenschaftliche Beanspruchungsmuster zahnärztlicher Dienstleistungen (BAZ-II), Dtsch Ärzte-Verl., Köln, 2002
- 9 IFH Institut für Funktionsanalyse im Gesundheitswesen. Dokumentation Nr. 670, Im Auftrag der Spitzenverbände der Krankenkassen: Arbeitswissenschaftliche Messung des Zeitbedarfs bei der Erbringung zahnärztlicher Leistungen. Jan. 2002
- 10 Masuck R, Klammt J: Zur Rolle der Fibrinolyse bei der Pathogenese der Alveolitis nach Zahnextraktion, Dtsch Stomatol 41, 1991: 295-296

Die Zeit ist nicht alles – Plädoyer für ein atraumatisches Vorgehen bei der Extraktion

Dr. Ulrich Happ, Hamburg

Zeit ist zwar ein sehr wichtiger Faktor bei der Wundheilungsstörung nach einer Zahntrennung, wie viele Studien und die Ergebnisse des vorstehenden Artikels zeigen. Es gibt aber auch andere Faktoren wie das atraumatische Vorgehen, die sich nicht so einfach mit der Stoppuhr belegen lassen. Nach 36jähriger Praxiserfahrung und zahlreichen, bis 3 Monate langen zahnärztlichen Einsätzen in der 3. Welt möchte ich insbesondere jungen Kollegen darstellen, was ich an Erfahrungen zusammengesammelt habe und dass diese durchaus von dem in der Universität Gelernten abweichen. Einen Evidenznachweis kann ich nicht erbringen – aber vielleicht decken meine Erfahrungen sich mit denen anderer Kollegen und haben sich in geringer Komplikationsrate bestätigt.

Wichtigster Faktor für eine ungestörte Wundheilung und bestmöglichen Erhalt von Gewebe ist für mich ein atraumatisches Vorgehen. Zur Einleitung der Extraktion löse ich vorsichtig mit dem Luxator,



einem aus dem Periotom weiterentwickelten schwedischen Spezialinstrument, schneidend den Zahnfleischsaum und dringe vorsichtig-rotierend die Sharpey'schen Fasern durchtrennend mit geringem Druck langsam immer tiefer in den Periodontalspalt. Allein dadurch werden einwurzelige Zähne, auch obere Weisheitszähne, oft so gelockert, dass sie „wie von alleine“ aus der Alveole treten bzw. von der Assistentin mit der Absaugkanüle entfernt werden. Anderenfalls können sie nach Lockerung wie mehrwurzelige Zähne bei Schonung der knöchernen Alveole durch vorsichtiges Hebeln mit dem üblichen Hebel oder leichte Rotationsbewegungen mit herkömmlichen Zangen entfernt werden.

Sollten mehrwurzelige Zähne doch größeren Widerstand bieten, liegt es in der Regel an der anatomischen Situation, und ich trenne zur Vermeidung einer Fraktur die Wurzeln, leite also eine X3 ein:

Nach der Abtrennung der Zahnkrone mit Turbine und Diamant wird zur Wurzeltrennung unbedingt die langsame Lindemannfräse mit Wasserkühlung und das blaue oder grüne Winkelstück eingesetzt – dann weitere Lockerung mit dem Luxator, und heraus sind die Wurzeln.

Sollte dennoch ein Zahn abgebrochen sein oder schon bei Behandlungsbeginn ein Wurzelrest in einer unübersichtlichen Alveole liegen, also eine Ost(eotomie) nötig sein, so fräse ich nach Säuberung des Operationsfeldes mit dem scharfen

Löffel mit einem sterilen großen Rosenbohrer durch die Alveole den Alveolarknochen soweit ab, bis stabile Wurzelsubstanz erreicht und ein Periodontalspalt sichtbar wird. Es folgt wie oben vorsichtiges rotierendes Eindringen mit einem feinen Luxator, und das Fragment bewegt sich heraus. Der häufiger dargestellte Trick, einen Wurzelrest mit einer in den Kanal eingeschraubten größeren Hedström-Feile zu entfernen, hat in der Regel nicht geklappt, aber die Feile dient gut zur Orientierung und als Griff, um einen gelockerten Wurzelrest heraus zu heben. In der Regel kann die ganze Op durch die Alveole durchgeführt werden. Der Winkelschnitt, die Aufklappung und die Naht werden überflüssig und die Wunde wird für mindestens eine Stunde wie bei den anderen Extraktionen

HE HENTSCHEL DE DENTAL online



Luxatoren

und den Katalog 2010/2011 mit zahlreichen weiteren Geräten und Materialien finden Sie im Online-Shop

www.hentschel-dental.de

Hentschel-Dental e.K.

Waidplatzstr. 22, 79331 Teningen

Tel.: 07663/9393-0, Fax: 07663/9393-33

nach leichter manueller Kompression der Alveole mit einem Aufbisstupfer bei eindringlicher Instruktion¹ von dem Patienten geschlossen und in der Regel primär heilen.

Ein Auskratzen der Alveole erfolgt nur bei begründetem Verdacht (Rö-Bild, Op-Situation), auch kommen in der Regel keinerlei Medikamente oder Streifen in die Wunde, denn neben nicht evidenten Heilungsverbesserungen führen sie nur zu Wundheilungsverzögerungen. Auch verschreibe ich keine Antibiotika. Auf Wunsch (und zur Beruhigung) des Patienten gibt es ein paar Analgetika.

Wie Dr. Teeuwen im vorstehenden Beitrag schreibt: Die Ost2 unterer Weisheitszähne sollte zur Schonung des Patienten dem spezialisierten Fachkollegen überlassen werden – doch das ist bei Einsätzen in der 3. Welt oft nicht möglich. Hier gilt es, besonders atraumatisch vorzugehen, möglichst wenig mit der Hitze und verkeimte Pressluft abgebenden Turbine arbeiten, sondern sich vorsichtig und langsam mit Lindemannfräse und/oder großem Rosenbohrer vorarbeiten, um den Zahn bei hinreichender Freilegung und ggf. Zerteilung vorsichtig mit dem Luxator zu lockern und mit herkömmlichem Hebel zu entfernen, denn

Zeit ist nicht alles.

¹ Statt Patienten nach einem operativen Eingriff mit Informationen zu überschütten, instruiere ich sie nachdrücklich, den Aufbisstupfer mindestens 1 Std. auf der Wunde zu lassen, und gebe einen 2. eingeschweißten Tupfer und schriftliche Ratschläge mit.

Brauchen wir in der Zahnmedizin mehr Fachzahnärzte?

Leserreaktionen zum Beitrag von Prof. Staehle, Universität Heidelberg, in Forum 103, S. 4-6: „Mehr Fachzahnärzte – fachliche, politische oder rechtliche Debatte?“

Brief von Dr. Alexander Zill, niedergelassener Zahnarzt in Pfaffenhofen

Der Diskussionsbeitrag von Prof. Staehle ist für mich mehr als ärgerlich. Immerhin stelle ich mir zunehmend die Frage, welche Qualität meine universitäre Ausbildung zum Zahnarzt noch hat, wenn ausgerechnet ein Vertreter des Lehrkörpers die These wagt, dass Teilbereiche der Zahnheilkunde dringend eine Zusatzbezeichnung verdient hätten. Der Umkehrschluss kann nur bedeuten, dass der approbierte und in Deutschland ausgebildete Zahnarzt wohl besser die Finger von seinen Patienten lässt und eigentlich nur noch eine Arbeitsvermittlungsstelle für den jeweiligen Spezialisten betreibt.

Ich ärgere mich auch darüber, dass ausgerechnet der Lehrkörper, der mir im Studium das Wissen hätte vermitteln sollen, über die derzeit angebotenen Curricula versucht, sich seinen Lebensabend trefflich zu vergolden. Die Erfahrungen in der Praxis mit der Ausbildung von Assistenz Zahnärzten zeigen leider auch, dass die Tendenz zunimmt, in der universitären Ausbildung nicht mehr die Lehrinhalte der gesamten Zahnheilkunde zu vermitteln. Ich halte dies schon für kritisch, wenn es um Implantologie und Kieferorthopädie geht, aber es kann nicht angehen, dass Studenten in ihrer gesamten Ausbildung keinen einzigen Zahn mehr ziehen müssen. Wenn also Kollege Staehle die Kommerzialisierung angreift (und dies auch in meinen Augen zu Recht), dann muss er auch vor seiner eigenen Türe kehren.

Darüber hinaus sollte man sich hüten, die blühende Spezialisierungswut weiter voran zu treiben: Es wäre ein Pyrrhussieg der Zahnheilkunde, wenn die gesetzlichen Krankenkassen sich die Forderung zu eigen machten, dass nur der Spezialist auf dem jeweiligen Gebiet die Kassenleistung erbringen dürfte – mithin wäre dies wohl die Motivationsbremse schlechthin, sich für teures Geld zu qualifizieren, um dann auf niedriger Honorarbasis behandeln zu dürfen.

Ich verwehre mich dagegen, mein Praxis-konzept verschulen zu lassen. Ich bin selbstständig und niedergelassen, um meine Schwerpunkte frei zu definieren. Wir haben die Therapiefreiheit und lange Zeit darauf verwendet, deren Grundzüge in ei-

nem langen und anspruchsvollen Studium zu lernen. Es muss auch zukünftig der Anspruch bleiben, mit einem Studium der Zahnheilkunde eine gute und umfassende Basis zu haben, um der gesamten Zahnheilkunde gerecht zu werden. Prof. Staehle tut sich leicht, bar jeglichen Realitätsbezuges auf seinem Professorenstuhl zu sitzen und über die Zukunft der Zahnmedizin zu schwadronieren. Gerade die Kliniken zeigen doch, wohin diese Spezialisierungswut führt: Der Patient wird mit seinem Problemen von Arzt zu Arzt geschoben, mithin fehlt aber das Konzept eines Generalisten, der die Fäden in der Hand hält und den Überblick hat. Bei allem Respekt vor der fachlichen Kompetenz von Prof. Staehle graut mir vor der Umsetzung seiner Ideen.

Freundliche Grüße – Dr. Alexander Zill
alexanderzill01@aol.com

Brief von Dr. Dr. Marianne Grimm, niedergelassene Zahnärztin in Bonn

Professor Staehle erwähnt in seiner Argumentation „Pro Fachzahnarzt“ den Berufsverband der Allgemeinzahnärzte in Deutschland (BVAZ) und zitiert aus seinen Verlautbarungen. Als Präsidentin des BVAZ möchte ich, um offensichtlich bestehende Missverständnisse aufzuklären, dazu die folgende Stellungnahme abgeben:

Genauso wenig wie es sinnvoll ist, innerhalb einer Diskussion bruchstückhaft Satz-teile aus ihrem Zusammenhang zu reißen, um sie als Beleg für eigene Zwecke zu verwenden, genauso unsinnig ist es, die Zahnheilkunde der gesamten Medizin auf gleicher Augenhöhe gegenüberzustellen. Denn Zahnheilkunde ist lediglich ein kleiner Fachbereich innerhalb der Medizin und daher auch nur mit einem solchen zu vergleichen. Wir alle sind bereits Spezialisten. Spezialisten für Zahnheilkunde. Beschränken wir uns also in der Diskussion über die Einführung weiterer Fachzahnärzte auf den Vergleich mit der Augen- oder der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. Das präzisiert und vereinfacht das Problem gleichermaßen und zeigt auf den ersten Blick, wie entbehrlich die Forderung der Hochschule nach weiteren Fachzahnärzten für die Versorgung breiter Bevölkerungskreise ist.

Gleichzeitig wird Professor Staehles Hauptargument widerlegt, der schwer erkrankte Allgemeinzahnarzt, würde ja auch einen Teilgebiets-Facharzt bemühen, da es den Facharzt für Tinnitus oder für Linsentrübung schlicht und einfach nicht gibt.

Anders sieht es aus, wenn man die grundlegende Problematik mit Blick auf das berechnete Interesse der Hochschulen betrachtet, den Assistenten eine Perspektive bieten und sie langfristig binden zu wollen, um dadurch nicht zuletzt die Ausbildung der Studierenden zu verbessern, was vom BVAZ ausdrücklich als dringend erforderlich gewünscht und unterstützt wird. Nicht jeder kann schließlich Professor werden. Hier ist die Position des BVAZ genauso eindeutig wie versöhnlich kompromissbereit: Wir haben nichts gegen (weitere) Fachzahnärzte, sondern fordern lediglich, dass sie sich so weiterbilden und im Berufsalltag verhalten, wie es sich für Fachzahnärzte gehört, will heißen, dass sie sich mindestens vierjährig und vollberuflich an einer Hochschule weiterbilden müssen und nach ihrer Niederlassung ausschließlich in ihrem Fachbereich und nur auf Überweisung durch einen Allgemeinzahnarzt tätig werden können.

Ganz ähnlich verhält es sich mit der von Professor Staehle am Beispiel Psychosomatik neu eingeführten Forderung nach Zusatzbezeichnungen. Warum sollte der BVAZ etwas dagegen haben, dass ein Allgemeinzahnarzt innerhalb seiner Fortbildung an der Hochschule die Zusatzbezeichnung „Psychosomatische Zahnmedizin“ erwirbt? Genau das Gegenteil ist vielmehr der Fall. Denn es ist ja gerade der BVAZ, der seit seinem Bestehen nachgerade gebetsmühlenhaft fordert, hochschul- und kammerseitig endlich die erforderlichen Anstrengungen zu unternehmen, das Berufsbild „Zahnarzt“ weiterzuentwickeln: „Allgemeinzahnarzt mit Zusatzbezeichnung Psychosomatik“? Wo ist das Problem? „Facharzt für Zahnheilkunde“ geht ja aufgrund der veralteten Approbationsordnung leider (noch) nicht. Ein lohnendes Ziel ist dieser Facharzt genauso wie die Erneuerung der Approbationsordnung in diesem Sinne allemal!

Dr. Dr. Marianne Grimm
Präsidentin BVAZ



Bad Reichenhaller



Unsere Alpen. Unser Salz.

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

www.bad-reichenhaller.de

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

