



DAZ und BVAZ
 rufen auf zur
 Beschreibung
 breitentauglicher
 Endodontie

Kontroverse um den
 Fachzahnarzt für
 Allg. Zahnheilkunde

Alte neue GOZ:
 Zahnziehen ab
 3,94 Euro?

Bürgerversicherung:
 das Konzept aus
 grüner Sicht

Minimalinvasive
 Füllungen:
 Tipps und Tricks

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

ZKZ 8845



Endodontie

im Spagat zwischen

- Wissenschaft und Empirie
- Hightech und Handarbeit
- Marketing und sozialem Anspruch



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

Forum für Zahnheilkunde 107-2011

- 02 Inhalt Impressum Bildnachweis
03 Editorial von Prof. Dr. Giovanni Maio
- 04 GOZ-Novelle: DAZ-Stellungnahme zum Referenten-Entwurf 2011
04 GOZ-Novelle: Endlich Gerechtigkeit von Dr. Kai Müller
05 GOZ-Novelle: Milchpreis und GOZ von Dr. Paul Schmitt
05 Terminankündigung: DAZ-IUZB-Jahrestagung am 08.10.2011 in Berlin
06 Einladung an qualitätsorientierte Kollegen/innen von Dr. Celina Schätze
06 Breitentaugliche Füllungstherapie – DAZ-VDZM-Pressemeldung
07 Die Bürgerversicherung aus grüner Sicht von MdL Kordula Schulz-Asche
09 Aufruf zur Beschreibung einer breitentauglichen Endo-Behandlung von DAZ und BVAZ
10 Endo: Obturation von Dr. Paul Schmitt
13 Endo: Ergebnisse zur Obturation aus der DAZ-Endo-Umfrage 2010
14 Dem Stress als Zahnarzt aktiv begegnen von Manfred Just
15 Eine Praxisanzeige, die es in sich hat von Irmgard Berger-Orsag
16 Zahnbehandlung vor mehr als 200 Jahren
17 Kleiner Pieks mit großer Wirkung – Rezension von Dr. Hanns Werner Hey
17 Projekt Qualitätssicherung startet neue Befragungsrunde von Dr. Peter Nachtweh
- BVAZ-Teil
- 19 Der „Fachzahnarzt für Allgemeine Zahnheilkunde“ als trojanisches Pferd von Dr. Dr. Marianne Grimm
20 Plädoyer für umfassendes Weiterbildungskonzept von Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle
22 Replik zu Staehle: Vergleich von Äpfeln und Birnen von Dr. Dr. Rüdiger Osswald
23 Tarifverträge und Bezahlung – Serie „Praxis-Zukunft: qualifiziertes Personal“
24 Landenbergers Tipps für minimalinvasive Zahnerhaltung von Dr. Roland Kaden
26 Endo: Obturation – mit desinfizierendem Sealer von Dr. Dr. Rüdiger Osswald
28 Gemeinsames Mitteilungsblatt, aber unterschiedliche Meinungen – Stellungnahme des BVAZ-Vorstandes
29 Alte neue GOZ – das Ende der Praxis? von Dr. Michael Loewener
30 Ohne Moos nix los – Abrechnungstipps zur Wundversorgung von Dr. Jürgen Simonis

Impressum

Herausgeber/Redaktion/Mediadaten:

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) e.V.

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

Berufsverband der Allgemeinzahnärzte (BVAZ) e.V.

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

Beteiligt am „Forum“ sind auch Berlins unabhängige Zahnärzte (BUZ) e.V.

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

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

Erscheinungsweise / Auflage: 4x jährlich, 1.100 Ex.

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

Bildnachweis: Karsten Mentzendorff (Cover), www.mdorff.de; Prof. Dr. Giovanni Maio/Uni Freiburg; www.treibgut.twoday.net; Prof. Dr. Michael Noack/Uni Köln; Dr. Christine Ehrhardt; BVAZ-Archiv (mit frdl. Unterstützung der NWD Nordost, Braunschweig); Brendan-Schmittmann-Stiftung; Andreas Haesler/Dentalmuseum Zschadraß; Prof. Dr. Dr. Hans-Jörg Staehle/Uni Heidelberg; Zahnärzteblatt Baden-Württemberg; BVAZ-Archiv; Dr. Dr. Rüdiger Osswald, www.tarzahn.de; Dr. Michael Loewener/ZfN; Vera Orsag



Aus dem Berliner Sandkasten

Wir haben unsere Dauer-Rubrik "Aus dem Berliner Sumpf" umbenannt. Der alte Titel wurde von denjenigen, deren Handlungen unter dieser Überschrift dargestellt und kommentiert worden sind, als unangemessen aggressiv kritisiert.

Der Leser möge selber entscheiden, ob das Dargestellte einem Sumpf, einem Sandkasten oder vielleicht beidem zuzuordnen ist.

Dr. Helmut Dohmeier de Haan

Warum Deutschlands Reiche immer reicher werden ...

Weil, so SPIEGEL-Autor Christian Rickens, vorwiegend Arbeit besteuert wird, nicht aber Vermögen. Zwischen 1999 und 2009 sank der Anteil der Erwerbseinkommen am Gesamteinkommen in Deutschland von 70% auf 61%, entsprechend stieg der Anteil der Kapitaleinkünfte. Diese Tendenz hält an. Je niedriger Kapitaleinkünfte besteuert werden, desto mehr wachsen sie dank Verzinsung und Spekulation, so dass sich ihr Anteil am BIP weiter erhöht. Durch Erbschaften wird die ungleiche Verteilung verstärkt (1% der Kinder erben 25% der Vermögenswerte und zahlen darauf kaum Steuern). Bei Einkommen durch Arbeit ist dagegen der Fiskus in weit höherem Maß beteiligt. Rickens hält es für möglich, dass bereits in 10 Jahren die Arbeitseinkommen weniger als die Hälfte des gesamten Volkseinkommens ausmachen. Die zunehmende Schieflage tangiert auch die Finanzierung des Gesundheitswesens, da sowohl beim jetzigen System lohnbasierter GKV-Beiträge als auch bei einem Kopfpauschalmodell mit Steuerausgleich einseitig die Arbeitenden belastet werden. (SPIEGEL, 11.04.2011)

Redaktionsschluss für Forum 108:

30. Juni 2011

Editorial

Die Zahnmedizin braucht eine neue Nachdenklichkeit

Sehr geehrte Leserinnen und Leser!

Es ist kein Zufall, dass wir gerade in diesen Zeiten immer wieder Rufe nach einer Ethik der Zahnheilkunde hören.

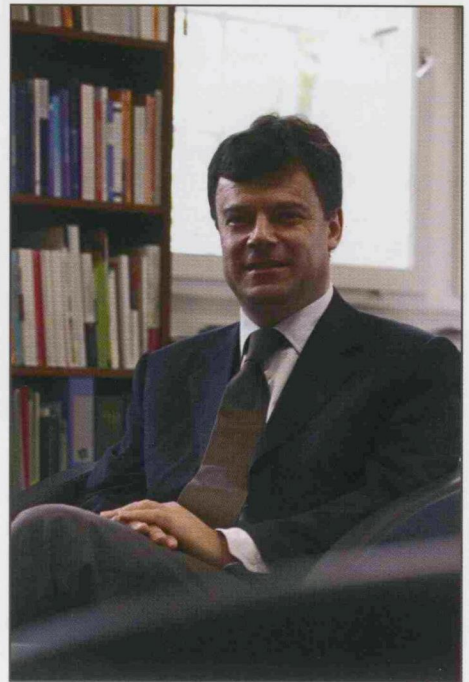
Das liegt allen voran an der gegenwärtigen Entwicklung dieses Faches. Längst ist nicht mehr klar, als was sich die Zahnheilkunde verstehen soll. Ist sie ein Dienstleistungsunternehmen, das marktförmige Waren anbietet? Oder ist sie eine soziale Praxis zur Hilfe für Hilfsbedürftige? De facto verwandelt sich die Zahnmedizin, indem sie aus einem Dienst am Menschen zunehmend einen Kundendienst macht.

Viele Patienten, die heute den Zahnarzt besuchen, werden schon am Empfang nicht mehr als Patienten, sondern als Kunden behandelt, denen man etwas verkauft. Ethik hat nicht nur mit der Frage nach dem Handeln, sondern viel mehr noch mit der Frage nach der Haltung zu tun. Momentan verändert sich die Haltung des Zahnarztes in elementarer Weise, und es scheint dringend geboten, sich näher mit den ethischen Grundlagen der Zahnmedizin zu beschäftigen.

Es stellt sich die ethische Frage: Darf der Zahnarzt als Arzt wirklich Werbung betreiben? Rechtlich ist sie in bestimmten Grenzen erlaubt, aber ist

sie das auch in ethischer Hinsicht? Ich denke, es spricht sehr viel dagegen.

Eine weitere wichtige Frage lautet: Wie frei ist der moderne Zahnarzt, um wirklich ärztliche und nicht marktorientierte Entscheidungen zu treffen? Wir haben es mit einer Verknappung der Ressourcen und einer zunehmenden Entmachtung der Zahnärzte zu tun. Wenn ein Zahnarzt sich nur noch dadurch über Wasser halten kann, dass er meist unnötige Behandlungen auf Wunsch und gegen Geld vornimmt, so ist das gesamte System fragwürdig. Denn durch eine zu große Verknappung der Ressourcen geht etwas ganz Zentrales verloren, und das ist die Freiheit des Arztes, die Freiheit, bestimmte Wünsche der Patienten auch abzulehnen. Eine exzessive Ressourcenverknappung führt letzten Endes dazu, dass die Ärzte verführbar werden. Es ist der Markt, der die Ärzte verführt, weil das Sozialsystem sie zu sehr in ökonomische Engpässe treibt. Die moderne Zahnmedizin reagiert auf diese Engpässe mit der Ausweitung von privat zu bezahlenden individuellen Gesundheitsleistungen (aus der übrigen Medizin bekannt als „Igel“), mit der Exzessivität der Ästhetik, mit dem Ausverkauf ihrer Moral. Stattdessen müsste man dafür werben, dass der Arztberuf ein freier Beruf ist, der



die Freiheit braucht, wenn das Wohl des Patienten geschützt sein soll. Der Arzt hat ein Anrecht auf seine Behandlungsfreiheit, nicht als Privileg, sondern als Verpflichtung seinen vulnerablen Patienten gegenüber.

Die Ethik hat die Aufgabe, alles zahnärztliche Handeln auf diese zentralen Grundfragen herunterzubrechen. Ethik ist keine arithmetische Disziplin, die Checklisten herausgibt, sondern eine Disziplin des Nachdenkens über die Grundlagen ärztlichen Handelns. Ihre zentrale Aufgabe kann nicht die Präsentation von wohlfeilen Rezepten sein, sondern sie hat dann ihre Aufgabe gut gemacht, wenn sie nachdenklich stimmt. Und eine Atmosphäre der Nachdenklichkeit braucht die moderne Zahnmedizin wohl am allermeisten.

Prof. Dr. Giovanni Maio

Der Mediziner und Philosoph Prof. Maio ist Leiter des Institutes für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Freiburg.

GOZ-Novelle in der Diskussion - GOZ-Novelle in der Diskussion

DAZ-Stellungnahme zum GOZ-Referentenentwurf

Anlässlich einer vom Bundesministerium für Gesundheit für den 09.05.2011 anberaumten Erörterung zum „Entwurf einer Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) – Referentenentwurf“ hat der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) e.V. Folgendes zu bedenken gegeben:

1. Allen Bestrebungen, eine Öffnungsklausel für Sondervereinbarungen außerhalb der Gebührenordnung einzuführen, muss weiterhin widerstanden werden. Die Qualität unserer (zahn)ärztlichen Versorgung lebt zum großen Teil von der Verantwortung des (Zahn-)Arztes in einem freien Beruf. Die Wahrnehmung dieser Verantwortung ist nicht unabhängig von den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Die verlässliche Basis einer Gebührenordnung ist dafür notwendig. Die Möglichkeit, Verträge mit Kostenträgern zu schließen, die von der GOZ unabhängig sind, kann nur dazu führen, dass diese Basis unterminiert wird. Vereinbarungen, die nicht unter die „Grundlinie GOZ“ gehen, sind ja jederzeit möglich. Ärztliche Verantwortung sollte nicht in Konflikt mit der Marktmacht von Kostenträgern gebracht werden oder gar dort ihre Grenze finden.

2. Es muss eine Klausel zur Anpassung der Honorare an die wirtschaftliche Entwicklung des Landes und die Inflationsrate in die Regelung eingefügt werden. Die jetzt in dem Entwurf enthaltene teilweise Anhebung der Honorare gegenüber der GOZ88 entspricht nicht der wirtschaftlichen Entwicklung und der in dieser Zeit abgelaufenen Inflation. Wenn es schon nicht möglich sein sollte, mit der neuen Gebührenordnung eine wirkliche Kompensation für die schleichenden Verluste seit 1988 zu erreichen, so sollte für die Zukunft eine Inflationsklausel in die Verordnung eingefügt werden. Dadurch könnten Verwerfungen (enormer Honorarverlust oder Abrechnungsakrobatik) von dem Ausmaß, wie sie jetzt entstanden sind, vermieden werden.

3. Der vorgelegte Entwurf enthält keine Erweiterung der Honorarpositionen für Beratung, Diagnostik und Therapieplanung gegenüber der GOZ88. Diese gedanklichen und kommunikativen Leistungen sind die Grundlage verantwortungsvollen

(zahn)ärztlichen Handelns. In dem Maße, wie sich das Verständnis von zahnärztlicher Therapie in Richtung auf medizinische Komplexität und weg vom Handwerk entwickelt, werden diese „Grundleistungen“ immer bedeutender. Sie sollten deshalb besser bewertet und in einer erweiterten Leistungsbeschreibung mit eventuell neuen Positionen abgebildet werden.

Dr. Celina Schätze, DAZ-Vorsitzende

Endlich Gerechtigkeit

Wenn der Gesetzgeber sich anschickt, ein Gesetz neu zu schaffen oder ein altes zu novellieren, sollte der Bürger nach dem Regelungsbedarf fragen. Das müsste auch für die neue GOZ gelten, wenn wir uns alle nicht schon zu lange daran gewöhnt hätten, dass die Bundesregierung per Verordnung festlegt, wie oft wir zum Beispiel den Übungserfolg beim Zähneputzen überprüfen dürfen und was das kosten darf. In den USA würde rund die Hälfte der Bevölkerung die Munitionsvorräte aufstocken, wenn der Staat mit so etwas anfangen würde. Soweit das Grundsätzliche.

Welche Erfordernisse waren es nun, die den Gesundheitsminister nach kaum 25 Jahren Stillstand zur Innovation getrieben haben? Die vollständige Beschreibung zahnärztlichen Handelns unter Berücksichtigung der medizinischen und technischen Entwicklung? Das leuchtet ein – Zahnheilkunde sah 1988 anders aus als heute. Die 'Berücksichtigung leistungsgerechter Vergütungsstrukturen auf der Grundlage der vertragszahnärztlichen Vergütungsregelungen'?

Falsche Baustelle, Herr Kollege, das ist der BEMA! Hmm – so steht's doch aber drin in der Begründung zum Referentenentwurf. Genau das macht unseren Standesoberen Sorgen. Die 'Konvergenz', das Zusammendriften bisher disparater Systeme, wird unser Honorarniveau endgültig nach unten ziehen, denn zum Besseren wird aus unserer Sicht bestimmt nichts konvergieren. Uns Zahnärzten darf es nicht egal sein, wenn die 'Leistungsbeschreibung einer modernen Zahnheilkunde' sich den Finanznöten des Sozialsystems unterordnen muss – da sind wir bald wieder bei der Kautschuk-Prothese. Auch hier findet sich Beliebigkeit da, wo verlässliche Prinzipien unverzichtbar wären.

Wir wissen es ja: viele KollegInnen können zwischen Kammer und KZV keinen inhaltlichen Unterschied erkennen. Wie hätten wir solch scharfe Differenzierung dann von einem Ex-Stabsarzt und Noch-Nicht-Ophthalmologen erwarten dürfen? Solange dasselbe Ministerium die 'Cash-Flow-Wiechen' für die gesetzlich Versicherten genauso stellt wie für die Privaten, kann man sicher sein, dass den Brot- und Butter Beamten aus der dritten Reihe die eigene Interessenlage unter Beihilfebedingungen wichtiger ist als der große sozialpolitische Wurf. Minister kommen und gehen ...

Also hat man in den Bereichen Implantologie, Füllungen in Säure-Ätz-Technik, Therapieplanung ein bisschen den Fortschritt berücksichtigt, Wildwuchs musste natürlich auch beschnitten werden, ansonsten ist man den Forderungen der Versicherungswirtschaft geflissentlich gefolgt. Natürlich durfte es möglichst nichts kosten – Heide Simonis war es ja, die gesagt hat (als sie noch etwas zu sagen hatte), dass die GOZ sich schon nach den Möglichkeiten der öffentlichen Haushalte zu richten hätte, schließlich müssten einen Gutteil der Honorare ja die Beihilfen aufbringen. Diese Art von Solidargemeinschaft hat Rösler, als er noch Stabsarzt war, gewiss auch zu schätzen gewusst. Trotzdem hat man großzügig so circa 6 Prozent Steigerung des Honoraraufkommens über die Zahnärzteschaft geschüttet. Ein Traum im Vergleich zu den Lokführern, oder?

Fazit: Ein halbes Jahrhundert lang halten Regierungen jeder Couleur die eiserne Faust auf unseren Honoraren, und begünstigen die eignen Schäfchen so, wie es das Kartellamt der Industrie nie durchgehen lassen würde. Um die Abgeordneten und ihren 'Honoraranstieg' muss man sich ohnehin keine wirklichen Sorgen machen, wie man im FAZ.NET unter 'Abgeordnetenentschädigung' sehen kann.

Vielleicht sollte man sich beim nächsten Griechenlandurlaub nicht wieder auf die geliebte Mischung aus 'hinigen' Bauten, Retsina und Souvlaki konzentrieren, sondern stattdessen schon mal am 'Fakelaki'-Modell maßnehmen. Das Geld, das wir gerne hätten, ist jedenfalls schon dort. Das – sagt Qualtinger – nenn' ich Solidarität. Oder war da von 'Brutalität' die Rede?

Dr. Kai Müller, Wörthsee/Obb.

GOZ-Novelle in der Diskussion - GOZ-Novelle in der Diskussion

Milchpreis und GOZ

„Was soll dieser Titel?“, werden Sie sich jetzt fragen. Aber es ist ein sehr guter Vergleich: Mit der GOZ ist es wie mit dem Milchpreis.

Über viele Jahre führte der (auch durch die Geldentwertung) immer weiter sinkende Milchpreis zu einem ganz schwerwiegenden, drastischen Strukturwandel in der gesamten Milchwirtschaft. Die kleinen, idyllischen Höfe verschwanden. Es musste gnadenlos rationalisiert werden. Kleinbetriebe mit wenigen Tieren wurden hoffnungslos unwirtschaftlich. Ställe wurden zu Garagen oder Ferienwohnungen. Und auf den grünen Wiesen entstanden seelenlose, vollklimatisierte, neon-beleuchtete Kuh-Fabriken. Nur so konnte der niedrige Milchpreis wirtschaftlich – aber auch ohne jede Rücksicht auf anständige, tiergerechte Haltung – „dargestellt“ werden. Außerdem wird an den Futtermitteln gespart, so dass fast nur noch bessere Abfälle, etwa Fischmehl, verfüttert werden. Und jetzt ist der Katzenjammer groß: Das alles will der Verbraucher SO aber nicht. Er möchte die glückliche Kuh auf der Weide, das Namensschild im Stall, die gute alte Zeit zurück. Aber das alles gleichzeitig mit dem aktuellen, zur Normalität gewordenen, viel zu niedrigen Milchpreis.

Die Bauern bräuchten 40 Cent für den Liter, aber sie bekommen deutlich weniger. Sie haben sich arrangiert, auf Kosten der Tiere, der Nahrungsmittelqualität, der Umwelt. Zurückdrehen lässt sich dies alles kaum noch. Dafür sind diese neuen Strukturen zu effizient, der Gewinn zu hoch, die Interessen zu brutal. Und: Alle machen es so. Ein Totschlagargument zwar, aber es trifft zu.

Unsere staatlich diktierte „Gebührenordnung für Zahnärzte“, die GOZ, wird auch von ganz oben festgelegt. Wir haben keinen Einfluss, wie man in diesen Tagen wieder sehr deutlich sieht. Wir müssen sie akzeptieren und anwenden. Auch das, was nun wieder als Reform herauskommt. Seit 1988 gab es hier einen unbegreiflichen Honorarstillstand. Trotz der Verpflichtung des Gesetzgebers, die GOZ „regelmäßig anzupassen“, wie es im Vorwort der GOZ steht, wurde das 23 Jahre lang unterlassen. Folge waren massive „Umstrukturierungen“ und Anpassungsprozesse in den Praxen, insbesondere auf dem Gebiet der Therapieplanung und Rechnungslegung.

Auch hier könnte man daher von einem „Strukturwandel“ ähnlich dem in der Milchwirtschaft sprechen.

So propagierte die Standespolitik schon nach wenigen Jahren in entsprechenden Seminaren eine sehr grenzwertige Auslegung der GOZ – zum Inflationsausgleich. Und das Bundesverfassungsgericht empfahl uns, diesen Ausgleich durch entsprechende Nutzung des Steigerungssatzes herbeizuführen (obwohl dieser doch eigentlich nur von der Schwierigkeit, dem Zeitaufwand und den Umständen der Leistungserbringung abhängen sollte). Grenzwertig auch das. Es gab also „Umstrukturierungen“ mit sehr bedenklichen Folgen, wie in der Milchwirtschaft.

Der neue Begriff der „Solidaritätskronen“ z.B. beschreibt die Flucht in die Mengenausweitung. So erklärten Fortbildungsanbieter die einzelne Krone als „unwirtschaftlich“, man solle daher besser gleich mehrere Kronen machen, nur das „rechne sich“. Nun werden eben möglichst keine Einzelkronen mehr gemacht, sondern immer mehrere Kronen auf einmal, auch ohne zwingende, klare medizinische Indikation. Der kleine Stall ist eben unwirtschaftlich, und ebenso die Einzelkrone.

Die Hemmschwellen bezüglich betriebswirtschaftlich „optimierter“ Therapieplanungen wurden ständig niedriger, Überversorgung und aufgeblasene Rechnungen wurden zum wirtschaftlich notwendigen Regelfall. Viele sahen sich „gezwungen“, Therapien betriebswirtschaftlich „in die Höhe zu treiben“. Und Dinge anzubieten, die eigentlich gegen unser Berufsethos verstoßen. Genau so sehe ich das.

Das alles lässt sich nun nicht mehr zurückdrehen. So, wie die kleinen Milchbauern Vergangenheit sind, so ist auch eine allein auf notwendige, maßvolle GKV-Zahnheilkunde konzentrierte Zahnarztpraxis – ohne „private Wunschleistungsschiene“ – nicht mehr lebensfähig. Wegen dieser unumkehrbaren Merkantilisierung der Zahnmedizin sieht die PKV nun bei gerade 6% Erhöhung der GOZ eine ausreichende Anpassung, obwohl uns rechnerisch seit 1988 sicher 40–50% zustehen würden. Für die



Differenz haben wir nämlich schon selbst gesorgt, so sieht das die PKV. Und hat nicht ganz Unrecht. Gekniffen sind jetzt nur die Idealisten, die ohne Abzocke am unteren Limit wirtschaften. Wie immer.

Dr. Paul Schmitt
Frankfurt/M.

DAZ-IUZB- Jahrestagung

08. Oktober 2011 in Berlin

Thema:

„Parodontitis, Periimplantitis
und Gesamtkörper –
Abhängigkeiten, Wirkungen,
Wechselwirkungen“

Referentin:

Dr. Christine Ehrhardt, Mainz



Nähere Infos:

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



An die Freunde zahnärztlicher Behandlungs- und Betreuungs-Qualität!

Die Gesundheitsszene wird zunehmend von Marktinteressen und Marktgeschrei geprägt; der Patient wird immer mehr Adressat einer Werbung, die mit Medizin wenig zu tun hat, jedoch das Angesagte, den Zeitgeist und vermeintliche Modernität betont.

In dieser Situation braucht sowohl der Patient eine Alternative als auch der Zahnarzt, der Heilkunde praktizieren, statt Mode verkaufen will.

Es muss zu Gunsten der eigentlichen Zahnheilkunde eine Gegenöffentlichkeit geschaffen werden. Damit würde nicht nur eine abstrakte Informationspflicht gegenüber den betroffenen Patienten erfüllt, sondern auch bekannt gemacht, welche Zahnärzte sich dem Gesundheitsnutzen ihrer Patienten verpflichtet fühlen. Es wird zunehmend zu einer Existenzfrage für „gut gesinnte“ Zahnärzte, auf sich aufmerksam machen zu können und Werbung für ihre Herangehensweise zu machen.

Das Projekt **Qualitätssicherung des DAZ** dient genau diesen beiden Zielen. Für jeden Zahnarzt, der sich einer betreuungsorientierten Behandlungsweise verpflichtet fühlt, sollte es fast verpflichtend sein, durch seine Beteiligung am Projekt für ordentliche Zahnheilkunde zu werben wie auch für sich selbst. Es ist eine sehr unglückliche Situation, wenn auf Anfragen von Patienten nach Praxen, die sich dem von uns definierten Qualitätsgedanken verpflichtet fühlen, zu wenige Projektmitglieder genannt werden können.

Ein neuer Zyklus des Projektes beginnt demnächst. Machen Sie mit – aus Eigennutz und Verantwortung!

Dr. Celina Schätze, Berlin

Es muss nicht immer High End sein: weniger bohren und schneller füllen? Fortbildung zu neuer breientauglicher Kariestherapie

Bei der Frühjahrstagung der zahnärztlichen Verbände Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM) und Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) forderte Prof. Dr. Michael Noack, Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der Universität zu Köln, ein Umdenken der Zahnärzteschaft in der konservierenden Behandlung und stellte verschiedene anwenderfreundliche und breientaugliche Konzepte und Materialien vor.

Die Restauration defekter Zähne mit zahnfarbenen Füllungsmaterialien wurde in den letzten Jahrzehnten ständig verbessert. So konnten der Verbund zwischen Zahnschmelz und Füllmaterial optimiert und die gefährliche Schrumpfung der Kunststoffe durch Schichtungsverfahren und kontrollierte Aushärtung wesentlich verringert werden. Die verbesserten Haltbarkeiten der modernen Komposit-Füllungen werden allerdings mit einem hohen Arbeitsaufwand erkauft, der sich zwangsläufig im Preis niederschlägt. Zugleich wird der Markt überschwemmt mit einer Fülle von z. T. noch wenig erprobten Produkten, angesichts derer dem praktisch tätigen Zahnarzt die Orientierung schwer fällt.

Vor diesem Hintergrund wirkten Noacks Thesen provokant – man hätte sie auch überschreiben können: „Weniger ist mehr“. Wie der Referent aus der Zahnerhaltungskunde bei der Tagung in Frankfurt darstellte, fehle für viele aufwändige Methoden der Nachweis, dass sie zu einem besseren Therapieergebnis führten als simplere Vorgehensweisen. Inzwischen seien neue Materialien und Methoden entwickelt, die eine effiziente Kariestherapie auch mit weniger Arbeitsschritten und Geräteeinsatz erlaubten.

Noack vertrat die Auffassung, dass zum Erhalt eines erkrankten Zahnes die restlose Entfernung aller kariös veränderten Substanz im Inneren der Kavität nicht zwingend sei, vielmehr komme es auf intakte

Kavitätenränder und die versiegelnde Wirkung der Adhäsiv-Füllung an. Dies bedeute, dass bereits beim Exkavieren rationeller und substanzschonender vorgegangen werden könne. Nicht zuletzt heiße dies auch, dass beispielsweise bei kleinen Kindern, wenig belastbaren oder sehr ängstlichen Personen eine weniger invasive Therapie zu verantworten und so auch ohne Extraaufwand (wie z.B. Narkose) ein gutes Ergebnis zu erzielen sei.

Auch bei den Füllungsmaterialien stellte der Referent wichtige Innovationen vor.



Prof. Noack

Anhand zahlreicher Studien zeigte Prof. Noack die vorteilhaften Eigenschaften neuartiger fließfähiger Komposite. Mit ihrer reduzierten Schrumpfung und damit auch ihrem reduzierten Polymerisationsstress, ihrer zeitsparenden Durchhärtung in bis zu 4 mm dicken Schichten und ihrem geringeren Restmonomer schneiden sie in einigen 3-4-Jahresstudien nur unwesentlich schlechter ab

als die High End Materialien. Die Ästhetik individuell eingefärbter geschichteter Komposite mag höher sein, aber gerade im Seitenzahnbereich sind weiße Füllungen mit weniger Arbeits- und somit auch finanziellem Aufwand für viele Menschen eine sinnvolle Alternative. Im Vergleich zu zuzahlungsfreien Amalgamfüllungen (oder auch zu laborgefertigten Restaurationen) bieten sie den Vorteil minimal invasiven Vorgehens.

Die von Prof. Noack geschilderte Entwicklung bedeutet, dass viele Zahndefekte substanzschonender und ohne höchsten technischen Aufwand lege artis behandelt werden können. Davon profitieren nicht nur die Zahnärzte, sondern insbesondere die Patienten. Und dies ist tatsächlich mal eine gute Nachricht.

Dr. Kristina Schwigon, VDZM-Vorsitzende
Dr. Celina Schätze, Vorsitzende des DAZ

Quelle:
DAZ-VDZM-Pressemeldung vom 27.05.2011

Das Gesundheitswesen braucht nicht weniger Solidarität sondern mehr Die Bürgerversicherung aus grüner Sicht

von Kordula Schulz-Asche, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN im Hessischen Landtag

Bei der DAZ-VDZM-Tagung in Frankfurt/M. am 07.05.2011 erläuterte die stellv. Vorsitzende der grünen Fraktion im Hessischen Landtag das Konzept ihrer Partei für die Finanzierung des Gesundheitswesens.

Die Krankenversicherung in Deutschland bedarf dringend einer grundsätzlichen Reform. Denn verschiedene strukturelle Probleme führen dazu, dass die heutigen Versicherungsweisen nicht mehr auf demografische, aber auch gesellschaftliche Entwicklungen reagieren.

Die Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) schmilzt

Der Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) liegt seit Anfang der 1990er Jahre konstant zwischen 6% und 6,5%. Trotzdem ist der Krankenversicherungsbeitrag in dieser Zeit um rund 3 Prozentpunkte gestiegen. Dieses scheinbare Paradox hängt mit der Einkommensentwicklung in Deutschland zusammen. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wird vor allem über Beiträge auf Löhne und Gehälter finanziert. Deren Anteil am Volkseinkommen ist aber seit den 1990er Jahren stark rückläufig. Dies ist Folge von Arbeitslosigkeit, sich verändernder Beschäftigungsverhältnisse und der Lohnentwicklung. Es wird also weniger in den „Topf“ der GKV eingezahlt. Dagegen stieg in derselben Zeit das Volkseinkommen – bei dessen Berechnung werden neben den Arbeitsentgelten auch die Unternehmens- und Vermögenseinkommen berücksichtigt. Zudem steigen durch demografischen Wandel und Fortschritt die Ausgaben – dies hat ständige Beitragserhöhungen zur Folge.

Rund zehn Prozent der Bevölkerung nehmen nicht am Solidarausgleich teil

Der Solidarausgleich in der GKV findet nur zwischen den Durchschnitts- und Geringver-

dienenden statt. Denn gut verdienende Angestellte mit einem Gehalt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze (2010: 4.162,50 €, 2011: 4.125 €) können sich ebenso wie Bundestagsabgeordnete und Selbstständige zwischen GKV und Privater Krankenversicherung (PKV) entscheiden. BeamtInnen erhalten von ihrem Dienstherrn je nach Familiensituation zwischen 50% und 80% ihrer Behandlungskosten (Beihilfe) erstattet. Für die Restkosten schließt die überwiegende Mehrheit eine private Krankenversicherung ab.

Es existieren nebeneinander zwei völlig unterschiedliche Versicherungssysteme: die GKV und die PKV

Das in Deutschland – weltweit einzigartige Nebeneinander von zwei unterschiedlichen Krankenversicherungssystemen – der GKV und der PKV – hat fatale Konsequenzen. Art und Umfang der Behandlung vieler PatientInnen sind oft nicht von der Schwere der Erkrankung, sondern von der Versicherungsart abhängig. Denn für die Behandlung PKV-Versicherter erhalten die ÄrztInnen höhere Honorare als für GKV-Versicherte. Das führt zu Unterschieden bei Terminvergabe, Wartezeiten, Zugang zu SpezialistInnen, etc. Zwischen GKV und PKV findet kaum Wettbewerb statt. Denn eine echte Wahlmöglichkeit haben nur Selbstständige, Bundestagsabgeordnete und gut verdienende Angestellte, aber auch nur dann, wenn sie jung und gesund sind. Sonst verlangt die PKV Risikozuschläge oder lehnt die Aufnahme gleich ganz ab.

Die derzeitige schwarz-gelbe Gesundheitsreform löst die Probleme nicht

Die schwarz-gelbe Bundesregierung löst mit ihrer Gesundheitsreform keine der dringenden Reformaufgaben. Die Trennung von GKV und PKV wird beibehalten. Der einkommensabhängige Beitragssatz in der GKV wird festgeschrieben und der Arbeitgeber-



anteil am Beitrag sinkt. Stattdessen wird der Wechsel zu einer Kopfpauschale, bei der pro Kopf der gleiche Beitrag unabhängig vom Einkommen gezahlt wird, eingeleitet. Der einkommensabhängige Beitragssatz wird eingefroren, und künftige Ausgabensteigerungen werden über einkommensunabhängige Zusatzbeiträge finanziert.

Den Regierungsplänen zufolge erhalten GKV-Versicherte, bei denen der Zusatzbeitrag mehr als 2% ihres Einkommens ausmacht, einen Sozialausgleich. Finanziert werden soll er aus dem Bundeshaushalt. Es besteht allerdings die reale Gefahr, dass innerhalb der nächsten 10 bis 15 Jahre die Belastung fast aller GKV-Versicherten die 2%-Grenze erreichen wird. Der daraus entstehende Finanzbedarf für den Sozialausgleich wird angesichts von Rekordverschuldung und Schuldenbremse nicht über den Bundeshaushalt zu stemmen sein.

Die Reformalternative: Die grüne Bürgerversicherung

Bündnis 90/Die Grünen stehen für eine grundlegende Reformalternative. Wir wollen den steigenden Herausforderungen an das Gesundheitswesen mit mehr und nicht mit weniger Solidarität begegnen. Deshalb wollen wir eine Bürgerversicherung.

Alle Bürgerinnen und Bürger werden in den Solidarausgleich einbezogen

Die grüne Bürgerversicherung bezieht auch die Stärksten in die Solidargemeinschaft ein: Gutverdienende, BeamtInnen,

Steuerfinanzierung des Sozialausgleichs – eine Mogelpackung

Jahr	Durchschnittlicher Zusatzbeitrag	Anteil der betroffenen GKV-Mitglieder	Finanzbedarf Bundeshaushalt
2015	21 €	30%	1,0 Mrd. €
2020	56 €	75%	12 Mrd. €
2025	97 €	90%	25 Mrd. €

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomie, Universität Köln

Abgeordnete, Selbstständige. Dadurch wird die Krankenversicherung leistungsfähiger und krisenunabhängiger. Für viele Versicherte ändert sich nicht viel, eventuell sind sogar Entlastungen möglich. Zu Zusatzbelastungen kann es unter gut verdienenden Privatversicherten kommen.

Alle Einkommensarten werden einbezogen

Beiträge werden auch auf Einkünfte aus Vermögen, selbstständiger Tätigkeit, Vermietung und Verpachtung erhoben. Damit wird die Finanzierungsbasis der Krankenversicherung um die Einkommensarten erweitert, deren Anteil am Volkseinkommen wächst. So wird die Finanzierung der Krankenversicherung nachhaltiger und gerechter. Denn die Beitragsbelastung eines Versicherten ist nicht mehr von der Art und Zusammensetzung seiner Einkommensquellen abhängig. Zum Schutz von Kleinsparern wird für Vermögenseinkommen ein Freibetrag in Höhe des Sparerfreibetrags (801 €/Jahr) eingeräumt.

Die Beitragsbemessungsgrenze wird angehoben

In der GKV gibt es mit Ausnahme des Krankengeldes keinen Zusammenhang zwischen der Höhe der gezahlten Beiträge und dem Anspruch auf Gesundheitsleistungen. Sie ist damit das Sozialversicherungssystem mit dem weitaus stärksten Solidarausgleich. Allerdings kann der Ausgleich nicht grenzenlos ausgeweitet werden, um die Akzeptanz der solidarischen Krankenversicherung nicht zu gefährden. Deshalb befürworten wir eine Obergrenze, bis zur der prozentuale Beiträge auf das Einkommen entrichtet werden müssen. Eine solche Beitragsbemessungsgrenze erscheint außerdem aus verfassungsrechtlichen Gründen geboten.

Wir wollen die Grenze, die derzeit in der GKV bei 3.750,- Euro liegt, auf das Niveau der heutigen Beitragsbemessungsgrenze (West) der gesetzlichen Rentenversicherung und der Arbeitslosenversicherung (2010: 5.500 Euro) anheben.

Dies würde u.a. die Abschaffung der Praxisgebühr und anderer Zuzahlungen ermöglichen. Die letzten Jahre haben gezeigt, dass Selbstbeteiligungen nicht zu einer verantwortlichen Inanspruchnahme von Kassenleistungen führen. Stattdessen halten sie vor allem viele sozial benachteiligte Patientinnen und Patienten auch von solchen Arztbesuchen ab, die dringend notwendig wären.

Die Parität der Finanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber wird wieder hergestellt

Derzeit liegt der Arbeitnehmeranteil am Krankenversicherungsbeitrag um 0,9 Prozentpunkte höher als der Arbeitgeberanteil. In der Bürgerversicherung wird der Beitrag wieder zu gleichen Teilen von ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen getragen.

Die Familienmitversicherung wird an die heutige Familienvielfalt angepasst

In der Bürgerversicherung sind alle Kinder beitragsfrei versichert - auch die Kinder der heute Privatversicherten. Durch die beitragsfreie Mitversicherung nicht erwerbstätiger Ehegatten bzw. Lebenspartner werden heute durchschnittlich verdienende Doppelverdiener-Paare bei gleichem Haushaltseinkommen benachteiligt gegenüber einkommensstarken „traditionellen“ Ehen, in denen einer viel (meistens der Mann) und einer wenig oder gar nichts (meistens die Frau) verdient. Damit macht die grüne Bürgerversicherung durch ein Beitragsplitting Schluss. Das Haushaltseinkommen wird rechnerisch halbiert und auf beide Hälften bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherungsbeitrag erhoben. Für Paare, deren gemeinsames Haushaltseinkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegt, ändert sich dadurch nichts. Oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze steigt allerdings der Beitrag.

Ausgenommen vom Beitragsplitting werden Paare, wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner viel Zeit für die Erziehung von Kindern bis zum 3. Lebensjahr, die Betreuung von Menschen mit Behinderung oder die Pflege von Angehörigen aufwendet.

Gleiche Regeln für alle Krankenversicherer

Die Bürgerversicherung können sowohl gesetzliche als auch private Krankenversicherungsunternehmen anbieten. Damit der entstehende Wettbewerb aber fair verläuft und den Versicherten und PatientInnen nützt, müssen für alle Krankenversicherer dieselben Regeln gelten: Sie müssen jeden aufnehmen, der sich bei ihnen versichern will. Benachteiligungen aufgrund von Alter, Geschlecht oder Vorerkrankungen sind auszuschließen. Die Höhe der Beiträge richtet sich ausschließlich nach der Höhe des beitragspflichtigen Einkommens. Alle Krankenversicherer müssen sich am morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich beteiligen, durch den die unterschiedlichen Belastungen, die sich aus dem unterschiedlichen Gesundheitszustand ihrer Mitglieder ergeben, ausgeglichen werden. So wird gewährleis-

tet, dass sich der Kassenwettbewerb tatsächlich um Qualität, Wirtschaftlichkeit und Patientenorientierung und nicht um die Gewinnung möglichst gesunder Mitglieder dreht.

Was bringt die Bürgerversicherung?

Die Bürgerversicherung stärkt die Solidarität, sorgt für mehr Gerechtigkeit und schafft mehr Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern. Durch die Abschaffung der Zuzahlungen verschwinden Zugangshürden für sozial Benachteiligte. Langfristig wird durch die Ausweitung der Finanzierungsbasis die Beitragsentwicklung stabilisiert. Die ArbeitnehmerInnen werden durch die vollständige Wiederherstellung der Parität um 0,45 Prozentpunkte entlastet.

Zu finanziellen Belastungen kann die Bürgerversicherung bei denen führen, die gut verdienen und gesund sind. Sind sie in der PKV, werden sie erstmals in den Solidarausgleich einbezogen. Das heißt, dass sie quasi mit einem Teil ihres Beitrags Geringverdienende, chronisch Kranke und Kinderreiche unterstützen.

Dies sind die Grundzüge der grünen Bürgerversicherung. Allerdings müssen für die Umsetzung noch viele Fragen geklärt und Probleme gelöst werden. Daran arbeiten wir derzeit: Die Wahrung der Rechte der bisher Privatversicherten, die Beitragserhebung auf Einkünfte aus Vermögen, selbstständiger Tätigkeit und Vermietung sowie Verpachtung ohne bombastischen bürokratischen Aufwand, die Repräsentanz der gesamten Gesellschaft in der Selbstverwaltung (und nicht nur der Arbeitgeber und Gewerkschaften). Denn für uns Grüne steht die Bürgerversicherung nicht nur für mehr Solidarität und Gerechtigkeit, sondern auch für mehr Partizipation.

Nicht nur die Finanzierung, sondern auch die Versorgung braucht Strukturreformen

Die Bürgerversicherung sorgt für das finanzielle Fundament. Doch sie macht weitere Strukturreformen nicht überflüssig. Bei denen setzen wir u.a. auf mehr Zusammenarbeit, Qualität und Prävention. Rund 80% der GKV-Gelder werden für 20% der Krankenversicherten ausgegeben. Die meisten von ihnen sind chronisch krank. Durch einen massiven Ausbau der Prävention und Gesundheitsförderung ließen sich viele dieser Erkrankungen vermeiden oder ins höhere Lebensalter aufschieben. Angesichts des demografischen Wandels ist das für das Solidarsystem geradezu eine Überlebensfrage. Gesundheitsförderung

ist aber nur wirkungsvoll, wenn sie die Lebenslagen der Menschen berücksichtigt. Wenn Untersuchungen zeigen, dass bei der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe nach § 21 (1) SGB V insbesondere benachteiligte Kinder und Jugendliche kaum erreicht werden, müssen hier gemeinsam mit den Gesundheitsämtern neue Konzepte entwickelt und umgesetzt werden.

Qualität muss auch in anderen Bereichen zum Steuerungskriterium im Gesundheitswesen werden. Ob im Krankenhaus, der Arztpraxis oder der Arzneimittelversorgung – dazu gehören die Schaffung von Qualitätstransparenz und die Ausrichtung von Preisen und Honoraren an Qualitätsmaßstäben.

Und wichtig ist nicht zuletzt die bessere Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen und -einrichtungen. Behandlung und Betreuung brauchen gut aufeinander abgestimmte Versorgungsabläufe. Dadurch wird die Gesundheitsversorgung besser und auch wirtschaftlicher. Die Grünen in Hessen haben ein Konzept erarbeitet, das sich beispielhaft dieses Themas im ländlichen Raum annimmt (<http://www.gruene-hessen.de/landtag/materialien/gesundheits-im-laendlichen-raum/>).

MdL Kordula Schulz-Asche,
Stellv. Vorsitzende der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN im Hessischen Landtag

Diese Beschreibung der grünen Bürgerversicherung beruht weitgehend auf Ausarbeitungen der Bundestagfraktion von Bündnis 90/ Die Grünen, mehr unter www.gruene-bundestag.de

Prophylaxe-Infomaterial jetzt auch auf Türkisch!

Die DAZ-Infostelle für Kariesprophylaxe (IfK) bietet, ausgehend von der Erkenntnis, dass Migranten weitaus weniger präventive Leistungen in Anspruch nehmen als Deutsche, ihre Infos nun auch in der Sprache unserer zweitgrößten Bevölkerungsgruppe an. Sie können div. türkische Faltblätter über die IfK-Website herunterladen oder sie kostenlos in gedruckter Form beziehen über:

Informationsstelle für Kariesprophylaxe
Leimenrode 29, 60322 Frankfurt
Tel 069/24706822, Fax 069/70768753
daz@kariesvorbeugung.de
www.kariesvorbeugung.de

Gemeinsamer Aufruf von DAZ und BVAZ zur Beschreibung einer breitentauglichen Endo-Behandlung

Seit längerem gibt es Diskussionen über Therapiestandards für die endodontische Behandlung in Deutschland, an denen sich die zahnärztlichen Verbände Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) und Berufsverband der Allgemeinzahnärzte (BVAZ) in verschiedener Weise beteiligt haben: durch Zeitschriftenbeiträge, Pressemeldungen und zuletzt durch eine vom DAZ initiierte Umfrage, mit der die endodontische Alltagsversorgung, wie sie in den Praxen erfolgt, erfasst werden sollte. Nunmehr möchten beide Verbände gemeinsam eine Initiative zur Beschreibung einer besseren endodontischen Breitenversorgung ergreifen und wenden sich an interessierte Kollegen/innen aus Praxis, Klinik und Hochschule mit der Bitte um Unterstützung. Dabei möchten wir zugleich informieren über die Ergebnisse der erwähnten Umfrage. Sie weisen auf eine große Diskrepanz zwischen endodontologischer Theorie und Praxis hin.

Die augenblickliche Situation ist gekennzeichnet durch fachliche Verunsicherung und Konfrontation. Der Zahnarzt, der sich um die Versorgung seiner Patienten und das wirtschaftliche Auskommen seiner Praxis bemüht, fühlt sich bedroht und alleingelassen angesichts von Forderungen für die Durchführung einer lege artis Endobehandlung, wie sie von erklärten Autoritäten auf diesem Gebiet immer wieder veröffentlicht werden – von Forderungen, die im Alltag der GKV-Behandlungen nicht erfüllt werden können. Dem gegenüber gibt es für manchen auch die Möglichkeit, sich diese Forderungen zunutze zu machen, um die eigene Behandlung über die GKV hinauszuhoben.

BVAZ und DAZ verfolgen das Ziel, dass eine endodontische Basisversorgung beschrieben wird: Als ruhiger Gegenpol zu den sich überschlagenden Angeboten und Forderungen im technischen Bereich sollte ein Katalog von Bedingungen definiert werden, die für eine hinreichenden Erfolg versprechende Behandlung zu erfüllen sind. Diesen Bedingungsanon gibt es, seit es systematische Endobehandlung gibt. Er sollte nur unter dem Ansatz des Praxisbezuges neu formuliert werden.

Zu den einzelnen Bedingungen ist ein Korridor von möglichen Verfahrensweisen („good clinical practice“) zu beschreiben. Da es in

der Endobehandlung nur wenig Evidenz, aber „biologische Offensichtlichkeiten“ (Prof. L. Figgenger) und Erfahrungswerte gibt, kann das Ziel nur eine Konsensbasierung sein. Diese muss für alle Phasen der endodontischen Behandlung, von der Trockenlegung über die Aufbereitung, Spülung und Desinfektion bis zur Abfüllung und Schlussversorgung des Zahnes beschrieben werden. Dabei müssen für jede Behandlungsphase die zur Verfügung stehenden verschiedenen akzeptablen Verfahren benannt werden. Aus diesem Angebot kann sich der Behandler dann das für die jeweilige Situation geeignet erscheinende Verfahren wählen.

Insgesamt muss betont werden, dass eine „ordentliche“ und mit Sorgfalt durchgeführte Behandlung zu fordern ist. Diese Forderung ist alt und eigentlich eine Selbstverständlichkeit. Sie fehlt aber in der Debatte und wird durch auf technischer Hochrüstung basierende Heilsversprechen und verabsolutierte Verfahrensregeln regelrecht unterdrückt.

Wenn es um eine bessere endodontische Breitenversorgung geht, kommt man unweigerlich auch zum Thema der Finanzierbarkeit. Wenn erst einmal eine konsensbasierte Basisbehandlung beschrieben worden ist, eröffnet das auch die Möglichkeit zu erklären, was diese kosten muss. Nur so können konkrete Vorschläge für eine bessere Honorierung mit einer gewissen Realisierungschance eingebracht werden. Ein Vorschlag ist beispielsweise die Einführung einer Position „Spül“, um das aufwendige Spülen, das zum Erfüllen der beispielhaften Bedingung „Reinigung“ durchgeführt werden muss, zu honorieren.

DAZ und BVAZ geht es bei diesen Bemühungen nicht um die eigene verbandspolitische Profilierung. Beide Verbände fordern und suchen einen vernünftig begründeten Korridor von Verfahrensmöglichkeiten für eine endodontische Behandlung, die in der Breite von der Zahnärzteschaft erbracht werden kann.

Alle Zahnärztinnen und Zahnärzte, die sich für dieses Projekt interessieren, bitten wir um Anregungen zum Verfahren ebenso wie um inhaltliche Beiträge. Auch diejenigen, die diesem Projekt skeptisch gegenüber stehen, bitten wir, uns ihre Bedenken mitzuteilen.

Dr. Dr. Marianne Grimm, BVAZ-Präsidentin
Dr. Celina Schätze, DAZ-Vorsitzende



Endodontische Obturation

von Dr. Paul Schmitt, Frankfurt/Main

Im Rahmen der „Forum“-Debatte über die Verbesserung der Endodontie steht in diesem Heft der 3. Abschnitt, der Verschluss aufbereiteter Wurzelkanäle, auf dem Programm. Nachfolgend setzt sich Dr. Schmitt mit verschiedenen aktuellen Methoden auseinander und gibt einen Überblick über gebräuchliche Sealer. Ein weiterer Beitrag zum Thema findet sich auf den Seiten 26-28 dieser Ausgabe.

Die aktuellen Obturationsverfahren sind recht unterschiedlich, aber noch überschaubar. Es gibt zwar auch hier sehr viel Auswahl an Materialien, aber keine solche Konfusion wie z.B. bei den kombinierten endodontischen Spülungen. Gefährliche Wechselwirkungen treten auf diesem Gebiet der Endodontie zum Glück nicht auf.

Guttapercha

Eigentlich ist das wichtigste Wurzelfüllungs-material unangefochten „Guttapercha“, ein gummi-elastisches Material. Fast jedes Obturationsverfahren arbeitet damit. Es ist ein dem Kautschuk eng verwandtes Produkt, das durch Eintrocknen des Milchsaftes von speziellen Gummibaumarten gewonnen wird. Zur Wurzelfüllung (WF) eingesetzt wird es seit 1867, erstmals durch Bowman.

Die ISO-genormten konischen Stifte enthalten neben Guttapercha Zinkoxid als Füller, Bariumsulfat als Röntgenkontrastmittel, Wachse für die Konsistenz, Farbstoffe und wenige Spurenelemente (Guldener 1993, Hülsmann 1993). Guttaperchastifte werden häufig in Kombination mit sogenannten „Sealern“ angewendet. Sealer sind Wurzelkanalfüllpasten, die aus zwei Komponenten angemischt werden müssen und den Spalt zwischen Kanalwand und Guttapercha sowie kleine Ramifikationen und Seitenkanäle ausfüllen sollen. Dazu werden entweder zunächst diese pastenförmigen Sealer in den Wurzelkanal gefüllt (in aller Regel mit einer Förderspirale, dem „Lentulo“), um danach

ein. Dies ist schon das wichtige „Standardkonzept“ der Wurzelfüllung, wie es seit vielen Jahrzehnten routinemäßig angewendet wird. Auch in meiner Praxis ist diese effektive und rationelle Wurzelfüllungstechnik das Standardverfahren im GKV-Bereich. Hier wird also ein Sealer mit einem einzigen zentralen Guttaperchastift in den Wurzelkanal eingebracht. In meinem Fall ist das seit etwa 7 Jahren „AH Plus“. Dieses Verfahren nennt man „Zentralstiftmethode“. Es dürfte zur Zeit das am häufigsten in der GKV-Praxis angewendete Verfahren der Obturation sein.

Es hat einige große Vorteile: Der konfektionierte konische Guttaperchastift drückt die zuvor (oder durch Beschichtung des Stiftes auch gleichzeitig) eingefüllte Sealerpaste seitlich an die gesamten Kanalwandungen und oftmals eben auch in die apikalen Ramifikationen (Verzweigungen) hinein. An der Wurzelspitze befindet sich häufig eine Flussdelta-ähnliche Aufzweigung des Hauptkanals, wobei die mechanische Aufbereitung regelmäßig allerdings nur den axialen, zentralen Hauptkanal – prinzipbedingt – erreicht. Häufig werden also auch diese mechanisch gänzlich unzugänglichen, akzessorischen (Seiten-)Kanäle in dem Moment gefüllt, in dem der Guttaperchastift eingeschoben wird und den im Überschuss eingebrachten Sealer dabei zwangsläufig nach lateral und apikal (!), also in alle möglichen Richtungen, verdrängt.

Das führt allerdings häufig auch zum unerwünschten sogenannten „Überpressen“ bzw. „Überstopfen“ von Sealerpaste über den physiologischen oder sogar über den anatomischen Apex hinaus. Hier gehen die Meinungen zur Schädlichkeit zur Zeit weit auseinander: Während eine Überstopfung hierzulande als nachteilig eingestuft wird, sehen die amerikanischen Kollegen in der (geringfügigen) apikalen Überstopfung gerade das Kennzeichen einer besonders gelungenen Wurzelfüllung („Schilder-puff“).

durch eine vorgeschobene Guttaperchaspitze lateral verpresst zu werden, oder man benetzt den Guttaperchastift mit etwas Sealer und führt diesen in den Kanal

Wie so vieles in der praktizierten Endodontie ist auch die Obturation in diesem Punkt leider kaum evidenzbasiert. Es ist reine Empirie. Der Umgang mit Überstopfungen ist hier ein schöner Beleg. Natürlich ist eine Überstopfung in ihren möglichen nachteiligen Folgen davon abhängig, welches Material verwendet wurde und wie groß das Ausmaß der Überstopfung ist. So wäre eine kleine Menge eines gewebeverträglichen Sealers eher unbedenklich, die Überstopfung einer größeren Menge eines womöglich zelltoxischen, nicht resorbierbaren Materials (wie des früher sehr häufig eingesetzten „Diaket“, Espe, Seefeld) dagegen eher bedenklich. Hier sollte bei größeren Überstopfungen eigentlich nachfolgend eine Wurzelspitzenresektion durchgeführt werden. Das ist von Fall zu Fall abzuwägen (reizlos?).

Es gibt auch ganz aktuelle Verfahren der Wurzelfüllung, die *nur* mit erhitzter Guttapercha (ohne Sealer) arbeiten. Hier wird die Guttapercha derart weich verarbeitet, dass sie ohne zusätzlichen Sealer zu einer recht dichten, benetzenden Wurzelfüllung (mit ausreichend guter Wandadaptation) führt. Diese Verfahren (z.B. „Thermafil“) sind damit sehr rationell, so dass sie auch innerhalb einer „Breiten-Endodontie“ angewendet werden könnten. Unklar ist allerdings derzeit, ob man auch bei Verzicht auf einen getrennten Sealer eine ausreichend dichte Obturation erreicht. Auch zu dieser wichtigen gibt es Frage keine Evidenz.

Bei der kurzen Aufzählung der aktuell praktizierten Wurzelfüllungsverfahren mit Guttapercha darf natürlich die „laterale Kondensation“ sowie die „vertikale Kondensation“ (Schilder-Technik) nicht fehlen. Diese Verfahren werden in aller Regel NUR privat und mehrheitlich durch Spezialisten durchgeführt. Sie sind als „Standardverfahren“ für die Breiten-Endodontie aufgrund des hohen Aufwandes – nach meiner Einschätzung – eher ungeeignet. Es gibt allerdings „Mischformen“.

Sealer

Wurzelfüllpasten sind in der Regel aus zwei Komponenten zu mischende, selbsthärtende Pasten. Hier gibt es eine erstaunlich große Vielzahl von Inhaltsstoffen und auch viele konkurrierende Hersteller (wie

eine entspr. Liste auf der DAZ-Website unter www.daz-web.de, Rubrik Lesetipps bzw. Forum, Ungedrucktes zeigt). Angefangen bei dem inzwischen hierzulande obsoleten Material „N 2“ („Zweiter Nerv“, Sargenti), welches das toxische Formaldehyd enthalten hat, über das noch immer sehr stark verbreitete „Endomethasone N“ (Septodont), welches inzwischen (gegenüber dem früheren Originalpräparat „Endomethasone“) nur noch wesentlich niedriger dosierte entzündungshemmende Zusätze (Corticoide, Dijodid-Thymol) enthält und wegen dieser Zusätze seit Jahrzehnten in der heftigen Kritik der Hochschulen steht, über aushärtende Zweikomponenten-Kunststoffe (Polyketone, „Diaket“, bei uns nicht mehr im Handel), gibt es diverse Kunststoff-basierte Systeme (AH plus, Sealapex, Apexit etc.) und auch sehr elastische, silikonbasierte Systeme (Roeko Seal), die sich durch eine relativ geringe Endhärte nach Aushärtung auszeichnen und sich damit im Rahmen von Revisionen recht gut wieder entfernen lassen.

Erstaunlich ist die sehr heterogene Zusammensetzung. Es gibt offenbar keine Evidenz bezüglich der Frage, ob Zusätze von Calciumhydroxid (Ca(OH)₂) sinnvoll sein können oder nicht. Am „beliebtesten“ unter deutschen Zahnärzten in Klinik und Praxis scheint mir zur Zeit das Präparat „AH plus“ (Dentsply) zu sein. Viele Fachartikel weisen darauf hin. Es ist leicht aus zwei pastenförmigen Komponenten in gleichen Teilen anzumischen und lässt sich einfach verarbeiten. Das Präparat löste vor einigen Jahren das bis dahin sehr verbreitete „AH 26“ ab, welches schon 1954 entwickelt wurde (Schroeder) und geringe Mengen von Formaldehyd (!) freisetzte (Schäfer, Hickel 2000). Aus diesem Grund gilt das Originalpräparat heute als obsolet. Trotzdem gibt es noch unentwegte Befürworter und Anwender. Das aktuelle AH 26 ist laut Herstellerangaben frei von Formaldehyd. Das Präparat „N2 Endodontic Cement“ hat (auf einer Zinkoxid-Eugenol-Basis) immer noch (!) einen gegenüber seinem Vorgänger lediglich „verringerten“ Formaldehydanteil. Gerade Formaldehyd ist - neben ChKM - in Hochschulkreisen sehr umstritten, es wird von allen namhaften Hochschullehrern abgelehnt.

Allerdings gibt es bezüglich der lange Zeit als obsolet geltenden, ChKM-haltigen „Jodoform-Paste“ gerade eine „Renaissance“: Sie wird laut aktuellen Veröffentlichungen offenbar wieder in der Kinder-Zahnheilkunde (Milchzahn-Endodontie) eingesetzt.

Neuentwicklungen auf Glasionomer-Zement-Basis sowie auf Salicylat-Basis mit

Zusätzen von Calciumhydroxid, aber auch der Zement MTA (Mineral-Trioxid-Aggregat) werden zur Zeit in der Endodontie erprobt. Auch hier fällt wieder auf, dass es offenbar keinen Konsens bezüglich der zu fordernden Zusammensetzung eines guten „Standard“-Sealers gibt. Jeder Hersteller macht es anders.

Selbst gummiartige, hochelastische Silikon-Werkstoffe werden als Wurzelfüllung propagiert - und angewendet. So verfügt das recht verbreitete „Roeko Seal“ über die Eigenschaft, um etwa 0,2% bei der Abbindeung zu expandieren. Damit sollen besonders dichte Wurzelfüllungen möglich sein. Andererseits können Silikone geringe Mengen Wasser aufnehmen. Ob Silikone wirklich geeignet sind, bakteriedichte Verschlüsse zu bilden? Ich habe große Zweifel.

Insgesamt ist die Vielfalt auf dem Gebiet der pastenförmigen Sealer sehr groß, nicht nur aufgrund der vielen konkurrierenden Hersteller, sondern auch wegen der großen Vielfalt bezüglich der eingesetzten Materialien. Endodontie scheint immer noch ein Experimentierfeld zu sein, auch auf dem Gebiet der Obturation.

Weitere Verfahren der Obturation

Eine recht bizarre Variante der Wurzelfüllung ist das sogenannte „Russian Red“, eine rote, extrem harte, ganz schwer (nur mit aggressiven Lösungsmitteln) entfernbare Füllung aus dem früheren Ostblock, die offenbar auch in der ehemaligen DDR zum Einsatz kam. Allerdings sollen hier Revisionen selten nötig sein, weil diese alten Wurzelfüllungen erstaunlicherweise oftmals völlig „symptomlos einheilen“. Eine Erklärung dafür ist mir nicht bekannt. Es handelt sich wohl um einen Acrylat-basierten, rot eingefärbten Kunststoff.

Anderer exotischer Verfahren sind die ganz aus (unterschiedlichen) pastenförmigen Sealern bestehenden Wurzelfüllungen. Hier wird auf Guttaperchastifte ganz verzichtet, wobei der (geringen) Zeitersparnis dann eine geringere Wandständigkeit (Dichtigkeit) gegenübersteht. Dies ist darum generell - auch im Rahmen einer denkbaren „Breiten-Endodontie“ - nicht zu empfehlen. Aber auch hier gibt es bislang keine Evidenz.

Zwei weitere, erheblich hiervon abweichende und sehr aufwändige Verfahren in der Endodontie stellen die „Laterale Kondensation in Mehrstifttechnik“ sowie die „Vertikale Kondensation“ mit erwärmter

Guttapercha dar, wie schon erwähnt. Diese Verfahren und ihre verschiedenen Mischformen sind in aller Regel mit erheblichem Zeit- oder Geräteaufwand verbunden und damit zumeist teure Privatleistungen in Spezialistenpraxen und an Hochschulen.

Laterale Kondensation

Hierbei werden nach der Beschickung des Wurzelkanals mit einem Sealer (bzw. auch nach Einbringen eines mit Sealer beschichteten ersten zentralen Guttaperchastifts, des „master point“) weitere, dünnere Guttaperchaspitzen (in der Regel ISO 25) zirkulär um den Zentralstift eingebracht. Um Platz für diese zusätzlichen konischen Stifte zu schaffen, werden Spreizinstrumente („Spreader“) eingeführt und wieder herausgezogen, die den Platz für den nächsten zusätzlichen Guttaperchastift vorbereiten, indem sie die schon vorhandene Wurzelfüllung zur Seite drücken („kondensieren“). Hierbei können dann pro Kanal fünf, sechs und sogar mehr zusätzliche Stifte eingebracht werden. Am Ende sieht ein solcher Kanal - vor der Abtrennung der überstehenden Guttaperchaspitzen - wie ein „Strauß“ aus blattlosen Stielen aus. Vorteil ist hier die Anpassung des vielteiligen „Guttaperchakerns“ an variable Querschnitte, also die sichere, dichte, randständige Obturation, auch in nicht runden Kanalabschnitten. Da die Realität oft ganz erheblich von dem idealisierten „Plexiglasblockmodell“ in den endodontischen Hands-on-Kursen abweicht, also alles andere als *runde* Kanalquerschnitte bietet, ist diese Art der Wurzelfüllung laut manchem Lehrbuch (auch den aktuellen) so etwas wie der derzeitige „Goldstandard“, von der im Anschluss noch vorgestellten „vertikalen Kondensation“ einmal abgesehen.

Es ist allerdings möglich, auch in der GKV-Endodontie, bei besonders großen Kanalquerschnitten und ovalen Kanalformen lediglich *einen* Kanal mit dieser aufwändigen Mehrstifttechnik zu füllen, während man die kleineren Kanäle nur mit einem Zentralstift und Sealer füllt (Mischtechnik). So mache ich das seit Jahrzehnten.

Vertikale Kondensation

Bei diesem sehr aufwändigen Verfahren wird erhitzte und damit deutlich erweichte bzw. fast flüssige Guttapercha zunächst in das apikale Kanaldrittel einbracht und dort maschinell verdichtet (kondensiert). Diesen Teil der vertikal kondensierten Guttaper-

chafüllung nennt man neudeutsch „downpack“. Zur Verdichtung gibt es beheizte Instrumente, die die Guttapercha bis zur fertigen Verdichtung weich halten. In manchen der vielen Systeme werden auch rotierende Instrumente verwendet, die aufgrund von Reibungswärme zu einer Erweichung des „downpack“ führen.

Diese von Schilder 1967 erstmals beschriebene Wurzelfüll-Technik erfordert spezielle Geräte zur Erwärmung und Kondensierung. Zudem werden individuelle, konische Meisterstifte („master points“) benötigt, die in Konizität und Volumen dem Kanal bzw. dem letzten verwendeten Aufbereitungsinstrument exakt entsprechen sollen und dann vor der Einbringung um 0,5 bis 1,0 mm an der Spitze gekürzt werden, um nach der starken Verkeilung (Kondensation) keine Überstopfung zu ermöglichen. Dazu wird der „master point“ – bei ganz konsequenter Anwendung der Schilder-Technik – zunächst probeweise eingebracht, durch ein Röntgenbild auf seinen perfekten Sitz kontrolliert und erst dann definitiv verwendet (kondensiert).

Nach der Füllung des apikalen Drittels erfolgt die Füllung des mittleren und oberen Kanalabschnitts („backfill“), mit ebenfalls erwärmter, aber direkt eingespritzter Guttapercha. Dabei wird diese Guttapercha zuvor außerhalb in einem Ofen verflüssigt. Im Ergebnis sind diese aufwändigen Wurzelfüllungen sehr dicht und damit nahe am Ideal eines absolut bakteriendichten Verschlusses.

Dies ist – in groben Zügen – die Technik der „vertikalen Kondensation“. Wobei es hier verschiedene Modifikationen der „Original-Schilder-Technik“ gibt. Manch ein Anwender macht aus jeder Kleinigkeit eine Weltanschauung und lässt Abweichungen „seines“ Konzeptes unter gar keinen Umständen zu. Es ist zuweilen eine „Glaubensfrage“, wie man seine Kanäle optimal obturiert. Und die Industrie verdient an den unzähligen Varianten der „vertikalen Kondensation“, an beheizten Pluggern, Vorwärmöfen und „Spezial-Guttapercha“ offenbar recht gut.

Injektionsmethoden, Ultrafil, Thermafil

Es gibt auch seit einigen Jahren Verfahren, allein erhitzte (flüssige) Guttapercha direkt in den Kanal einzuspritzen („Obtura System“). Dabei wird auf 160–200 Grad (!) erwärmte Guttapercha mit Injektionskanülen der Größe ISO 40 und 60 direkt in den Wurzelkanal appliziert. Hier ist also kein

Sealer notwendig. Die angewendeten hohen Temperaturen können allerdings bei direktem Gewebekontakt zu Hitzeschäden in der Umgebung (Apex?) führen.

Einige andere Systeme wie Ultrafil und Thermafil arbeiten wohl darum nur mit erwärmter (nicht erhitzter) Guttapercha. Hier ist die Guttapercha etwas erweicht und lässt sich so sehr gut auch in nicht runde Kanalquerschnitte dicht einbringen. Größere Verbreitung fand die „Thermafil-Methode“ bzw. „Thermafil-Plus“. Hier wird ein mit Guttapercha ummantelter ISO-normierter Kunststoffstift nach kurzer externer Vorwärmung in einem kleinen Elektro-Ofen während der kurzen plastischen Phase der erwärmten Guttapercha in den Kanal eingeführt. Der überstehende Stiftanteil wird danach abgetrennt. Aber auch hier kann es zum unbeabsichtigten Überpressen von warmer Guttapercha in die Apikalregion kommen.

Das Thermafil-Verfahren ist recht rationell, sodass es in manchen sozial engagierten Praxen auch im Rahmen der GKV-Endodontie derzeit zuzahlungsfrei eingesetzt wird. Da Zuzahlungen aber ohnehin sehr problematisch sind, wenn sie bei gesetzlich Versicherten im Rahmen der offiziellen „Sachleistung Endodontie“ verlangt werden, stellt sich leider immer wieder die Frage, ob man solche Neuerungen wie etwa „Thermafil“ routinemäßig anwenden kann, auch wenn sie etwas höhere Kosten verursachen. Wir stecken da in der GKV-Praxis in einem ständigen schweren Dilemma. Dabei wäre gerade die Thermafil-Methode durchaus geeignet, im Rahmen der Breiten-Endodontie angewendet zu werden.

Fachlich wird derzeit allerdings diskutiert, ob man bei Verzicht auf einen zuvor einzubringenden Sealer, nur mit Abdichtung durch erwärmte Guttapercha einen ausreichend dichten Verschluss erzielen kann. Zeitersparnis ist nicht alles.

In der GKV-Praxis nach wie vor am meisten verbreitet ist allerdings die zu Anfang ausführlich geschilderte, sehr rationelle Zentralstiftmethode unter Anwendung von Zwei-Komponenten-Pasten-Sealern. Dies ergaben meine zahlreichen Gespräche im Rahmen von Qualitätszirkeln und Fortbildungen. Einfach und bedarfsgerecht modifizieren kann man dieses Standardverfahren der Obturation durch die Verwendung zusätzlicher Guttaperchaspitzen im Sinne einer „lateralen Kondensation“, beispielsweise in besonders dicken oder nicht run-

den Molarenkanälen sowie bei sehr großkalibrigen Front- und Eckzähnen, wie schon ausgeführt.

Diese Methode der Zentralstift-Obturation bzw. „partiellen“ lateralen Kondensation hat sich in meiner Praxis bei über 4000 GKV-Wurzelfüllungen gut bewährt. Ich verwende dabei den Sealer „AH Plus“.

Es wäre nun zu klären, welche der vielen beschriebenen Methoden zum Standard innerhalb der GKV-Endodontie werden könnte. Nach meiner Überzeugung könnte das die Zentralstiftmethode mit einem Zweikomponenten-Sealer (Ca(OH)₂-haltig) mit einem Zinkoxid-Eugenol-Sealer oder auch die Thermafil- oder Ultrafil-Methode sein. Diese Verfahren sind rationell, effektiv und damit in dem von uns gesuchten Sinne „Breiten-Endodontie-tauglich“. Das Hauptproblem ist bei allen diesen Verfahren die derzeit fehlende wissenschaftliche Evidenz.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) beschäftigt sich seit mehreren Jahren immer wieder mit der Endodontie. Er möchte erreichen, dass Wurzelkanalbehandlungen langfristig Teil des GKV-Leistungskataloges bleiben und durch evidenzgesicherte Verfahren möglichst noch besser zu praktizieren sind als bisher. Dies ist sicher möglich; man muss es nur *wollen*.

Für die Spezialisten bleibt dann das Feld der anatomisch besonders schwierigen Fälle sowie der anspruchsvollen, für den Generalisten zu schwierigen Revisionen. Wobei einfache Revisionsfälle durchaus auch in der Allgemeinpraxis therapiert werden können, wenn das Konzept stimmt. Es ist Platz für Alle. Die Zahnerhaltung in der Breite würde hiervon jedenfalls deutlich profitieren.

Alle engagierten Kolleginnen und Kollegen sind herzlich zur Mitarbeit an dem Projekt „Bessere Breitenendodontie“ aufgerufen. Auf Seite 9 dieses „Forums“ finden Sie einen entsprechenden Appell der beiden Verbände DAZ und BVAZ.

Der derzeitige vertragliche Zustand, wonach es einerseits in der GKV die „Sachleistung Endodontie“ gibt, andererseits aber kaum noch eine Praxis, die diese anbietet und anständig erbringen kann, ist jedenfalls unhaltbar. Er ist des Berufsstands unwürdig.

Dr. Paul Schmitt, Frankfurt/Main

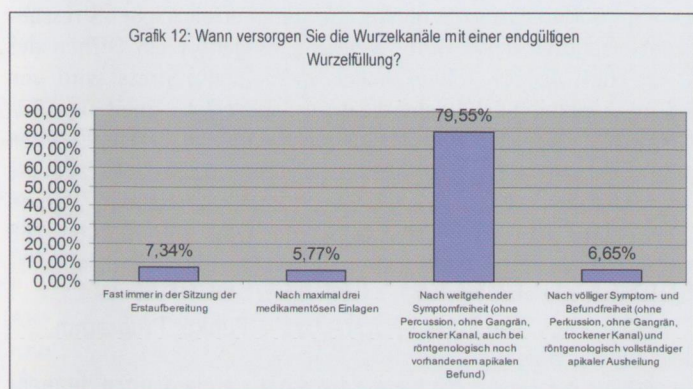
Wie füllen Zahnärzte den Wurzelkanal?

Ergebnisse zur Obturation aus der DAZ-Umfrage zur Endodontie 2010

Im Jahr 2010 hat der DAZ, unterstützt durch verschiedene zahnärztliche Organisationen, eine Umfrage zum endodontischen Vorgehen in deutschen Praxen durchgeführt, an der sich 1.022 Zahnärztinnen und Zahnärzte beteiligten. Hier die Ergebnisse zum Bereich Obturation.

Wann wird definitiv gefüllt?

Es gilt als zeitgemäß, eine endodontische Behandlung in einer Sitzung durchzuführen. Dieses Bestreben kollidiert aber unter Umständen mit der Forderung nach intensiver Desinfektion. Außerdem ist bei zwischengeschobenen Schmerz-Patienten eine abschließende endodontische Behandlung in der Regel nicht möglich.



Nur 7,34 Prozent der befragten Zahnärzte gaben an, fast immer in der Sitzung der Erstaufbereitung die Wurzelkanäle mit einer endgültigen Füllung zu versorgen. 5,77 Prozent füllt die Wurzel definitiv nach maximal drei medikamentösen Einlagen. Die überwiegende Mehrheit (79,55 Prozent) der Befragten füllt erst nach weitgehender Symptomfreiheit, und nur eine Minderheit von 6,65 Prozent wartet, bis völlige Symptom- und Befundfreiheit eingetreten ist (vgl. Grafik 12). Von den nach eigenen Angaben auf Endo Spezialisierten gibt ein Fünftel (19,23 Prozent) an, fast immer in der Sitzung der Erstaufbereitung die Wurzelkanäle mit einer endgültigen Füllung zu versorgen.

Welche Sealer finden Verwendung?

Die befragten Zahnärzte wurden dazu aufgefordert - im Rahmen einer offenen Frage mit der Möglichkeit zu Mehrfachnennungen - die von ihnen hauptsächlich verwendeten Sealer anzugeben. Das Ergebnis war eine Liste mit recht unterschiedlichen Produkten, was wohl der Tatsache geschuldet ist, dass es *den idealen* Sealer, der allen Anforderungen an ein Obturationsmaterial gerecht wird, nicht gibt. Er sollte z. B. eine hohe Dichtigkeit und Festigkeit aufweisen, gleichzeitig aber gut entfernbar

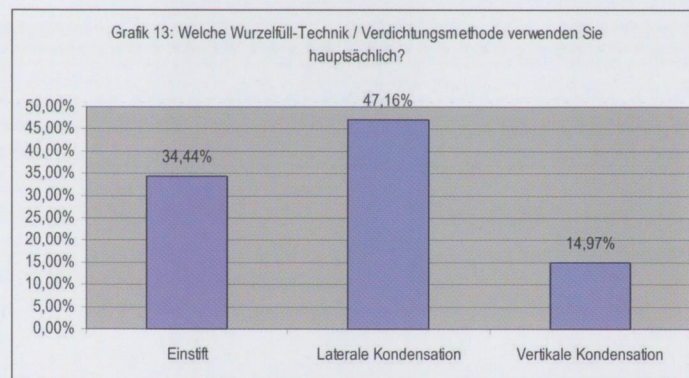
Häufig verwandte Sealer	
1. AHplus	37,05 %
2. Endomethasone	25,30 %
3. AH26	21,13 %
4. Apexit	11,16 %
5. Sealapex	6,55 %
6. N2	4,32 %
7. Diaket	3,42 %
8. Roekoseal	3,13 %
9. Hermetic	1,93 %
10. Gangrän Merz	1,79 %
11. 2-Seal Poste B	1,79 %
12. Andere	1,49 %

sein. Man wünscht sich Reaktionslosigkeit, gleichzeitig aber auch Ruhigstellung, eine desinfizierende Wirkung des Sealers usw. Das Rennen machten offensichtlich AHplus, Endomethasone, AH26 und Apexit; die übrigen Produkte kamen auf weniger als 10 Prozent - die Reihenfolge ist dem Kasten zu entnehmen.

Welche Wurzelfüll- bzw. Verdichtungsmethode wird verwandt?

Der Wurzelkanal soll dicht verschlossen werden, um ein „Nachsickern“ von Material aus nicht behandelten Seitenkanälen und Poren sowie eine Reinfektion von koronal zu verhindern. Die Einstifttechnik ist dabei die mit dem geringsten Aufwand. Für die anderen beiden Techniken gibt es verschieden aufwendige Abwandlungen, die nicht einzeln abgefragt wurden.

47,16 Prozent der befragten Zahnärzte verwenden offensichtlich die laterale Kondensation als hauptsächliche Wurzelfüll-Technik / Verdichtungsmethode, 34,44 Prozent präferieren die Einstifttechnik und 14,97 Prozent die vertikale Kondensation. Die auf Endo Spezialisierten bevorzugen die vertikale Kondensation (44,62 Prozent) vor der lateralen Kondensation (25,38 Prozent) und der Einstifttechnik



(20,77 Prozent). Zahnärzte, die Endo-Maßnahmen bei Kassenpatienten mit einem Anteil von über 80 Prozent ausschließlich über BEMA abrechnen, verwenden besonders selten die vertikale Kondensation (8,54 Prozent). Befragte, die regelmäßig zur Kanalreinigung Ultraschall anwenden, benutzen deutlich seltener die Einstifttechnik (15,00 Prozent). Schließlich sei noch erwähnt, dass Zahnärztinnen mehr zur lateralen Kondensation neigen als ihre männlichen Kollegen (51,65 zu 44,30 Prozent).

Weitere Ergebnisse finden Sie im „Forum für Zahnheilkunde“ März 2010, S.6-9, oder in der von der Brendan-Schmittmann-Stiftung erstellten Befragungsauswertung. Bezug: NAV-Virchow-Bund, Tel. 030/288774-21 oder Klaus.Gebuhr@NAV-Virchowbund.de

Endo-Master für 24.800 Euro?

Beispielhaft sei auf das neueste Kursangebot der Düsseldorf Dental Academy verwiesen, das gerade in den „zm“ beworben wird. Welche Bedeutung haben solche mit hohem Aufwand verbundenen Qualifikationen, die über Honorareinnahmen refinanziert werden müssen, für die Breitenversorgung bzw. für ein zahnmedizinisches Gesamtversorgungskonzept? Lesen Sie dazu auch die Beiträge zu Fachzahnärzte & Co auf den Seiten 19-22.

Dem Stress aktiv begegnen: Stress ist kein Schicksal – auch nicht für Zahnärzte!

Stress ist schön!

Haben Sie öfter mal Stress? Dann leben Sie gar nicht so schlecht. Haben Sie Dauerstress? Dann sollten Sie etwas dagegen tun. Stress ist wie ein Anlasser beim Auto: er lässt den Motor anspringen, und dann kann's losgehen. Wird er allerdings dauernd betätigt, auch wenn der Motor schon längst läuft, geht dieser kaputt und evtl. noch andere Einzelteile. Die Gefahr bei Stress ist also nicht der gelegentliche Stress, der ist sogar lebenswichtig, um unsere vegetative Steuerung zu aktivieren und in Gang zu halten. Richtig schlimm ist der andauernde Stress durch viele Einflüsse und Ereignisse über den ganzen Tag, der unseren „Stresslevel“ hoch hält. Der „Motor“ kann nicht mehr abgeschaltet werden, muss aber oft im Leerlauf hohe Drehzahlen verdauen. Das hält der stärkste Wagen auf Dauer nicht aus.

Stress macht krank, alt und dumm!

Für viele Mediziner ist Stress das zentrale Problem der Leistungsgesellschaft. Die WHO hat ihn zu "einer der größten Gesundheitsgefahren des 21. Jahrhunderts" erklärt. Schon heute sei seelischer Druck für 70% aller Krankheiten mitverantwortlich. Biologisch macht Dauerstress älter, er verkürzt nachweislich die Telomere, das sind einzelsträngige Chromosomen-Enden, die sich bei jeder Zellteilung verkürzen. Sind diese irgendwann zu kurz, kann sich die Zelle nicht mehr teilen und wird vom Körper entsorgt. Untersuchungsergebnisse brachten Altersunterschiede von bis zu 17 Jahren heraus.

Ohne Stress kein Leben

Aber Stress ist auch lebenswichtig, manchmal "überlebenswichtig", z. B. in "Fluchtsituationen" oder bei Prüfungen. Da werden oft Kräfte mobilisiert, die bisher verborgen waren. Der „Stresspapst“ Hans Selye definierte "Stress als die Summe aller Adaptationsvorgänge und Reaktionen

körperlicher wie psychischer Art, mit denen ein Lebewesen auf seine Umwelt und die von innen und außen kommenden Anforderungen reagiert." Dies heißt letztlich: Kein Leben ohne Stress – und – ohne Stress kein Leben.

Was sind Sie für ein Stresstyp?

Sind Sie cholerisch und aufbrausend? Oder jemand, der alles in sich rein frisst? Beim ersten Typ sind Sie ein „Sympathikotoniker“

und tendieren mehr zu einem Herzinfarkt. Beim zweiten Typ dürfen Sie sich zum Vagotoniker zählen, der eher Magengeschwüre bekommt. Und wenn sie plötzlich „antriebslos“ werden und keine Lust mehr zum Leben haben, dann ist es höchste Eisenbahn, etwas zu unternehmen (sonst werfen Sie sich eventuell vor selbige). Burn-Out ist oft die Endstufe einer Dauerstress-Karriere. Das große Problem von psychosomatischen Krankheiten ist die „Nichtsichtbarkeit“ des Leidens. Ein Gipsbein kommt da viel realistischer rüber als eine Depression. Zudem ist die

Psyche näher am „Ich“. Beim Gipsbein ist „mein“ Bein kaputt, bei der Depression bin „ich“ depressiv. Die Folge: die psychosomatische Störung wird oftmals verdrängt und verschwiegen. Warum beim einen ein Herzinfarkt, beim anderen eine schwere psychosomatische Störung auf Stresskaskaden folgt, ist noch nicht bekannt. Fakt ist, dass durch solche pathogenetischen Kettenreaktionen im Hormonhaushalt und im vegetativen Steuerungssystem ausgelöst werden, die je nach „Typ“ zum einen oder zum anderen Ergebnis führen.

Nehmen Sie sich selber ernst

Einem Burn-Out vorzubeugen, ist gar nicht so schwierig; wenn Sie achtsam mit sich umgehen. Neben Bewegung und ausreichend Schlaf helfen oft Essen mit Genuss und Zeit (keine Zeitung), aktiv abschalten (kein Fernseher) und Beziehungen pflegen

(gute Gespräche). Laut dem Mainzer Psychiater Otto Benkert hilft fast immer, mit anderen zu reden. Erzählen überwindet fast alle Traumata. Beziehungen seien deshalb nicht nur eine der Hauptursachen für Stress sondern auch der größte „Ent-Stresser“.

„Change it, love it or leave it“

Die Situation und das persönliche Verhalten entscheiden darüber, ob und wie Stressoren uns aus der Balance bringen. Die Wahrnehmung und die Einstellung zu einem Stressor zu verändern, ist oft der Schlüssel für eine erfolgreiche Stressbewältigung. Und es gehört ein Öffnen des Blickwinkels dazu, denn Stress wird von vielen Faktoren ausgelöst. Arbeit und Privates sind gleichermaßen beteiligt. Leben Sie nach der Formel 7/24 (=7 Tage die Woche 24 Stunden erreichbar)? Dann wechseln Sie doch zu 168/40: von 168 Stunden in der Woche nur 40 „im Job“.

Und jetzt?– Das 4-Punkte Programm

Um dem Stress aktiv zu begegnen, braucht es eigentlich nur 4 Schritte, gepaart mit ein bisschen Mut und Willen:

1. Analyse der Ursachen für persönlich empfundenen Stress und die ganz konkreten Folgen (Krankheit, Verhalten)
2. Analyse der Beeinflussbarkeit und der Wichtigkeit der Stressoren
3. Strategie für kurz- und mittelfristige und selbst machbare Änderung entwerfen und starten
4. Handlungsmöglichkeiten für Umgang mit nicht veränderbaren Stressoren aneignen.

Den meisten Menschen reichen allerdings nicht das Lesen solcher Ratschläge und die rationale Einsicht, um ihr Verhalten zu ändern. Wirksamer sind Gruppentrainings, bei denen die Teilnehmer zusammen mit anderen ihre Situation analysieren und neue Verhaltensweisen ausprobieren und wo Lernprozesse stattfinden, die den Menschen ganzheitlich ansprechen: als handelnden Akteur, als rationales, soziales und emotionales Wesen. Die Mühe lohnt sich, denn ohne Dauerstress lebt es sich gesünder, länger, besser!

Manfred Just
Just-Institut für Gesundheit
und Management, Forchheim
info@just-institut.de

Der Unentbehrliche

*Wirklich, er war unentbehrlich!
Überall, wo was geschah
zu dem Wohle der Patienten,
er war tätig, er war da.*

*Stand an seinem Zahnarztstuhl
von frühmorgens meist bis spät
und versuchte zu vermitteln,
dass um Prävention sich's dreht.*

*Kaum die Praxis war beendet,
hetzte er schon wieder los,
um sich fleißig fortzubilden,
diese Pflicht schrieb er ganz groß.*

*Pflicht war ihm auch sein Verein:
Nie versäumt' er 'nen Bericht,
Sitzungen und Arbeitskreise,
ohne ihn ging es da nicht.*

*Ohne ihn war nichts zu machen,
keine Stunde hatt' er frei.
Gestern, als sie ihn begruben,
war er richtig auch dabei.*

(frei nach Wilhelm Busch)

Alles schon mal dagewesen?

Eine Praxisanzeige, die es in sich hat

Eine Website gilt heute als unabdingbar für erfolgreiches Praxismarketing. Dennoch ist das gute alte Zeitungsinserat – bis vor wenigen Jahrzehnten quasi die einzige Werbemöglichkeit – immer noch ein wichtiges und alltägliches Mittel für Zahnarztpraxen, sich im lokalen oder auch überregionalen Umfeld bekannt zu machen.

Hier soll die Rede sein von einer solchen Werbeanzeige – vielleicht einer nicht ganz so alltäglichen. Sie stammt von Friederika Elisabeth Lochmannin. Offensichtlich ein etwas älterer Jahrgang, diese Zahnärztin. Sonst hieße sie vermutlich Chantal oder Günay oder Christina.

Frau Lochmannin stellt sich kurz vor – aus Dresden stammt sie und bietet ihre Dienste inzwischen in der Leipziger City an. Sie ist nicht irgendwer, eine Promi-Zahnärztin, die schon bekannte Persönlichkeiten behandelt hat.

Als Punkt 1 ihres Behandlungsspektrums nennt sie die Prophylaxe inklusive professioneller Zahnreinigung. Mit ihrem High-tech-Instrumentarium rückt sie auch hartnäckigsten Belägen zu Leibe und behandelt – natürlich – schmerzfrei. Aktuellen Trends entsprechend sind auch die ästhetischen Wünsche der Patienten gut bei ihr aufgehoben. Sie bietet effektives Bleaching an mit einem importierten Präparat, das gleichzeitig eine parodontalprophylaktische Wirkung entfalten soll.

Auch Endodontie, Füllungstherapie sowie ggf. Prothetik gehören zu ihrem Behandlungsspektrum. Vermutlich werden ihre Patienten zu schätzen wissen, dass die Zahnärztin Erkrankungen und Schmerzen nach Möglichkeit nicht invasiv, sondern mit Biofilmmangement und aktuellen Medikamenten zu begegnen versucht. Wobei im Rahmen der Werbung natürlich – auch in unseren aufgeklärten Zeiten noch – die eine oder andere wenig realistische Wunderwirkung versprochen wird.

Im Übrigen scheint Frau Lochmannin bereits gerüstet für eine Situation, die angesichts drohenden Ärztemangels in bestimmten Regionen bereits für die Allgemeinmedizin diskutiert wird und eines Tages ja vielleicht auch die Zahnmedizin ereilt. Die Zahnärztin ist hinsichtlich der Berufsausübungsformen flexibel und bietet

auch mobile Behandlung an bzw. wechselt je nach Bedarf ihren Wirkungsort.

Und das Sensationellste: sie ist eine Frau!

Jetzt wird manch einer verständnislos den Kopf schütteln. Eine Frau in der Zahnmedizin – das ist doch keine Sensation. In 50 Jahren wird, wenn der Trend anhält, vielleicht ein männlicher Zahnarzt Seltenheitswert besitzen. Und in den neuen Bundesländern, zu denen Sachsen schließlich gehört, ist Zahnmedizin schon länger ein weiblich dominierter Beruf.

Sehr wahr. Aber schauen wir uns die hier beschriebene und auf der nachfolgenden Seite abgedruckte Praxisanzeige einmal genauer an: sie stammt aus dem „Leipziger Intelligenz-Blatt“ vom 10. Mai 1775! Knapp zwei Jahrzehnte vorher hatte Philipp Pfaff das erste deutschsprachige Lehrbuch der Zahnmedizin herausgebracht. Die praktizierte Zahnmedizin für die breite Bevölkerung lag überwiegend in den Händen von Badern und anderen Handwerkern und beschränkte sich weitgehend aufs Zahnreißen. Erst 100 Jahre später sollte es einer deutschen Frau – inzwischen bekannt unter dem Namen Henriette Hirschfeld-Tiburtius – gelingen, in den USA ein Zahnmedizinstudium zu absolvieren und sich in Berlin als erste akademisch gebildete Zahnärztin niederzulassen. Ton angehende Verwaltungs- und Hochschulvertreter haben noch im ausgehenden 19. Jahrhundert den Frauen die Fähigkeit zu wissenschaftlichem Denken und ganz besonders die zur Ausübung eines medizinischen Berufes notwendigen Fähigkeiten abgesprochen. Erst ab 1900 wurden nach und nach in deutschen Ländern Frauen regulär zum Universitätsstudium, schließlich auch zu Promotion und Habilitation zugelassen. Das politische Wahlrecht erhielten sie 1919; unter der nationalsozialistischen Herrschaft gab es Tendenzen zur erneuten Einschränkung von Frauenrechten.

Von der „Mund- und Zahnärztin Friederika Elisabeth Lochmannin, aus Dresden gebürtig“, ist uns wahrscheinlich nicht mehr überliefert als ihre Annonce aus dem Jahr

1775, die unbeachtet im Archiv eines Zeitungssammlers schlummerte, bis sie dem historisch interessierten Zahntechniker Andreas Haesler, Initiator des Dentalmuseums Zschadraß, vor die Augen kam.

Frau Lochmannin wird kein Studium absolviert, sondern wie die meisten ihrer damaligen männlichen Kollegen eine praktische Ausbildung bei einem Zahnkundigen durchlaufen haben oder ihm als Gehilfin – vielleicht auch als mithelfende Ehefrau – zur Hand gegangen sein und die Tätigkeit vielleicht eines Tages in eigener Regie fortgeführt haben – wohl mit Erfolg, wie der Verweis auf die „Attestate von fürstlichen und anderen hohen Herrschaften“ vermuten lässt. Dass sie, wie es im Text heißt, „allhier“ (= in Leipzig) „angekommen“ ist, legt überdies nahe, dass sie sich seinerzeit nicht dauerhaft niedergelassen hat, sondern vermutlich nur eine Weile in einer Stadt geblieben ist, bis die Nachfrage nachließ und es angeraten schien, an den nächsten geeigneten Ort überzuwechseln.

Sicherlich kein einfaches Leben für eine Frau in der damaligen Zeit und in einem solchen Beruf. Aber auch mit ihren Patienten möchte man nicht tauschen. Wie die Schmerzausschaltung erfolgte, was Blei-gefüllte Zähne auf Dauer bewirkten, welche „Wundermittel“ zum Einsatz kamen, darüber kann man nur spekulieren und heilfroh sein, dass dank wichtiger wissenschaftlicher Pioniere und dank vieler namenloser Praktiker früherer Jahrhunderte, zu denen vielleicht auch die Zahnärztin Lochmannin gezählt werden

kann, die Zahnmedizin große Fortschritte gemacht hat.

Allerdings sind wir ganz so weit nun wieder auch nicht von damals entfernt. Denn wenn man sich die Werbung anschaut, dann wird von Zahnarztpraxen und Unternehmen

des Dentalbereichs auch heute so manches angepriesen, was mit solider Behandlung und wissenschaftlich abgesicherten Erkenntnissen nicht viel zu tun hat – wie seinerzeit im Jahre 1775.

Irmgard Berger-Orsag, Troisdorf

Als einer von zahlreichen Gegnern der Öffnung des Medizinstudiums für Frauen sei der deutsche Anatom und Physiologe Prof. Theodor Ludwig Wilhelm von Bischoff (1807-1882) zitiert: "Die Beschäftigung mit dem Studium und die Ausübung der Medizin widerstreitet und verletzt die besten und edelsten Seiten der weiblichen Natur, die Sittsamkeit, die Schamhaftigkeit, Mitgefühl und Barmherzigkeit, durch welche sich dieselbe vor der männlichen auszeichnet." (1872)

Elisabeth Lochmannin und die Zahnbehandlung vor mehr als 200 Jahren



10) Es ist alhier eine Mund- und Zahn- arztin, Friederika Elisabeth Lochmannin, aus Dresden gebürtig, im Brühle in Hrn. D. Schachers Hause am hällischen Pfortgen, eine Treppe hoch, angekommen, welche ihre Geschicklichkeit in dieser Kunst, durch viele Attestate von fürstlichen und andern hohen Herrschaften darthun kann. Sie pußet die Zähne, reiniget selbige, und versichert, daß sie allen Tartarum oder Weinslein mit feinen Instrumenten, ohne Empfindung und Schmerz, wegnimmt. Sollten sich Personen finden, welche mit hohlen Zähnen incommodiret sind, und sich die Zähne mit Gold, Silber oder Zin ausfüllen, oder ausbrennen lassen wollen, oder angekreßene

und wurmfichige Zähne haben, einer oder mehrere fehlen, so versichert sie in allen diesen Fällen die aufrichtigste und sicherste Bedienung. Sie hat auch ein kostbares englisches Zahnpulver, alle gelbe und schwarze Zähne schön weiß damit zu machen, dienet auch vor blutendes Zahnfleisch; desgleichen ein vortrefliches Zahnopiat, für allen Brand des Zahnfleisches und Mundsfäule, es befestiget die wackelnden Zähne, und machet das Zahnfleisch wachsend; ferner eine sehr gute Zahntinctur, welche das Zahnfleisch in drey Lagen roth und feste machet; und einen Zahnstein, welcher alle Zahnwehe in einer halben Stunde vertreibt, ohne die Zähne sich ausnehmen lassen zu dürfen.

Nachdruck mit frdl. Genehmigung des
Dentalmuseum, Im Park 9b, 04680 Zschadraß
www.dentalmuseum.eu

Mobile Zahn-Versorgung um 1775

Wahrscheinlich handelt es sich bei der Auftraggeberin der nebenstehenden Anzeige um eine „Reise-zahnärztin“, die im Jahres- oder Halbjahresrhythmus zahnärztlich schlecht bzw. unversorgte Regionen aufsuchte oder Mitglieder eines Hofes begleitete und nebenher noch andere Betätigungsmöglichkeiten wahrnahm. Dass eine Frau dieser Arbeit nachging, war keine absolute Ausnahme. Da die Zahnbehandlung über Jahrhunderte von Handwerkern und den als Medizinern 2. Klasse geltenden Chirurgen ausgeübt wurde, war hier der Ausschluss von Frauen nicht so streng wie in der akademischen Medizin. Für Berlin ist die Frau von Philipp Pfaff ein bekanntes Beispiel. Die "Pfäffin" konnte nach dem Tod ihres Mannes seine Praxis fortführen, da dessen „Barbierstübengerechtigkeit“ (für die Zulassung musste man nachweisen, dass man Haare schneiden konnte) erblich war. Wie die Pfaff-Witwe hat E. Lochmannin vermutlich Hilfskräfte beschäftigt, so dass sie bspw. Extraktionen nicht allein bewältigen musste. Beim Blick auf die Zahnheilkunde früherer Jahrhunderte gilt es nicht zuletzt, die Unterschiede zwischen den deutschen Fürstentümern und neben den Zahnärzten die verschiedenen anderen Beteiligten – Barbieri, Bader, Chirurgen, Zahnmechaniker, Zahntechniker, Zahnkünstler, später auch Dentisten – zu berücksichtigen. Wenn man die Behandlung betrachtet, findet man einige bis in unsere Zeit aktuelle Prinzipien: handwerkliches Können, Infektions-Bekämpfung und die Nutzung des Placebo-Effektes. Wobei letzterer heute natürlich nicht mehr mit einem wundersamen „Zahnstein“ zu bedienen ist. Aber dafür haben wir allerlei topmoderne Alternativen, Hauptsache, man glaubt dran...

Weitere Infos:

- Dr. Ilona Marz, langjährige Mitarbeiterin des Medizinhistorischen Institutes der Humboldt-Uni Berlin
- Website von Dr. Anne-Marie Liethen, www.dr-liethen.de

just
Institut für Gesundheit
und Management

**Die Spezialisten
„rund um den Zahn“**

JUST-Institut
Am Ries 6
D 91301 Forchheim
Tel: 09191 735 700
Fax: 09191 735 702
info@just-institut.de
www.just-institut.de

**In 5 Minuten wieder fit?
Ohne Risiken und Nebenwirkungen?
Wir zeigen Ihnen, wie!**

Selbsttherapie am Arbeitsplatz mit JUST-FIVE

...und Sie können wieder beschwerdefrei arbeiten

Ergonomisch Arbeiten

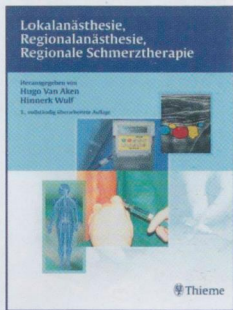
...und Sie können den Feierabend wieder genießen

JUST-FIVE in Italien

...und Sie sind in einer Woche Selbsttherapeut, verknüpft mit Urlaub
01. bis 06. Oktober 2011 – fahren Sie mit nach Castellabate, Kampanien

**Seminare auch in Ihrer Praxis!
Von Krankenkassen bezuschusst - steuerlich absetzbar**

Buch-Rezension: Kleiner Pieks mit großer Wirkung Lokalanästhesie, Regionalanästhesie, Regionale Schmerztherapie



Die Injektion als konkreteste Form ärztlicher Zuwendung: Im Stockwerk über uns ordinierte lange Zeit ein überaus erfolgreicher Orthopäde. Kein Patient verließ seine Praxis ungespritzt – alle waren begeistert: Der kann das, man merkt fast

nichts, ob ins Knie oder zwischen die Lendenwirbel, in Schulter oder Hals. Vielleicht hat sich der Kollege schon damals das Buch „Lokalanästhesie, Regionalanästhesie, Regionale Schmerztherapie“ von H.C. Niesel zur Brust genommen, in dem es heisst, „dass die Applikation von Lokalanästhetika ein sehr feines Gewebsgefühl verlangt und möglichst atraumatisch erfolgen sollte.“ Eine Binsenweisheit? Sollte man glauben. Als Patient hat man aber oft den Eindruck, dass sogar die langsame Injektion, sofern sie der Arzt überhaupt noch selbst verabreicht, dem Zeitdruck moderner Praxishektik geopfert wurde und Spritzen mehr getackert als – eben gewebtsadäquat – appliziert werden.

In besonderem Maß betrifft die Forderung nach atraumatischer Injektionstechnik natürlich die Schmerzausschaltung in der Zahnheilkunde. Ohne wirksame Leitungs- und Infiltrationsanästhesie ist ja kaum noch eine Behandlungsmaßnahme in der Mundhöhle denkbar. Trotzdem finden Techniken, Präparate, Lösungen und mögliche Komplikationen der Lokalanästhesie in zahnmedizinischen Fachbüchern meist nur marginale Erwähnung (z.B. in der „Einführung in die Zahnmedizin“ von Reitmeier, Schwenzer und Ehrenfeld, aber auch in Implantologie- und Prothetik-

H. Van Aken & H. Wulf (Hrsg): Lokalanästhesie, Regionalanästhesie, Regionale Schmerztherapie

3. überarb. Auflage 2010, 738 S., 546 Abb.,
149 €, Thieme, ISBN: 978-3-13-795403-3
Link zum „Probelesen“:
<http://www.libreka.de/bookviewer/9783137954033/firstsection>

Büchern). Möglicherweise eines der Motive, die den Thieme-Verlag und seine Autoren veranlasst haben, der Anästhesie in der Zahnheilkunde in der 3. Auflage des Niesel-Buches den gebührenden Platz einzuräumen – und eigentlich selbstverständlich, wenn man bedenkt, dass jährlich ca. 70 Millionen Anästhesien in deutschen Zahnarztpraxen verabreicht werden.

Der veritable Wälzer von inzwischen 738 Seiten wurde jetzt neu herausgegeben von van Aken und H. Wulf und bietet jedem ärztlichen Kollegen alles, was er sucht und was er brauchen kann. Schließlich, so das Vorwort, hat z.B. „die

Weiterentwicklung die rückenmarksnahen Regionalanästhesie und die peripheren Nervenblockaden zu wertvollen Alternativen und Ergänzungen der Allgemeinmedizin gemacht.“ Das betrifft natürlich in besonderem Maße die Gynäkologie, vor allem die Geburtshilfe, die Urologie, Hernien-OPs u.a.. In diesem Kontext wird demgemäß der Spinalanästhesie, der Epiduralanästhesie und den peripheren Nervenblockaden breiter Raum gewährt – nach entsprechender ausführlicher Abhandlung der notwendigen Voraussetzungen: Physiologie und Pathophysiologie des Schmerzes, Pharmakologie der Lokalanästhetika, organisatorische und juristische Aspekte von Anästhesie-Maßnahmen. Die Frage, wer überhaupt was darf, ist ja in Zeiten zunehmender Klageverfahren ein nicht zu vernachlässigender Gesichtspunkt.

Umfassend und gründlich weiterhin die Behandlung der Regionalanästhesien in den verschiedenen Körperbereichen – von Kopf und Stamm, dem HNO – Bereich und der Augenheilkunde bis zur Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde mit allem, was dazu gehört: Spritzensysteme, empfohlene Lösungen und Konzentrationen, vor allem lokale und systemische Komplikationsmöglichkeiten in guter Zusammenstellung.

Sehr wichtig und nützlich finde ich – gerade bei einem so massiven Informationskonvolut – die am Ende jedes Kapitels zusammengefassten *Kernaussagen*. Als wertvolle Hilfe bei der Behandlung spezieller Schmerzsyndrome in den verschiedenen Körperbereichen erweist sich weiterhin eine Auflistung der entsprechenden Indikationen zur regionalen Schmerztherapie im letzten Teil des Buches.

Wenn man davon absieht, dass man auf ein paar Fotos verzichten könnte, die wenig aussagefähig oder einfach unscharf sind (z.B. 7.17, 7.18, 7.19, 17.23b, 18.12a), beeindruckt erneut die Fülle guter Graphiken, Schemata und Abbildungen, die den hervorragenden Gesamteindruck abrunden.

Wer es als primäres Ziel einer medizinischen Therapie betrachtet, Schmerzlinderung oder gar Schmerzbefreiung zu erreichen, der kann sich nicht intensiv genug mit allen Aspekten der Lokal- und Regionalanästhesie befassen. Das vorliegende Buch ist dafür das geeignete Medium, und die 150 €, die man hinblättern muss, sind in jedem Fall eine gute und lohnende Investition.

Wer dann noch – und das gilt natürlich besonders für die Zahnmedizin – Leitungs- und Terminalanästhesien sensibel, schmerzfrei und wirksam appliziert, der kann vielleicht getrost auf die Leuchtreklame und den „glanzvollen Internetauftritt“ verzichten.

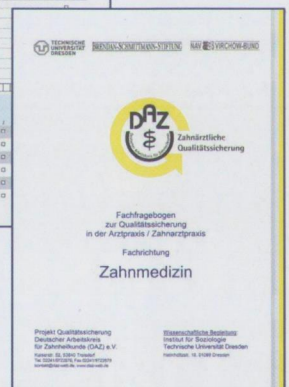
Dr. Hanns-W. Hey
Münsing

Projekt Qualitätssicherung startet neue Befragungs-Runde

Wieder werden in den Projekt-Praxen kontinuierlich 2 Fragebögen an die Patienten verteilt – der erste mit Fragen allgemein zur Bewertung der Praxis, zum Arzt-Patienten-Verhältnis, zur eigenen Person. Der zweite Fragebogen ist speziell auf die zahnärztliche Behandlung ausgerichtet. Nach der Auswertung der eingegangenen Fragebögen wird den teilnehmenden Praxen für die kommenden Jahre das Qualitätssiegel des Projektes verliehen.

Dieses Konzept der Qualitätssicherung ist nachweislich ein sinnvoller ergänzender Baustein in dem inzwischen gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsmanagement. Das Feedback aus Patientensicht zu ihren Leistungen und zur Praxisatmosphäre, das die einzelnen Praxen erhalten, hilft, einge-

fahrene Verhaltensweisen und Arbeitsabläufe zu hinterfragen,



sie mehr auf die Bedürfnisse der Patienten auszurichten und die Qualität der Patientenbetreuung sowie die Effektivität vieler Abläufe zu verbessern. Das kann bei der Begrüßung der Patienten beginnen und nach erfolgreicher, gut durchorganisierter Behandlung bei einer erneuten Terminvergabe enden.

Wenn Ihr Interesse geweckt worden ist, dann ist jetzt vor dem Start der nächsten Befragungsrunde eine passende Gelegenheit, dem Projekt beizutreten. Der Jahresbeitrag beträgt inkl. MWSt 250,00 Euro – eine Investition, die sich bezahlt macht.

Infos zum DAZ-QS-Projekt :

Dr. Peter Nachtweh
Kaiserdamm 97, 14957 Berlin
Tel. 030/3023010, Fax 3255610
pnachtweh@t-online.de



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





BERUFSVERBAND DER ALLGEMEINZAHNÄRZTE



Der „Fachzahnarzt für Allgemeine Zahnheilkunde“ als Trojanisches Pferd

Der BVAZ beschäftigt sich in diesem „Forum“ wieder einmal mit der Fachzahnarzt-Frage. Mit diesem Thema verbinden sich ganz unterschiedliche Begriffsinterpretationen und Interessen. Es hat nicht nur mit steigenden fachlichen Anforderungen an den berufsfertigen Zahnarzt zu tun, sondern auch mit unzureichendem Praxisbezug in der Studentenausbildung, mit strukturellen Mängeln in Bezug auf die Heranbildung des Nachwuchses für Forschung und Lehre an den Unis, mit den Interessen kommerzieller Fortbildungsanbieter, mit Mängeln in den zahnärztlichen Gebührensystemen und mit Verteilungskämpfen innerhalb der Zahnärzteschaft. Wenn von fachlicher Qualifizierung die Rede ist, geht es in Wirklichkeit oftmals um Einnahmequellen und/oder um das Fernhalten unliebsamer Konkurrenz.

In dieser Auseinandersetzung, deren weit reichende Bedeutung viele Zahnärzte erst allmählich erkennen und die z.B. von der an dieser Entwicklung beteiligten Bundeszahnärztekammer und der Vereinigung der Hochschullehrer nicht gerade an die große Glocke gehängt wird, bezieht der BVAZ Position – mit Blick auf die Interessen der großen Mehrheit des Berufsstandes: die niedergelassenen allgemeinärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen.

Der BVAZ hält weitere Fachzahnarzt-Qualifikationen über die Bereiche Kieferorthopädie und Oralchirurgie (sowie Parodontologie in Westfalen-Lippe und die Qualifizierung für Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst) hinaus für nicht erforderlich und wehrt sich insbesondere gegen die Etablierung eines „Fachzahnarztes für Allgemeine Zahnheilkunde“.

Während die Brandenburger Zahnärztekammer den Titel bereits eingeführt hat, diskutiert man in Hessen auf Veranlassung des Kammerpräsidenten Frank, wie man den Titel ebenfalls einführen könne. Dies ist insofern als sehr kritisch anzusehen, weil der hessische Kammerpräsident in Personalunion Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer ist, was seinen Einflussbereich und sein Machtpotential vergrößert.

Aus Sicht des BVAZ ist der Fachzahnarzt für Allgemeine Zahnheilkunde, so wie er aktuell vom Kollegen Frank in Hessen vorangetrieben wird und dann vermutlich via BZÄK deutschlandweit ratifiziert werden soll, ein Trojanisches Pferd. Um für seine Pläne Mehrheiten zu bekommen, gibt Frank als Grund für seine Pläne an, die Allgemeinzahnärzte mit dem Titel schützen und stärken zu wollen. In Wirklichkeit – so nicht nur die Einschätzung des BVAZ – soll über diesen Umweg der Implementierung weiterer Fachzahnärzte Tür und Tor geöffnet werden.

Dass diese Entwicklung nicht nur vom BVAZ als für zahnärztliche Generalisten schädlich erachtet wird, zeigt ein Blick in andere Bundes-

länder. So haben sich beispielsweise in der ersten Hälfte dieses Jahres nach der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein auch die Kammerversammlung in Nordrhein und der Deutsche Zahnärzte Verband (DZV) mit seiner Mitgliederversammlung gegen neue Fachzahnärzte und insbesondere gegen einen „Fachzahnarzt für Allgemeine Zahnheilkunde“ ausgesprochen.

Ein vielschichtiges Thema und Grund genug, den Forum-Leser/innen durch die beiden nachfolgenden Beiträge die Problema-

BVAZ-Beiträge in Forum 107

Seite 20 – Prof. Dr. Hans-Jörg Staehle:
Fachzahnarzt-Debatte: Plädoyer für ein umfassendes zahnärztliches Weiterbildungs-konzept

Seite 22 – Dr. Dr. Rüdiger Osswald:
Fachzahnarzt-Debatte: Vergleich von Äpfeln und Birnen

Seite 23 – Dr. J. Simonis, Dr. U. Happ:
Serie Praxispersonal – Tarifverträge und Bezahlung

Seite 24 – Dr. Roland Kaden:
Tipps und Tricks zur minimal-invasiven Zahnerhaltung

Seite 26 – Dr. Dr. Rüdiger Osswald:
Endodontische Obturation – mit desinfizierendem Sealer

Seite 28 – BVAZ-Vorstand:
BVAZ / DAZ / BUZ: gemeinsames Mitteilungsblatt, aber unterschiedliche Meinungen

Seite 29 – Dr. Michael Loewener:
Alte neue GOZ – Ende der Praxis?

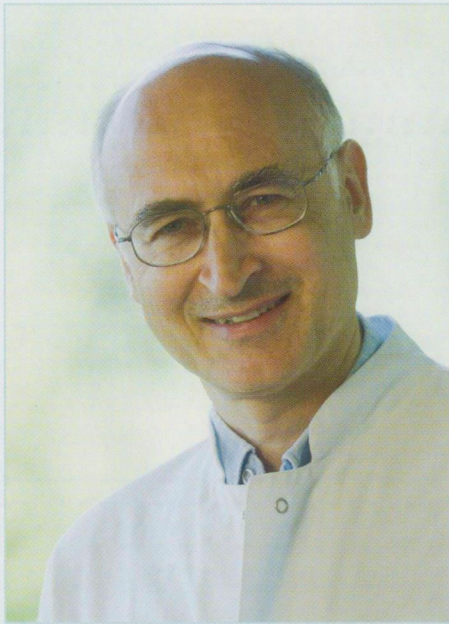
Seite 30 – Dr. Jürgen Simonis:
Ohne Moos nix los – Abrechnungstipps zur Wundversorgung

tik näher zu bringen und zu weiterer und vor allem breiterer Diskussion einzuladen.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Dr. Marianne Grimm
BVAZ-Präsidentin

**BVAZ-
Hauptversammlung**
Samstag, 12. November 2011
München, Marriott Hotel
Weitere Infos unter www.bvaz.de



In seiner Februar-Ausgabe beschäftigte sich das Zahnärzteblatt Baden-Württemberg (ZBW) in mehreren Beiträgen mit der Etablierung eines Fachtitels für die Allgemeine Zahnheilkunde. Das „Forum“ druckt nachfolgend mit Genehmigung des ZBW den Beitrag von Prof. Dr. Dr. Staehle, Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde des Universitätsklinikums Heidelberg, zu diesem Thema ab. Der Hochschullehrer hat sich im „Forum“ schon mehrfach zu Fragen der Weiterqualifizierung von Zahnärzten geäußert. Im Anschluss folgt ein auf Prof. Staehles Text antwortender Beitrag von BVAZ-Vorstandsmitglied Dr. Dr. Rüdiger Osswald.

Aufgrund der zunehmenden Differenzierung zahnärztlicher Disziplinen ist es nach Einschätzung des Verfassers heute keinem Zahnarzt mehr möglich, das gesamte Spektrum der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde auch nur annähernd zu überblicken, geschweige denn zu praktizieren. Dies macht es notwendig, dass neben Generalisten mehr und mehr Spezialisten zur Versorgung der Bevölkerung beitragen [8,16]. Allerdings gehen die Meinungen, wie die Weiterqualifikation nach dem Studium erfolgen soll, weit auseinander. Unter anderem sind folgende Positionen erkennbar:

1. Strukturierte/zertifizierte Weiterqualifikationen nach dem Studium sind unnötig. Es reicht eine frei wählbare Fortbildung aus.
2. Die Weiterqualifikation sollte hauptsächlich über kostenpflichtige postgraduale Masterprogramme laufen.
3. Die Weiterqualifikation sollte vornehmlich durch die Einführung eines Fachzahnarztes für Allgemeine Zahnheilkunde erfolgen.

Plädoyer für ein umfassendes zahnärztliches Weiterbildungskonzept

Statement zur Debatte über den „Fachzahnarzt für Allgemeine Zahnheilkunde“

von Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle, Universität Heidelberg

4. Es sollte ein Gesamtkonzept einschließlich verschiedener Fachzahnarzt- und Zusatzbezeichnungen unter Berücksichtigung aller relevanten Disziplinen erarbeitet werden.

Keine strukturierte/zertifizierte Weiterqualifikation

Es gibt Stimmen, die jegliche strukturierte/zertifizierte Weiterqualifikationen nach dem Studium ablehnen. Frei gewählte Fortbildungen und Interessen-/Tätigkeitsschwerpunkte auf der Grundlage einer weitgehenden Selbsteinschätzung reichen nach dieser Vorstellung aus. Dies wird zum einen mit fachlichen Argumenten begründet. So vertritt der Präsident der Bayerischen Landes Zahnärztekammer beispielsweise mit konkretem Bezug auf das Fach der Endodontologie die Auffassung, dass eine postgraduale Weiterqualifikation unnötig sei, da man bereits im Studium die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten erlange (Zitat): „Und können tun wir die Endo sowieso, denn die 90% Erfolgsquoten stammen allesamt aus Studenten-Studien“ [2]. Zum anderen werden auch politische Gegenargumente angeführt. Sie beziehen sich vor allem darauf, dass der Berufsstand durch kontrollierte Weiterqualifikationsprogramme auseinander dividiert und die Freiheit der zahnärztlichen Berufsausübung eingeschränkt werde. Der Verzicht auf eine strukturierte/zertifizierte Weiterqualifikation hat allerdings den Nachteil, dass der Erwerb einer besonderen postgradualen Expertise gemäß definierten Standards nur bedingt nachgewiesen werden kann.

Postgraduale Masterprogramme

Es existiert inzwischen eine Reihe hervorragender postgradualer Masterprogramme, zum Teil mit neuen, zukunftsweisenden Inhalten und Lehrformen. Die Masterprogramme konnten in gewisser Hinsicht eine „Marktnische“ füllen, da seitens der Zahnärztekammern Weiterbildungen bislang sehr restriktiv gehandhabt werden. Berufsbegleitende Masterprogramme haben aber eine extrem heterogene Qualität. Sie sind

zum Teil sehr theorielastig und können eine umfassende, auch praktisch fundierte Expertise nicht immer vermitteln. Jedemfalls können sie eine echte Weiterbildung oder Spezialisierung kaum ersetzen. Die Relation zwischen Kosten und Lehrangebot ist oftmals sehr ungünstig. Teilweise kommen die erworbenen Abschlüsse einer Art Titelkauf sehr nahe [9-12].

Fachzahnarzt für Allgemeine Zahnheilkunde

Es steht der Vorschlag im Raum, zur „Stärkung des Generalisten“ anstelle der zweijährigen Vorbereitungszeit für die Kassenzulassung eine etwa dreijährige Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Allgemeine Zahnheilkunde entsprechend dem Fachzahnarzt für Allgemeine Stomatologie, wie er in der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik (DDR) bestand, zu etablieren. Die Motive dafür sind vielfältig, wobei auch hier neben fachlichen Aspekten (Verbesserung der Expertise) politische Erwägungen eine Rolle spielen. Man erwartet davon einen Beitrag zur Verhinderung einer „Aufsplitterung“ des Berufsstandes von unten (Assistenzberufe) und von oben (Spezialisten). Je nachdem, welche Inhalte in das Weiterbildungsprogramm aufgenommen werden, könnte dies auch Konsequenzen für die bestehenden Fachzahnarztweiterbildungen haben. Falls beispielsweise die zahnärztliche Chirurgie mit einem relevanten Modul vertreten ist (was nahe liegend wäre), könnte damit die Berechtigung eines Fachzahnarztes für Oralchirurgie hinterfragt werden. Bei Hereinnahme eines KFO-Moduls würde unter Umständen sogar die Position des Fachzahnarztes für Kieferorthopädie gelockert. Es könnte somit der Effekt eintreten, dass durch die Einführung eines Fachzahnarztes für Allgemeine Zahnheilkunde die Legitimation anderer Fachzahnärzte, deren Existenz einigen Gruppierungen seit langem ein Dorn im Auge ist, in Frage gestellt wird. Es erscheint wenig plausibel, als Antwort auf den zunehmenden Bedarf an Spezialisten ausgerechnet isoliert einen Fachzahnarzt für Allgemeine Zahnheilkunde einzuführen und dabei andere, klinisch relevante Dis-

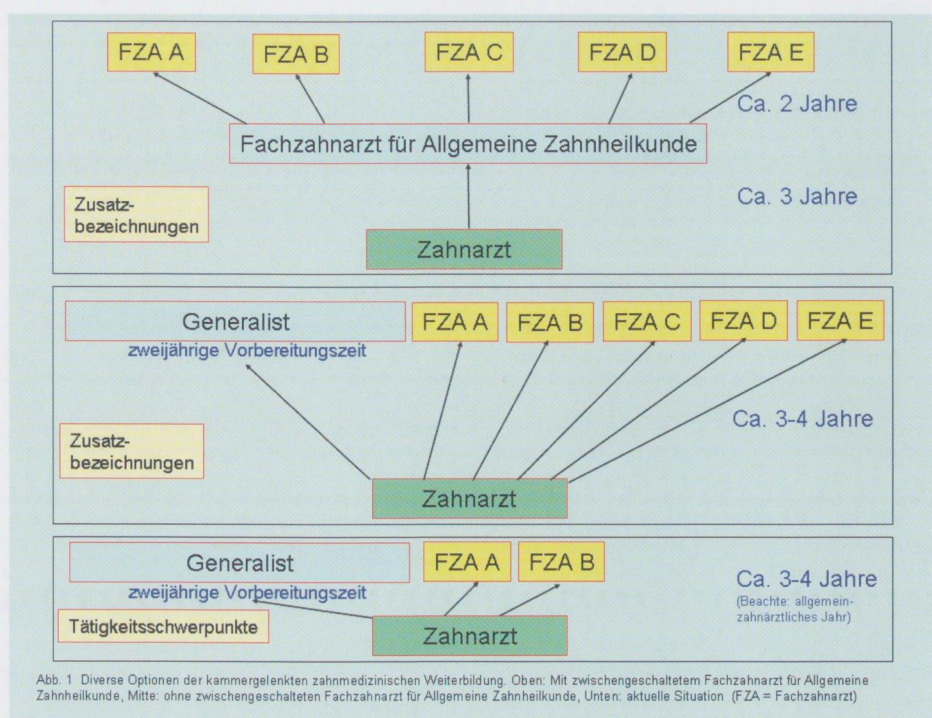
ziplinen zu übergehen. Insofern trägt diese Idee den bestehenden und künftigen Anforderungen noch nicht genügend Rechnung. Sie könnte aber im Rahmen der Erörterung eines Gesamtkonzepts, bei dem dieser Fachzahnarzt eine Zwischenstellung einnimmt, als eine von mehreren Optionen erörtert werden (siehe Abb. 1).

Gesamtkonzept aus Fachzahnarzt- und Zusatzbezeichnungen

Eine Fachdisziplin kann nur dann langfristig bestehen, wenn sie an den Universitäten in Lehre und Forschung etabliert ist. Es wäre sinnvoll, für jene Fächer, die an Universitäten mit Lehrstühlen vertreten sind, Fachzahnarztweiterbildungen zu belassen bzw. neu einzuführen:

- Kieferorthopädie
- Oralchirurgie
- Zahnärztliche Prothetik
- Zahnerhaltung (präventiv + restaurativ)
- Parodontologie

Weitere Differenzierungen (z. B. Endodontologie, Kinderzahnheilkunde, Psychosomatik in der Zahnheilkunde) ließen sich auf der Ebene der Zusatzbezeichnungen ansiedeln, wobei anzumerken ist, dass sich daraus später – analog den Erfahrungen der Medizin – weitere Fachzahnarztbezeichnungen ergeben können. So hat sich beispielsweise aus der Zusatzbezeichnung Psychotherapie im Lauf der Jahre ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin entwickelt. Die Vorschläge, ein Gesamtkonzept unter Berücksichtigung aller relevanten Disziplinen zu erarbeiten, werden von verschiedenen Gruppierungen aus unterschiedlichen Motiven heraus vehement bekämpft [1-7, 17]. Man fürchtet vor allem Streitereien um Geldtöpfe unter den verschiedenen Fachzahnärzten. Ein Blick in die Zahnmedizinische Geschichte legt allerdings eine differenziertere Sichtweise nahe. So gab es beispielsweise auch in der ehemaligen DDR äußerst kontroverse Diskussionen um die Einführung neuer Fachzahnärzte, etwa für Zahnärztliche Prothetik oder für „Periodontologie“ (entsprechend dem dortigen Sprachgebrauch). Bemerkenswert ist, dass Fragen eventueller ökonomischer Vorteilmnahmen innerhalb diverser Fachzahnarztgruppen unter den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der DDR keinerlei Rolle spielten [13,14]. Die Aktivitäten in der ehemaligen DDR machen somit deutlich, dass die heute vielfach geäußerte Einschätzung, es gehe nur um finanzielle Verteilungskämpfe [7] zu kurz greift, wenn man die historischen Entwicklungen berücksichtigt. Unverzichtbare Grundlage für die Erarbeitung eines Ge-



samtkonzeptes ist es, dass ein hochwertiges Universitätsstudium, das alle relevanten Fachgebiete umfasst, sichergestellt bleibt. Der Vorteil einer echten Weiterbildung nach dem Studium (also nicht berufsbegleitend) besteht unter anderem darin, dass ein junger Zahnarzt ein Gehalt bezieht und unter der Supervision eines weiterbildungsermächtigten Zahnarztes eine hohe Expertise erwirbt, die er nach den Regularien der Weiterbildungsordnung nachzuweisen hat. Diese Expertise kann auch für eine fachlich angemessene Breitenversorgung der Bevölkerung genutzt werden. Eine kostenpflichtige postgraduale Masterausbildung können sich hingegen nur jene Kollegen erlauben, die bereits über hinreichende finanzielle Mittel verfügen bzw. die bereit sind, entsprechende Zusatzkredite aufzunehmen. Die Kosten müssen später wieder bei einer – unter Umständen selektiv ausgewählten Klientel – erwirtschaftet werden. Insofern erscheint die Gefahr einer besonders starken Polarisierung, die sowohl die Versorgung der Bevölkerung als auch die Zahnärzteschaft selbst betrifft, bei postgradualen Masterausbildungen höher als bei Weiterbildungen. Weitere Argumente gegen einen Ausbau von Weiterbildungen betreffen die Befürchtung, dass dadurch ein Scheuklappendenken gefördert werde. Diesem Einwand kann man jedoch begegnen, wenn man die Weiterbildungsprogramme nicht nur mit fachspezifischen, sondern auch mit fachübergreifenden Inhalten füllt. Bei einer Neuordnung des Weiterbildungswesens könnte man durchaus neue, für alle Disziplinen gleichermaßen wichtige Module einführen und dabei auch auf Erfahrungen von

Spezialisierungsprogrammen nationaler und internationaler wissenschaftlicher Fachgesellschaften zurückgreifen.

Erwartungen des zahnärztlichen Nachwuchses

In der Regel äußern sich zahnärztliche Hochschullehrer, Fachgesellschaften, Standespolitiker und viele andere Angehörige des Berufsstandes zur Frage der Weiterqualifikation. Welche Vorstellungen der zahnärztliche Nachwuchs, der von dieser Thematik besonders betroffen ist, dazu hat, ist hingegen weitgehend unbekannt. Aus diesem Grund wurde im Sommersemester 2010 eine Erhebung vorgenommen. In einer Fragebogenaktion äußerten sich 110 Zahnmedizinstudenten der Universität Heidelberg im klinischen Studienabschnitt zu Fragen der späteren Berufsausübung. Den Ergebnissen dieser Befragung zufolge wünscht sich die Mehrzahl der Studierenden nach dem Examen eine selbstständige Vollzeitstätigkeit in einer Mehrbehandlerpraxis. Ein Großteil der Studierenden würde eine Ausweitung der bisherigen Fachzahnarztbezeichnungen (Kieferorthopädie, Oralchirurgie, Öffentliches Gesundheitswesen) in Richtung Prothetik, Zahnerhaltung und Parodontologie begrüßen. Echte Fachzahnarztweiterbildungen würden gegenüber Masterausbildungen oder Fortbildungsmaßnahmen eindeutig bevorzugt. Auch Zusatzbezeichnungen (z. B. Kinder- und Jugendzahnheilkunde, Alterszahnheilkunde, Endodontologie, Implantologie oder Zahnärztliche Psychosomatik) würden bei den Studierenden auf Interesse stoßen. Unter dem Vorbehalt der Limitationen sol-

cher Erhebungen kann festgestellt werden, dass der zahnärztliche Nachwuchs einer Ausweitung von Fachzahnarztqualifikationen und Zusatzbezeichnungen wesentlich offener gegenübersteht als die etablierten Standesvertreter [15].

Fazit

Die Tendenz einer zunehmenden Spezialisierung wird von Zahnärztekammern nicht aufgehalten werden können. Spezialisten werden in einem fachlich angemessenen Zusammenspiel mit den auch künftig unverzichtbaren Generalisten eine zunehmend wichtige Funktion in der zahnärztlichen Versorgung der Bevölkerung übernehmen. Die Zahnärztekammern haben mit den Weiterbildungsoptionen (Fachzahnärzte, Zusatzbezeichnungen) ein hervorragendes Instrumentarium in der Hand, an der Kanalisierung dieser Entwicklung unter Berücksichtigung aller relevanten Fachdisziplinen mitzuwirken. Wie die Zahnmedizingeschichte zeigt, hat die isolierte Einführung einzelner Fachzahnarztbezeichnungen ohne hinreichende fachliche Begründung einen Konsens eher erschwert als gefördert. Vor diesem Hintergrund wäre die isolierte Einführung eines Fachzahnarztes für Allgemeine Zahnheilkunde als problematisch zu bewerten. Besser wäre die Erarbeitung eines Gesamtkonzeptes auf der Grundlage einer wissenschaftlich fundierten Zahnmedizin mit all ihren Untergliederungen.

Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle

Poliklinik für Zahnerhaltungskunde, Uniklinikum Heidelberg, hans-joerg.staehle@med.uni-heidelberg.de

Nachdruck des Artikels mit freundlicher Genehmigung des Zahnärzteblattes Baden-Württemberg (ZBW 02/2011, 10-13)

Literaturverzeichnis

1. Bauer, J.: Leserbrief. DAZ Forum 29 (Nr. 99), 25-26 (2009).
2. Benz, C.: 30 Euro und ein Snickers. Zukunft Zahnärzte Bayern e. V. (2010).
3. Berufsverband der Allgemeinzahnärzte in Deutschland e.V.: Brauchen wir den Fachzahnarzt für Oralchirurgie" mit Zusatzbezeichnung Wurzelspitzenresektion? Pressemitteilung vom 27.04.2010.
4. Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ): Pressemeldung zur geplanten Änderung der Muster-Weiterbildungsordnung. München, den 17. Juni 2008.
5. Freier Verband Deutscher Zahnärzte: Beschluss des Erweiterten Bundesvorstandes vom 13./14.06.08 in Düsseldorf (2008).
6. Grimm, M.: Leserbrief. DAZ Forum 29 (Nr. 99), 24-25 (2009).
7. Jäger, B.: Zwischenruf - Zersplitterung ist der falsche Weg. Zahnärzteblatt Baden-Württemberg, Heft 3, 18-19 (2010).

8. Rammelsberg, P.: Nachwuchs in der zahnärztlichen Praxis - Hochschullehrer beziehen Stellung. Zahnärzteblatt Baden-Württemberg, Heft 4, 46 (2010).
9. Staehle, HJ.: Zahnärztliche Weiterqualifikation im System der Marktwirtschaft. DAZ-Forum 28 (Nr. 98), 5-7 (2009).
10. Staehle, HJ.: Die marktkonforme Umkehrung von der Bezahlung zur Zahlung. Gravierende Veränderungen in der zahnmedizinischen Weiterqualifikation. DAZ-Forum (Nr. 99), 6-7 (2009).
11. Staehle, HJ., Heidemann D.: Pro und Contra: Neue Gebietsbezeichnungen für Fachzahnärzte. Deutscher Zahnärztekalendar 2010, Deutscher Zahnärzteverlag, Köln 2010, S. 103-108.
12. Staehle, HJ.: Mehr Fachzahnärzte - fachliche, politische oder rechtliche Debatte? DAZ-Forum 29 (Nr. 103), 4-6 (2010).
13. Staehle, HJ.: Die Geschichte der Fachzahnärzte in Deutschland. Dtsch Zahnärztl Z 65 (4), 206-213 (2010).
14. Staehle, HJ. Geschichte der Fachzahnärzte in Deutschland - Nachtrag. Dtsch Zahnärztl Z 65 (11) 675-678 (2010).
15. Staehle, HJ.: Weiterqualifikationsziele von Zahnmedizinstudenten. Dtsch Zahnärztl Z 66 (2011) (im Druck).
16. Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VHZMK): Aufruf „Neue Gebietsbezeichnungen für Fachzahnärzte“. Hauptversammlung, Stuttgart, 23.10.2008.
17. Vertreterversammlung der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg. Stuttgart, den 19. Juli 2008. Zahnärzteblatt Baden-Württemberg, Heft 8, 22-26 (2008).

Vergleich von Äpfeln und Birnen

Replik auf Prof. Staehles Statement zum „Fachzahnarzt für allgemeine Zahnheilkunde“

Professor Staehles Argumente erscheinen auf den ersten Blick einleuchtend. Dies umso mehr, als sie mit Zitaten gespickt und eloquent vorgetragen daher kommen. Auf den zweiten Blick wird allerdings deutlich, dass sie auf einem fundamentalen Irrtum fußen: Professor Staehle vergleicht die Zahnmedizin mit der Medizin. Dieser Vergleich hinkt genau so deutlich, wie er die Zahnheilkunde überhöht. Das Fach Zahnmedizin ist nicht mit der Medizin vergleichbar. Sie ist lediglich ein kleiner Teilbereich der Medizin, der nur mit anderen kleinen Fächern, wie beispielsweise der Augen- oder der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde verglichen werden darf. Tut man dies, so stellt man fest, dass ein Augenarzt die erdrückende Mehrzahl seiner Fälle ambulant in eigener Praxis löst. Diagnostiziert er jedoch beispielsweise einen grauen Star, den er selbst nicht operieren kann oder will, überweist er. Der betreffende Kollege,

nennt sich jedoch nicht „Master of“ oder gar „Facharzt für grauen Star“, sondern weiterhin Augenarzt. Für Hals-Nasen-Ohrenärzte und Tonsillektomien gilt Analoges. Dass beide Ärzte Patienten überwiesen bekommen, haben sie sich durch ihren Ruf verdient, nicht aber über möglicherweise nur gegen Geld und Sitzfleisch erworbene postgraduierte Titel.

Es gibt aber noch einen weiteren Grund, warum man diese Debatte beenden kann: Inzwischen gibt es ein höchstrichterliches Urteil, dass ein Facharzt nur in seinem Fachbereich tätig werden darf. Das gilt selbstverständlich auch für einen Fachzahnarzt. Und welcher Allgemeinzahnarzt würde schon an einen „Fachzahnarzt für Zahnerhaltung und restaurative Zahnheilkunde“ überweisen? Vor diesem Hintergrund kann man den in jeder Beziehung sehr aktiven Oralchirurgen nur den gut gemeinten Rat geben, sich bezüglich der Forderung nach Implementierung weiterer Fachzahnärzte nicht allzu weit aus dem Fenster zu lehnen. Außer den Kieferorthopäden würde die o. a. Tätigkeitsbeschränkung in „freier Wildbahn“ nämlich (fast) kein Fachzahnarzt wirtschaftlich überleben.

Herr Prof. Staehle, der nach eigenen Angaben auf Kunststofffüllungen spezialisiert ist und für Verblockungen mittels Splint an seinen Oberarzt überweist, weil der damit die größere Erfahrung hat, sieht die Dinge möglicherweise aus einem zu engen universitären Blickwinkel. Denn so sehr mich sein Vortrag über minimal invasive Kunststofffüllungen, den er seit vielen Jahren hält, beeindruckt hat, so muss ich ihm zurufen, dass diese Technik seit langem tägliche Routine in jeder ordentlichen allgemeinzahnärztlichen Praxis ist. Und an den unordentlichen wollen wir doch unser Berufsbild hoffentlich nicht ausrichten.

Zahnheilkunde hat eine lange Tradition. Sie verläuft vom Zahnreißer über den Bader und Dentisten zum Zahnarzt. Dass dieser nicht am Ende der Fahnenstange sitzt, versteht sich von selbst. Die Frage ist also, wohin er sich entwickelt. In meinen Augen müssen wir die jungen Kolleginnen und Kollegen nicht zum „Fachzahnarzt für Allgemeine Zahnheilkunde“ oder was auch immer aus- und weiterbilden, sondern zum „Arzt für Zahnheilkunde“.

Dr. Dr. Rüdiger Osswald, München

Dieser Text wurde bereits als Leserbrief in der Ausgabe 03-2011 des Zahnärzteblattes Baden-Württemberg veröffentlicht.

Wichtig für die Praxis-Zukunft: qualifiziertes Personal!

2. Folge: Über Tarifverträge und existenzsichernde Bezahlung

Dr. Ulrich Happ:

Warum sind in der Zahnarztpraxis zumeist weibliche Mitarbeiter anzutreffen? Das hat einmal sicherlich mit dem Verständnis der traditionellen Rolle eines medizinischen Hilfsberufes zu tun, aber auch mit den Verdienst- und Aufstiegsmöglichkeiten. Diese wurden geschaffen, aber die Verdienstmöglichkeiten blieben im unteren Bereich der Einkommensskala und zudem oft nicht gesichert. In der Ausbildungszeit sind sie durch die verpflichtende Bindung an den Tarifvertrag gekoppelt (1. Ausbildungsjahr 565 €, 2. Jahr 610 €, 3. Jahr 665 € monatlich). Nach der Ausbildung kommt die junge Mitarbeiterin aber in einen zumeist ungeschützten Bereich, denn der Tarifvertrag gilt nur zwischen Vertragspartnern, dem Verband medizinischer Fachberufe und der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der zahnmedizinischen Fachangestellten. In dieser Arbeitsgemeinschaft sind nur sehr wenige Zahnärzte und die Mitarbeiterinnen sind selten „gewerkschaftlich“ organisiert.

Ein Arbeitsvertrag kann sich freiwillig auf den Vergütungstarifvertrag beziehen. Letzterer dient oft als Orientierungshilfe. Der Stundenlohn liegt dann bei Berufsanfängern für die 39-Stunden-Woche bei ca. 9 € (1523 € monatlich) und steigert sich bis zum 24. Berufsjahr auf 11,70 € (2085 € monatlich) und danach alle 2 Jahre um ca. 0,27 € bzw. der Monatslohn um 46 €. Bindend sind bei freiwilliger Vereinbarung des Tarifvertrages die Zuschläge für Überstunden (+30%, an Sonn- und Feiertagen +60%, Nachtarbeit +70%, Neujahr, 1.Mai, Ostern, Pfingsten, Weihnachten +129 %). Diese Zuschläge werden den meisten unbekannt sein und zumindest im tariffreien Bereich wenig Beachtung finden, obwohl die Überschreitung der Arbeitszeit sowie Notdienste häufig vorkommen.

Ein Orientierung bieten die Vereinbarungen zur Bezahlung von fortgebildeten Mitarbeiterinnen nach Qualifizierung:

Tätigkeitsgruppe 1: Basis

Tätigkeitsgruppe 2: anerkannter Fortbildungsnachweis über 150 Unterrichtsstunden: + 10%

Tätigkeitsgruppe 3: ZMF, ZMP, ZMV, AZP: + 20%

Tätigkeitsgruppe 4: Dentalhygienikerin: + 30%.

Herr Simonis, wie sieht dem gegenüber denn zur Zeit die tatsächliche Bezahlung in der Praxis aus, wo wird vermutlich die „Helferin light“ eingeordnet werden?

Dr. Jürgen Simonis:

Herr Happ, ergänzen sollte man vielleicht noch, dass es einen Vergütungstarifvertrag derzeit nur für Hessen, Hamburg, Westfalen-Lippe sowie Berlin gibt. Diese Tarifverträge sind zwar nicht verpflichtend, gelten aber allgemein unter den Kollegen und den Mitarbeiterinnen als Richtschnur. Bedenken sollte man, dass sogar die Arbeitsgerichte diese Tarifverträge, obwohl sie nicht verpflichtend sind, trotzdem zur Beurteilung einer strittigen Bezahlung von z.B. geleisteten Überstunden etc. heranziehen, denn als ortsübliche Entlohnung wird zunächst einmal grundsätzlich auf die einschlägige tarifliche Vergütung abgestellt. Etwas anderes gilt nur, wenn der Zahnarzt substantiierte andere Kriterien für die seiner Meinung nach „ortsübliche Vergütung“ vorbringen kann. Aus meiner Erfahrung gibt es im Einzelfall deutliche Abweichungen von dieser Richtschnur, nach oben wie nach unten.

Das hängt z.B. mit der Lokalisation der Praxis zusammen (Großstadt-Citylage oder Landpraxis in einem strukturschwachen Gebiet) und der örtlichen „Arbeitgeberkonkurrenz“. Öfter aber findet man vor allem bei deutlichen Abweichungen nach oben den Grund in der besonderen Leistungsfähigkeit einer z.B. langjährigen Mitarbeiterin oder dem besonderen Verantwortungsbereich (z.B. selbständige Durchführung aller Abrechnungsarten). In manchen Praxen beklagen sich die Ausbildungsassistenten, dass sie weniger verdienen als manche Helferin. Untrennbar damit verbunden ist ein entsprechender Fortbildungsstand. Es gibt leider auch ausgesprochen „fortbildungsresistente“ Mitarbeiterinnen.

Das bringt mich zur Frage der Bezahlung von „Light-Helferinnen“. Da aufgrund der politischen und wirtschaftlichen Entwicklung in den nächsten Jahren kaum damit zu rechnen ist, dass sich die Liquidität unserer Praxen verbessert, kann die Bezahlung einer solchen weniger qualifizierten Mitarbeiterin auch nur geringer ausfallen. Im Sinne einer gerechten Entlohnung dürfte analog den Zuschlägen für strukturiert weitergebildete Mitarbeiterinnen mit einem Abschlag von etwa 30% zu rechnen sein.

ZMP (Name der Redaktion bekannt):

Aber davon kann doch eine Mitarbeiterin kaum leben! Und die heutige Wirklichkeit

ist oft noch schlimmer: Da gibt es einmal die Schulpraktikantinnen, die für drei Wochen in die Praxen geschickt werden, damit sie einen ersten Einblick in die Berufswelt der medizinischen Assistenzberufe bekommen, und die dabei zum Teil als gratis-Hilfskräfte eingesetzt werden. Das mag in der kurzen Zeit ja noch in Ordnung sein. Abträglich für den Ausbildungsberuf ist aber doch, wenn ganz vom Arbeitsamt finanzierte Langzeit-Praktikanten (bis 6 Monate) in die Praxis geschickt werden und wenn diese dann dort nach kurzer Einweisung die meisten Arbeiten einer ausgebildeten ZMA übernehmen. Und danach wird die nächste Gratis-Praktikantin gesucht.

Dr. Jürgen Simonis:

Hier muss ich mein Veto einlegen: Dass Schulpraktikanten als Ersatz für reguläre Mitarbeiter eingesetzt werden, ist für den Bereich unserer Praxen in hohem Maße unrealistisch; da sprechen die Komplexität des Berufsbildes und der durch die Kammern festgelegte Einsatzrahmen von Praktikanten, der vor allem hygienische und Arbeitssicherheits-Aspekte berücksichtigt, absolut dagegen. Das gilt ebenso für sog. Langzeitpraktikanten bis 6 Monate. Bevor eine Tätigkeit im Zusammenhang mit der Behandlung denkbar ist, sind die arbeitsmedizinische G42-Untersuchung (Infektionskrankheiten) und die Immunisierung gegen Hepatitis B, bzw. zumindest das Angebot hierzu, Voraussetzung. Es bleiben also nur einfachste Hilfstätigkeiten in Assistenz und Verwaltung übrig. Ich bin nicht so weltfremd, dass ich sage, was nicht sein darf, kann nicht sein. Aber dass der Einsatz von Praktikanten in nennenswertem Ausmaß zur Verdrängung von qualifizierten Mitarbeiterinnen führt, kann ich nicht sehen. Auf jeden Fall plädiere ich für eine bessere Unterstützung der Ausbildungspraxen und der Ausbilder durch die Kammern.

Dr. Ulrich Happ:

Ihrem Veto kann ich mich nur anschließen! Es gibt Dinge, die darf es nicht geben, und das sollte auch angesprochen werden! Fragen wir doch mal die „Forum“-Leser/innen:

Wie sehen Sie dieses Thema, welche Erfahrungen haben Sie? Schreiben Sie an: **Mail: kontakt@daz-web.de**



Tipps und Tricks zur minimalinvasiven Zahnerhaltung

BVAZ-Hauptversammlung 11-2010
Referent: Dr. Horst Landenberger

Burg Hohenzollern und Blick auf Hechingen

Den Fortbildungsteil der Jahreshauptversammlung bestritt BVAZ-Mitglied Dr. Horst Landenberger aus Bad Soden am Taunus. Dort ist der Autor der Seite www.minimalinvasiv.de seit 1984 in Gemeinschaftspraxis niedergelassen.

In engagierter und kurzweiliger Form stellte Kollege Landenberger Ansätze zur minimalinvasiven Zahnheilkunde vor. Dabei lag sein Hauptaugenmerk auf der praktischen Anwendung zahnerhaltender Prinzipien. „Minimalinvasiv“ sei als Gegensatz zu „maximalinvasiv“ zu verstehen, das heißt als Gegensatz zur möglichen Gefährdung des Zahnes oder gar seiner Extraktion. Einen großen Teil seines Wissens habe er – so Landenberger – von Ray Bertolotti übernommen, den er als seinen Guru bezeichnete. Bertolotti ist in der anglo-amerikanischen Welt als „King of the Bondodontists“ bekannt. In einer mit mehr als 600 Folien sehr umfangreichen Präsentation eigener Fälle verdeutlichte Landenberger seine Bemühungen, dem Patienten Zahnverlust möglichst zu ersparen bzw. diesen solange als möglich hinauszuschieben. Nach der Vorstellung handfester Arbeitserleichterungen – so ist er z. B. Fan von „Brotkästen“ zur Organisation der Ar-

beitsflächen oder von Skaterrollen für die Behandlungshocker – stellte er verschiedene Techniken bzw. Produkte für die minimalinvasive Zahnheilkunde vor.

Dentinadhäsion

Landenberger verwendet lediglich ein einziges Adhäsivsystem für alle Arten adhäsiver Aufgaben: „Prelude“ von Danville, San Ramon/USA, kann als Total Etch System (Phosphorsäureätzgel plus Adhäsiv) und als Self-Etch System (Prelude Primer und Prelude Adhäsiv) verwendet werden. Zusätzlich enthält dieses System noch eine dritte Komponente „Link“. Mit dieser könne ein Verbund zu dual härtenden und zu chemisch härtenden Materialien hergestellt werden. Alle adhäsiven Anforderungen für Kompositfüllungen, Zementierung indirekter Restaurationen und adhäsive Stiftaufbauten mit Kompositstiften seien mit diesem System zuverlässig erfüllbar. Für Kompositfüllungen propagiert Landenberger die Kombination von Self Etch und Total Etch, um die Vorteile beider Systeme zu nutzen. Die SE-Materialien ermöglichen einen besseren Haftverbund zum Dentin und – bei richtiger Indikationsstellung – ein vollkommenes Ausbleiben postopera-

tiver Sensibilität durch den Verzicht auf die Phosphorsäureätzung des Dentins. Die Vorteile der Phosphorsäureätzung seien dagegen für den Haftverbund am Schmelz unbestritten. Demzufolge erfolge nach Exkavation der Karies zunächst eine adhäsive Unterfüllung mit Flowmaterial oder Komposit im Self Etch Verfahren in der Tiefe der Kavität. Dann würden die Kavitätenränder nachpräpariert und finiert und es erfolge die Phosphorsäureätzung des Schmelzes und direkt anschließend das Aufbringen des Adhäsivs. Landenberger hob hervor, dass auf diese Weise eine schon mit dem bloßen Auge erkennbare Verbesserung der Füllungstätigkeit erreichbar sei, da der adhäsive Verbund sowohl am Schmelz als auch am Dentin mit den besten heute zur Verfügung stehenden Materialien erfolge sei. Allerdings erfordere diese Technik durch Wiederholung der Trockenlegung einen deutlich höheren Zeitaufwand.

Sandstrahlverfahren

In diesem Abschnitt seines Vortrages stellte Landenberger anhand detaillierter klinischer Beispiele die Nützlichkeit des Sandstrahlens für die tägliche Praxis dar. Für

spezielle Aufgaben sei der Sandstrahler nach seiner Auffassung als zusätzliches Präparationsinstrument unentbehrlich: Fissurenversiegelung, Freistrahlen von Stiftaufbauten, Reinigung und Aufrauen von Kronen, Anrauhung kleiner Schmelzdefekte und Kavitätenreinigung seien markante Beispiele. So handele es sich bei dem vom Referenten verwendeten Prepstar von Danville um eine Art sandstrahlende Mikrokanone, mit der es gelingen könne, abgebrochene Stifte aus strategisch wichtigen Zähnen zu lösen, statt ihren Verlust hinzunehmen. Die Entfernung von Karies dagegen sei, so der Referent, nicht rationell durchführbar. Diese Argumentation habe die Sandstrahler ein wenig in Verruf gebracht. Weniger aufwändige Sandstrahler sind Geräte wie der Microetcher, die auf Turbinenhandstücke aufgebracht werden und für grobe Reinigungsaufgaben verwendet werden. So sei die Reinigung einer großen Kavität eines Molaren nach Endodontie schnell möglich und die Dentinadhäsion optimal gewährleistet. Ebenso kämen in der Praxis des Referenten Sandstrahler für die Silikatisierung und Silanisierung intraoral zum Einsatz. In Zeiten kleiner werdender Budgets würden es die

Ecke: die gebauchte, aber nicht bleitote, sondern steife Teilmatrize. Die Contact Matrix Ultrathinflex in large und small von Danville sei eine Teilmatrize, die durch ihre Steifigkeit überzeuge. Sie knicke auch bei engen Kontaktverhältnissen oder bei der Verwendung von Holzkeilen nicht ein. Man könne vielmehr mit ihr wie mit einer Art Stahlstreifen umgehen. Die Vorteile gegenüber dem Tofflemire Matrizenspanner seien evident. Es gelängen mit diesen Teilmatrizen anatomisch korrekt geformte Approximalflächen mit engen Kontaktpunkten. Man müsse die Füllungstätigkeit am Zahn mit der Verschalungstätigkeit am Bau vergleichen. Auch am Bau sei die Verschalung oft deutlich schwieriger als das Einfüllen des Betons. Die Verwendung von Flowmaterialien und das inkrementweise Stopfen unter Berücksichtigung des C-Faktors seien heute bereits selbstverständlich.

Relative Trockenlegung

Hier konnte man erkennen, dass der Referent Zahnarzt mit Leib und Seele ist. Landenberger führte aus, dass er schon immer eine Schwäche für die noch vielen älteren Kollegen bekannte Hallerklammer für die relative Trockenlegung gehabt habe. Leider werde dieses früher einmal patentierte Produkt nicht mehr hergestellt. Also habe er sich die Mühe gemacht, diese Klammer wieder auferstehen zu lassen. Die jetzt „Neue Hallerklammer 2A“ genannte Vorrichtung

könne im unteren Seitenzahnbereich in vielfältiger Weise zum Einsatz kommen. Sie sei ein genialer Kofferdam-Ersatz für die vielfältigen adhäsiven Aufgaben, die ja immer ein Zeitfenster der Trockenheit benötigten. Bis zu 4 Watterollen könnten fixiert werden. Sogar ein Speichelzieher könne befestigt werden. Zunge und Wange würden zuverlässig abgehalten. Die sich immer mehr durchsetzende Technik der intraoralen Fotografie werde durch die Neue Hallerklammer wesentlich erleichtert. Für den in seinen Augen obligatorischen präendodontischen Aufbau von Zähnen empfahl Landenberger das bereits erwähnte Adhäsiv Prelude in Kombination mit einem weiß-opaken Flow (Accolade white opaque) und Photocore von Kuraray. Mit Hilfe dieser Produkte könnten stark

zerstörte Zähne kofferdamfähig gemacht werden. Das von Dr. Dr. Osswald aus München engagiert vertretene Prinzip der indikationsgerechten, geduldigen Desinfektion devitaler Kanäle mit ChKM (nach Walkhoff) könne er aufgrund langjähriger positiver Erfahrung bestätigen.

Fehler bei Stiftaufbauten

Nach anfänglicher Euphorie werde von einigen Misserfolgen bei direkten Stiftaufbauten mit Kompositstiften berichtet. Auch der Referent zeigte solch misslungene Fälle. Die Gründe glaubt er in zwei wesentlichen Fehlern finden zu können: Zum einem werde der Reinigung der Kanäle nicht die notwendige Sorgfalt geschenkt, und zum anderen werde die Bruchfestigkeit der Kompositstifte überschätzt. Konsequenterweise sei es erforderlich, die oft hantelförmigen Querschnitte vieler Wurzelkanäle sehr sorgfältig aufzubereiten und möglichst mehrere Stifte einzubringen. Der Referent zeigte einige Fälle mit multiplen Stiften, die er als „Blumenstrauss“ bezeichnete.

Schienen hoffungsloser Zähne

Landenberger zeigte Fälle von als desolat einzustufenden Zähnen, bei denen „nichts mehr zu verlieren“ sei. Hier präpariert er Rillen oder Schächte in Front- oder Seitenzähne und schient sie, so wie alles Schwache am Körper zu schienen sei. So lege er beispielsweise parapulpäre Schraubchen in untere Frontzahnrrillen ein. Dadurch könnten aufgeklebte Drähte oder Fasern vermieden werden, die oft jahrelange Nachbesserungen erforderten.

Gegen Ende seines Vortrags kam Dr. Landenberger zu seinem besonderen Steckpferd: „Palatinale Plateaus“ zur minimalinvasiven Bisserrhöhung. Diese Methode soll in der nächsten Ausgabe des „Forums“ für Zahnheilkunde mit einigen Bildern dargestellt werden.

Dr. Roland Kaden, Heide

Schon vormerken:

**BVAZ-Hauptversammlung
mit Fortbildung**

**am 12.11.2011
in München**

minimalinvasiv

- Sandstrahlverfahren
- Steife Teilmatrizen
- Neue Hallerklammer
- Alles für die Dentinadhäsion

Dr. Horst Landenberger, Königsteiner Str. 39
D-65812 Bad Soden Tel.: 06196/653274
www.minimalinvasiv.de

Patienten sehr schätzen, wenn z. B. eine defekte Verblendung intraoral mit Komposit repariert werde, anstatt den ganzen Zahnersatz zu erneuern. Ebenso wäre es sicher in Zukunft bedeutsam, abradierten Zahnersatz und damit abgesunkene Okklusionen wieder aufzubauen. Dies sei durch Silikatisierung/Silanisierung intraoral leicht und dauerhaft möglich. Übereinstimmung herrsche in der Literatur, dass Zirkonkronen nach dem Abstrahlen mit Aluminiumoxid am besten mit einem MDP enthaltenen Zement (Panavia) zu befestigen seien.

Matrizentechnik

Auch hier propagierte der Referent die Verwendung eines besonderen Produktes aus der kalifornischen minimalinvasiven

Abschluss der endodontischen Behandlung: Obturation

Der Sealer muss per Definition ein lange wirksames Desinfektionsmittel enthalten

von Dr. Dr. Rüdiger Osswald, München



Seit mehreren „Forum“-Ausgaben versuchen verschiedene Autoren die Frage zu beantworten, was am aktuell gelehrt endodontischen Behandlungskonzept verändert werden kann, um zu besseren Behandlungserfolgen zu gelangen. In diesem dritten Teil geht es um den definitiven Verschluss der aufbereiteten und desinfizierten Wurzelkanäle. Auf den Seiten 10-12 findet sich ein erster Beitrag zur Obturation – hier nun die Vorschläge von Dr. Dr. Osswald.

Wenn wir die Sealer anschauen, sehen wir, dass sich die Anforderungen, die an sie gestellt werden, im Laufe der Jahre diametral gewandelt haben. Forderte man früher die leichte Einbringbarkeit, so entwickelt man heute technisch immer aufwendigere und kompliziertere Verfahren. Postulierte man früher die leichte Entfernbarkeit, so soll der Sealer heute möglichst kompakt sein, am liebsten mit der Kanalwand fest verbunden und damit immer schwerer entfernbar. Musste der Sealer früher ein lang anhaltend wirksames Desinfizienz enthalten, so soll er heute möglichst indifferent und biokompatibel sein. Wurde früher die Resorbierbarkeit außerhalb des Wurzelkanalsystems gefordert, so soll der Sealer heute nicht mehr resorbierbar sein. Eine solche diametrale Wandlung verdient es, einmal genauer hinterfragt zu werden.

Leichte Einbringbarkeit

„Es liegt kein wissenschaftlicher Beleg dafür vor, dass irgendeines der höchst unterschiedlichen Obturationsverfahren die Prognose der Behandlung der bakteriellen

Endodontitis verbessert“, berichtet der international renommierte Wissenschaftler Haapasalo in einem Grundsatzartikel zum aktuellen Stand in der Endodontie in 2005. Das erinnert sehr stark an die mechanische Aufbereitung: Genau, wie es völlig egal ist, wie man aufbereitet, so ist es völlig einerlei, mit welcher Technik man abfüllt. Bedeutsam scheint allein zu sein, dass man es tut.

Leichte Entfernbarkeit

Warum haben die Altvorderen die Forderung nach leichter Entfernbarkeit aufgestellt? Die Antwort ist einfach: Sie waren sich ihrer Unzulänglichkeit bewusst und wollten dem Nachbehandler eine Chance lassen. Und heute? Revisionen sind nicht immer einfach. Am Schwierigsten sind sie, wenn die Wurzelkanalfüllung von einem Spezialisten mit hohem technischem Aufwand gelegt wurde. Dabei gibt es keine wissenschaftlich belegbare Abhängigkeit zwischen der Dichtigkeit der Wurzelfüllung und der Ausbildung einer apikalen Ostitis. Denn die Ergebnisse von Penetrationstests sind abhängig von der Qualität der Wurzelfüllung, lassen aber keinerlei Aussage darüber zu, ob sich eine periapikale Ostitis ausbildet oder nicht.

Lang wirksames Desinfektionsmittel

Warum musste der Sealer früher ein über lange Zeit wirksames Desinfektionsmittel enthalten? Sterilisieren bedeutet, Keimfreiheit zu erzeugen. Dazu müssten wir den infizierten Zahn in den Steri stecken. Das geht zumindest solange nicht, wie der Kopf des Patienten noch dran hängt. Wir können nur desinfizieren. Und Desinfizieren heißt lediglich, Keimarmut zu erzeugen. Es wird also immer Bakterien geben, die unser Behandlungsprotokoll überleben. Ärztlicherseits müssen wir in der Folge mit einem konsequenten, geduldig ausgeführten Desinfektionsprotokoll dafür sorgen, dass es vor dem Abfüllen möglichst wenige überlebende Erreger gibt. Und denjenigen, die trotzdem überleben, müssen wir die Vermehrung und Ausbreitung so schwer wie nur irgend möglich machen. Um dieses Ziel zu erreichen, muss der Sealer per Definition ein lang anhaltend wirksames Desinfektionsmittel enthalten.

„Das Abfüllen mit indifferenten Sealern wie Zement und Guttapercha wurde zu Anfang des 20. Jahrhunderts in Europa als „Amerikanische Methode“ bezeichnet und als nicht zielführend verworfen“ (Otto Walkhoff, 1928). Die Amerikaner haben also in den letzten 90 Jahren nichts dazu gelernt. Sie wenden die „Amerikanische Methode“ schließlich nach wie vor an. Wir Europäer haben jedoch einen bedeutsamen Rückschritt gemacht, weil wir heute die „Amerikanische Methode“ lehren und anwenden, die wir bereits vor 90 Jahren als nicht zielführend verworfen hatten.

Resorbierbarkeit

Warum sollte ein Sealer früher außerhalb des Wurzelkanals resorbierbar sein? Wenn man für die Desinfektionsmittel Zugang zu allen potentiell bakteriell infizierten Bereichen schafft, also auch zum Peridontalraum, zum Granulom, zur Fistel und zur Zyste, dann kann man ein Überpressen nicht immer zuverlässig vermeiden. Man schafft schließlich Zugang zu Hohlräumen. Und die Bedingung für Überpressen ist nun einmal, dass ein Hohlraum vorhanden ist.

Die Wissenschaft sagt nun, man müsse Überpressen unbedingt vermeiden, weil es die Erfolgsaussichten verschlechtert. Wenn man die Ergebnisse einiger wissenschaftlicher Studien anschaut, kann man tatsächlich diesen Eindruck gewinnen. Wenn man jedoch genauer hinschaut, zeigt sich, dass das natürlich abhängig von der Resorbierbarkeit des Sealers ist. Und auch davon, ob er ein Desinfektionsmittel enthält, das die außerhalb der Wurzel möglicherweise noch überlebenden Bakterien abtötet. In diesem Falle würde ja der Sealer den Körper in seiner Tendenz zur Selbstheilung unterstützen. Erinnern Sie sich, wie die Chirurgen die Osteomyelitis ausheilen? Sie schaffen Zugang, bringen potente Antibiotika und Desinfektionsmittel in direkten Kontakt mit den Bakterien und lassen sie geduldig einwirken. Natürlich ist es auch abhängig davon, was in einen potentiell infizierten Bereich überpresst wird. Wenn man indifferenten Sealer in infizierten Knochen überpresst, ist das natürlich von Nachteil, weil man einen zusätzlichen Entzündungsreiz setzt. Ganz anders verhält es sich, wenn man einen resorbierbaren Sea-

ler in Hohlräume überpresst, in denen die notwendige Keimarmut vor dem Abfüllen erreicht wurde. Der sterile Knochen toleriert schließlich sogar Implantate. Für infizierten Knochen gilt das in keinem Fall!

Coronal Leakage

Wer ist denn nun verantwortlich, wenn sich selbst im einfachsten Fall einer Vitalexstirpation innerhalb weniger Jahre im zweistelligen Prozentbereich eine apikale Aufhellung ausbildet? Nach meiner Überzeugung ist es die Lehrmeinung und die aus ihr resultierende nicht indikationsgerechte Behandlung des der Zahnerkrankung zu Grunde liegenden bakteriellen Infekts. Nach Ansicht der Wissenschaft ist jedoch das koronale Leck – auf Neudeutsch „coronal leakage“ – für die hohe Misserfolgsquote in der Endodontie verantwortlich. Dahinter steht die wenig nachvollziehbare Vorstellung, Bakterien würden die Mundhöhle ohne Not verlassen, um unter vollständiger Nahrungskarenz erst die Füllung, dann die Aufbaufüllung und schließlich die komplette Wurzelfüllung zu durchwandern, um nach einer langen Reise voller Entbehrungen müde und ermattet an der Wurzelspitze anzukommen, um dort endlich ihre eigentliche Bestimmung zu erfüllen, nämlich das apikale Granulom zu verursachen.

Das koronale Leck muss also nach Maßgabe der Wissenschaft um jeden Preis verhindert werden. Zur Not auch um den Preis der Kaum-Mehr-Revidierbarkeit. Die Endodontologen haben eine solche Angst vor dem koronalen Leck, dass sie in letzter Zeit sogar versuchen, mit selbststänzendem Bonding und Kunststoff-Sealern einen adhäsiven Verbund zur Kanalwand herzustellen. Im Moment klappt das noch nicht. Zum Glück möchte man fast sagen. Denn wenn es wirklich zuverlässig gelingen sollte, dann doch nur um den Preis der Kaum-Mehr-Revidierbarkeit. Und mit Resilon hat man jetzt endlich einen Sealer, der überlebende Bakterien nicht nur nicht abtötet, sondern das Bakterienwachstum sogar befördert. Wir kennen das ja von Kunststofffüllungen. Es gibt Bakterien, die Kunststoff lieben. Dieser Umstand führt die Behandlung einer bakteriellen Infektionskrankheit dann wirklich ad absurdum! Wenn in 80% bis 90% der Fälle Bakterien das aktuell gelehrtete Protokoll im Hohlraumsystem überleben, dann kann das koronale Leck gar nicht die Regel sein, sondern allenfalls die Ausnahme. Warum sollten die vor Ort befindlichen Bakterien so lange mit ihrer Vermehrung und Ausbreitung warten, bis endlich die Kollegen aus der Mundhöhle anreisen?

Aktuelle Sealer – von der Wissenschaft inkonsequent bewertet

Schauen wir uns die gebräuchlichsten Sealer einmal an. AH26 spaltet beim Abbinden Formaldehyd ab. Da spielt die Zytotoxizität nach Meinung der Wissenschaft plötzlich keine Rolle mehr. MTA ist der teuerste und zurzeit am meisten beworbene Sealer. Dabei handelt es sich um nichts anderes als Portland-Zement. MTA enthält Arsen, teilweise in Mengen, die deutlich über dem Grenzwert liegen. Da spielt die Zytotoxizität nach Meinung der Wissenschaft plötzlich keine Rolle mehr. N2: Obsolet, sagt die Wissenschaft, weil er Formaldehyd enthält. Dabei ist N2 ein vom Bundesamt für Arzneimittel zugelassenes Medikament und der weltweit am meisten verwendete Sealer. Sogar in der Schweiz! Ein Glück, möchte man mit Blick auf den Zahnerhalt sagen. Schließlich macht erst die Dosis das Gift.

Endomethasone N. N wie neu. Als er noch Endomethasone hieß, enthielt dieser Sealer Formaldehyd. Dieses wurde durch Dijodid-Thymol ersetzt. Seitdem heißt er Endomethasone N. Und wie es der Zufall will,

wirkt Dijodid-Thymol ausgezeichnet gegen *Enterococcus faecalis*. Endomethasone N wird außerhalb des Kanalsystems unter röntgenologisch knochendichter Ausheilung ausgezeichnet resorbiert. Und ein wenig Cortison ist auch noch drin. Das sorgt dafür, dass die Patienten nie Beschwerden haben, wenn es überpresst wird. Für mich ist Endomethasone N der ideale Sealer. Ich rotiere es ein und kondensiere je nach Größe des Kanals mit ein bis zwei Guttaperchaspitzen. Zum Einrotieren verwende ich die Past-Inject-Instrumente der Fa. Micro-Mega, die nicht teurer, aber dem Lentulo in allen Bereichen haushoch überlegen sind.

Otto Walkhoff schrieb bereits am Anfang des letzten Jahrhunderts:

"Die Erreger sind in ihrem Verhalten, ihrer Widerstandsfähigkeit und ihrer Lage in bisher viel zu wenig gewürdigten Schlupfwinkeln schon bei der Behandlung einer einfachen gangränösen Pulpa viel zu sehr unterschätzt. Nicht einige Einlagen für einige Tage vermögen sie in jenen zu vernichten, wie sie bisher ausgeführt wurden. Das vermag nur eine möglichst lange für Wochen und Monate anhaltende Wirkung

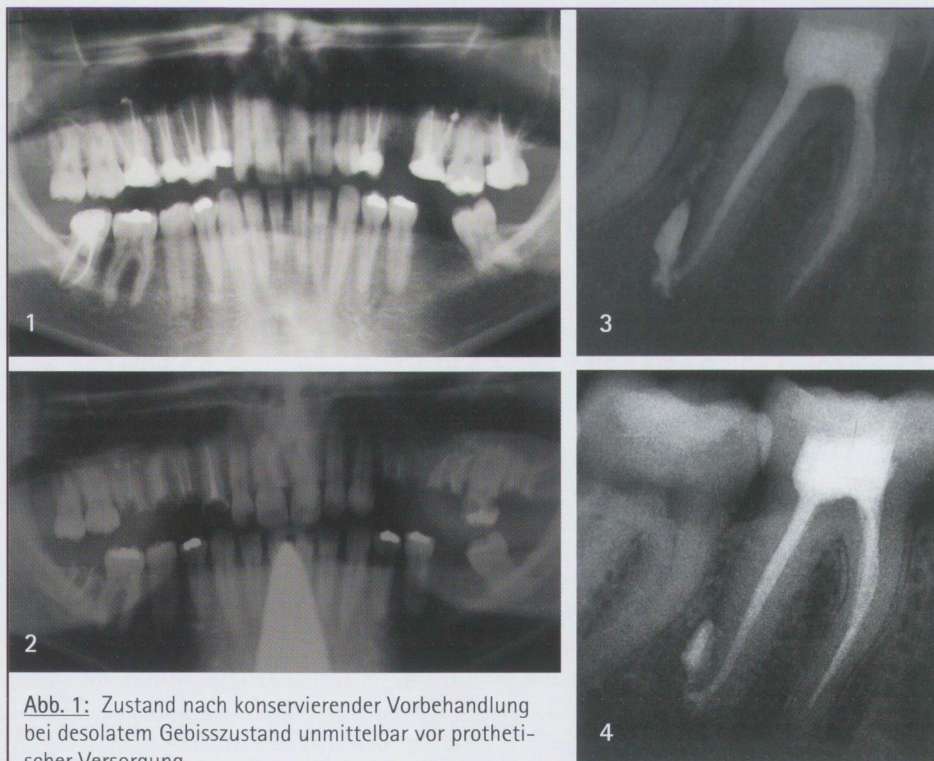


Abb. 1: Zustand nach konservierender Vorbehandlung bei desolatem Gebisszustand unmittelbar vor prothetischer Versorgung.

Abb. 2: Gleicher Patient 7 Jahre nach Abbruch der Behandlung. Trotz allerbesten Voraussetzungen für „coronal leakage“ keinerlei Ausbildung von periapikalen Aufhellungen. Die ursprünglich bestehenden apikalen Parodontitiden imponieren ganz im Gegenteil weitgehend ausgeheilt.

Abb. 3: Ausgeprägtes Überpressen von Endomethasone N in zystisch ausgeweiteten Fistelgang.

Abb. 4: Kontinuierliche Resorption des überpressten Sealers unter röntgenologisch knochendichter Ausheilung.

von genügend starken Kampfmitteln auf die Mikroorganismen zu erzielen."

Damit ist belegt, dass Walkhoff vor mehr als 80 Jahren schon das beschrieben hat, was heute durch die neuesten histologischen Untersuchungen und molekularen Nachweisverfahren zum zweiten Mal wissenschaftlich bewiesen wird.

Fazit zur endodontischen Behandlung insgesamt

Damit bin am Ende meiner kritischen Bemerkungen zur aktuellen Lehrmeinung in der Endodontie angelangt, und es ist an der Zeit, ein Fazit zu ziehen.

Wie behandeln eigentlich unsere ärztlichen Kollegen schwierig auszuheilende bakterielle Infektionskrankheiten? Wie wird beispielsweise die Tuberkulose behandelt, die sich aufgrund ihrer Abkapselung ja auch in einem schwer zugänglichen, komplexen anatomischen Umfeld abspielt? Man behandelt sie mit sehr potenten und gegen die Erreger wirksamen Medikamenten über einen sehr langen Zeitraum. Trivial möchte man ausrufen! Und wie sollen wir Allgemein Zahnärzte die bakterielle Endodontitis nach der aktuell gültigen Lehrmeinung behandeln? Durch die Anwendung sehr wenig potenter und gegen bestimmte endodontitisrelevante Erreger sogar völlig unwirksamer Medikamente über einen sehr kurzen Zeitraum. Und durch die Anwendung von extrem zytotoxischen Spüllösungen, die aufgrund der Gefahr schwerster irreversibler Nebenwirkungen gar nicht alle infizierten Bereiche penetrieren dürfen! Macht das medizinisch Sinn? Es tut mir leid, aber ich kann keinen erkennen.

Kein Wunder, dass die Ergebnisse der Wurzelkanalbehandlung nicht besonders gut sind und dass seit mindestens 70 Jahren keine Fortschritte erzielt wurden. Keine Frage also, dass wir das Protokoll verändern müssen! Und auch keine Frage, dass wir es noch dazu in einer Weise verändern müssen, die weltweit von jedem Allgemein Zahnarzt ausgeführt werden kann. Anders ist der Volkskrankheit „Apikale Ostitis“ und dem daraus resultierenden vermeidbarem abermillionenfachen Zahnverlust nicht beizukommen. Das einzig schwierige in der Endodontie ist es schließlich, einmal eine Feile bis zum Apex vorzuschieben. Der Rest ist Barfußmedizin und Fleißarbeit.

Dr. Dr. Rüdiger Osswald, München

BVAZ/DAZ/BUZ: gemeinsames Mitteilungsblatt, aber unterschiedliche Meinungen

Im April verschickte der DAZ eine Pressemitteilung, in der er Kritik an Protestaktionen des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte (FVDZ) übte und zum Ausdruck brachte, dass im Zusammenhang mit der geplanten GOZ-Novelle überzogene Forderungen und pauschale Ablehnung seitens der Zahnärzteschaft nicht dazu führten, dass sich die zahnärztlichen Honorare bei privater Behandlung verbessern.

In der öffentlichen Diskussion lohnt die Auseinandersetzung mit dieser Pressemitteilung (PM) nicht. Aber intern, im Forum für Zahnheilkunde, dem Medium des DAZ und BVAZ, müssen wir uns schon mit dieser für unseren Berufsstand in der Sache nicht dienlichen PM befassen. Aufhänger für diese Äußerung des DAZ war der Aufruf des Freien Verbandes an die zahnärztliche Basis, einen Referentenentwurf ohne Punktwertanpassung abzulehnen. Der DAZ sieht die Punktzahlerhöhungen bei einer Reihe von Leistungen als ein Gesamtpaket mit der Zusage des Ordnungsgebers, auf die Öffnungsklausel zu verzichten. Zugleich sprach sich der DAZ-Vorstand für eine ruhige und sachliche Bewertung des Referentenentwurfs aus. Hätte er mal seinen eigenen Ratschlag beherzigt!

Wie sieht es denn wirklich mit der vom DAZ gelobten Verbesserung für uns aus? Über Veränderungen im Paragraphenteil wurde bereits jetzt der Grundstein für künftige Fehlinterpretationen geliefert. So liefert die Einführung der Zielleistung den Versicherungen Möglichkeiten, ehemals selbstständige Leistungen zum Bestandteil anderer Leistungen und als nicht mehr berechnungsfähig zu erklären. Im neuen § 5 wird der „Zeitaufwand“ über Gebühr betont. Bisher wurden die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwands sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen für die einzelne Leistung bestimmt. Auch hier sind Fehlinterpretationen vorprogrammiert und gewollt.

Es wurden Bewertungszahlen von Leistungen angehoben, die bisher überwiegend über dem Regelsatz abgerechnet worden sind! Wo bleibt die postulierte Erhöhung, wenn im Gegenzug der Ordnungsgeber unter Berufung auf Absprachen mit der Bundeszahnärztekammer in seiner Begründung zur GOZ davon ausgeht, dass

diese Leistungen nun aber nur noch zum Regelsatz berechnet werden sollen. Das ist teuer erkaufte worden! Die DAZler übersehen, dass mehr als 70% der Leistungen in der Punktzahl gleich blieben.

Weit schlimmer ist es u. E., dass es der Verordnungsgeber wieder nicht geschafft hat, Liquidation und Erstattung klar voneinander zu trennen.

Die Unveränderbarkeit der Leistungsbeschreibungen, die keinen modernen zahnmedizinischen Leistungskatalog widerspiegeln, sollen und müssen wir als Tatsache akzeptieren.

Nach einhelliger Auffassung und Bewertung des Referentenentwurfs im BVAZ ist es neben der Verhinderung der Öffnungsklausel immens wichtig, angesichts des drohenden Geldwertverfalls eine Kopplung des Punktwerts an die Inflationsrate zu erreichen. Zehn Jahre Inflation von nur 4%-5% würde unseren Punktwert nämlich faktisch halbieren. Eine solche Revisionsklausel ließe sich, wenn man es will, leicht durch Einfügen in den Paragraphenteil lösen. Dieser Zusatz ist durch die 23-jährige Erfahrung der Zahnärzteschaft mit der GOZ 1988 dringend erforderlich. Eine endgültige Bewertung und öffentliche Diskussion des Referentenentwurfs ist erst nach erfolgter Ratifizierung durch die Länderkammer, den Bundesrat, Ende Juni möglich. Insofern schwächt der Standpunkt des DAZ die gegenwärtige Position der Zahnärzte.

Dem Vorstand des BVAZ ist es wichtig, dass die zahnärztliche Öffentlichkeit darüber informiert ist, dass sich BVAZ und DAZ zusammen mit BUZ zwar als Transportmittel ihrer Informationen ein Medium teilen. Dies bedeutet aber nicht, dass analog die Einschätzungen, Meinungen und Reaktionen der drei Herausgeber zu für die Zahnärzteschaft relevanten Parametern gemeinsam getragen werden. Die Bewertung des Ende März vom Bundesgesundheitsministeriums vorgelegten Referentenentwurfs zur GOZ ist dafür ein Beispiel.

Der Vorstand des BVAZ

Gemeint ist die DAZ-PM vom 21.04.11:
DAZ rügt maßlosen Protest
gegen GOZ-Entwurf"

Alte neue GOZ – das Ende der Praxis?

Sie steht vor der Tür, die neue alte GOZ. Die Forderungen der Zahnärzte nach einer angemessenen Punktwerthöhung nach 23jährigem – genau genommen nach nahezu 50jährigem – Stillstand fanden in dem Referentenentwurf bisher keine Berücksichtigung. Als einzigen Erfolg verbucht die Zahnärzteschaft den Verzicht auf Einführung der existenzbedrohenden „Öffnungsklausel“. Dass es dauerhaft bei diesem Verzicht bleiben wird, steht allerdings nirgendwo geschrieben. Wir erleben gleichzeitig, dass die demokratisch gewählten Volksvertreter – aus welchen Gründen auch immer, zu Recht oder zu Unrecht – auf jeden Fall parteiübergreifend und mehrheitlich nicht gewillt sind, den wirtschaftlichen Rahmen für Ärzte und Zahnärzte an die allgemeine Preisentwicklung anzupassen. Das ist eine Tatsache, die es zu berücksichtigen gilt, wenn es um die Frage nach Reaktionen des Berufsstandes geht.

Die zahnärztlichen Verbände auf Bundes- und Länderebene beschränken sich auf mehr oder weniger heftigen verbalen Protest, der angesichts einer breiten politischen Front, einer am Eigeninteresse orientierten Öffentlichkeit und einer in weiten Teilen „vor-geprägten“ und recherchefernen Presselandschaft realistischerweise bereits das Maximum an Widerstandsmöglichkeit ausschöpft. Immerhin haben Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung bei der Anhörung im BMG Einigkeit demonstriert – und sie werden dafür gefeiert, als sei die Öffnungsklausel endgültig vom Tisch.

Man darf gespannt sein, mit welcher „Bewaffnung“ der Freie Verband in seinem aktuellen Protest gegenüber Politik und Öffentlichkeit antreten wird. Wirkung in der Sache dürfte er kaum hinterlassen, nicht zuletzt deshalb, weil es diesem Berufsstand empfindlich an Solidarität mangelt, spätestens dann, wenn es über Worthülsen hinausgeht. Und das ist nicht neu.

Fast schon traditionell springt die Politik mit diesem Berufsstand nach Belieben und nach Kassenlage um. Das ist allemal Widerspruch wert. Und sie tut es in dem Bewusstsein, dass Zahnärzte ein anderes Verhältnis zum Arbeitskampf haben als Lokführer oder Metalller. Dabei empfindet der Berufsstand nicht weniger Zorn über diese Form der selektiven Ungerechtigkeit und wachsende Fremdbestimmung durch die Politiktreibenden. Allerdings haben Zahnärzte aufgrund der eingegangenen wirtschaftlichen Verflechtungen und Verpflichtungen nur wenige Möglichkeiten für gelebten Protest oder Widerstand. Und, das sei an dieser Stelle auch ganz deutlich gesagt, die Einkommenssituation ist offensichtlich in der Breite immer noch nicht so prekär, dass sich eine generelle Leistungsverweigerung rechtfertigen ließe. Viele Kolleginnen und Kollegen scheinen sich vielmehr mit dem System als „Einzelkämpfer“ zu arrangieren und neue Finanzierungsgrundlagen zu erschließen. Dass das zum Teil zu selbstzerstörerischen Fehlentwicklungen führt, ist zwar bedauerlich, aber durch die Kammern kaum noch zu beherrschen. Unseriöse Dumping-Angebote bei Auktionsportalen und unkollegiale, teils aggressive bis peinliche Werbung sind die Folge.

Dabei kann niemand behaupten, dass man nicht habe wissen können, wie restriktiv und mit welchen wirtschaftlichen Folgen für den Berufsstand sich das Gesundheitssystem im Verlauf der letzten 20 Jahre entwickeln würde. An die „goldenen“ Jahre der deutschen Zahnärzte um 1980 mag mancher mit Wehmut zurückdenken. Diese Zeiten sind endgültig vorbei und dienen ledig-

lich Krankenkassenoberen sowie Politikern und einer erschreckend großen Zahl an uninformierten Journalisten als Argumentationshilfe, wenn es um Honorarbegrenzung geht.

Es ist der inzwischen hohe Anteil privatärztlicher Leistungen (rund 50 % des Honorarumsatzes), der die Praxen im wirtschaftlichen Bereich hält. Umso ignoranter erscheint es, dass der Punktwert der GOZ trotz immenser Kostensteigerungen seit 1988 unverändert bei 5,62421 Cent (bzw. ehemals 11 Pfennig) verharren soll. Das führt zu der grotesken Situation, dass beispielsweise die Entfernung eines einwurzeligen Zahnes zum einfachen Satz mit 3,94 € honoriert wird. Dafür gibt es im richtigen Leben eine halbe Pizza quattro stagioni, und für den 2,3fachen Gebührensatz eine Autowäsche ohne Schaum! Den Ersatzkassen ist diese Extraktion in Niedersachsen immerhin 9,30 € wert!

Der Punktwert als Leistungsbewertung ist jedoch nur eine von mehreren Stellgrößen zur Honorarfindung. Eine ganz wesentliche Bedeutung kommt dem Steigerungssatz zu, der allerdings zugleich Quelle ewiger und nerviger Auseinandersetzungen mit den Kostenträgern ist. Und im Rahmen des GOZ-Entwurfs überrascht die Politik mit weiteren restriktiven Passagen, die es in sich haben. Damit setzt sich der Ordnungsgeber leichtfüßig über die Feststellungen des Bundesverfassungsgerichtes von 2004 hinweg, in denen es heißt:

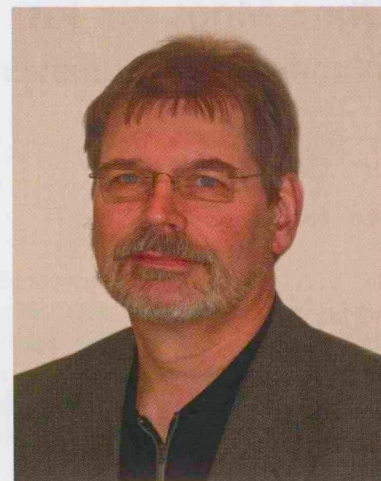
„Für überdurchschnittliche Fälle steht nur der Rahmen zwischen 2,4 und 3,5 zur Verfügung, weil ein Absinken unter die Honorierung, die auch die gesetzliche Krankenversicherung zur Verfügung stellt (nämlich den 2,3-fachen Satz), wohl kaum noch als angemessen zu bezeichnen ist...“

Bereits 2001 hatte das BVerfG bemerkt:

„Eine Verletzung von Grundrechten ... ist nicht ersichtlich, solange der Beschwerdeführer von den Gestaltungsmöglichkeiten, die ihm die Gebührenordnung für Zahnärzte eröffnet, keinen Gebrauch macht.“

Bei allen Widrigkeiten wird es daher notwendig sein, dass die Kollegenschaft – ganz ohne Theaterdonner – zunächst die zur Verfügung stehenden Gestaltungsmöglichkeiten ausschöpft. Wichtig erscheint, dass jede(r) Praxisbetreiber(in) für sich – mit oder ohne professionelle Hilfe – eine kalkulatorische Preisfindung betreibt, um den Wert der erbrachten Leistung zu bestimmen, und dass er/sie letztlich auch bereit ist, diesen Wert konsequent gegen alle Widerstände einzufordern. Laute Rufe nach Solidarität führen zwar zu mancher Befriedigung, werden sich jedoch unter den gegebenen Umständen als unwirksam erweisen. Die konsequente Preisfindung im Rahmen der allgemein nicht ausgeschöpften Möglichkeiten kann eine andere und stabilere Form der Solidarität bedeuten.

Dr. Michael Loewener, Wedemark



Ohne Moos nix los Wund- und Traumaversorgung – abgerechnet nach GOÄ

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Die GOÄ ist ein schier unerschöpflicher Fundus an unbekanntenen oder „vergessenen“ Positionen, die für den Allgemeinzahnarzt von Interesse sein können. Nachdem wir uns im letzten „Forum für Zahnheilkunde“ mit der richtigen Abrechnung von Telefonaten, Beratungen, und Attesten beschäftigt haben, will ich heute mit einigen Positionen aus dem Bereich der Wund- und Traumaversorgung fortfahren.

Die Abrechnungspositionen GOÄ 2000 bis 2004, die in der Praxis immer wieder einmal vorkommen, gelten prinzipiell bei extrawie auch intraoralen Wunden. Entsprechend § 6 Abs. 1 GOZ gilt, dass der Zahnarzt, wenn er GOÄ-Leistungen erbringt, diese auch nach der GOÄ abzurechnen hat. Bei manchen dieser Positionen gibt es aber auch Überschneidungen mit Leistungsbeschreibungen aus der GOZ bzw. aus Bereichen des BEMA, so dass diese GOÄ-Positionen unter Umständen bei GKV-Versicherten auch alternativ zu BEMA-Positionen abgerechnet werden können, was auch bei gleicher Punktzahl durchaus sinnvoll sein kann, z.B. bei Überschreitungen des KZV-Abrechnungsdurchschnittes der Praxis in bestimmten Positionen.

Im Berufsschul-Unterricht wird oft gefragt, mit was für „Wunden“ außer Extraktionswunden wir es denn im zahnärztlichen Bereich zu tun haben könnten, so dass sich hierzu einige Erläuterungen anschließen sollen.

Eine Wunde oder Trauma ist zunächst einmal ein Gewebdefekt, eine Beschädigung oder eine Durchtrennung von Geweben, von Haut und von Schleimhaut. Diese Wunde kann klein oder groß sein, und was „klein“ und „groß“ ist, liegt nicht im Ermessen des Betrachters sondern wird in der GOÄ genau definiert:

- Länge: kleiner oder größer als 3 cm
- Fläche: kleiner oder größer als 4 cm²
- Raum: kleiner oder größer als 1 cm³

Nun zu den Abrechnungspositionen im Einzelnen:

Die GOÄ 2000 (Erstversorgung einer kleinen Wunde – 70 Punkte – 9,38 Euro im 2,3-fachen Satz) könnte im Bereich der

allgemeinzahnärztlichen Praxis z.B. die Versorgung von Faulecken (Perlèche) oder eingerissenen Mundwinkeln, wie sie häufig nicht nur bei längerer Behandlung entstehen oder bereits vor der Behandlung vorhanden waren, mit z.B. einer Wund- und Heilsalbe, darstellen.

Die GOÄ 2001 oder GOÄ 2004 (Versorgung einer kleinen/großen Wunde einschließlich Naht – 130/240 Punkte – 17,43 / 32,17 Euro im 2,3-fachen Satz) wird immer wieder einmal im Zusammenhang mit der Versorgung von Lippenwunden mit oder ohne Zahntrauma durch einfache Naht als chirurgische Erstversorgung durch den Allgemeinzahnarzt vorkommen.

Die GOÄ 2003 (Erstversorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde – 130 Punkte – 17,43 Euro im 2,3-fachen Satz) kommt in Betracht bei der Behandlung von perikoronaren Abszessen bei der dentitio difficilis.

Wenn man von Verletzungen im Bereich des zahnärztlichen Arbeitsgebietes spricht, muss man immer auch an Zahntraumata, wie Luxationen und Subluxationen der Zähne sowie deren Behandlung denken.

In unserem Zusammenhang von Interesse ist hierbei die GOÄ-Nr. 2685 (Reposition eines Zahnes – 200 Punkte – 26,81 Euro im 2,3-fachen Satz), wenn es sich um einen nur teilweise luxierten bzw. subluxierten Zahn handelt.

Bei kompletter Luxation ist stattdessen die GOZ-Nr. 314 (Reimplantation eines Zahnes einschließlich einfacher Fixation – 550 Punkte – 71,14 Euro im 2,3-fachen Satz) anzusetzen. Wird der gelockerte und repointierte Zahn nicht nur „einfach“ fixiert, also beispielsweise direkt im Mund mit Composite und SÄT an dem oder den Nachbarzahn/Nachbarzähnen geschient, sondern

statt dessen mit einer laborgefertigten (tiefgezogenen) Schiene, wird hierfür die GOÄ-Nr. 2698 (Anlegen und Fixation einer Schiene am unverletzten Ober- oder Unterkiefer) angesetzt. Die Kosten für die Herstellung der Schiene im (Eigen-) Labor (nach BEL bzw. BEB) und die Kosten für das Abformmaterial sind natürlich gesondert zu berechnen.

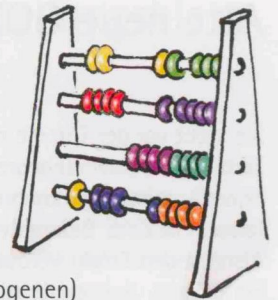
Nicht angesetzt werden darf hier die auf den ersten Blick ganz ähnliche Position GOÄ 2699 (Anlegen und Fixation einer Schiene am gebrochenen Ober- oder Unterkiefer), die sich ausdrücklich auf den frakturierten Kiefer bezieht. Verlaufskontrollen der Schientherapie, ggfls. mit kleinen Änderungen, werden berechnet mit der GOÄ-Nr. 2702 (Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten – auch Entfernung von Schienen oder Stützapparaten –, je Kiefer – 300 Punkte – 40,22 Euro im 2,3-fachen Satz).

Nachbehandlungen an der Wunde berechnet man wie sonst auch nach der GOZ-Nr.

330 (Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff – 65 Punkte – 8,40 Euro im 2,3-fachen Satz). Da die GOÄ-Nr. 2007 (Entfernung von Fäden oder Klammern 40 Punkte – 5,36 Euro im 2,3-fachen Satz) nach einem Kommentar der Bundes-

zahnärztekammer von 2004 nicht (mehr) neben der GOZ-Nr. 330 berechnet werden darf, sollte man auch alleinige Nahtentfernungen nach der besser bewerteten GOZ-Nr. 330 in Rechnung stellen. Zum Abschluss der Behandlung wird die Schiene abgenommen, wofür die GOÄ-Nr. 2702 erneut anzusetzen ist.

Dr. Jürgen Simonis, Hinterweidenthal
praxisdrsimonis@aol.com



Eine beispielhafte Laborrechnung für eine Schiene für einen GKV-Versicherten könnte so aussehen:

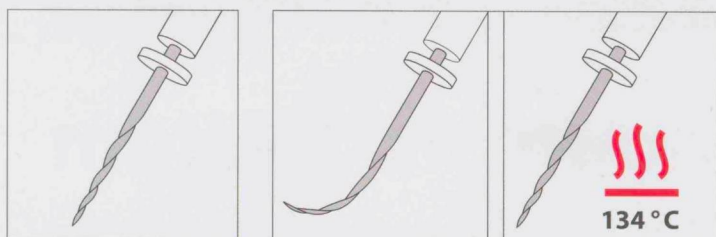
BEL 001 0 (Modell) 2x
 BEL 002 1 (Weitere Maßnahme zur Modellherstellung – Doublieren eines Modells) 1x
 BEL 001 0 (Modell) 1x (hier: Duplikatmodell für den Kiefer, für den die Schiene hergestellt wird)
 BEL 012 0 (Einstellen in Mittelwertartikulator) 1x
 BEL 401 1 (Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche, Aufbisssschiene) 1x

Die neue NiTi-Feilen-Generation



Wie Phönix aus der Asche...
...die regenerative NiTi-Feile!

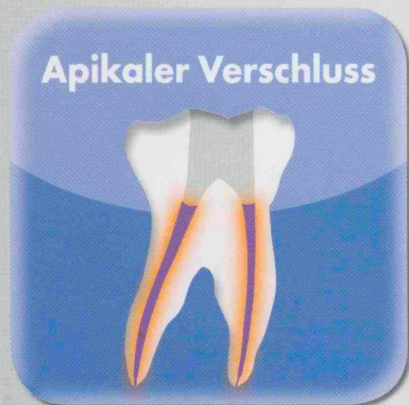
HyFlexTM CM



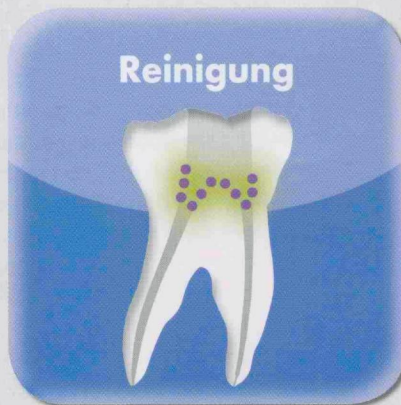
- Minimalste Rückstellkraft + extreme Flexibilität = optimale Kanaladaption
- Reversible Formanpassung durch Wärme = Mehrfachverwendung
- Bis zu 300% höhere Ermüdungsbeständigkeit



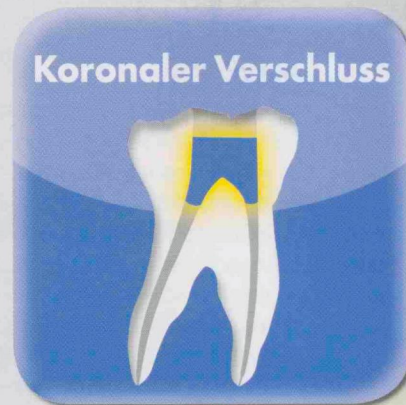
Die neue „Endo-App“!



AH Plus®



AH Plus® Cleaner



SDR™
Smart Dentin Replacement



DENTSPLY Endo-Resto System

Für die sofortige adhäsive postendodontische Versorgung

Zertifiziertes Behandlungssystem für mehr Sicherheit und Erfolg!



For better dentistry

DENTSPLY

Weitere Informationen: www.dentsply.de/EndoResto
oder DENTSPLY Service-Line 08000-735000 (gebührenfrei).