



31. Jahrgang,
Juni 2012

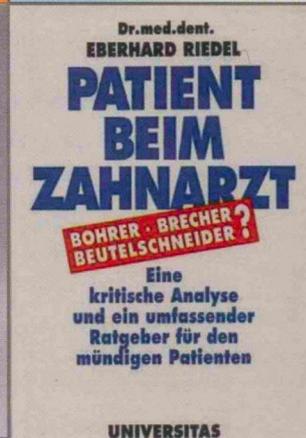
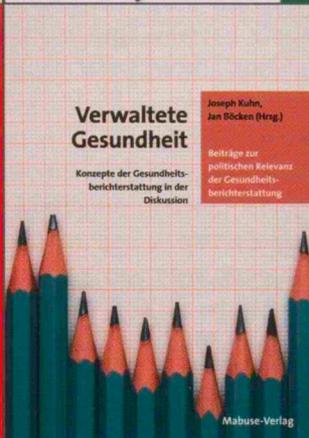
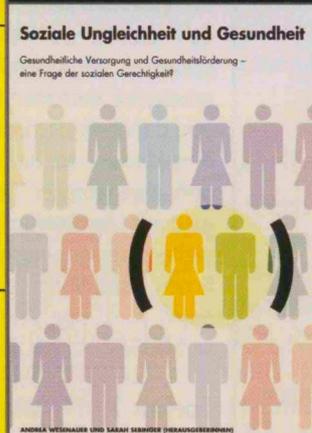
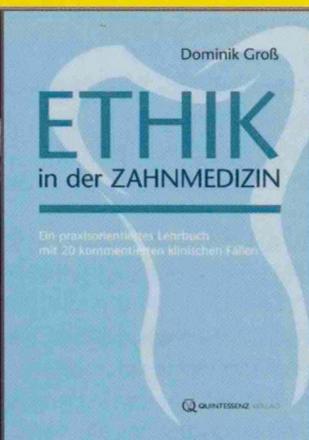
Ausgabe 111

Forum für Zahnheilkunde

Zeitschrift des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde
und des Berufsverbandes der Allgemeinzahnärzte



B
V
A
Z



DAZ-IUZB-
Jahrestagung
20./21.10.2012
in Berlin

Knochenabbau bei
Parodontitis muss nicht
sein – ein neuer
Lösungsansatz

BVAZ- Mitglieder-
versammlung
17.11.2012
in München

Statt Positionspapier:
Kassen sollen sich für
Basisversorgung
engagieren

Stiften gehen ...
oder wie lässt sich
Nachfrage steuern

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

Interessenkonflikte zwischen

- Gesundheitszielen und Geschäft
- Patientenwohl und Eigeninteressen der Akteure



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

Blinder Fleck in der Zahnmedizin

VDZM und DAZ diskutierten das Problem der Korruption im Gesundheitswesen

Pressemeldung, 21.5.2012 - „Interessenkonflikte, Korruption und Betrug - Symptome eines kranken Gesundheitswesens?“ - dies war das Thema des Referates von Dr. med. Wolfgang Wodarg, Leiter der Arbeitsgruppe „Gesundheit“ bei Transparency International Deutschland, das bei der gemeinsamen Frühjahrstagung der zahnärztlichen Verbände Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM) und Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) für lebhaftes Diskussionsmaterial sorgte.

Auch wenn in der allgemeinen Öffentlichkeit und ebenso bei den allermeisten Zahnärztinnen sowie Zahnärzten in Deutschland die Zahnmedizin nicht gerade als ein Hort der Korruption wahrgenommen wird, stimmen die Ausführungen von Dr. Wodarg nachdenklich. Sein fundierter Vortrag in Frankfurt machte deutlich, wie grundsätzlich unterschiedlich die Interessen der Akteure aus „Gesundheitssicherung“ und „Gesundheitswirtschaft“ sind.

Während die medizinische Versorgung sich bemüht, möglichst Krankheiten zu verhindern und, wenn doch auftretend, diese im Rahmen einer vorwiegend solidarisch fi-

nanzierten Gesundheitspflege möglichst effizient zu therapieren, sind die Zielvorgaben der Industrie rein wirtschaftlich geprägt. Für sie gilt es, eine noch höhere Rendite mit dem kleinen Teil der Bevölkerung (ca. 20%) zu erwirtschaften, der mehrere chronische Krankheiten auf sich vereinigt und den Hauptteil des Umsatzes bringt (ca. 80%). Die Stellschrauben hierfür sind unter anderem neue Zieldefinitionen und neue Normen, die global, national oder fachbezogen gesetzt werden. Drastisches Beispiel hierfür ist z. B. die Senkung des Normwertes für Cholesterin von 240 auf 200 Milligramm pro Deziliter Blut, der der Pharmawirtschaft eine satte Absatzsteigerung von 86 Prozent in den USA bescherte.

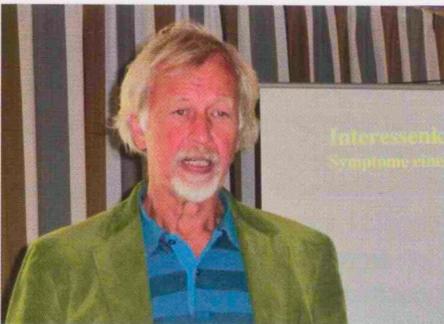
Während „Betrug“ strafrechtlich eindeutig ist und „Interessenkonflikte“ jedem Zahnarzt in seiner Doppelfunktion als Therapeut und Praxisbetreiber vertraut sind, scheint das Feld der „Korruption“ ein blinder Fleck zu sein. Dabei muss man sich gar nicht groß bemühen, um Verdachtsmomente auszumachen. Wie unabhängig sind Universitäten, an denen mittlerweile fast ausschließlich Drittmittelforschung betrieben wird? Wie neutral informieren Fortbil-

dungsveranstaltungen, die von Firmen gesponsert werden, und welche massiven wirtschaftlichen Interessen stehen hinter den Änderungen in Normen sowie Richtlinien, die auf Meinungen von Peergroups oder Gremien statt auf Evidenz gründen?

Erste Forderungen an Wissenschaft und Politik wären die Offenlegung von Abhängigkeiten der Autoren wissenschaftlicher Arbeiten, die Offenlegung der Verträge für die Drittmittel und ein Paradigmenwechsel durch geänderte Steuerungsinstrumente in den gesetzlichen Vorgaben, so dass die Aufgabenstellung, Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen, stets Vorrang vor den Wirtschaftsinteressen von Herstellern und Anbietern behält.

Hier Transparenz und kritische Distanz zu schaffen, ist dringend geboten, statt, wie jüngst geschehen, sich vor den Karren der Industrie spannen zu lassen und als KZBV, immerhin eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, die „Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Mundgesundheitswirtschaft zu preisen.

Dr. Celina Schätze, Vorsitzende des DAZ
Dr. Jochen Bauer, Vorsitzender der VDZM



„Interessenkonflikte, Korruption und Betrug – Symptome eines kranken Gesundheitswesens?“ Analysen und Vorschläge von Dr. Wolfgang Wodarg auf der DAZ-VDZM-Frühjahrstagung

Bericht von Dr. Paul Schmitt, Frankfurt/M.

Dr. Wodarg ist Internist, Pneumologe und Umweltmediziner, er arbeitete nach seiner klinischen Ausbildung kassenärztlich als Lungenarzt und war 13 Jahre Leiter eines Gesundheitsamtes im Norden Schleswig-Holsteins. Als Umweltmediziner war Wodarg auch für den gesundheitlichen Umweltschutz zuständig, wo ihm politische Denkweisen, Lobbyismus und die damit verbundenen Interessenkonflikte häufig begegneten. Er legte sich in umweltmedizinischen Fragen schon einmal öffentlich mit der Politik an und wurde so zu einer auch überregional bekannten politischen Person. 1994 kandidierte er für den Bundestag und

war dann bis 2009 für die SPD Abgeordneter seiner Region im Deutschen Parlament. In den letzten 10 Jahren auch für Deutschland im Europarat.

In Deutschland sei in den letzten Jahren eine „Gesundheitsindustrie“ entstanden, die nun durch harte Marktkräfte gesteuert werde. Dies schade im Ergebnis dem bewährten Gesundheitssystem. „Die WHO ist korrupt“, so Wodarg zu seinen Erfahrungen als langgedienter Gesundheitspolitiker bzw. Parlamentarier. Dies sei ihm im EU-Parlament klar geworden. Auf seinen Vorschlag wurde ein Untersuchungsausschuss „Schweinegrippe“

im EU-Parlament eingerichtet. Er konnte zeigen, dass die Pharma-Lobby „eine der harmloseren Grippewellen“ zur Pandemie regelrecht aufgeblasen hatte und hier erhebliche Gelder vollkommen sinnlos verpulvert wurden.

Seine erste provokante These zu unserer „Gesundheitsindustrie“ lautet: „Je mehr Kranke da sind, um so mehr gibt es (für die Profiteure) zu tun (bzw. zu verdienen)“. Diese gewisse Rücksichtslosigkeit der gesamten Gesundheitsbranche zeige sich auch in der Tatsache, dass viel zu viel operiert werde: So seien die in Deutschland ungemein

häufig durchgeführten Gallenblasen-Entfernungen, Hüftoperationen, Herzkatheter-Untersuchungen und Knieoperationen in Arztfamilien nur halb so häufig wie im Durchschnitt der Bevölkerung, aus sehr guten Gründen.

Begriffsklärung

Manches in dieser Gesundheitsindustrie sei **Betrug**. Wobei dieser Begriff zunächst juristisch klar zu definieren sei: Betrug sei immer vorsätzlich geplant, und es bestehe eine „Bereicherungsabsicht“. Davon zu unterscheiden sei die **Korruption**: Sie sei nach einer aktuellen Definition nicht unbedingt mit „Zahlungsfluss“ verbunden, sondern es reiche allein „der Missbrauch anvertrauter Macht zum privaten Nutzen und Vorteil“. Und das sei in der Medizin leider schockierend häufig der Fall.

Zum Thema „**Vertrauen**“ sagte Wodarg: „Ohne Vertrauen kommt eine Gesellschaft zu nichts! Auf Vertrauen ist eine Gesellschaft einfach ständig angewiesen!“ Und gerade in der Medizin sei Vertrauen von eminenter Bedeutung: Es sei eine der Grundlagen, die zu bewahren und zu pflegen seien. „Dass der Arzt das macht, was für mich am besten ist, darauf muss ich doch blind vertrauen können. Nicht das, woran er am meisten verdient“. Aber wie sieht die Realität aus?

Hier gebe es einen **Interessenkonflikt**: Es bestehe (leider auch zunehmend in der Medizin) das erhebliche Risiko, dass das Urteilen und Handeln durch sekundäre Interessen unangemessen beeinflusst wird. Seine Forderung daher: Wir brauchen neben Vertrauen in die Akteure eine valide, unabhängige Forschung und eine objektive Lehre in der Medizin. Und davon sind wir derzeit weit entfernt. Sozial verantwortliche Gesundheitssicherung und „Gesundheitswirtschaft“ seien untereinander gar nicht kompatibel und ganz grundsätzlich unterschiedliche Systeme.

So gebe es in Schweden mit einer stark durchorganisierten sozialen Gesundheitssicherung für einen lediglich 7-8-prozentigen Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP eine wirklich sehr gute Gesundheitsversorgung für Alle. Dagegen lägen die Gesundheitskosten in den USA bei etwa 16% des BIP. Und hier sei die Breitenversorgung wesentlich schlechter, bei doppelten Kosten, total ineffektiv.

Interessenkonflikte gibt es laut Wodarg im Gesundheitswesen „dort, wo (politische) Ziele definiert werden, wo Normen gesetzt werden (Beispiel: Fachgesellschaften), wo Priorisierung erfolgt und wo Konkurrenzsituationen zu Intransparenz führen.“

Zum Thema „medizinische Normen“ erwähnte Wodarg als Beispiel den von der Gesundheitswirtschaft immer wieder gerne gesehenen, „gewünschten Effekt“ neuer „Grenzwerte“: Galt bei Diabetes bis vor wenigen Jahren ein Wert von „bis zu 140“ noch als unkritisch, so wurde durch die Absenkung dieses Grenzwertes auf „125“ die Zahl der Zuckerkranken über Nacht drastisch erhöht. Ein einträgliches Geschäft. Vergleichbares gibt es bezüglich Cholesterin und Bluthochdruck: Auch hier wurden Grenzwerte deutlich verändert, in aller Regel durch langfristig sehr erfolgreiche, massive Lobbyarbeit der „Gesundheitsindustrie“. Doch was hat der „Patient“ davon?

Dabei ergab eine Umfrage unter den beteiligten „Normensetzern“, also lobbynahen Fachleuten und Gutachtern, dass etwa 70 Prozent (!) von ihnen in einem massiven Interessenkonflikt standen (nämlich gegenüber den nicht öffentlichen, also privatwirtschaftlichen Auftraggebern solcher aufwändigen Grenzwertstudien). Die Pharma- bzw. Medizinindustrie steht demnach hinter allzu vielen dieser neuen Grenzwerte. Viele Entscheidungen dieser Art haben dann über lange Zeit sehr große finanzielle Auswirkungen. So setze die GKV etwa 200 Milliarden Euro pro Jahr um; das gesamte Gesundheitswesen erwirtschaftete einen Jahresumsatz von etwa 500 Milliarden Euro. Vieles davon sei fraglich.

Inzwischen gebe es – ähnlich dem Energiesektor – eine Aufteilung der zunehmend privatisierten deutschen Krankenhauslandschaft auf vier bis fünf große Klinikgruppen. Dabei wirke dann die „Konzern-Regie“ in allen Bereichen der stationären Versorgung „gestaltend“ mit. Das heiße in aller Regel: Alles wird auf Profit orientiert. Die Renditezahlen sind gut und sollen es auch bleiben. Die in Mode gekommenen „Zertifizierungen“ seien auch nur eine Frage des Preises, nicht der tatsächlichen Ergebnis-Qualität ärztlicher Versorgung. Dieser „Zertifizierungstrend“ wird von Wodarg als wirtschaftlich motivierte „Mode“ gesehen. Aus Patienten würden in dieser neuen Medizinwelt dann „Kunden“, aus der früheren „Fürsorge“ werde „Verbraucherschutz“. Der Arzt verkomme zum „Dienstleister“, das frühere Krankenhaus sei demnächst nur noch ein „Profitcenter“. Schöne neue Medizin-Welt.

Hohe Rendite-Erwartungen wie bei den Banken nun also auch im (immer weiter privatisierten) Gesundheitswesen in einer Größenordnung von 25 % seien eine Realität geworden. So sei der US-Investment-Riese „BlackRock“ mit diesen Renditezielen ganz offiziell im Medizinbereich unterwegs, ohne jede Hemmung.

Krankenhäuser

In den privaten Krankenhäusern werde grundsätzlich gefragt: „Wie muss ich die Diagnosen stellen, damit ich möglichst viel heraushole?“ (Originalzitat Wodarg). Die geschickte Kombination verschiedener Diagnosen (und das dann auch noch hochkompliziert verschlüsselt) führe oft zu erheblichen finanziellen Vor-

Der Interessenkonflikt

	Arzt (analog Pflege etc.)	Kassenmanagement	Politiker (Parlamente)
Primäres Interesse	nicht schaden das Wohl des Patienten „guter“ Arzt sein „gute“ Pflegekraft sein öffentliche Anerkennung	Solidarität effizient organisieren Primäres Interesse bei Leistungserbringern stärken	Gute Daseinsvorsorge Gerechtigkeit Solidarität Zusammenhalt Effizienz, Nachhaltigkeit Transparenz, Vertrauen
Sekundäres Interesse	Wohlstand/Luxus Karriere Status Alleinstellungsmerkmale Konkurrenz	Überleben im Wettbewerb Gute Gehälter Positive Bilanzen, Karrieresprungbrett	Wahlerfolg, Popularität, Karriere, Wohlstand/Luxus „Anschlussverwertung“
Konflikte durch	Entgelt-Fehlreize Priv. Cash-Leistungen Fortbildung durch Industrie Flattering, AWBs Rosinenpicken Korruption	Kassenwettbewerb Vertragswettbewerb Rosinenpicken Stratifizierungen Querfinanzierungen Orientierungsverlust	Parteidisziplin Überforderung Ehrgeiz, Angst Lobbyismus Korruption Ideologien

teilen, die keiner mehr durchschaue. Der „Zwang“, „betriebswirtschaftlich“ zu diagnostizieren, sei groß, um wirtschaftlich auf der Erfolgsspur zu bleiben. Da sei mancher Patient wohl überrascht, was ihm so alles fehlt.

Kassenwettbewerb

Auch der „Kassenwettbewerb“ sei leider reine „Augenwischerei“. Jede Kasse treibe ihren eigenen Datenerfassungsaufwand, mit unterschiedlichsten Formularen, mit unterschiedlichsten EDV-Systemen, mit maßlosen Verwaltungskosten. Trotz des Risikostrukturausgleichs seien die Beitragssätze vor einigen Jahren noch sehr unterschiedlich gewesen, bei (fast) identischem Leistungskatalog. Ein unnötig komplexes System also und voller Intransparenz. Weniger Kassen wären sinnvoll, so Wodarg deutlich. Dies berge viel Einsparpotential und auch systemische Verbesserungsmöglichkeiten. Die unterschiedliche, als ungerecht empfundene Verteilung „schlechter Risiken“ habe dann auch noch zu diesem neuen Moloch „Gesundheitsfonds“ und leider auch zu dem (sehr hohen) aktuellen „Einheitsbeitragsatz“ geführt, dabei sei es viel sinnvoller, die

Kassen auf Landesebene in Arbeitsgemeinschaften als starke und verantwortliche Vertreter der Solidargemeinschaft zu bündeln.

„Wenn ihr uns mehr Geld gebt, dann heben wir die Diagnosen an“, das hätten manche Mediziner den Kassen bei der Systemumstellung offen angeboten. Aber auch manche GKV-Kasse habe Ärzte zum „Diagnose-Tuning“ schriftlich aufgefordert. Dadurch würden die Entnahmen aus dem Fonds zugunsten der Kassen unnötig in die Höhe geschraubt, das sei nun wirklich reine Korruption. Zudem fördere dieses „perverse System“ die „Jagd“ auf bestimmte „Diagnosen“ (bzw. deren „Besitzer“), solange diese zu hohen Zuteilungen aus dem Fonds führen, möglichst höher als die anfallenden Behandlungsmehrkosten. Die 0,5% Prozent der Versicherten, die am schwersten erkrankt sind, kosten die Kassen etwa ein Fünftel ihrer Ausgaben. Darum waren bis vor Kurzem „schlechte Risiken“ so unbeliebt. Jetzt sind durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich die Karten neu gemischt. Einige Kranke bringen Geld, andere sind schlechter bewertet, und es wird für alle komplizierter, zu erkennen, wo im Wettbewerb der eigene Vorteil liegt. Die Gesundheitswirtschaft ist gerade an den „teuren“ Patienten interessiert und sieht sich die Statistiken der Krankenkassen aus diesem Blickwinkel an. Was für die Kassen teuer werden kann, bringt für die Gesundheitswirtschaft die höchsten Gewinnmöglichkeiten. Eine unglaublich komplexe Interessenlage. So gibt es lukrative Kranke, aber auch uninteressante. Ein einziges Medikament für einen Rheumapatienten koste die Kasse häufig bis zu 26.000 Euro im Jahr, je nach Diagnose und Therapie, es gehe also oft um sehr viel Geld. Wer blickt da noch durch? Was ist da noch wahr?

Andere Problemfelder

Bei einem 16-Std.-Notdienst in einem Flensburger Krankenhaus stellte Wodarg fest: Von den 40 Neuaufnahmen in dieser Zeit sei die Hälfte „unnötig“, nämlich kein Fall fürs Krankenhaus gewesen: Die Einweisung erfolgte wegen struktureller Defizite als „Notlösung“, weil es keine gute Versorgung in der Fläche mehr gibt. Weil auf dem Dorf oft „keiner mehr da ist“. Alte Leute, die ins Krankenhaus „abgeschoben“ werden, weil keine ambulanten Alternativen bereit stehen. Manchmal vielleicht auch, weil die Einweisung ins Krankenhaus heimlich honoriert werde („Zuweisung gegen Entgelt“). Auch das sei Korruption.

Intransparenz und Korruption in der Zahnmedizin

In der Zahnmedizin sei es ein großes Problem, dass die Indikation für eine bestimm-

te Therapie oftmals nach der „Gewinnerwartung“ gestellt werde. Unnötiger Aufwand in der Zahnmedizin sei aber nicht nur teuer sondern reiche bis zur Körperverletzung aus Profitgier.

Auch die Verschreibungspraxis in der bundesdeutschen Zahnheilkunde sei sehr befremdlich: So werde das Schmerzmittel „Dolomol“ zu 80% von Zahnärzten verschrieben, in der Allgemeinmedizin sei das Präparat gänzlich unüblich, aus gutem Grund. Auch die extrem häufige Verschreibung von Clindamycin in der Zahnheilkunde sei auffällig und gegen den allgemeinärztlichen Trend: Hier sei dieses Lieblings-Präparat der Zahnärzte nur als Reserve-Antibiotikum zweite oder dritte Wahl. Zu erklären sei das alles nur durch das besonders aggressive, erfolgreiche Marketing der jeweiligen Hersteller. Damit werde mancher „Ladenhüter“ der Medizin zum Umsatzbringer in der Zahnheilkunde. Das überlegene Amoxicillin koste pro Anwendungszeitraum lediglich 5,97 Euro, während das stark unterlegene Clindamycin 9,57 Euro koste. Diese gut eingeführten „Verschreibungsgewohnheiten“ der deutschen Zahnärzte sind nicht nur medizinisch riskant sondern kosten also auch noch richtig Geld. Rückendeckung erhält Wodarg hier von (fast allen) Pharmakologen.

Lösungswege

Transparency International legt Wert auf Korruptionsprävention durch offene Diskussion möglicher Interessenkonflikte. Eine AG Gesundheit arbeitet derzeit an einem Gesundheitskapitel der Nationalen Integritätsstudie (NIS) und würde gern auch die Zahnmedizin einbeziehen. Leider machen bisher kaum Zahnärzte mit. Wodarg warb deshalb für diesen Einsatz.

Aber auch die Versorgungsstrukturen müssten übersichtlicher werden, um bei Kassen und Leistungserbringern die Interessenkonflikte erkennen und in öffentlichem Interesse lösen zu können. Eine „Arbeitsgemeinschaft aller Krankenkassen“ auf Landesebene könne der Beginn eines besseren, regional orientierten Systems sein: Der Bund übernimmt die Koordinierung, er definiert die Ansprüche an die Versorgungsqualität, er setzt die Rahmenbedingungen. Und die Länder-Arbeitsgemeinschaften bewirtschaften ihr Regionalbudget und sind für die Versorgungsstrukturen verantwortlich. Lernen könne man von Schweden: Hier sei das Gesundheitssystem derart regional aufgeteilt. Eine Gemeinschaft der Kassen kann mit den Versichertenbeiträgen als starke Nachfragemacht viel besser für gute Qualität, Zusammenarbeit und günstige Preise

sorgen als über hundert Kassen im Wettbewerb. In Finnland würden durch die Kommunen „Gesundheitssteuern“ erhoben. Damit seien also auch die Einnahmen regional transparent geregelt, ein Modell auch für uns? Wird es dadurch gerechter? Oder nur noch komplexer, fragte jemand aus dem Auditorium, komplex genug ist es zur Zeit. „Längst nicht so komplex und intransparent wie der Gesundheitsfonds“, antwortete Wodarg darauf. Denn regional werde ein Gesundheitssystem viel überschaubarer. Hierzulande jedenfalls gebe es „eine organisierte Nichtverantwortlichkeit“ für die Versorgung. Es gehe etwas „gründlich schief“ in diesem System.

Hochinteressant wurde die Diskussion am Schluss: Ein junger Kollege schilderte die Industrie-gesponsorten Erstersemester-Partys als symptomatisch für so vieles andere: Die großzügige Unterstützung der Freiburger Zahnklinik durch einen Implantathersteller etwa oder die durch Beratungsfirmen organisierten Erstersemester-Veranstaltungen („Das Gesundheitswesen der Zukunft“), auf denen Erwartungen, Ziele und Visionen angehender Ärzte und Gesundheitsmanager aufwendig ausgelotet, beeinflusst und sicher in schlaue zukünftige Marketingstrategien eingearbeitet würden.

Eigentlich müsse jeder Mediziner von den Kassen gefördert werden, wenn er sich konsequent den „Geldschneidereien“ und „IGEL“-Leistungen verweigere, aber die Kassen selbst sind im Wettbewerb korrumpiert, so Wodarg etwas bitter. „Medizin-Marketing und „Medizin-Industrie“ als ethisch zweifelhafte Verquickung von sozial verantwortlicher Heilkunst und Kommerz – dieser Geist wird wohl schwer wieder in die Flasche zurückzuweisen sein.

Dr. Paul Schmitt, Frankfurt/M.
dr.paul_schmitt@web.de

Glückwünsche an den neuen VDZM-Vorstand

Im Rahmen der Frankfurter Frühjahrstagung hat die Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM) e.V. turnusgemäß einen neuen Vorstand gewählt. Der DAZ gratuliert dem neuen Team mit Dr. Jochen Bauer aus Lohmar nahe Bonn an der Spitze und den Stellvertreterinnen MR Dr. Kristina Schwigon, Dresden, und Dr. Angela Demmer, Berlin, und hofft auf weitere gute Zusammenarbeit.

Krankenkassen wollen mehr Einfluss auf die Preise in der Zahnmedizin

Stellungnahme des DAZ zum Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes

Kurz nach Ostern 2012 trat der Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit einem „Positionspapier zur zahnmedizinischen Versorgung“ an die Öffentlichkeit, das heftige Reaktionen von zahnärztlichen Organisationen und Medien hervorrief. In seinem am 22.03.2012 beschlossenen Konzept (Link am Ende des Textes) äußert der GKV-Verband Besorgnis über die zunehmende Privatisierung im Bereich der Zahnmedizin. Eine solche Entwicklung findet tatsächlich statt, und gerade der DAZ wird nicht müde, immer wieder die Frage aufzuwerfen, ob noch jedem Patienten in Deutschland eine ordentliche Basisversorgung im Rahmen der GKV zur Verfügung steht. Dass die Kassen – ausgehend von seit 2009 und länger bekannten Zahlen – gerade jetzt dieses Thema entdecken, mag etwas verwundern. Tatsächlich haben sie diese Entwicklung als Beteiligte der gemeinsamen Selbstverwaltung mit eingeleitet und von der Einsparung von GKV-Geldern im Bereich der Zahnmedizin profitiert. Ihre aktuellen Forderungen lauten:

1. Schutz der Versicherten vor finanzieller Überforderung
2. Sicherung der Qualität zahnärztlicher und zahntechnischer Leistungen
3. Verbesserung der Transparenz der zahnmedizinischen Versorgung
4. Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung von Personen, die ihre Mundhygiene nur eingeschränkt oder gar nicht wahrnehmen können, durch eine sachgerechte Umsetzung des § 87 Abs. 2i SGB V

Hierzu nimmt der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde wie folgt Stellung:

Der Krankenkassenverband beklagt in seinen Ausführungen, dass die Versicherten bei Leistungen, die über die gesetzlich vorgesehenen hinausgehen, finanziell überfordert würden, da die Rechnungen für diese Leistungen nach der GOZ erstellt werden und somit in diesem Rahmen durch den Zahnarzt frei gestaltet werden können. Der Kassenverband fordert eine „Sonderpreisliste“ für Leistungen, die von den gesetzlichen Kassen bezuschusst werden.

Für privat abzurechnende Leistungen hat das Bundesgesundheitsministerium eine detaillierte Gebührenordnung (GOZ) festgesetzt. Es erscheint nicht nachvollziehbar,

weshalb Leistungen, die offenbar nicht dringend erforderlich sind – sonst müssten sie ja von den gesetzlichen Kassen übernommen werden – nicht nach der GOZ abgerechnet werden sollen. Die Zahnärzte müssen im Rahmen ihrer sozialen Verantwortung die „gekürzten“ Preise für die Basisversorgung akzeptieren. Was darüber hinausgeht, ist allerdings von den Patienten normal einzukaufen. Wer würde von 'Apple' verlangen, für gesetzlich Versicherte das iPhone billiger zu kalkulieren, weil Kommunikation ein menschliches Grundbedürfnis ist?

Aufgabe der gesetzlichen Kassen ist es, ihren Leistungskatalog zu überprüfen, die Versicherten über die medizinischen Hintergründe seiner Festlegung zu informieren und auch die „sozial gekürzten“ Honorare für die Zahnärzte nicht immer weiter sinken zu lassen. Die Regelversorgungen, die heute als Berechnungsgrundlage für Zahnersatz-Festzuschüsse dienen, genügen seit ihrer Einführung auch nur durchschnittlichen Versorgungsansprüchen meistens nicht.

Die Kassen selbst haben mit den unlängst abgeschlossenen ergänzenden Verträgen z.B. zur endodontischen Versorgung die Liquidation nach GOZ großzügig geöffnet. Begründet wird dies damit, dass so den Patienten der Zugang zu moderner Therapie ermöglicht werden soll. Offensichtlich glauben die Kassen selbst nicht mehr an die Qualität ihrer Leistungszusage.

In seinem Papier kündigt der GKV-Verband an, strukturelle Verbesserungen für die Versorgung alter und behinderter Menschen nur unter Wahrung der Beitragsstabilität in den Leistungskatalog einbeziehen zu wollen. Das bedeutet, dass mehr Leistungen aus dem gleichen Honorarvolumen bezahlt werden sollen.

Anzuerkennen ist, dass in dem Papier eine gewisse Einsicht in die Mangelhaftigkeit des bestehenden Festzuschuss-Systems ausgedrückt wird. Es soll vorerst keine weiteren Festzuschuss-Bereiche geben. Das steht allerdings in einem deutlichen Widerspruch zu den unlängst eingeführten Sonderverträgen für die Endodontie. Sie berauben de facto den Sachleistungsanspruch seines Charakters, indem sie ihn zum Festzuschuss machen. Dadurch kommen auf die Patienten teilweise erhebliche Zuzahlungen zu (vgl. S. 13).



Foto: Pro Dente

Eine weitere Forderung des Kassenverbandes ist es, die Qualitätssicherung bei den von der GKV bezuschussten Leistungen zu verbessern. Es sollen auch die Möglichkeiten der Datenerfassung für statistische Auswertungen erweitert werden. Bessere Qualitätssicherung ist eine uralte Forderung des DAZ. Unser Qualitätssicherungsprogramm wurde schon lange vor der Einführung gesetzlicher Vorschriften realisiert. Leider haben sich die Kassen (Ausnahme: die AOK-Bayern) dafür nie interessiert. Besonders wenig überzeugend wirkt die Forderung der Kassen nach besserer Qualität angesichts von diversen Verträgen mit Zahnärzten und zahntechnischen Laboren, die in erster Linie billigere Preise zum Ziel haben – Qualität spielt dabei keine Rolle.

Eine statistische Erfassung von weit mehr Behandlungsdaten als zurzeit möglich wäre zu Gunsten von mehr Transparenz und fundierteren Diskussionen und Verhandlungen sehr zu begrüßen. Die Erhebung der Daten muss allerdings nach Art und Verwendung strikten Qualitätsvorgaben folgen.

Dr. Celina Schätze, DAZ-Vorsitzende
celina.schaetze@web.de

Quelle: DAZ-Pressemeldung v. 30.04.2012

Siehe auch Beitrag auf S. 18-19.

Link zum GKV-Positionspapier:
www.gkv-spitzenverband.de/PM_20120410_Zahnaerzte_Positionspapier.gkvnet

VdEK-Studie zur Zunahme der ZE-Privateile:
Ersatzkassen-Magazin 10-11/2009
Autoren: Dr. Michael Wessels und Dietmar Knappe

Kassen auf Landesebene in Arbeitsgemeinschaften als starke und verantwortliche Vertreter der Solidargemeinschaft zu bündeln.

„Wenn ihr uns mehr Geld gebt, dann heben wir die Diagnosen an“, das hätten manche Mediziner den Kassen bei der Systemumstellung offen angeboten. Aber auch manche GKV-Kasse habe Ärzte zum „Diagnose-Tuning“ schriftlich aufgefordert. Dadurch würden die Entnahmen aus dem Fonds zugunsten der Kassen unnötig in die Höhe geschraubt, das sei nun wirklich reine Korruption. Zudem fördere dieses „perverse System“ die „Jagd“ auf bestimmte „Diagnosen“ (bzw. deren „Besitzer“), solange diese zu hohen Zuteilungen aus dem Fonds führen, möglichst höher als die anfallenden Behandlungsmehrkosten. Die 0,5% Prozent der Versicherten, die am schwersten erkrankt sind, kosten die Kassen etwa ein Fünftel ihrer Ausgaben. Darum waren bis vor Kurzem „schlechte Risiken“ so unbeliebt. Jetzt sind durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich die Karten neu gemischt. Einige Kranke bringen Geld, andere sind schlechter bewertet, und es wird für alle komplizierter, zu erkennen, wo im Wettbewerb der eigene Vorteil liegt. Die Gesundheitswirtschaft ist gerade an den „teuren“ Patienten interessiert und sieht sich die Statistiken der Krankenkassen aus diesem Blickwinkel an. Was für die Kassen teuer werden kann, bringt für die Gesundheitswirtschaft die höchsten Gewinnmöglichkeiten. Eine unglaublich komplexe Interessenlage. So gibt es lukrative Kranke, aber auch uninteressante. Ein einziges Medikament für einen Rheumapatienten koste die Kasse häufig bis zu 26.000 Euro im Jahr, je nach Diagnose und Therapie, es gehe also oft um sehr viel Geld. Wer blickt da noch durch? Was ist da noch wahr?

Andere Problemfelder

Bei einem 16-Std.-Notdienst in einem Flensburger Krankenhaus stellte Wodarg fest: Von den 40 Neuaufnahmen in dieser Zeit sei die Hälfte „unnötig“, nämlich kein Fall fürs Krankenhaus gewesen: Die Einweisung erfolgte wegen struktureller Defizite als „Notlösung“, weil es keine gute Versorgung in der Fläche mehr gibt. Weil auf dem Dorf oft „keiner mehr da ist“. Alte Leute, die ins Krankenhaus „abgeschoben“ werden, weil keine ambulanten Alternativen bereit stehen. Manchmal vielleicht auch, weil die Einweisung ins Krankenhaus heimlich honoriert werde („Zuweisung gegen Entgelt“). Auch das sei Korruption.

Intransparenz und Korruption in der Zahnmedizin

In der Zahnmedizin sei es ein großes Problem, dass die Indikation für eine bestimm-

te Therapie oftmals nach der „Gewinnerwartung“ gestellt werde. Unnötiger Aufwand in der Zahnmedizin sei aber nicht nur teuer sondern reiche bis zur Körperverletzung aus Profitgier.

Auch die Verschreibungspraxis in der bundesdeutschen Zahnheilkunde sei sehr befremdlich: So werde das Schmerzmittel „Dolomol“ zu 80% von Zahnärzten verschrieben, in der Allgemeinmedizin sei das Präparat gänzlich unüblich, aus gutem Grund. Auch die extrem häufige Verschreibung von Clindamycin in der Zahnheilkunde sei auffällig und gegen den allgemeinärztlichen Trend: Hier sei dieses Lieblings-Präparat der Zahnärzte nur als Reserve-Antibiotikum zweite oder dritte Wahl. Zu erklären sei das alles nur durch das besonders aggressive, erfolgreiche Marketing der jeweiligen Hersteller. Damit werde mancher „Ladenhüter“ der Medizin zum Umsatzbringer in der Zahnheilkunde. Das überlegene Amoxicillin koste pro Anwendungszeitraum lediglich 5,97 Euro, während das stark unterlegene Clindamycin 9,57 Euro koste. Diese gut eingeführten „Verschreibungsgewohnheiten“ der deutschen Zahnärzte sind nicht nur medizinisch riskant sondern kosten also auch noch richtig Geld. Rückendeckung erhält Wodarg hier von (fast allen) Pharmakologen.

Lösungswege

Transparency International legt Wert auf Korruptionsprävention durch offene Diskussion möglicher Interessenkonflikte. Eine AG Gesundheit arbeitet derzeit an einem Gesundheitskapitel der Nationalen Integritätsstudie (NIS) und würde gern auch die Zahnmedizin einbeziehen. Leider machen bisher kaum Zahnärzte mit. Wodarg warb deshalb für diesen Einsatz.

Aber auch die Versorgungsstrukturen müssten übersichtlicher werden, um bei Kassen und Leistungserbringern die Interessenkonflikte erkennen und in öffentlichem Interesse lösen zu können. Eine „Arbeitsgemeinschaft aller Krankenkassen“ auf Landesebene könne der Beginn eines besseren, regional orientierten Systems sein: Der Bund übernimmt die Koordinierung, er definiert die Ansprüche an die Versorgungsqualität, er setzt die Rahmenbedingungen. Und die Länder-Arbeitsgemeinschaften bewirtschaften ihr Regionalbudget und sind für die Versorgungsstrukturen verantwortlich. Lernen könne man von Schweden: Hier sei das Gesundheitssystem derart regional aufgeteilt. Eine Gemeinschaft der Kassen kann mit den Versichertenbeiträgen als starke Nachfragemacht viel besser für gute Qualität, Zusammenarbeit und günstige Preise

sorgen als über hundert Kassen im Wettbewerb. In Finnland würden durch die Kommunen „Gesundheitssteuern“ erhoben. Damit seien also auch die Einnahmen regional transparent geregelt, ein Modell auch für uns? Wird es dadurch gerechter? Oder nur noch komplexer, fragte jemand aus dem Auditorium, komplex genug ist es zur Zeit. „Längst nicht so komplex und intransparent wie der Gesundheitsfonds“, antwortete Wodarg darauf. Denn regional werde ein Gesundheitssystem viel überschaubarer. Hierzulande jedenfalls gebe es „eine organisierte Nichtverantwortlichkeit“ für die Versorgung. Es gehe etwas „gründlich schief“ in diesem System.

Hochinteressant wurde die Diskussion am Schluss: Ein junger Kollege schilderte die Industrie-gesponsorten Erstsemester-Partys als symptomatisch für so vieles andere: Die großzügige Unterstützung der Freiburger Zahnklinik durch einen Implantathersteller etwa oder die durch Beratungsfirmen organisierten Erstsemester-Veranstaltungen („Das Gesundheitswesen der Zukunft“), auf denen Erwartungen, Ziele und Visionen angehender Ärzte und Gesundheitsmanager aufwendig ausgelotet, beeinflusst und sicher in schlaue zukünftige Marketingstrategien eingearbeitet würden.

Eigentlich müsse jeder Mediziner von den Kassen gefördert werden, wenn er sich konsequent den „Geldschneidereien“ und „IGEL“-Leistungen verweigere, aber die Kassen selbst sind im Wettbewerb korumpiert, so Wodarg etwas bitter. „Medizin-Marketing und „Medizin-Industrie“ als ethisch zweifelhafte Verquickung von sozial verantwortlicher Heilkunst und Kommerz – dieser Geist wird wohl schwer wieder in die Flasche zurückzuweisen sein.

Dr. Paul Schmitt, Frankfurt/M.
dr.paul_schmitt@web.de

Glückwünsche an den neuen VDZM-Vorstand

Im Rahmen der Frankfurter Frühjahrs-tagung hat die Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM) e.V. turnusgemäß einen neuen Vorstand gewählt. Der DAZ gratuliert dem neuen Team mit Dr. Jochen Bauer aus Lohmar nahe Bonn an der Spitze und den Stellvertreterinnen MR Dr. Kristina Schwigon, Dresden, und Dr. Angela Demmer, Berlin, und hofft auf weitere gute Zusammenarbeit.

Krankenkassen wollen mehr Einfluss auf die Preise in der Zahnmedizin

Stellungnahme des DAZ zum Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes

Kurz nach Ostern 2012 trat der Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit einem „Positionspapier zur zahnmedizinischen Versorgung“ an die Öffentlichkeit, das heftige Reaktionen von zahnärztlichen Organisationen und Medien hervorrief. In seinem am 22.03.2012 beschlossenen Konzept (Link am Ende des Textes) äußert der GKV-Verband Besorgnis über die zunehmende Privatisierung im Bereich der Zahnmedizin. Eine solche Entwicklung findet tatsächlich statt, und gerade der DAZ wird nicht müde, immer wieder die Frage aufzuwerfen, ob noch jedem Patienten in Deutschland eine ordentliche Basisversorgung im Rahmen der GKV zur Verfügung steht. Dass die Kassen – ausgehend von seit 2009 und länger bekannten Zahlen – gerade jetzt dieses Thema entdecken, mag etwas verwundern. Tatsächlich haben sie diese Entwicklung als Beteiligte der gemeinsamen Selbstverwaltung mit eingeleitet und von der Einsparung von GKV-Geldern im Bereich der Zahnmedizin profitiert. Ihre aktuellen Forderungen lauten:

1. Schutz der Versicherten vor finanzieller Überforderung
2. Sicherung der Qualität zahnärztlicher und zahntechnischer Leistungen
3. Verbesserung der Transparenz der zahnmedizinischen Versorgung
4. Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung von Personen, die ihre Mundhygiene nur eingeschränkt oder gar nicht wahrnehmen können, durch eine sachgerechte Umsetzung des § 87 Abs. 2i SGB V

Hierzu nimmt der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde wie folgt Stellung:

Der Krankenkassenverband beklagt in seinen Ausführungen, dass die Versicherten bei Leistungen, die über die gesetzlich vorgesehenen hinausgehen, finanziell überfordert würden, da die Rechnungen für diese Leistungen nach der GOZ erstellt werden und somit in diesem Rahmen durch den Zahnarzt frei gestaltet werden können. Der Kassenverband fordert eine „Sonderpreisliste“ für Leistungen, die von den gesetzlichen Kassen bezuschusst werden.

Für privat abzurechnende Leistungen hat das Bundesgesundheitsministerium eine detaillierte Gebührenordnung (GOZ) festgesetzt. Es erscheint nicht nachvollziehbar,

weshalb Leistungen, die offenbar nicht dringend erforderlich sind – sonst müssten sie ja von den gesetzlichen Kassen übernommen werden – nicht nach der GOZ abgerechnet werden sollen. Die Zahnärzte müssen im Rahmen ihrer sozialen Verantwortung die „gekürzten“ Preise für die Basisversorgung akzeptieren. Was darüber hinausgeht, ist allerdings von den Patienten normal einzukaufen. Wer würde von 'Apple' verlangen, für gesetzlich Versicherte das iPhone billiger zu kalkulieren, weil Kommunikation ein menschliches Grundbedürfnis ist?

Aufgabe der gesetzlichen Kassen ist es, ihren Leistungskatalog zu überprüfen, die Versicherten über die medizinischen Hintergründe seiner Festlegung zu informieren und auch die „sozial gekürzten“ Honorare für die Zahnärzte nicht immer weiter sinken zu lassen. Die Regelversorgungen, die heute als Berechnungsgrundlage für Zahnersatz-Festzuschüsse dienen, genügen seit ihrer Einführung auch nur durchschnittlichen Versorgungsansprüchen meistens nicht.

Die Kassen selbst haben mit den unlängst abgeschlossenen ergänzenden Verträgen z.B. zur endodontischen Versorgung die Liquidation nach GOZ großzügig geöffnet. Begründet wird dies damit, dass so den Patienten der Zugang zu moderner Therapie ermöglicht werden soll. Offensichtlich glauben die Kassen selbst nicht mehr an die Qualität ihrer Leistungsversprechen.

In seinem Papier kündigt der GKV-Verband an, strukturelle Verbesserungen für die Versorgung alter und behinderter Menschen nur unter Wahrung der Beitragsstabilität in den Leistungskatalog einbeziehen zu wollen. Das bedeutet, dass mehr Leistungen aus dem gleichen Honorarvolumen bezahlt werden sollen.

Anzuerkennen ist, dass in dem Papier eine gewisse Einsicht in die Mangelhaftigkeit des bestehenden Festzuschuss-Systems ausgedrückt wird. Es soll vorerst keine weiteren Festzuschuss-Bereiche geben. Das steht allerdings in einem deutlichen Widerspruch zu den unlängst eingeführten Sonderverträgen für die Endodontie. Sie berauben de facto den Sachleistungsanspruch seines Charakters, indem sie ihn zum Festzuschuss machen. Dadurch kommen auf die Patienten teilweise erhebliche Zuzahlungen zu (vgl. S. 13).



Foto: Pro Dente

Eine weitere Forderung des Kassenverbandes ist es, die Qualitätssicherung bei den von der GKV bezuschussten Leistungen zu verbessern. Es sollen auch die Möglichkeiten der Datenerfassung für statistische Auswertungen erweitert werden. Bessere Qualitätssicherung ist eine uralte Forderung des DAZ. Unser Qualitätssicherungsprogramm wurde schon lange vor der Einführung gesetzlicher Vorschriften realisiert. Leider haben sich die Kassen (Ausnahme: die AOK-Bayern) dafür nie interessiert. Besonders wenig überzeugend wirkt die Forderung der Kassen nach besserer Qualität angesichts von diversen Verträgen mit Zahnärzten und zahntechnischen Laboren, die in erster Linie billigere Preise zum Ziel haben – Qualität spielt dabei keine Rolle.

Eine statistische Erfassung von weit mehr Behandlungsdaten als zurzeit möglich wäre zu Gunsten von mehr Transparenz und fundierteren Diskussionen und Verhandlungen sehr zu begrüßen. Die Erhebung der Daten muss allerdings nach Art und Verwendung strikten Qualitätsvorgaben folgen.

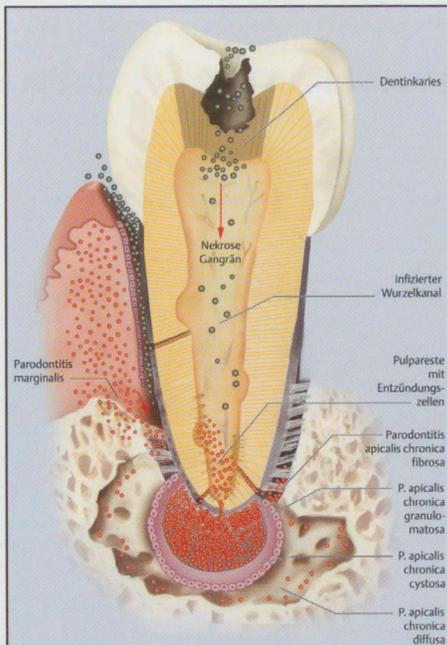
Dr. Celina Schätze, DAZ-Vorsitzende
celina.schaetze@web.de

Quelle: DAZ-Pressemeldung v. 30.04.2012

Siehe auch Beitrag auf S. 18-19.

Link zum GKV-Positionspapier:
www.gkv-spitzenverband.de/PM_20120410_Zahnaerzte_Positionspapier.gkvnet

VdEK-Studie zur Zunahme der ZE-Privateile:
Ersatzkassen-Magazin 10-11/2009
Autoren: Dr. Michael Wessels und Dietmar Knappe



Kariesprogression zur apikalen Parodontitis, mit Komplikation einer marginalen Parodontitis (Symbole für bakterielle Invasion - blaue Kreise; Symbole für Abwehr mit Entzündungszellen - rote Kreise)

Gute klinische Forscher waren seit den Anfängen der wissenschaftlichen Zahnheilkunde auch immer exzellente Histologen und Mikrobiologen. Dafür standen mit ihren jeweiligen Schlüsselarbeiten W. D. Miller (1889), A. Witzel (1886) und G. V. Black (1908), gefolgt von H. Greth (1933) und K. Langeland (1981). Auf ihre Kernaussagen für eine sichere praxisorientierte Zahnheilkunde kann man sich in aller Regel auch heute noch verlassen, was jedoch nicht verhinderte, dass klinische Dogmata gerade ohne naturwissenschaftliche Untermauerung für längere oder kürzere Zeit die Praxis immer wieder verwirrten. Das krassste Beispiel ist wohl die Herdlehre mit ihren völlig unethischen Auswüchsen des Exodontismus.

Doch welche naturwissenschaftlichen Sicherheiten haben wir denn, um unbewiesene Dogmata abweisen zu können?

Dabei lohnt sich immer ein Blick in die vergleichende Odontologie – die Zähne des Menschen sind eher sehr einfach, gemessen an der phylogenetischen Vielfalt – und in die orale Pathologie und Mikrobiologie – von den weit über 20000 bakteriellen Phylotypen sind nahezu alle nur fakultativ pathogen. Demzufolge muss zur Auslösung einer Entzündung die lokale oder systemische Abwehr verringert sein.

Bezogen auf die Kariesprogression wird die Entzündung im Endodont mit seinem mineralisierten Gewebeanteil Dentin und seinem noch nicht mineralisierten Gewe-

Die Biologie der Pulpa lässt sich (noch?) nicht überlisten – von Adolph Witzel bis Louis Lin

von Prof. Dr. Dr. h.c. Peter Gängler, Universität Witten/Herdecke

beanteil Pulpa ausgelöst. Beide Anteile sind ein Bindegewebe, und die Pulpa ist ein eher weniger strukturiertes Gewebe. Sie hat ja auch nur eine einzige Funktion: Sie ist der Platzhalter für die lebenslange Ersatzdentinbildung. Werden Zähne stark abgekaut, also bei Herbivoren und Omnivoren, ist die Pulpakammer nach der Eruption riesig; werden Zähne fast gar nicht abgekaut wie bei Carnivoren, so ist der Pulparest selbst bei ganz jungen Tieren eher wie ein Fädchen.

Weil keine Pathogenese (hier der Karies oder marginalen Parodontitis) neue zelluläre Reaktionen auslösen kann, greift sie immer auf das Phylogenesegedächtnis zurück, führt demzufolge zu Reaktionen, die genetisch angelegt sind. Das heißt, dass die Karies und ihre Progression das Muster der Ersatzdentinbildung in der Platzhalterkammer verfolgt, solange die Pulpa überlebt, und dass die apikale Parodontitis konsequenterweise dem Muster der Exfoliation von Milchzähnen folgt.

Geht man in der Betrachtung der Zahnmedizin so strukturbiologisch vor, folgt die nächste Frage: Haben sich denn die abzukauenden wurzelentblößten Zähne nach dem Verlust der epithelialen Integrität mit freiliegendem Bindegewebe (Dentin) an die exorbitante mikrobielle Besiedlung der Mundhöhle adaptiert?

Ja, natürlich, weil nach dem Rückzug von Odontoblastenfortsätzen sowohl in der Krone als auch in der Wurzel nie alle offenen Tubuli vollständig obliteriert sind und demzufolge von Bakterien besiedelt werden. Das ist ein völlig normaler Vorgang, der bei Aufrechterhaltung der lokalen Abwehr nicht zur Pulpitis führt.

Wenn die Klinik der Endodontie diesen Gesetzmäßigkeiten der Endodontologie folgt, was sie immer tun sollte, dann ergibt sich im Überblick Folgendes:

- Die Karies ist eine lebenslange Erkrankung, deren Folgen mit der Primärdentinsklerose, der Reizdentinbildung und der chronischen Pulpitis auch die beste Füllung nicht verhindert.
- Die Restauration der zerstörten Krone hat neben der funktionellen und kosmetischen Funktion hauptsächlich die

Aufgabe der Verhinderung von dicken Biofilmen in unerreichbaren Arealen.

- Keine Restauration mit bekannten Biomaterialien ist bakteriendicht, muss sie auch gar nicht sein, weil selbst der gesunde Zahn mit freiliegendem Dentin nicht „bakteriendicht“ ist.
- Keine Wurzelkanalfüllung mit bekannten Biomaterialien ist bakteriendicht, muss sie auch gar nicht sein, weil nach optimaler Keimverarmung die lokale Abwehr mit Restkeimen oder Neubesiedlung in der Regel zurecht kommt und meist die Progression apikaler Parodontitiden aufhält.

Adolph Witzel hat in seinem berühmten Compendium der Pathologie und Therapie

der Pulpkrankheiten des Zahnes (1886) die antiseptische Behandlung begründet und sie dabei der Wundbehandlung gleichgestellt: „Wie sie auf dem Boden ernster, wissenschaftlicher Arbeit erwachsen ist, so verlangt sie auch von dem Jünger der Kunst, dass er sie wissenschaftlich betreibt.“



Genau 125 Jahre später greift Louis Lin (zusammen mit P.A. Rosenberg) diesen Gedanken der Wundbehandlung in Repair and Regeneration in Endodontics (2011) wieder auf und postuliert ganz im Sinne der modernen Pathologie, dass die Regeneration beim Menschen allein auf den Foetus in den ersten 24 Schwangerschaftswochen begrenzt ist (was man bei all den „regenerativen“ Verfahren der Zahnmedizin bei Erwachsenen nicht vergessen sollte) und dass die Wundheilung bei direkter Überkappung der Pulpa an Zähnen mit nicht abgeschlossenem Wurzelwachstum und bei Wurzelkanalbehandlung der apikalen Parodontitis lediglich eine Ersatzgewebebildung anstelle des verletzten Gewebes ist. Im Gegensatz zu einer Hautwunde wird die epitheliale Integrität bei fehlender Schmelzneubildung nie wieder hergestellt, es bleibt eine bindegewebige Epithellücke.

Was verrät uns heute die Biologie der eher simplen bindegewebigen Pulpa mit den Erkenntnissen der molekularbiologischen Zell-zu-Zell-Kommunikation, Stammzellen eingeschlossen, für die Klinik zu den einzelnen endodontischen Therapieschritten?

Dazu geben aktuelle Lehrbücher, die für die Praxis geschrieben wurden, ausführlich Auskunft (Hargraeves KM, Cohen S: Cohen's Pathways of the Pulp. 10. Aufl. 2010, Mosby, St. Louis; Gängler P et al. Konservierende Zahnheilkunde und Parodontologie. 3. Aufl. 2010, Thieme, Stuttgart). Deshalb reichen hier Stichworte:

Pulpaschutz

Es hat nie einen seriösen Zweifel an der Notwendigkeit einer adäquaten Unterfüllung gegeben. Sie ist unverzichtbar zur Vermeidung von chemischen (Monomere!) oder thermischen Traumata (Legierungen). Die klarer harte Transparenzzone der Dentinsklerose ist bei jüngeren Patienten hoch-permeabel, bei Älteren immer noch permeabel mit ca. 30% offenen Dentintubuli mit Kontakt zur Pulpa.

Für Unterfüllungen eignen sich ausschließlich Zemente, also Zink-Phosphat-Zement oder Glasionomer-Zement, sie sind chemisch und mechanisch stabil genug. Lichthärtende GIC sind ihrer Polymerisation nach keine Zemente, sondern miserabel formulierte Composites, sie haben als Unterfüllung nichts zu suchen. Ebenso gehört Calciumhydroxid, in welcher Form auch immer, nicht auf das Dentin in tieferen Kavitäten, es gibt überhaupt keinen vorstellbaren Wirkungsmechanismus. Fazit: Die Unterfüllung muss die Areale bedecken, deren Tubuli direkten Kontakt zur Pulpa haben. Gerade dort gehört Total bonding nicht hin.

Wir haben vor 25 Jahren anlässlich einer der längsten prospektiven Composite-Studien die Schichttechnik mit Glasionomer-Zement als Dentinersatz und Composite-Material als Schmelzersatz vorgeschlagen, damals ohne große Resonanz. Angesichts der neuen dänischen Zahlen zur Entwicklung apikaler Parodontitiden (Kirkevang et al. 2012) könnte man ein Umdenken neu beleben: "... it is disturbing that the proportion of teeth with apical periodontitis increased steadily with age, completely unaffected by the different time periods". Untersucht worden waren 327 Probanden 1997, 2003 und 2008. Das sind auch genau die 10 Jahre, die eine Composite-verursachte Pulpadegeneration und apikale Parodontitis-Entwicklung braucht...

Indirekte Überkappung

Die indirekte Überkappung in der deutsch-schweizerischen Tradition ist **obsolet**, egal mit welchem Überkappungsmittel. Erste histopathologische Studien untersuchen die Imprägnation von erweichtem Dentin mit Kunststoffen. Werden dabei für die Pulpa toxische Methacrylate eingesetzt, ist es wie die Austreibung des Teufels mit dem Beelzebub. Nach den Cochrane-Metaanalysen von 2006 und 2007 gibt es dafür keine Evidenz.

Schrittweise Karieskontrolle

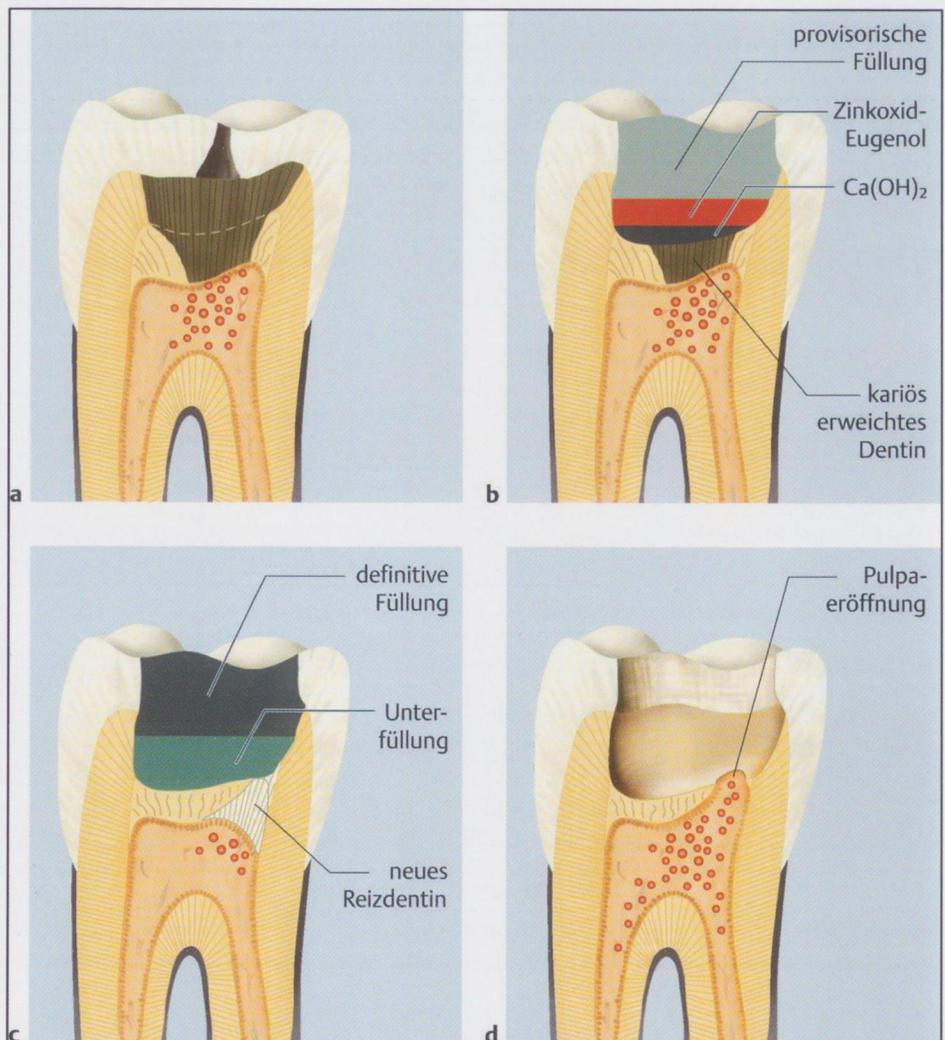
Es ist die bis heute sicherste Methode, um in zwei Schritten entweder die Vitalität des Zahnes zu erhalten oder doch die Wurzelkanalbehandlung einzuleiten. Bei der Gefahr der Pulpaeröffnung im kariösen Dentin wird ganz gering erweichtes Restdentin mit Calciumhydroxid (am einfachsten ex tempore angemischtes offizinelles Calciumhydroxid, also aus der Apotheke) abgedeckt, um temporär die starke antibakterielle Wir-

kung der reinen Suspension ohne alle obskuren Zusätze auszunutzen. Eine dentinbildende Wirkung hat es nicht. Nach diesem ersten Schritt der provisorischen Kavitätenversorgung mit einem standfesten Füllungsmaterial muss unbedingt die Wiedereröffnung nach 8-12 Wochen erfolgen, um die sklerosierte Transparenzschicht des Dentins freizulegen und die definitive Unterfüllung und Füllung zu applizieren oder die Pulpa dabei zu eröffnen und die Wurzelkanalbehandlung einleiten zu müssen.

Direkte Pulpaüberkappung

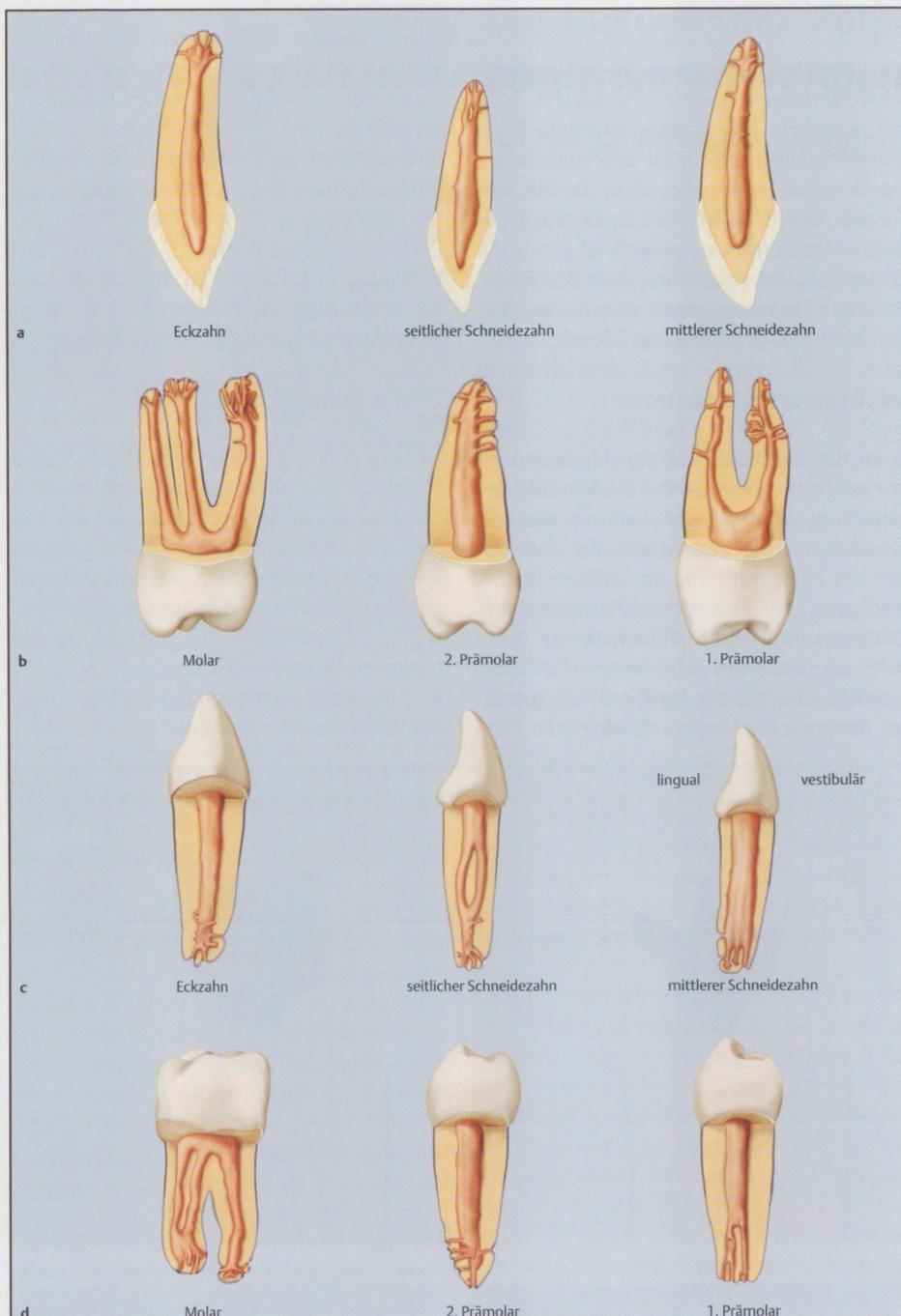
Sie wird in drei Etagen, je nach Pulpaschaden, eingesetzt: Bei artifizieller Eröffnung der Kronenpulpa, bei der Pulpotomie und bei der Pulppektomie im engeren Sinne und mit größerer Therapiesicherheit nur bei Zähnen mit nicht-abgeschlossenem Wurzelwachstum mit zwei Zielen:

- Idealerweise zur Fortführung des normalen Wurzelwachstums
- oder, weniger gut, zur Einleitung der Apexifikation.



Schrittweise Karieskontrolle

(a - Caries profunda, b - 1. Behandlungsschritt, c - 2. Behandlungsschritt, d - Misserfolg mit eröffnetem Pulpakavum und Einleitung einer Wurzelkanalbehandlung)



Verzweigungen der Wurzelkanalsysteme
(nach den bis heute unübertroffenen 3-D-Rekonstruktionen von Wilhelm Meyer, 1970)

Calciumhydroxid mit seinem unikalen Wirkungsmechanismus an lebendem Wundgewebe ist am längsten und besten untersucht. Alle bisher getesteten Alternativen (zuletzt MTA) übertreffen Calciumhydroxid in der offiziellen Formulierung nicht.

Wurzelkanalbehandlung bei apikaler Parodontitis

Die Wurzelkanalbehandlung erreicht histopathologisch niemals eine vollständige Restauration der periapikalen Strukturen. Wenn auch diskret, so verbleibt mindestens eine Parodontitis apicalis chronica

fibrosa. Auf der Grundlage dieser narbigen Wundheilung verbleibt nach dem Konzept von Progression (in kurzen Schüben) und Stagnation (in langen Phasen) immer ein Risiko für die Läsionsausbreitung, das radiografisch kontrolliert werden muss, wenn auch meist in sehr langen Abständen. Demzufolge gelten für die Wurzelkanalbehandlung drei Maximen:

1) Intensive antibakterielle Spülung der Wurzelkanäle mit einem potenten, aber wenig zytotoxisch wirkenden Wundspülmittel. Das schließt sich natürlich gegenseitig aus, weil die Wirkung auf Bakterienzellen

und Gewebezellen ziemlich gleich ist. Also ist bis heute der beste Kompromiss Natriumhypochlorid (wieder am besten offizinell) bis max. 2,5%. Dafür liegen weltweit die meisten Untersuchungen vor. Im Ausnahmefall der Persistenz der akuten Entzündung kann auch 0,2% Chlorhexidin zur Irrigation eingesetzt werden.

2) **Zwischeneinlage**, wenn der Zahn trotz schmerzfreier chronischer Entzündung nicht in einer Sitzung wurzelkanalgefüllt werden kann.

Seit B. W. Hermann das „Calciumhydroxid als Mittel zum Behandeln und Füllen von Zahnwurzelkanälen“ als Dissertation 1920 in Würzburg verteidigte, ist es zwar in den ersten beiden Jahrzehnten kontrovers diskutiert worden („ätzt nicht... ätzt doch...“), um danach weltweit Anerkennung zu finden, weil es einen einzigen sinnvollen Wirkungsmechanismus hat: Mit seinem pH von 12-13 wirkt es kurzfristig im Wundkontakt antibakteriell, um danach als Calciumcarbonat mit neutralem pH die periapikalen Gewebe nicht zu schädigen.

Seit den wegweisenden klinischen Untersuchungen der Sundqvist-Gruppe (1983-85) ist mikrobiologisch bis heute unwidersprochen geblieben, dass Calciumhydroxid allein eine relative Keimfreiheit im Wurzelkanal zu Beginn der zweiten Sitzung gewährleistet, während sowohl 0,5 – 5,0 prozentiges Natriumhypochlorid als auch Chlorphenol-Camphor nur in der Hälfte bzw. bei zwei Dritteln aller Fälle zur relativen Keimfreiheit führten. Übrigens hat auch schon 1990/91 die Langeland-Spangberg-Gruppe die vollständige Eliminierung von pathogenen Enterokokken und die Desinfektion der Dentinwände durch Calciumhydroxid plausibel nachgewiesen.

Wenn trotzdem Paramonochlorphenol (meist mit Camphor), Thymol oder Cresol eingesetzt werden, so ist das wie mit der Dicken Bertha auf Spatzen zu schießen. Der Kanoneneinschlag entspricht der höheren Toxizität, und die Spatzen sind vielleicht schon weggeflogen, weil die antibakterielle Wirkung viel geringer ist. Wenn aber bis heute mit den gleichen Phenol-Derivaten die Alveolitis-Wunde behandelt wird, hält sich die Gewebeschädigung offenbar in klinisch tolerablen Grenzen. Nur: Warum soll man eine Zwischeneinlage wählen, deren antibakterielle Wirkung eindeutig geringer ist?

3) **Biokompatible Wurzelkanalfüllung**, so wie die Zwischeneinlage nur kurzfristig antibakteriell sein darf, muss aus den gleichen Gründen die Wurzelkanalfüllung für immer gewebeverträglich sein.

Wir verbinden heute andere Wunden auch nicht mehr mit Carbol. Guttapercha und ein ausreichend biokompatibler Sealer wie AH-Plus, in der Technik, die man am besten beherrscht, bieten zweifellos die größte klinische Sicherheit.

Schlussfolgerungen für die Praxis

Während die Ätiologie der Zahnkaries (und Parodontalerkrankungen) im Gegensatz zu mancher mechanistischen Vorstellung der Pathobiologie wissenschaftlich weitgehend ungeklärt geblieben ist, wir also nicht wissen, warum und wann die Abwehr auf eine ubiquitäre bakterielle Besiedelung aussetzt, ist die Pathogenese der Progression der Karies mikrobiologisch, pathohistologisch und biochemisch soweit aufgeklärt, dass daraus eine vernünftige Diagnostik und eine sichere Therapie ableitbar sind.

Jedoch: Während die Karies eine lebenslange Erkrankung bis zum Verlust des betroffenen Zahnes ist, ist es die Therapie nicht. So wie Füllungen ersetzt werden müssen, müssen auch Wurzelkanalfüllungen ersetzbar sein, etwa wenn eine apikale Parodontitis nach Jahren oder Jahrzehnten progredient verläuft. Deshalb ist die erste Wurzelkanalbehandlung so minimal-invasiv zu gestalten, wie es der Zustand des Zahnes eben zulässt.

Schließlich: Der Patient hat ein genuines Recht auf Erhaltung seiner eigenen Zähne, und die Zahnmedizin ist eine soziale Berufung. Diese Zahnerhaltung hat gegenüber dem Zahnersatz in den letzten Jahrzehnten eine völlig neue ethische Dimension bekommen.



Prof. Dr. Dr. h.c. P. Gängler
Fakultät für Gesundheit
Universität Witten/Herdecke
peter.gaengler@uni-wh.de

Bildnachweis:

Alle Abbildungen mit freundlicher Genehmigung des Autors und des Thieme-Verlags übernommen aus: Gängler et al.: „Konservierende Zahnheilkunde und Parodontologie“, Thieme, Stuttgart, 3. Auflage 2010

Besiegeln Endo-Sonderverträge das Ende der Sachleistung?

Die Sicherung einer soliden Breitenversorgung allgemein ist Kernthema des DAZ. Die Endodontie ist nur ein Teilbereich der Versorgung. Wir haben uns besonders mit diesem Bereich beschäftigt, weil es hier um den Grenzbereich der Zahnerhaltung geht und hier außerdem besonders viel Geld im Spiel ist.

Einerseits gibt es eine Flut von neuen Techniken und Geräten, mit denen Erfinder und Spezialisten sich profilieren möchten und an denen die Industrie verdienen möchte. Andererseits suchen viele Zahnärzte nach Möglichkeiten, über bessere oder vermeintlich bessere Leistungen das als schmal empfundene Kassenhonorar aufzubessern. Für den Zahnerhalt und das, was als modern gilt, sind viele Patienten bereit, Zuzahlungen zu leisten.

Das ist eigentlich ganz normales Wirtschaftsgebaren der Akteure. Zum Problem wird es nur da, wo einkommensschwache Patienten die reine Sachleistung ohne Zuzahlung nicht mehr angeboten bekommen. Die Sachleistung wird seit einiger Zeit von der Allianz der Zuzahlungsinteressierten als völlig unzureichend diskreditiert. Dies mit so viel Erfolg, dass jetzt sogar einige gesetzliche Krankenkassen Selektivverträge abgeschlossen haben, die Zuzahlungsmöglichkeiten eröffnen, um – wie von den Kassen erklärt – den Patienten den Zugang zu moderner Zahnheilkunde zu ermöglichen. Mit diesen Verträgen erlauben es, durch geringfügige, teilweise in ihrem Gesundheitsnutzen unklare Zusatzleistungen den Sachleistungsbebereich zu verlassen. Das ist bereits eine graue Praxis, erhält so aber den Segen der Kassen, die sich auf der anderen Seite gegen Intransparenz und Überforderung der Patienten mit dem Vorwurf „Abzocke“ aufregen.

Wir brauchen eine Basisversorgung in allen Fachgebieten, die ausreichend und wirtschaftlich ist und als Sachleistung zur Verfügung gestellt wird. In den meisten Bereichen haben wir das noch. Es muss aber für die Patienten eindeutige Informationen darüber geben, dass die Sachleistung in den meisten Bereichen einen ausreichenden Standard bietet. Das wäre Aufgabe der Kassen und auch der Kollegenschaft. Leider bedarf es bei ständig sinkenden Sachleistungshonoraren sehr großer moralischer Festigkeit, um sich auf dem Zuzahlungsmarkt zurück zu halten.

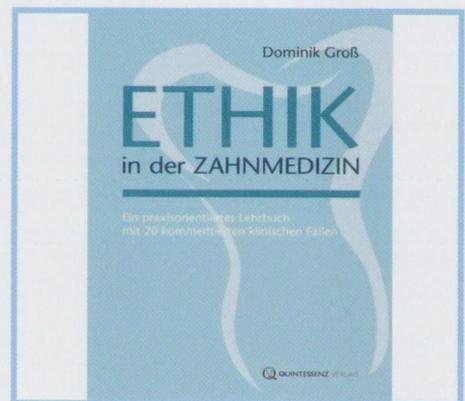
Es soll hier nicht gegen Fortschritt, Verbesserung, Komfort und Ästhetik geredet

werden. All das soll es geben und dafür muss auch angemessen bezahlt werden. Die Sachleistung kann nicht Spitze sein, aber sie soll ausreichend sein und muss auskömmlich erbringbar sein.

Im „Forum“ bleibt die Beschäftigung mit dem Spannungsfeld „Verkaufe – Gesundheitsnutzen“ eine Daueraufgabe.

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

Ethik in der Zahnheilkunde Kernsätze aus neuem Lehrbuch von Prof. Dr. Dr. Dominik Groß Quintessenz-Verlag 2012



Seite 12: „Auch die Erosion traditioneller Werthaltungen und der Verlust gemeinsamer moralischer Überzeugungen (...) haben zu einem erhöhten ethischen Diskussionsbedarf und zu einer merklichen Zunahme ethischer Konfliktsituationen geführt.“

Seite 13: „Ethische Konflikte und Dilemmata resultieren aber z.B. auch aus den zunehmenden wirtschaftlichen Zwängen der solidarisch finanzierten GKV.“

„In der Summe ist festzustellen, dass von der Ethik in zunehmendem Maße Orientierungsleistungen erwartet werden, die (...) auch die Rolle und die Aufgaben des (Zahn-)Arztes in der Gesellschaft anbelangen.“

Seite 57: „Dementsprechend besteht (...) ein weitgehender Konsens, dass Gesundheit nicht als „marktgängiges Gut“ verstanden werden sollte und dass für jeden Bürger zumindest eine medizinische Grundversorgung sicherzustellen ist.“

Seite 58: „Hier besteht, wie Weißhaupt (2008) ausführt, die Spezifizierung des ärztlichen

Wohltuns darin, eine sorgfältige Befundung und Diagnostik vorzunehmen und einen medizinisch indizierten Therapieversuch zu unterbreiten, der das größtmögliche Wohl für den Patienten verheißt (...)."

Seite 162: (Aus einem fingierten Zahnarzt-Gespräch) „Ich sehe das eigentliche ethische Problem darin, dass der Bevölkerung weiterhin ein unbegrenzter Anspruch auf Gesundheit vorgegaukelt und der Reformbedarf im Gesundheitswesen so lange „wegdiskutiert“ wird, bis keinerlei wirtschaftlicher Handlungsspielraum mehr besteht. Deshalb müssen wir jetzt unser System zukunftsfähig machen.“

Seite 163: „Die ethischen Implikationen dieses Rollenkonfliktes im Angesicht zunehmender Mittelknappheit sollen im Folgenden näher ausgeführt werden (Groß et.al.2010). Damit richtet sich der Blick auf den (Zahn-)Arzt als Erbringer solidarisch finanzierter Gesundheitsleistungen, auf den (zahn-) ärztlichen Umgang mit der zunehmenden Mittelknappheit im Gesundheitswesen und die Rückwirkungen auf die individuelle Versorgung des Patienten“.

„Aus medizinischer Sicht scheint es wenig hilfreich, die Finanzierungsprobleme im Gesundheitssystem schönzureden oder zu ignorieren (...).“

„Während der grundlegende Reformbedarf des Gesundheitssystems unter Experten unstrittig ist, besteht Dissens über die Eckpunkte und die Zielsetzung einer solchen Neuorientierung“.

Zitat-Zusammenstellung: Dr.Paul Schmitt,FFM

Was tun mit der finanziellen Mehrbelastung der Zahn-Patienten?

Nicht nur das GKV-Positionspapier (s.S.7) thematisiert die Auswirkungen der BEMA-Reform, insbesondere im Zahnersatz-Bereich. So weist der Vorsitzende der KZV Bayern, Dr. J. Rat, darauf hin „dass sich die Ausgaben der Krankenkassen für Zahnersatz seit der Einführung der befundorientierten Festzuschüsse ... um einen dreistelligen Millionenbetrag reduziert haben. Dies gehe zu Lasten der gesetzlich versicherten Patienten. Deren Eigenanteil bei Zahnersatzbehandlungen wachse stetig.“ Daraus leitet Rat in einer Pressemeldung vom 01.06.2012 die Forderung ab: „Die aktuellen Überschüsse der Krankenkassen sollten ... zumindest in Teilen dazu benutzt werden, die Belastung der gesetzlich Versicherten durch die zu niedrig angesetzten Festzuschüsse für Zahnersatz zu reduzieren“. Da die Kassen erklärtermaßen ebenfalls mit dieser Entwicklung unzufrieden sind und sich für die regelmäßige Überprüfung und Anpassung der Festzuschüsse stark machen, könnten sie hier vielleicht mit den Zahnärzten an einem Strang ziehen – zu Gunsten der Patienten.

„Die Menge macht's“ – Motto einer verfehlten Gesundheitspolitik



Ist „Menge“ ein sinnvoller therapeutischer Grundsatz oder ein Irrweg in der Medizin? Allein durch konsequente „Mengenausweitungen“ sind viele Praxen und Kliniken zur Zeit noch überlebensfähig. Das bundesdeutsche Gesundheitssystem wurde durch ständige (mutlose) Reformen und unzählige Reförmchen in diese Sackgasse, in dieses schwere Dilemma manövriert.

Während die Allgemeinmedizin unter einer hoffnungslos verfahrenen Verteilungskonfusion (zwischen Haus- und Fachärzten) leidet und die praktizierte „6-Minuten-Medizin“ in der Breite mit vollem Recht kritisiert wird, driftet die Zahnheilkunde immer mehr in die Unter-, Über- und Fehlversorgung bzw. in groteske sektorale Mengenausweitung im Zuzahlungsbereich hinein. Was in der Allgemein- und Zahnmedizin fehlt, ist die Möglichkeit, in Zeiten extrem ökonomisierter Systematiken ganz individuell auf den konkreten Bedarf eines jeden Patienten einzugehen. Sich Zeit zu lassen, gründlich und korrekt (!) zu befunden, nicht manchen Zahn vorschnell als „ww“ zu bezeichnen, die Therapie sorgfältig zu planen unter Abwägung aller Alternativen, das kommt in diesem kalten, durchrationalisierten, immer wieder verschlimmbesserten Gesundheitssystem inzwischen einfach zu kurz. Zeitdruck und ständige, maßlose Mengenausweitungen – aus rein ökonomischen Gründen – zerstören leider jede gute Medizin.

Patienten werden „durchgeschleust“, die Betriebswirtschaft gibt Takt und Richtung unbarmherzig zwingend vor. Das führt dann in der Kardiologie zu viel zu vielen Herzkatheter-Untersuchungen (in Deutschland etwa doppelt so häufig wie in der übrigen EU), zu viel zu zahlreichen „Stents“ (Gefäßstützen), in der Zahnheilkunde zu maßloser Implantologie, zu nutzloser, geradezu sinnloser Parodontitis-Therapie ohne jede gute Vor- und Nachbehandlung, zu weitgehend sinnfreien funktionsanalytischen Leistungen

schon bei Einzelkronen und gleichzeitig zu einer traurigen Vernachlässigung guter GKV-Zahnerhaltung in der Breite.

Hier, bei unseren zahnärztlichen Kernleistungen, ist in den letzten Jahrzehnten ein erschreckender Qualitätsverfall abgelaufen: Extraktionen statt möglicher Endodontie im GKV-Bereich, „Caries-profunda-Therapie“ ohne jede Unterfüllung in teurer Adhäsivtechnik (oftmals das teure Todesurteil für die Pulpa), Glasionomerzement als definitive Seitenzahnfüllung, sogar legal über die Kasse abgerechnet (je nach KZV-Bereich).

Das Ende dieser strukturellen Sackgasse ist nun erreicht, denke ich. Wir brauchen einen Neuanfang im Bereich unseres Fachgebietes, wenn wir unserer Verantwortung gegenüber der Gesellschaft im Bereich sozialer, bezahlbarer Zahnerhaltung noch gerecht werden wollen.

So, wie in der Kardiologie der evidenzbasiert hochwahrscheinliche (aber niemals garantierbare) Patientennutzen im Vordergrund stehen sollte (und nicht die wirklich beeindruckende Zahl der gesetzten „Stents“ und „Bypässe“ in mancher profitablen Klinik, wie die „Süddeutsche Zeitung“ kürzlich mehrfach berichtete), so sollte in unserem Berufsstand nun nicht gerade nur der hohe Prothetikumsatz oder gar die möglichst hohe Zahl der Extraktionen und Implantationen im Mittelpunkt guter, erfolgreicher (?) Praxisführung stehen. Sondern der Umfang und die Qualität der dort praktizierten, breit wirksamen, langfristig sinnvollen Zahnerhaltung.

Und dies auch bei unseren vertrauensvollen gesetzlich versicherten Patienten ohne hohe Zuzahlungsmöglichkeiten. Guter, dauerhafter Zahnerhalt ist auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung möglich, man muss es nur wollen. Dies ist langfristig allerdings nur durch eine Umkehr unserer Denkweisen und mit einer reformierten GKV-Vertragslandschaft – gerade auf dem Gebiet der so elementaren Zahnerhaltung – umsetzbar. Daran sollten wir gemeinsam arbeiten. Und die „große“ Politik vom Sinn dieses Vorhabens endlich gemeinsam überzeugen. Die Argumente sind auf unserer Seite.

Dr. Paul Schmitt, Frankfurt/Main
dr.paul_schmitt@web.de

Basisversorgung noch ohne Basis?

Anmerkungen zu einem neuen Füllungssystem und seiner frühzeitigen Vermarktung

Die Basisversorgung
aus Glasionomer und Komposit!
Kaudruckbelastbar
Bulk-Filling¹⁾
Anerkannt und erprobt
Über GKV²⁾ abrechenbar

So beschreibt der Hersteller einer neuen Kombinationsfüllung aus Glasionomer mit einer Deckschicht aus Komposit sein Produkt, das aktuell in vielen Medien beworben wird³⁾.

Endlich ist es so weit, möchte man sagen. Schon seit Jahrzehnten fehlt ein vollwertiger Ersatz für Amalgam, der nicht nur gesundheitlich unbedenklich, sondern ebenso stabil und außerdem auch noch zahnfarben sein sollte.

Nachdem die seit mehr als 150 Jahren gebräuchliche quecksilberhaltige Legierung wegen gesundheitlicher, ökologischer und ästhetischer Vorbehalte in die Kritik geriet, boomte die Entwicklung von Kompositfüllungen als Ersatz. Da wurde geätzt und gebondet, um den Verbund zur Zahnschicht herzustellen, es wurden zahlreiche Schichten eingebracht und ausgehärtet, um der Materialschumpfung entgegenzuwirken, es gab Randspalte, Sekundärkaries, Brüche im Verlauf der massenhaften unkoordinierten „Feldversuche“ und alle paar Monate wieder eine ultimative Neuerung, die alle Probleme lösen sollte und doch möglicherweise kurze Zeit später schon wieder von der Bildfläche verschwand.

Bei der Füllungstherapie handelt es sich insgesamt um einen Milliardenmarkt, der die Industrie zu mancher Forschungsanstrengung motiviert. Inzwischen wurden die Kinderkrankheiten der Composite weitgehend überwunden, allerdings um den Preis aufwändiger Verarbeitung/Materialien/Geräte. Damit dieser zusätzliche Aufwand legal vergütet werden konnte, hob der Gesetzgeber das Verbot von Zuzahlungen zu gesetzlichen Leistungen – eine „Alles oder Nichts-Regel“, nach der ein Patient entweder die im Kassenkatalog vorgesehene Leistung in Anspruch nimmt oder aber bei abweichenden Leistungen gar nichts von der Kasse erhält – für den Füllungsbereich auf. Seither können Zahnärzte für Kunststofffüllungen sogenannte „Mehrkosten“ privat in Rechnung stellen; die Kasse zahlt das Honorar für die ge-

setzlich vorgesehene Therapie quasi als Festzuschuss dazu.

Gerade in letzter Zeit zeigt sich, dass die Privatanteile für adhäsive Füllungen manchen Patienten in Schwierigkeiten bringen. Diesen Patienten steht zwar theoretisch eine zuzahlungsfreie GKV-Behandlung zu, auch im Seitenzahnbereich. Die Praxis sieht jedoch so aus, dass viele Menschen Amalgam nicht mehr in Betracht ziehen und diese Kassen-Basistherapie auch in einer wachsenden Zahl von Kassenpraxen gar nicht mehr angeboten bekommen. In einer solchen Situation erscheint eine neue „Basisversorgung“ wie gerufen. Ist EQUIA, die Komposit-gedeckte Glasionomer-Füllung von GC, diese Basisversorgung?

Im Juni 2011 trat die seit 25 Jahren mit Glasionomerzementen befasste GC Germany, Tochter der international agierenden GC Corporation, mit einem hochkarätig besetzten Pressepodium an die deutsche Öffentlichkeit. Dabei wurden nicht nur das EQUIA-Füllungskonzept als solches und erste wissenschaftliche Ergebnisse aus 2-Jahres-Studien präsentiert, sondern es ging sogleich um die GKV-Tauglichkeit des neuen Materials und seine Vermarktung als Amalgamersatz und Basisversorgung. Medizinanwälte und eine spezialisierte PR-Agentur waren von Anfang an mit im Boot, um das neue Produkt als DIE Alternative im Bewusstsein von Zahnärzten und Patienten zu verankern.

Dabei soll das Potential von EQUIA an dieser Stelle nicht in Frage gestellt werden. Die Idee, eine hochvisköse, glasionomerbasierte Füllungskomponente (EQUIA Fil) mit einem hochgefüllten lichterhärtenden Kompositüberzug (EQUIA Coat) zu versehen, hat einiges für sich. Das Glasionomer reagiert mit dem Kalzium des Zahnes. Anders als bei Kompositfüllungen entfallen das Anätzen der Zahnschicht und dadurch bedingte Sensibilitäten sowie die Notwendigkeit, bei tiefer Karies zum Schutz der Pulpa eine Unterfüllung einzubringen. Das Material passt sich defektorientiert präparierten Kavitäten an und vermeidet somit die bei Amalgam oft erforderliche Opferung von Substanz zur Schaffung einer rezentiven Kavitätenform. Glasionomer ist nicht so feuchtigkeitsempfindlich wie Komposit und lässt sich auch ohne absolute Trockenlegung per Kofferdam einbrin-

gen. Es schrumpft nicht, zeitaufwändiges Schichten und schichtweises Aushärten wie bei Komposit entfallen. Dem Material können Fluoride zugesetzt werden, die zur Verhinderung von Sekundärkaries beitragen.

Achillesfersen der Glasionomere sind ihre geringe Biegefestigkeit und geringe Abrasionsresistenz, die – bei sachgemäßer Anwendung – bisher ihren Einsatz auf temporäre Versorgungen beschränkt haben. Genau hier kommt bei EQUIA die Komposit-Deckschicht zum Tragen. Das Coating dringt nach Angaben von GC tief ins Glasionomer ein, füllt Porositäten auf und steigert somit die Bruch- und Biegefestigkeit. Als stabile äußere Hülle verhindert es die Auswaschung bzw. den Abtrag des Materials – solange diese Hülle hält.

Zu ihrer Lebensdauer kann derzeit natürlich noch nicht viel gesagt werden, ebenso wenig zu anderen Langzeit-Eigenschaften der neuen Materialkombination, denn bisher liegen nur die Ergebnisse von Materialprüfungen und von klinischen Studien über wenige Jahre sowie für bestimmte Indikationen vor. Was den Kompositlack angeht, dürften seine langfristigen Wirkungen auf den menschlichen Organismus ähnlich unklar sein wie die der Composite insgesamt. Viele von denen, die bei Amalgam schlimmste Vergiftungen befürchteten oder mindestens mit auf dieser Angstwelle surfen, scheinen die Risiken von Kunststoffen völlig auszuklammern. Bemerkenswert dürften zudem die in einigen Publikationen und Werbedarstellungen genannten Verarbeitungszeiten sein: so spricht der deutsche Vertreter des Materials MW-Dental von „EQUIA-Restorationen – fertig in nur 3.25 Minuten“⁴⁾.

Unter der Leitung von Prof. Dr. Rainer Biffar von der Universität Greifswald läuft inzwischen eine randomisierte prospektive Multicenter-Studie über 5 Jahre, unter Beteiligung der Universitäten München und Marburg und unter Einbindung niedergelassener Zahnärzte. Das heißt, die neue Methode wird umfangreicher als bisher geschehen wissenschaftlich abgesichert werden.

Warum aber wird bereits jetzt aus allen Werberohren gefeuert, als lägen die Ergebnisse schon auf dem Tisch? Warum werden abenteuerliche Zeitvorgaben verbreitet, die den Eindruck erwecken, als wäre eine

komplette Restauration mal eben in weniger als 4 Minuten zu legen? Von der Erstvorstellung des Materials an zogen die beteiligten Marketingfachleute alle Register. In verschiedenen Dentalblättern erschienen inhaltlich ähnliche Berichte von GC-Präsentationen mit Wissenschaftlern, und es erschienen Beiträge von begeisterten EQUIA-Anwendern⁵⁾. Auch wenn in dem einen oder anderen Artikel irgendwo im Text einschränkende Überlegungen standen, wurde mit Überschriften und Werbeanzeigen schon mal die Hauptbotschaft lanciert, wurden die Begriffe „EQUIA“ und „Basisversorgung“ zu einer Einheit zusammengeschweißt. Das Thema Amalgamverbot bzw. mögliche Beschränkungen durch EU- oder WHO-Regelungen lieferten und liefern immer wieder willkommene Anlässe, EQUIA als Alternative ins Gespräch zu bringen. Dabei mag man Firmenvertretern oder einzelnen Praktikern einseitige Meinungsäußerungen noch zugestehen – von Wissenschaftlern allerdings sollte man hoffen, dass sie ihre Argumentation auf belegbare Fakten stützen. Dass dies keineswegs immer so stattfindet, ist Thema im nachfolgenden Beitrag von Prof. Dr. Dr. h.c. Georg Meyer.

Eine Basisfüllungstherapie muss für ALLE gängigen Indikationen eine Lösung anbieten, und sie muss sich allerdings mit dem bisherigen Standardmaterial Amalgam messen. Bezüglich EQUIA gibt es bisher nur gesicherte Erkenntnisse zu kaubelasteten Klasse-I- und kleineren Klasse-II- und Klasse-V-Kavitäten und prospektive Studien nur über 2 Jahre. Auch wenn in ab-

sehbarer Zeit 5-Jahres-Ergebnisse zur Verfügung stehen werden, ist man noch weit von den bei Amalgam erreichten Haltbarkeiten und von der immensen Fülle vorliegender Erkenntnisse über diesen Werkstoff entfernt. Im Übrigen wird die o.e. Multicenter-Studie wohl ohnehin nur einen eingeschränkten Vergleich bringen: zwischen EQUIA und dem Vorgängermaterial Fuji IX Fast. Es darf bezweifelt werden, ob die breite Propagierung als DAS Basis-Füllungs-material und DIE Lösung für die GKV-Füllungs-therapie wirklich zu der bisher noch sehr beschränkten Erkenntnislage passt.

Auf diesem Hintergrund stimmt es nachdenklich, dass gerade die Kombination aus Produktentwicklung und gezielter Vermarktung der Stadt Bad Homburg die Verleihung eines Innovationspreises an die dort ansässige deutsche Niederlassung von GC, ihre Anwaltskanzlei und PR-Agentur wert war. Soll ein solches Beispiel jetzt Schule machen: Hauptsache ist die Vermarktung der Produkte – die wissenschaftliche Absicherung wird nachgereicht (oder auch nicht)?

Wie schon gesagt – es geht hier nicht um die Qualitäten von EQUIA als Füllungs-material – die sollen und können an dieser Stelle nicht bewertet werden. Vielmehr werden ja genau dafür aufwändige wissenschaftliche Studien durchgeführt. Es scheint bedenklich, wenn bereits nach ersten Kurzzeit-Forschungsergebnissen zu EQUIA der Eindruck erweckt wird, als könne man damit das seit Jahrzehnten intensiv untersuchte

Amalgam überrunden. Der fachliche Stand, nicht das Marketing, sollte das Tempo und den Stil der Einführung eines neuen Materials bestimmen. Wenn sich nach entsprechenden Forschungsanstrengungen zeigt, dass EQUIA den Erwartungen an eine einfach anwendbare, unschädliche, dauerhafte Basisversorgung entspricht, umso besser.

Denn das Anliegen ist wichtig und richtig: die gesetzlich Versicherten in Deutschland brauchen – neben anderen Versorgungsformen – eine solide und bezahlbare Basisversorgung im Füllungsbereich.

Eine Basisversorgung auf guter Basis – auf wissenschaftlicher Basis.

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

Anmerkungen

- 1) Bulk Filling – Einbringung von Füllungs-material in Schichten von mehreren Millimetern Dicke
- 2) GKV – Gesetzliche Krankenversicherung
- 3) z.B. in den „Zahnärztlichen Mitteilungen“ vom 01.03.2012, Seite 87
- 4) www.mwdental.de/gc/equia.html
- 5) herunterladbare Literatur oder Hinweise auf Veröffentlichungen finden sich z.B. über www.gcgermany.de/cms/equia.nsf, www.zwp-online.info, www.dental-barometer.de usw.

Ein verschiedene Aspekte beleuchtendes Gespräch zu EQUIA mit Wissenschaftlern, Praktikern und einem Vertreter von GC Deutschland wurde im Dental Magazin 01-2012 veröffentlicht.

Seriöse Darstellung des Erkenntnisstandes in Sachen Amalgam und Ersatzstoffe? Oder Verkaufsförderung für ein noch in der Erprobung befindliches Füllungs-material?

Prof. G. Meyer zu einem DZW-Beitrag von Prof. A. M. Kielbassa zur „quecksilberfreien Basisversorgung“

Eigentlich hatte ich mich zur gleichen Thematik in der DZW 50/11, S. 3, schon einmal sehr klar geäußert. Bedauerlicherweise scheinen aber die deutschen Marketingverantwortlichen dieser eigentlich seriösen Weltfirma unter derartigem ökonomischen Druck zu stehen, dass sie nach der Einschaltung von Medizinanwälten nun auch noch einen österreichischen Professor dazu brachten, ihr glasionomerbasiertes Füllungs-material „EQUIA“ als krankenkassenbasierte Alternative für den Füllungs-werkstoff Amalgam anzupreisen.

So etwas wäre sicherlich unproblematisch, wenn es auf sachlicher Basis und dem ak-

tuellen Stand der Wissenschaft entsprechend erfolgen würde. Unsere praktizierenden Kolleginnen und Kollegen sind bei ihrer täglichen Entscheidungsfindung auf seriöse und verlässliche wissenschaftliche Daten angewiesen, zumal – speziell in Deutschland – teilweise unerträgliche Amalgamdiskussionen für eine große Verunsicherung in der Bevölkerung sorgen. So wurde vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte eine Klage auf Verbot von Amalgam eingereicht, weil es das befohlene Material der Nazi-Medizin gewesen sei, und der Unterzeichnende wurde in gleicher Angelegenheit per E-Mail als ein Verbrecher wie Hitler tituliert.

Wissenschaftler und Hochschullehrer haben vor all diesen ökonomischen, emotionalen und anderen Hintergründen eine ganz besondere Verantwortung im sorgfältigen Umgang mit Fakten.

So sind einige der in dem vorliegenden Artikel gewählten Formulierungen wie „möglicherweise toxischen Wirkungen der Quecksilberlegierung...“ oder „wengleich eine Gesundheitsgefährdung durch das Restaurationsmaterial nicht zweifelsfrei nachweisbar ist...“ inakzeptabel, denn die aktuelle Wissenschaft, wie beispielsweise die von Amalgam-Skeptikern und Amalgam-Befürwortern gemeinsam konzipierte

langjährige Münchener Amalgamstudie zeigt eindeutig, dass vom Füllungswerkstoff Amalgam keine über ein medizinisch vertretbares Maß hinausgehenden Risiken zu erwarten sind. Auch Formulierungen wie „doch ist es nicht allein ein diffuses Unwohlsein – bis hin zu psychosomatischen Beschwerden – welches die Patienten beschleicht, wenn über die Füllung mit Amalgam gesprochen wird“ haben fast schon demagogische Elemente und sind deshalb nicht hilfreich für eine sachliche Diskussion.

Eine regelrechte Verdrehung der Tatsachen ist die Behauptung, dass der Weltverband der Zahnärzte (FDI) eine Resolution verabschiedet hätte, der zufolge im Rahmen einer präventiven Gesundheitsvorsorge schrittweise auf Dentalamalgam verzichtet werden sollte. Der Unterzeichnende ist seit 7 Jahren Mitglied der FDI-Delegiertenversammlung und gehört seit 3 Jahren dem Wissenschaftskomitee der FDI an. So hat die Generalversammlung der Weltzahnärzteschaft bei der Tagung 2009 in Singapur einstimmig beschlossen, dass auf den Füllungswerkstoff Amalgam nicht verzichtet werden kann, da es derzeit noch keine Alternativen gibt, die alle Indikationen abdecken können. Das Wissenschaftskomitee wurde beauftragt, diese Sachverhalte wissenschaftlich zu aktualisieren, um ggf. eine Ausnahmeregelung für den Einsatz von Amalgam zu erreichen, sofern es durch die UNEP (United Nations Environment Program) zur Empfehlung einer weltweiten Einschränkung des Gebrauchs von Quecksilber kommen sollte.

Bei den UNEP-Sitzungen in Japan 2010 und Kenia 2011 gab es harte Verhandlungen unter anderem zwischen erklärten Amalgamgegnern und Repräsentanten der FDI. Als Kompromisslinie wurde eine phasenweise Reduktion von Dentalamalgam vorgeschlagen, die aber nur einhergehen könnte mit Programmen zur weltweiten Reduktion von Karies durch nationale Präventionsprogramme. Genau das war die Grundlage des Beschlusses der FDI-Generalversammlung 2010 in Brasilien und eben nicht der von Prof. Kielbassa interpretierte „Verzicht auf Amalgam im Rahmen einer präventiven Gesundheitsvorsorge...“.

Im Folgenden versucht der Autor des DZW-Beitrages die Empfehlungen, bei Schwangeren und bei Kindern möglichst kein Amalgam zu verwenden, insgesamt als Anti-Amalgamargument zu verallgemeinern. Es ist hinlänglich bekannt, dass bei Schwangeren möglichst nicht geröntgt werden sollte und – das gilt auch für Kinder – möglichst kein Alkohol und Nikotin konsumiert werden sollte.

Nun könnte man pikanterweise auf gleicher Basis gegen die Inhaltsstoffe des Kompositlackes von EQUIA-Füllungen argumentieren, denn kürzlich hat die wissenschaftliche Dachgesellschaft der amerikanischen Pädiater aufgrund vermuteter östrogenartiger Wirkungen von Kompositen empfohlen, bei Schwangeren möglichst keine Kompositfüllungen und bei Kindern keine Versiegelungen zu legen. Seit 1. Juni 2011 ist im EU-Raum in Babyflaschen aus Kunststoff Bisphenol A aus den gleichen Gründen vorsorglich verboten.

Auch unter den Aspekten des Umweltschutzes wird ganz aktuell damit begonnen, nun

Die FDI-Generalversammlung kommt am 02.09.2009 „zu dem Schluss, dass Amalgam ein sicheres, weit verbreitetes und bezahlbares Zahnfüllungsmaterial ist und zum gegenwärtigen Zeitpunkt für die zahnmedizinische Versorgung der Mehrheit der Bevölkerung in der ganzen Welt gute Dienste leistet“. Die FDI „ist sich darüber im Klaren, dass derzeit erhältliche Restaurationsmaterialien unter zahlreichen Rahmenbedingungen keine wirtschaftlich tragbaren und bezahlbaren Alternativen darstellen und zusätzliche logistische, wirtschaftliche und infrastrukturelle Herausforderungen aufzeigen“ (zit. nach ZM 99 v. 01.11.2009)

auch über organische Chemikalien in Flüssen und Meeren nachzudenken, da sich u.a. endokrine Konsequenzen für den Nahrungsmittelkreislauf abzeichnen. Die SAICM (Strategic Approach to International Chemicals Management) wird im September diesen Jahres in Kenia bei der ICCM 3 (International Conference on Chemicals Management) auch über Umweltkonsequenzen organischer Bestandteile von zahnärztlichen Kunststofffüllungsmaterialien diskutieren.

Zurück zur Zahnmedizin: Auch hier zeigt die aktuelle Forschung, dass die Biokompatibilität zahnärztlicher Kunststoffe, wie z.B. des Decklackes von EQUIA, die sogar als Spitzenallergene gelten, genauso kritisch hinterfragt werden muss wie die des Dentalamalgams, das übrigens vergleichsweise selten Allergien auslöst.

Wenn man die Aussage „EQUIA hat sich mittlerweile in mehreren Studien klinisch bewährt...“ einmal kritisch hinterfragt, indem man einfach nur die vom Autor zitierten Studien besorgt und gründlich durchliest, kann man dieser Behauptung nicht

wirklich zustimmen. Das gilt insbesondere im Vergleich von EQUIA zu Amalgam- und auch Kompositfüllungen unter den Gesichtspunkten Kavitätengröße und Langzeithaltbarkeit. Die angeführten Studien haben bestenfalls Pilotcharakter, denn sie beschränken sich auf Klasse-I- und kleine Klasse-II-Kavitäten über maximal 2 Jahre.

Vor all diesen Hintergründen muss dringend empfohlen werden, für bestimmte Indi-

kationen und unter bestimmten Rahmenbedingungen auch weiterhin für den Füllungswerkstoff Amalgam zu plädieren, wie es die CED (Council of European Dentists) ebenso wie die FDI empfiehlt. Auch der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ), Prof. Dr. Roland Frankenberger, hat während der letzten Jahrestagung in Dresden erklärt, dass EQUIA aufgrund des Decklackes besser ist als herkömmliche Glasionomerfüllungen, aber noch kein Ersatz für Komposite und/oder Amalgam sein kann.

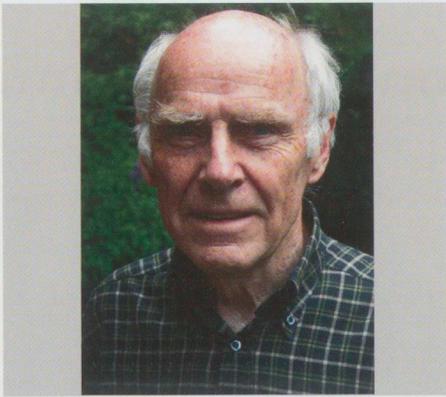
Deshalb habe ich mich persönlich sehr gefreut, in einem aktuellen Magazin vom Januar 2012 der österreichischen Donau-Universität Krems zu lesen, dass im dortigen von Herrn Prof. Dr. Dr. h.c. Kielbassa geleiteten Phantomkurs der Zahnerhaltung die Studentinnen und Studenten neben adhäsiven Techniken „auch die Präparation des klassischen Kavitätendesigns für Amalgamfüllungen und die sichere Verarbeitung dieses Werkstoffes erlernen...“.

Prof. Dr. Dr. h.c. Georg Meyer, Universität Greifswald, gemeyer@uni-greifswald.de

Der vorstehende Beitrag von Prof. Meyer wurde in Die Zahnarztwoche (DZW) 19/2012 S. 14 als Reaktion auf Prof. Kielbassas DZW-Artikel veröffentlicht.

Weitere Informationen

- Dental Barometer 01/2012, S. 72ff: „Quecksilberfrei und abrechnungsfähig“, Bericht über ein GC-Seminar zu EQUIA
- DZW 48/2011, S. 20: „Neue Wege in der Basisversorgung – quecksilberfrei und abrechnungsfähig“ über GC-Seminarreihe zu Equia
- DZW 50/2011, S.3: Beitrag von Prof. Meyer zu o.g. DZW-Bericht
- DZW 15/2012, S.11: Beitrag von Prof. Kielbassa „Schrittweiser Verzicht auf Amalgam“
- J Mich Dent Assoc. 2011 Mar;93(3):24: "Amalgam-free' dental practices: are they ethical?" von M.G. Maihofer
- Prof. G. Meyer: Vortrags-Skript für BZAEV 03/2012 „Kritische Wertung neuer Füllungsmaterialien“, http://dent.bzaev.de/downloads/skript_kritische_wertung_021110.pdf



High-Tech als Standard? Über kostengünstige Alternativen der Praxis-Ausstattung

von Hanns-W. Hey

Keine Frage - mit einer Siemens- oder KaVo-Einheit kann man tadellos arbeiten. Keine Frage auch - jede Kollegin, jeder Kollege stattet die eigene Praxis mit dem Gerät aus, mit dem sie/er am besten arbeiten zu können glaubt und das den eigenen ästhetischen Ansprüchen am ehesten entspricht.

Aber geht es auch anders? Lässt sich auch mit einfacherer, kostengünstiger Ausstattung gute Zahnmedizin betreiben?

Wenn man die letzte Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) über das Investitionsverhalten der Zahnärzte liest (IDZ Info 4.11), dann fällt auf, dass 2010 für die Neugründung einer Einzelpraxis in den alten Bundesländern 400.000€ aufgewendet wurden - im Durchschnitt wohl gemerkt und niedriger als 2008. Da waren es sogar 490.000€ (IDZ Info 3.10), wobei das der Wert für mittelgroße Städte war, den die neue Studie nicht mehr gesondert ausgewiesen hat. In jedem Fall eine erhebliche Hürde für junge Kollegen, Kolleginnen vor allem, die meist den größten Teil davon mit Bankkrediten finanzieren müssen und sich damit oft auf Jahrzehnte verschulden.

Da erscheint es einerseits nachvollziehbar, wenn die Zahnärzteschaft die Vergütungen für gesetzlich Versicherte als völlig unzureichend beklagt - und dann auch nicht verwunderlich, wenn vielen Patienten kaum noch eine Zahnersatz-Planung ohne Implantatversorgung angeboten wird. Andererseits aber noch einmal: Lässt sich zeitgemäße Zahnmedizin nicht auch mit niedrigeren Investitionen realisieren?

Auf den ersten Blick ein klares Ja. Dafür zuerst zurück zur IDZ-Studie: Von den 400.000€ entfielen 70.000€ auf den Betriebsmittelkredit, woran wohl am wenigsten zu ändern ist. Ähnlich dürfte das mit den 50.000€ für *Bau- und Umbaukosten* sein. Damit verbleiben stolze 273.000€, in Mittelstädten (s.o.) sicher fast 300.000€ für *medizinisch-technische Geräte und Einrichtung*, an deren Notwendigkeit, zumindest in dieser Höhe, doch erhebliche Zweifel angebracht sind.

Zwar ist aus der IDZ-Studie nicht ersichtlich, ob die Kosten für die Büro-Ausstattung, die oft sehr repräsentationslastige Rezeption, die eingebauten Materialschränke, den Wartebereich und die Raum-Beleuchtung den *Bau- und Umbaukosten* zugerechnet wurden oder den *Kosten für medizinisch-technische Geräte und Einrichtung*. Gerade hier gibt es, besonders in größeren Städten, doch erhebliche Unterschiede - von der Marmortheke bis zur Ikea-Ausstattung. Dabei spielen jedoch individuelle Geschmacksfragen die größte Rolle, und da sollte man sich am wenigsten einmischen.

Hier geht es um das tatsächliche zahnärztliche Handwerkszeug, also um die kompletten Behandlungsplätze, wobei man - auch darüber gibt die IDZ-Studie leider keine Auskunft - realistischerweise wohl von zwei Behandlungszimmern als Anfangs-Ausstattung ausgehen sollte. Dazu dann natürlich noch Röntgen, Orthopantomographie, Sterilisationsgeräte, Kompressor, Saugmaschine und das gesamte Instrumentarium.

Wenn man dieses Equipment bei unseren deutschen Firmen kauft - man soll ja schließlich unsere heimischen Arbeitsplätze erhalten - kommt man z.B. mit 2 Siemens Teneo-Plätzen à 55.000€, wobei sich dieser Preis ohne Hand/Winkelstücke versteht, recht bald auf die IDZ-Marke von 300.000€. Ähnliches gilt für KaVo-Plätze. Etwas günstiger, je nach Ausstattung, sind dann Ultradent-Units oder Einheiten aus dem europäischen Ausland wie Planmeca, XO, Anthos etc.

Ein seriöser Vergleich dieser Systeme ist weder hier noch in anderem Rahmen möglich. Zu stark spielen individuelle Vorlieben eine Rolle, die technisch und ergebnisorientiert überhaupt nicht relevant sein müssen, und vor allem Art und Intensität des Marketing, mit dem die großen Firmen besonders die jungen Existenzgründer umwerben, auch damit, dass die meisten Universitäts-Kliniken mit Siemens- oder KaVo-Units ausgestattet sind. Da scheuen dann viele jungen Kollegen bei ihrer Praxisgründung die Suche nach Alternativen und bevorzugen das Gerät, an dem sie gelernt haben.

Aber nicht jede(r) kann aus dem Vollen schöpfen, und mancher sucht vielleicht doch nach einer kostengünstigeren Praxis-einrichtung, auch um zu hohen Umsatzdruck zur Schuldenabtragung zu vermeiden. Hier soll es deshalb um ein paar grundlegende Kriterien gehen, über die sich jede(r) bei der Entscheidung über die Geräte-Ausstattung Gedanken machen sollte. Mangels eigener Mittel während der 34 Jahre meiner Praxistätigkeit war ich selbst immer auf Bankkredite angewiesen und habe deshalb meist sparsam investieren müssen. Das Aha-Erlebnis bzgl. Effizienz hatte ich aber erst als Rentner, während meiner Tätigkeit in der Entwicklungshilfe in Äthiopien, Ladakh und Kirgistan:

In einer äthiopischen Zahnstation stand eine gebrauchte, aber tadellose Behandlungseinheit, die ein Münchner Kollege gespendet hatte und die nach fachlicher Durchsicht für viel Geld nach Afrika transportiert worden war. Dort ließ sie sich aber nur noch entsorgen, weil das Herz der Einheit, die Platine, durch Luftfeuchtigkeit o.ä. Schaden genommen hatte und nicht mehr zu beschaffen war - von den Transportkosten für eine neue Platine und die Anreise eines Dentaltechnikers aus der Hauptstadt ganz abgesehen. Bei der Planung einer neuen Zahnklinik für diese Region mit einem Etat von 100.000€ suchten wir nach einer Alternative für drei deutsche Units à 30.000€ und fanden die in Abb.1 dargestellte brasilianische Einheit der Firma Ohlsen zum Komplettpreis von 6300€ einschließlich NSK-Turbine u. Hand- und Winkelstück, Polymerisationslicht, Kompressor und Absaugung. Von diesem Modell wurden 12 Units gekauft, die, wie aus Äthiopien zu hören ist, auch nach sechs Jahren noch klaglos arbeiten. Der erstaunliche Preis ist u.a. darauf zurückzuführen, dass dieses Gerät komplett luftgesteuert ist, keinerlei elektronische Elemente enthält, zumindest dann, wenn Turbine und Winkelstück ohne Licht betrieben werden. Es gibt auch kaum vorprogrammierte Bewegungsabläufe, auf die man ja meist ohnehin verzichtet - Ausstiegsposition ausgenommen. Die Einheit wird von der Firma TTM (Technologie Transfer Marburg) ausschließlich für den Einsatz in der 3. Welt angeboten.



Abb. 1

Auch wenn sich das Gerät eventuell nach Deutschland re-importieren ließe, sollte man zumindest so lange darauf verzichten, solange Händler mit ihren Servicemöglichkeiten fehlen. Zur allgemeinen Orientierung ist Ohlsen in jedem Fall nützlich – wie zu erfahren ist, produziert die Firma jährlich mehrere Tausend dieser Geräte vorwiegend für Entwicklungsländer.

Ähnlich verhält es sich mit der chinesischen Firma Foshan, die ein noch umfangreicheres Angebot an Medizingeräten produziert, auch Dental-Units, deren maximal

Dentalgut auch hier produziert wird?). Wer sich über diese grundsätzlichen Vorbehalte hinwegsetzt, der kann den Behandlungsplatz selbst aufstellen oder einen der kleinen Dentaltechniker, die der etablierte Markt gerne ausbremst, mit der Montage beauftragen. Die Firma Foshan hat vorerst in Europa nur eine Niederlassung in Posen (Polen), sucht aber bereits nach Händlern in Deutschland. Eine solche Einheit habe ich zum ersten Mal vor drei Jahren

in einer Zahnklinik in Kirgistan gesehen. Letztes Jahr sah ich das Gerät wieder. Angeblich war bis dahin noch keine Reparatur notwendig, obwohl ich die mangelhafte Pflege und Hygiene in diesem Land immer wieder beobachte.

Im Übrigen: Bei den Preisen für diese Geräte fragt man sich, ob das deutsche Medizinprodukte-Gesetz mit seinen oft hypertrophen Vorschriften im Hygienebereich, Amalgam-Abscheider, Autoklav mit Computer-Verbindung usw. nicht doch auch zum Schutz der deutschen Dentalin-

weitgehenden Elektronik-Verzicht, an der Verwendung der günstigeren Luftmotoren mit ihrer erheblich längeren Lebensdauer und daran, dass Verzichtbares, z.B. elektrisch gesteuerte Kopfstützen, im Patientenstuhl integrierte Rückenmassage (Siemens), automatische Fehleranalyse u.ä. fehlt.

Damit stellt sich die Frage nach einem Mittelweg – ohne Schnickschnack, robust, funktionell, preisgünstig und, mit Rücksicht auf den Arbeitsmarkt, in Deutschland oder zumindest in Europa produziert.

Wer nicht, aus Gründen der Ästhetik oder Bequemlichkeit, unbedingt alles aus einer Hand haben muss und dem Druck der Dentaldepots standhält, die nur das wollen – alles aus einer Hand –, kann sich Stuhl, Unit, OP-Lampe und Assistenz-Einheit selbst zusammenstellen. Macht sicher mehr Arbeit, kann aber erhebliche Kosten sparen helfen. Und dazu wollen wir in den nächsten Ausgaben des „Forums“ ein paar konkrete Vorschläge machen.

Vielfach bewährte Produkte, besonders Carts, stellt z.B. der kleine dentaltechnische Familienbetrieb DTS-Design in Mammendorf (FFB) her, z.B. das DCI-Cart, mit dem ich selbst jahrzehntelang problemlos behandelt habe. Das Gerät wird wegen seiner geringen Störanfälligkeit und wegen seiner autarken Wasserversorgung – es arbeitet aber selbstverständlich auch an der Praxis-Wasserleitung – besonders auch in Entwicklungsländern eingesetzt und in Regionen, in denen der Dental-Techniker weit weg ist.

Hier einige Details zu 2 Carts:

DCI Serie IV pneumatisch (Abb.3, s. S. 20) mit

- 3-Funktionspritze
- 3 Instrumentenlinien 4-Loch, erweiterbar auf 4 Linien (o. Instrumente)
- Clean-Water-System, autonome Wasserversorgung
- pneumatischem Fußanlasser mit Sprayschalter
- Fahrfuß höhenverstellbar

Der Preis für diese Grundausstattung beträgt 2.695€. Selbstverständlich sind jederzeit andere Ausstattungsvarianten möglich, z.B. mit Instrumentenlicht, Elektromotoren und Piezo-Scaler. In Verbindung mit einem dieser günstigen Piezo-Scaler von DTS-Design ist das DCI-Cart besonders geeignet für einen Prophylaxplatz.

Abb. 2



ST-3606 with streamline design looks more pleasing in form. Excepting for the excellent performance of basic functions, improved positioning memory function and patient chair offer you a convenient practice and the patient more comfort.

ausgestattete Version (Abb.2) für 6025 US-Dollar incl. Fracht bis Hamburg zu haben ist. Da sind NSK-Turbine, Luftmotor, NSK-Hand/Winkelstücke, LED-Gerät, Ultraschall-Scaler, Intraoralkamera, zwei Arbeitsessel, Kompressor und Absaug-Unit dabei. Die Units sind QS-certifiziert (ISO 13485) und CE-certifiziert vom deutschen TÜV. Der niedrige Preis ist natürlich nur ein Aspekt. Berücksichtigt werden müssen bei einem chinesisches Produkt schließlich auch die hinreichend bekannten umweltignoranten Produktionsbedingungen und die gnadenlosen Arbeitsverhältnisse (aber sind wir sicher, dass jegliches deutsche

industrie vor der ausländischen Konkurrenz konzipiert ist. Im größten Teil der übrigen Welt wird nämlich auf diese Vorschriften verzichtet. Ist die Sorge um die sichere Versorgung der Patienten wirklich das einzige Motiv des Gesetzgebers?

Weder das brasilianische noch das chinesische Gerät kann man als Schrott abtun. Vielmehr ist zu fragen, was dieses Equipment so robust macht und warum die Preise dafür so niedrig sind. Das liegt eben nicht nur an den niedrigen Löhnen und Rohstoffpreisen in den Ländern der Hersteller, sondern ganz sicher auch am

DCI Serie IV pneumatisch (Abb.3)



Abb. 3

Anspruchsvoller im Design und von der gleichen Firma (www.dts-design.de) vertrieben wird das

Solus P1 Gerät elektro-pneumatisch (Abb.4).

- 3-Funktionsspritze
 - Clean-Water-System (autonome Wasserversorgung)
 - 2 Instrumentenlinien 4-Loch-Licht,
 - Motoreinrichtung mit Licht (LED) (40.000 UpM)
 - Piezo-Zahnsteinentferner
 - Pneumat. Fußanlasser mit Sprayschalter
 - Fahrfuß höhenverstellbar
- beträgt der Preis ca. 6.200€.

Beide Geräte sind in Funktionalität und Design den Großen und Edlen der Branche durchaus ebenbürtig, auch kompatibel mit allen Hand- und Winkelstück-Systemen. Sie werden besonders dann gekauft, wenn die Arzt-Unit defekt, aber Stuhl und Speifontaine noch in Ordnung sind.

Es gibt sicherlich noch andere Geräte ähnlicher Philosophie, die zu suchen sich lohnen könnte. Im nächsten „Forum“ wollen wir das Thema weiter verfolgen und preisgünstige Alternativen auf dem Gebiet der apparativen Praxisausstattung vorstellen. Man kann inzwischen auch Equipment im Netz kaufen, und es gibt weiterhin die Möglichkeit, nach günstigen Gebrauchtgeräten (z.B. bei rdv-Dental, Pulheim, oder Wehse Den-



talbedarf, Neufahrn) zu suchen. Wenn Sie selbst entsprechende Erfahrungen gemacht haben, schreiben Sie uns und beteiligen Sie sich an der Diskussion in diesem Medium.

Natürlich bleibt es den jungen Existenzgründern unbenommen, mit jeder Art von High-Tech-Equipment zu arbeiten. In den meisten Städten ist im Störfall ja ein Dentaltechniker innerhalb weniger Stunden zur Hand. Und womöglich schließt sogar der eine oder andere Patient vom gestylten Äußeren der Praxis auf die Qualität des Zahnarztes?

Das Gesagte soll nur ein paar persönliche Erfahrungen und Beobachtungen dokumentieren und dazu anregen, das eigene Konzept hinsichtlich Effektivität und Effizienz zu hinterfragen, vielleicht verbessern helfen. Die Möglichkeiten der steuerlichen Abschreibung der Praxisausstattung, eigentlich ja eine indirekte Beteiligung der Allgemeinheit an unseren Betriebskosten, erlauben schließlich in Deutschland großzügigere Investitionen und helfen, die Medizin- und Dentalindustrie mit ihren vielen Tausend Arbeitsplätzen zu unterstützen. Nicht ohne Grund ist die Zahnheilkunde inzwischen zur „Mundgesundheitswirtschaft“ mutiert – auch dies eine IDZ-Studie (IDZ Band 33 – 2012). Aber das zwingt ja niemanden dazu, vor wirtschaftlicheren Alternativen die Augen zu verschließen.

Dr. Hanns-W. Hey, Münsing
hw.hey@t-online.de

Die nächste Runde – Kommentar zum GKV-Positionspapier von Dr. Kai Müller, Wörthsee

„Die Initiative der Kassen ist überfällig. Wir wissen, dass die Zahnärzte für relativ vergleichbare Leistungen mittlerweile sehr unterschiedliche Preise nehmen bei dem Teil, den der Versicherte bezahlen muss.“
Karl Lauterbach MdB

„Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. Gebührensatz ist der Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnis mit dem Punktwert vervielfacht wird. Der Punktwert beträgt 5,62421 Cent.“ **GOZ, § 5 (1)**

„Wir wollen endlich Transparenz bei den Zahnarztrechnungen“, sagte der Vize-Vorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Johann-Magnus von Stackelberg, der „Süddeutschen Zeitung“. Einem Positionspapier des Verwaltungsbeirats des GKV-

Spitzenverbandes zufolge fordern die Kassen, künftig auch den Teil der Rechnung prüfen zu dürfen, den die Versicherten selbst zahlen.“ **Berliner Morgenpost**

Das konnte er zuerst gar nicht glauben, der Herr Dr. med. Lauterbach, dass die Zahnärzte für Privatleistungen unterschiedliche Preise nehmen; vermutlich schockt es ihn schon, dass überhaupt Geld verlangt wird. Die Linke, schon einen Schritt weiter, hat in Drucksache 17/9067 im Bundestag die Abschaffung aller Zuzahlungen gefordert. Fehlt nur noch eine Forderung des Verbandes der Privaten Krankenversicherungen, die Erstellung von (zahn)ärztlichen Liquidationen in den § 263 StGB als Tatbestand für einen besonders schweren Fall des Betruges aufzunehmen. Wenn der Herr von Stackelberg wüsste, was er da fordert, müssten jetzt schon die Millionen für die Rekrutierung,

Ausbildung, technische Ausstattung und Unterbringung der SpezialistInnen bereit liegen, damit das Prüfgeschäft effektiv werden kann. Ein Paralleluniversum zu den KZV'en fällt beim bestehenden Fachkräftemangel nicht vom Himmel und wäre genau das, was wir uns alle wünschen.

Die Kassen-Initiative als hirnloses Routinegetrommel abzutun, wäre zu einfach, es geht wohl mehr darum, die Stimmung gegen die raffgierigen 'Dentisten' am Köcheln zu halten, die sich ja bereits anschicken, Teile der Milliardenüberschüsse im Gesundheitsfonds für sich einzufordern. Da muss man als Spitzenverband der Krankenkassen schon dafür sorgen, dass der Gesetzgeber erkennt, wofür die Überschüsse dringend benötigt werden. Der Vorwurf unangemessen hoher Verwaltungskosten bei den gesetzlichen Krankenkassen (rund ein Viertel ihrer Gesamtausgaben) war ja Anfang die-

Jahres durch die Medien gegangen. Der DAZ, dem man weiß Gott keinen Beißreflex gegen die Krankenkassen nachsagen kann, fragt hier mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen, ob es sein kann, dass die GKV sich, entgegen der Rechtslage, neue Strukturen und damit neue Kosten ins Haus holen will. Hier wollen die Kassen in einem Bereich mitspielen, in dem sie nach dem augenblicklichen Stand des SGBV nichts zu suchen haben, was der Gesetzgeber auch nicht gewollt haben kann. Hier wird also, während die eine Hand auf die bösen Zahnärzte zeigt, die andere nach mehr Macht ausgestreckt.

Was steckt also dahinter? Eine Pressemitteilung der GKV gibt Aufschluss:
www.gkv-spitzenverband.de/PM_20120410_Zahnaerzte_Positionspapier.gkvnet

„Das macht es für die Kassen unmöglich, die Leistungen auf ihre Qualität hin zu prüfen und deren Abrechnung nachzuvollziehen“ und: „Bisher standen im zahnmedizinischen Bereich eher Maßnahmen der Struktur- und Prozessqualität im Vordergrund. Nunmehr muss es sehr viel stärker um die Sicherung der Ergebnisqualität gehen. Dazu ist es notwendig, wissenschaftliche Indikatoren zu entwickeln, die eine Vergleichbarkeit der zahnärztlichen Leistungen zwischen den Praxen über einen längeren Zeitraum ermöglichen.“ Und zuletzt: „Für einen solchen Einsatz von Routinedaten im Rahmen der Qualitätssicherung müssen die rechtlichen Grundlagen geschaffen werden.“ Soweit der Spitzenverband im April 2012.

Die gesetzlich Versicherten einen größeren Anteil ihrer Zahnbehandlungen selbst bezahlen zu lassen, kommt den Haushältern bei den Kassen schon zupass, aber muss man damit auch gleich den Einfluss auf die Strukturen aufgeben? Nicht freiwillig jedenfalls! In diesem Licht wirkt es schon kindlich naiv, wenn Zahnärzterverbände die Milliardenüberschüsse im Gesundheitsfonds in einer Punktwerterhöhung wiederfinden wollen.

Qualitätssicherung und -management in der Zahnheilkunde sind Aufgaben der gesamten Zahnärzteschaft und sind nicht teilbar. Unterschiede bei der Behandlung unserer Patienten in qualitativer Hinsicht könnte es nur geben, wenn wir aufhören würden Zahnärzte zu sein – manche von uns haben die Türen zu den Zahnstudios schon geöffnet. Setzen wir den unredlichen und systemwidrigen Propagandamanövern von GKV und PKV endlich ein ganzheitliches, glaubwürdiges und transparentes Qualitätsmanagement des Gesamtberufs entgegen, egal, ob unsere Patienten mit Chip- oder Kreditkarte zu uns kommen. (Siehe auch S. 7.)

dr_kai_mueller@t-online.de



Berlin – 20.10.2012 DAZ-IUZB-Jahrestagung

Am 20. Oktober 2012

veranstaltet der DAZ zusammen mit der

Initiative Unabhängige Zahnärzte Berlin (IUZB)

im Stadtteilzentrum „Alte Feuerwache“, Axel-Springer-Str. 40-41,
 10969 Berlin-Mitte, seine Jahrestagung mit Fortbildung zum Thema

„Kosten und Nutzen im Bereich zusätzlicher zahnärztlicher Versorgung“

Referent: Prof. Dr. Bertram Häussler, IGES Berlin

PROGRAMM

Samstag, 20.10.2012

- 10⁰⁰ Eröffnung der Jahrestagung
 Referat von Prof. Dr. B. Häussler:
 „Kosten und Nutzen im Bereich zusätzlicher zahnärztlicher Versorgung“
 – anschließend Diskussion

Es werden Fortbildungspunkte gemäß den BZÄK-KZBV-DGZMK-Richtlinien vergeben.

- 13⁰⁰ Mittagspause – im Tagungshaus wird eine Mittagsmahlzeit angeboten.

- 14⁰⁰-18⁰⁰ **Jahreshauptversammlungen von DAZ und IUZB**
 (im Rahmen der DAZ-HV findet auch das Jahrestreffen des Qualitätssicherungsprojektes statt)

- ab 20⁰⁰ **Gemütliches Beisammensein**
 im Ristorante Café „Journale“, Lindenstr. 37,
 10969 Berlin, Tel. 030/25292945,
www.cafejournale.de

Sonntag, 21.10.2012

- 9⁰⁰-14⁰⁰ Fortsetzung der
DAZ-Jahreshauptversammlung
 in der Praxis „Am Checkpoint Charlie“,
 (Dr. Gunnar Frahn), Friedrichstr. 210,
 10969 Berlin, Tel. 030/25399490,
www.praxis-checkpoint.de

Infos und Anmeldung beim DAZ, kontakt@daz-web.de

Prof. Dr. Bertram Häussler

ist Geschäftsführer und Vorsitzender der Geschäftsführung des IGES Instituts, eines privatwirtschaftlich geführten und unabhängigen Forschungsinstituts.



Nach Studien der Medizin und Soziologie hatte er sich seit 1986 am IGES Institut zunächst als wissenschaftlicher Mitarbeiter mit aktuellen Fragen der Gesundheitssystemforschung, dem Aufbau und der Evaluation neuer Versorgungsmodelle sowie IT-Systemen im Gesundheitswesen beschäftigt. Der Schwerpunkt seiner wissenschaftlichen Arbeit liegt derzeit in den Bereichen Versorgungsforschung, Gesundheitsökonomie, Innovationsforschung und Nutzenbewertung sowie Pharmakoepidemiologie und klinische Arzneimittelforschung im nationalen und internationalen Kontext.



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



BVAZ-Tagung mit Parodontologie-Fortbildung

BVAZ-Mitgliederversammlung

17. November 2012

München



Foto: Peter Bagdons

Der BVAZ-Vorstand lädt wie in den Vorjahren alle Mitglieder für den 16./17.11.2012 ganz herzlich nach München ins Marriott Hotel, Berliner Str. 93, 80805 München, Tel. 089/360020, www.marriott-muenchen.de, in der Nähe des Olympiaparks ein. Vor der eigentlichen Mitgliederversammlung wird am Vorabend (16.11.2012, ab 19.30 Uhr) ein gemütliches Beisammensein stattfinden und am Samstag ab 8.30 Uhr eine 6-stündige Fortbildungsveranstaltung angeboten. Referent ist der Autor des Beitrages auf den Seiten 27 bis 29. Um frühzeitige Anmeldung wird gebeten. Alle Mitglieder erhalten noch eine separate schriftliche Einladung. Hier einige Details zum Programm:

**Fortbildung in Seminar- bzw. Workshop-Form
mit Dr. Ronald Möbius aus Brül zum Thema**

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

Die Behandlung des Parodontiums gehört unbestritten in jede Zahnarztpraxis. Neben erstaunlichen Erfolgen treten dabei immer wieder Misserfolge auf. Durch Bakterien- und Entzündungsreduktion wird offensichtlich nicht automatisch ein ausgewogenes Verhältnis im parodontalen Knochenumbauprozess erreicht. Muss vielleicht das Behandlungskonzept überdacht werden? Der Referent stellt zunächst theoretische Grundlagen dar und berichtet dann über jahrelange klinische Erfahrungen in der Parodontaltherapie mit lokal angewandtem Doxycyclin. Eigene Patientenfälle der Kursteilnehmer können besprochen werden (digitale Daten oder Unterlagen auf Papier/Röntgenaufnahmen vorher zur Praxis Möbius – s. S. 29 – schicken). Für die Teilnahme werden 8 Fortbildungspunkte vergeben.

Um 15.45 Uhr startet am 17.11.2012 die **BVAZ-Mitgliederversammlung**.

Anmeldung und weitere Infos: BVAZ-Geschäftsstelle, Dr. Dr. Rüdiger Osswald, Fritz-Hommel-Weg 4, 80805 München, Tel. 089/3618030, Fax 089/3610029, info@bvaz.de

BVAZ-Beiträge in Forum 110

Seite 22 – Sten Beneke:
**Stiftung Gesundheit – alles Müller,
oder was?**

Seite 24 – Dr. Michael Loewener:
**Stiften gehen – oder wie lässt sich
Nachfrage steuern**

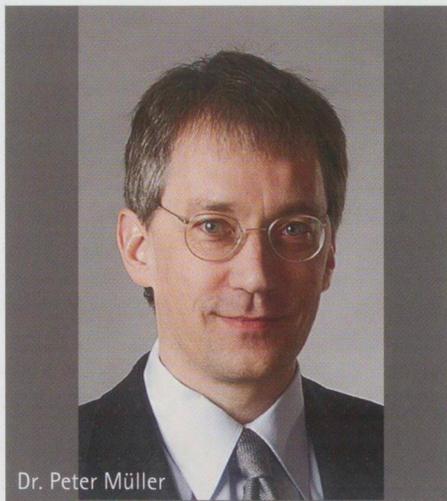
Seite 25 – Dr. Dr. Rüdiger Osswald:
**Die endodontische Infektion betrifft
den gesamten Zahn und sein Umfeld**

Seite 27 – Dr. Ronald Möbius:
**Neuer Therapieansatz gegen
Knochenabbau bei Parodontitis**

Seite 30 – Margret Urban:
**Betriebliche Altersvorsorge
für Praxismitarbeiterinnen**

Seite 30:
**Mangelnde Transparenz und
Leistungslücken bei der PKV**

Seite 31 – Dr. Jürgen Simonis:
**Ohne Moos nix los:
Umgang mit der neuen GOZ**



Dr. Peter Müller

Transparenz im Gesundheitswesen zu fördern, reklamiert die Stiftung Gesundheit für sich. Das eigene Geschäftsbeziehungsgeflecht hingegen ist mindestens einen zweiten Blick wert – und fördert Erstaunliches zu Tage. Die als gemeinnützig anerkannte Stiftung ist unter anderem im Zertifizierungsgeschäft und im SEO-Service für Arztpraxen unterwegs – sie agiert dabei in einem Firmengeflecht aus Arztadresshändlern, Zertifikate-Anbietern und IT-Spezialisten.

Bemerkenswert: Im Firmenkarussell tauchen immer wieder die selben Namen auf. Ganz vorne dabei: Peter Müller, unter anderem auch Vorstand der Stiftung Gesundheit. Müller ist oder war parallel zu seinem Stiftungsvorsitz Geschäftsführer, Vorstand oder Aufsichtsrat wichtiger Lieferanten der Stiftung. Dazu gehören Firmen, die für die Stiftung redaktionellen Content, Arztbewertungs-Software, Marktanalysen oder IT-Dienstleistungen liefern. Einige dieser Unternehmen gehören ihm vollständig oder anteilig.

Aktivitäten der Stiftung Gesundheit

Die Stiftung Gesundheit hat eine Schlüsselposition im Geschäft mit Arztbewertungsportalen. Sie stellt den Großen der Branche Arztdaten und Bewertungssoftware für den Betrieb von Arztsuche- und -bewertungsportalen zur Verfügung. Kunden der Stiftung sind unter anderem große Krankenkassen (aok-arztnavi.de oder vdekarztlotse.de) und die Bertelsmannstiftung (weisse-liste.de).

Auf ihrem eigenen Arztsuche- und Bewertungsportal arzt-auskunft.de bietet die Stiftung Gesundheit niedergelassenen Ärzten die Eintragung von Praxisbesonderheiten und -schwerpunkten an. Unter der Rubrik Informationen für Ärzte findet sich

Stiftung Gesundheit – alles Müller, oder was? Eine gemeinnützige Stiftung und ihre kommerziellen Töchter und Paten

Sten Beneke, Zahnärztenachrichtendienst www.zaend.de

auf der Homepage der Arzt-Auskunft der folgende Satz: „Mehr als 1.000 solcher Schwerpunkte sind verzeichnet: Ob Akupunktur, Implantologie oder Schmerztherapie – bei der Arzt-Auskunft findet jeder die nächstliegenden Adressen. Der Service ist kostenlos, werbefrei und unabhängig.“

Kostenlos ist der Service aber nur für Patienten. Ärzte, die diese Dienstleistung in Anspruch nehmen, zahlen pro Monat eine so genannte Umlage von 7,70 Euro je Praxissschwerpunkt oder Praxisbesonderheit. Nimmt man den Wert für fünf Praxisbesonderheiten, beträgt die Umlage der Stiftung Gesundheit nur etwas weniger als die entsprechende Gebühr bei kommerziellen Anbietern. Bei sanego.de zum Beispiel kann man fünf Praxisbesonderheiten für 49 Euro pro Monat zum Stammdatensatz seiner Praxis hinzufügen.

Müller ist der Kopf von Stiftung Gesundheit und ihrer Arzt-Auskunft. Nach eigenen Angaben begann er für die Stiftung schon kurz nach ihrer Gründung 1996 zu arbeiten – zuerst als Pressesprecher, später als Vorstandsvorsitzender. In dieser Zeit hat sich die Stiftung Gesundheit zu einem umfassenden Anbieter von Dienstleistungen für die Gesundheitsbranche entwickelt. Die Stiftung vermittelt neben der technisch-inhaltlichen Struktur für Arztsuche- und Bewertungsportale auch Suchmaschinenoptimierung (SEO) für Arztpraxis-Homepages. Ein weiteres Geschäftsfeld ist auch deren Zertifizierung, dann prangt auf Doktors Webpräsenz das Siegel „Geprüfte Homepage.“ Zertifiziert werden von der Stiftung auch Druckprodukte. Neben einigen Ratgebern trägt zum Beispiel auch die Patientenbroschüre zu Nierenkrebs von GlaxoSmithKline das Zertifikat der Stiftung Gesundheit – womit das Pharmaunternehmen seinerseits wirbt.

Der wieder auferstandene Ratgeberverlag

Stiftungschef Müller ist jenseits der Stiftungsarbeit ein engagierter Geschäftsmann. Er kommt aus der Verlagsbranche, war von 1995 bis 2005 Geschäftsführer des Ratgeberverlages. Dieser verlegte und vertrieb Laienratgeber aus Medizin und Gesundheit. Der heutige Eigentümer und Geschäftsführer der Firma mit der Han-

delsregisternummer HRB Hamburg 59864, Ole Albers, benannte die Firma in PRO-ADRESS direct GmbH um und betreibt E-Mail-Marketing. Vorher war er Geschäftsführer der ArztData, die Adress-Dienstleistungen anbietet und auch für die Arzt-Auskunft der Stiftung Gesundheit arbeitet. Die ArztData AG übernimmt für die Arzt-Auskunft das Clearing von Arztadressen – dabei werden per Telefon Adressen auf ihre Richtigkeit hin überprüft.

Doch der Ratgeberverlag ist wieder auferstanden: Das Medienbüro Medizin – Der Ratgeberverlag GmbH (HRB Hamburg 64238). Das Unternehmen ist redaktioneller Lieferant der Stiftung und residiert im selben Gebäude wie die Stiftung, in der Behringstraße 28a in Hamburg-Ottensen. 98-Prozent-Eigentümer ist Peter Müller – der Vorstandsvorsitzende der Stiftung Gesundheit. Damit nicht genug: Die Ärztin Dr. Jessica Hinteregger-Männel, die beim Medienbüro für die Qualitätssicherung zuständig ist, ist gleichzeitig Vorsitzende der Fördergemeinschaft der Stiftung Gesundheit. Laut Müller werden über die Fördergemeinschaft die meisten Geschäfte der Stiftung abgewickelt.



Müllers Firma, die von 1997 bis 2009 noch unter dem Namen Gesundheits-Kompaß Informationsdienste GmbH arbeitete und erst seit 2009 als Medienbüro Medizin – Der Ratgeberverlag firmiert, hat auch Suchmaschinenoptimierung (SEO) für Homepages von Arztpraxen im Portfolio. Sie erledigt das auch im Auftrag der Stiftung Gesundheit, die den SEO-Service im Rahmen der Zertifizierung von Praxis-Homepages anbietet und von ihrer Homepage direkt auf den SEO-Service des Medienbüros verweist. Doch nicht nur mit dem Medienbüro Medizin – Der Ratgeberverlag ist Stiftungsvorstand Müller verbunden.

ArztData und GGMA: Die Spur führt nach Eckernförde

Auch bei der ArztData, die der Stiftung Gesundheit zuliefert, lohnt ein Blick hinter die Kulissen: Die ArztData AG, die nach Müllers Auskunft für die Arzt-Auskunft das Adress-Clearing übernimmt, ist Händler und Dienstleister für Arztadressen. Das Unternehmen betreibt mit topmedic.de ebenfalls ein eigenes Arztbewertungsportal im Internet. Dieser Fakt wäre an sich nicht bedeutsam, gäbe es nicht eine Tochterfirma, die zu 100 Prozent zur ArztData AG gehört – die GGMA, die Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse mbH (bis 2006 noch unter dem Namen eMailDoc Gesundheits-Informationsdienst GmbH aktiv). Hier trifft man wieder auf Peter Müller: Er war parallel zu seiner Tätigkeit als Vorstandsvorsitzender der Stiftung Gesundheit von 2000 bis 2007 Geschäftsführer der heutigen GGMA.

Die GGMA ist vor allem in der Marktforschung und -analyse der Gesundheitswirtschaft tätig. „Der Forschungsschwerpunkt der Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse mbH liegt in der Gruppe der niedergelassenen Ärzte, da diese der häufigste Eintrittspunkt in den Gesundheitsmarkt sind und die Klienten-/Patientenbedürfnisse kanalisieren“, schreibt die GGMA auf ihrer Homepage. Viele der Studien, die die GGMA dort als Referenzen angibt, haben den gleichen Auftraggeber: die gemeinnützige Stiftung Gesundheit.

Interessant sind auch hier die Besitzverhältnisse. Haupteigentümer der ArztData AG und damit auch der GGMA ist mit 85 Prozent Aktienbesitz ein Zahnarzt aus Eckernförde, Dr. med. dent. Armin Jäkel. Dieser ist auch Gründer der MacDent AG, einem Anbieter für Qualitätssicherungssysteme für Zahnarztpraxen im Franchise-System. Er hat seine Firma 2007 in TruDent AG umbenannt und zertifiziert Zahnarztpraxen mit dem Siegel „Geprüfter Qualitätsstandard TruDent“.

Um dieses Zertifikat gab es bereits einigen Streit. Die Zahnärztekammer Schleswig-Holstein hatte per Gericht versucht, das Anbringen dieser Siegel auf dem Praxisschild „als anpreisend, irreführend und damit berufswidrig“ verbieten zu lassen, konnte sich in den Prozessen aber nicht durchsetzen (AZ: LG Kiel 15 O 47/05, OLG Schleswig 6 U 60/05). Zahnarztpraxen, die das von der TruDent vergebene Siegel erworben haben, werden auf den Seiten der Arzt-Auskunft der Stiftung Gesundheit grafisch mit eben jenem Siegel besonders hervorgehoben.

Auch hier taucht Stiftungsvorstand Müller aber wieder auf – er ist Aufsichtsrat der TruDent AG. Eben jener Müller, der bis 2007 als Geschäftsführer der GGMA indirekt für TruDent-Hauptgesellschafter Jäkel tätig war. Seit 2012 ist Müller nicht nur Aufsichtsratsmitglied, sondern mit einem Anteil von 10% auch Aktionär der TruDent AG. Neben Müller ist ein weiteres Aufsichtsratsmitglied der TruDent AG mit der Stiftung Gesundheit eng verbunden: Prof. Dr. Peter Oberender. Er ist der Vorsitzende des Kuratoriums der Stiftung Gesundheit.

Ein technischer Zulieferer – zu großen Teilen im Besitz von Peter Müller

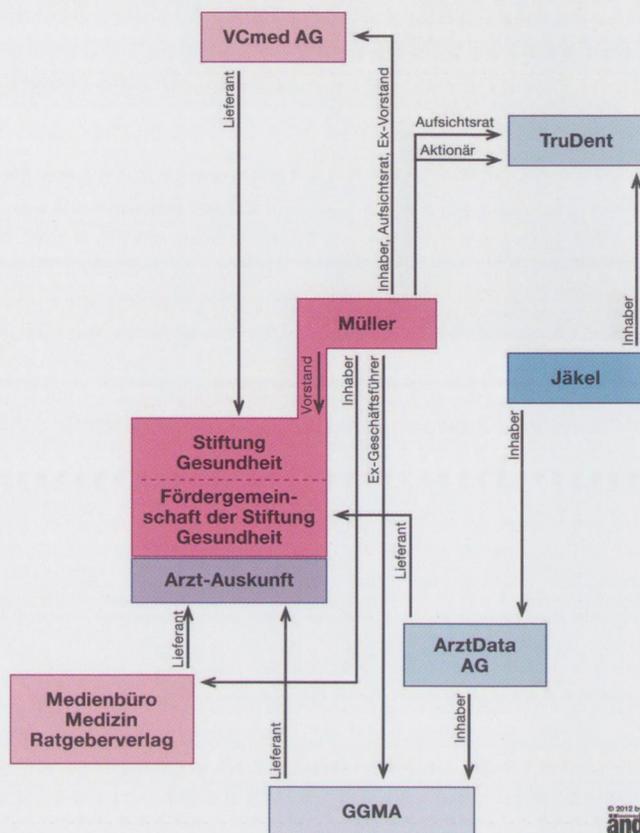
Noch eine weitere Firma gehört zu Müllers Netzwerk – die VCmed AG in der Hamburger Behringstr. 28a. Sie ist auf der Homepage der Stiftung als technischer Dienstleister aufgeführt. Eigentümer der VCmed AG ist mit 30 Prozent Stiftungsvorstand Peter Müller und mit 70 Prozent das Medienbüro Medizin, das wiederum Müller gehört, fördert ein Blick ins Handelsregister zu Tage. Müller war von 2001 bis 2011 auch Vorstand dieses Unternehmens und sitzt heute im Aufsichtsrat.

Peter Müller bestätigte auf Anfrage des änd, dass er Gründer und Eigentümer des Medienbüros und Aktionär der VCmed AG ist. Die Frage, ob er persönlich von den Aufträgen profitiere, die die Stiftung an das Medienbüro und die VCmed AG vergebte, verneinte er. Er beziehe auch kein Gehalt von der Stiftung Gesundheit, beteuerte er. Vielmehr erhalte er als sogenannter fester Freier Journalist nur von der Fördergemeinschaft der Stiftung Gesundheit ein festgesetztes Honorar.

Die Stiftung Gesundheit sei aufgrund des schmalen Stiftungskapitals schon aus haftungsrechtlichen Gründen gar nicht in der Lage, Personal anzustellen, erklärte Müller. Die Personen, die bei der Stiftung Gesundheit arbeiteten, seien alle bei der Fördergemeinschaft angestellt.

Die Fördergemeinschaft der Stiftung Gesundheit führt als eingetragener Verein ih-

Netzwerk der Stiftung Gesundheit



re Geschäfte und hat ihren Sitz in Kiel. Vorsitzende ist, wie schon erwähnt, Dr. Jessica Hinteregger-Männel, die auch für Müllers Medienbüro Medizin arbeitet. Ärzte, die sich bei der Arztauskunft den Eintrag einer Praxisbesonderheit kaufen, gehen dabei nur mit der Fördergemeinschaft ein Vertragsverhältnis ein, nicht mit der Stiftung selbst – es ist im Kleingedruckten auf dem Auftragsformular vermerkt.

Trotz aller Recherchen bleibt eines im Dunkeln: Wer genau hinter der Stiftung steckt. Bei einem Gespräch mit dem änd im Oktober 2011 berichtete Müller, dass die Stiftung Gesundheit von einer Handvoll Männern gegründet worden sei, die sich abends beim Bier Gedanken über das Wohl des deutschen Gesundheitssystems machten. Wer diese Leute waren, verriet Müller aber nicht. In seinem Eintrag zur Stiftung Gesundheit schreibt das Online-Lexikon Wikipedia: "Der anonyme Stifter war ein niedergelassener Arzt aus Norddeutschland". Stellt sich die Frage: Wie wahrscheinlich ist es, dass hier auf einmal komplett neue Namen auftauchen?

Wir danken dem Zahnärztenachrichtendienst www.zaend für die Nachdruckerlaubnis. Weitere Infos zu personellen Verflechtungen zwischen der Stiftung und ihren Dienstleistern unter www.daz-web.de



Stiften gehen ... oder wie lässt sich Nachfrage steuern Eine kritische Betrachtung zur „Hygiene-Studie“ der „Stiftung Gesundheit“

von Dr. Michael Loewener, Wedemark

In diesem „Forum“ beschäftigen sich zwei Beiträge mit der Stiftung Gesundheit, wobei beide Autoren zu ähnlichen Einschätzungen gelangen. Im Fokus von Dr. Loeweners Ausführungen steht ein fragwürdiges Beispiel

der publizistischen Aktivitäten des Stiftungsgebildes – ein Beispiel mit Relevanz für niedergelassene Ärzte und Zahnärzte.

Stiftungen sind selbstlos, dienen den Armen und Hilfsbedürftigen und nicht dem eigenen Gewinnstreben und der eigenen Profitmaximierung der Stifter. So jedenfalls ist die allgemeine Einschätzung. Einst hatten mildtätige Überlegungen die Einrichtungen sozialer Stiftungen wie Hospitäler, Waisenhäuser und andere gemeinnützige Einrichtungen zur Folge. So wirkt beispielsweise die im Mittelalter gegründete „Fuggerei“ mit ihren Sozialsiedlungen bis heute fort, ebenso die Stiftung „Bürgerspital zum Heiligen Geist“ in Würzburg aus dem Jahr 1316. Heute müssen wir uns damit abfinden, dass Stiftungen zunehmend aus Gründen der Steuergestaltung etabliert werden; denn gemeinnützige, mildtätige oder kirchliche Stiftungen sind von den meisten Steuern befreit. Die komplexen Rechtsformen sind nur noch von Fachleuten zu durchschauen. Reine Selbstlosigkeit – das war einmal, und seit Großunternehmen wie Lidl und Bertelsmann „stiften gegangen“ sind, scheint sich der Trend zu verfestigen. Zudem erhält der eigentliche Beweggrund zur Einrichtung einer Stiftung durch den Nimbus der Gemeinnützigkeit in der Außenwirkung einen positiven Anstrich. Zweifel an der Gemeinnützigkeit bleiben oftmals erlaubt. Die Attraktivität wird dadurch verstärkt, dass sich die meisten Stiftungsbehörden mit einem Ausstattungskapital von mindestens 25.000,- Euro begnügen. So kann es nicht wundern, dass seit 2001 in Deutschland weitere 817 Stiftungen zu den rund 19.000 bestehenden hinzugekommen sind.

Die „Stiftung Gesundheit“

Obwohl die „Stiftung Gesundheit“, ebenso wie die „Bertelsmann-Stiftung“ (s. auch <http://tinyurl.com/7e8vk99>), mit geschmeidiger Wortakrobatik versucht, eine Gemeinnützigkeit zu konstruieren, bleiben die wahren Hintergründe – um es vorsichtig auszudrücken – umstritten. So sieht die „Stiftung Gesundheit“, die keine Mitglieder aufweist, ihre satzungsgemäßen Aufgaben als „zertifizierter Ratgeber“ darin, „*Transparenz im Gesundheitswesen zu fördern und praktische Orientierungshilfe einem möglichst breiten Publikum zu bieten*“, und dies insbesondere durch „*Aufbau und Führung eines Ärztereisters, die Arzt-Auskunft*“ – eine umfangreiche Datenbank, die 1997 „*von der Stiftung ins Leben gerufen*“ wurde. Einen weiteren Wirkungsbereich sieht die Stiftung im Service des „*Medizinrechts-Beratungsnetzes*“, das zumindest ein kostenloses anwaltliches Orientierungsgespräch in Sachen Medizinrecht verspricht. Der „*jährliche Deutsche Medizinrechtstag*“ wird von der „Stiftung Gesundheit“ gemeinsam mit „*Medizinrechtsanwälte e. V.*“ veranstaltet. Insofern wäre zusammenfassend die Frage berechtigt, ob nicht jede Werbeagentur bereits als gemeinnützig gelten kann.

„30 % der befragten Mediziner bezeichnen das Hygiene-Niveau in der eigenen Praxis als schlecht oder mittelmäßig.“ – Studie auf wackligen Beinen

Nun macht die 1996 gegründete und rechtsfähige Stiftung bürgerlichen Rechts „Stiftung Gesundheit“ mit der „Studie“ zum Thema „Qualitätsmanagement, Patientensicherheit und Hygiene in der ärztlichen Praxis 2012“ (<http://tinyurl.com/d8mz8ej>) von sich reden und kommt dabei nach Auswertung von bundesweit (!) 290 Online-Befragungen unterschiedlichster Zahnarztgruppen bei einer Antwortquote von nur 3,04 % zu einem vernichtenden Ergebnis in Sachen Hygiene. Demnach beurteilen rund 30 % der befragten Mediziner das Hygiene-Niveau in der eigenen Praxis als schlecht oder mittelmäßig. Wörtlich, und nicht ohne Selbstüberhöhung, heißt es dazu: „*Hier hat das Vertrauen in die Marke „Stiftung Gesundheit“ zu einer erstaunlichen Offenheit in der Selbsteinschätzung geführt: So bescheinigten sich mehr als fünf Prozent der Responder selbst ein schlechtes, weitere 24,4 Prozent ein nur mittelmäßiges Hygiene-Niveau. Ähnliche Werte zeigten sich bei der Hände-Desinfektion. Grundsätzlich ist Hygiene für immerhin ein Viertel der ambulanten Praxen von wesentlicher Bedeutung, ein weiteres Drittel hat zumindest gelegentlich damit zu tun.*“

Dass ein solches Ergebnis nicht realitätskonform ist, sondern der Art der Fragestellung und dem Freiheitsgrad bei der Interpretation der Antworten geschuldet ist, ist nahe liegend. So ist es weniger die Tiefe der statistisch auf tönernen Füßen wackelnden Veröffentlichung, sondern die Botschaft, die wieder einen ganzen Berufsstand durch eine nicht-repräsentative „Studie“ in eine Art Rechtfertigungssituation bringen soll. Warum, so muss man sich fragen, lässt die „Stiftung Gesundheit“ eine von ihrem Ableger „GGMA Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse mbH“ durchgeführte „Studie“ heraus, vor deren Laienhaftigkeit offenbar auch die Presse zurückschreckt. Zur Laienhaftigkeit kommt allerdings noch Durchsichtigkeit, wenn man erfährt, dass die Firma „Becton Dickinson GmbH, Heidelberg“, die „Studie“ durch „eine Zuwendung“ unterstützt hat. Die Firma (Becton, Dickinson and Company) ist ein weltweit tätiges Medizintechnik-Unternehmen, das sich u. a. mit der Diagnose von Infektionskrankheiten und der Herstellung von medizinischen Einmalartikeln und Geräten beschäftigt. „*Der Sponsor hatte keine Befugnisse hinsichtlich der Fragen, der Auswertung und der Publikationsentscheidung durch die Stiftung Gesundheit*“ lässt der Herausgeber wissen. Ein Schelm, wer (nicht) Böses dabei denkt.

Es drängt sich der Eindruck auf, dass ein angeblicher massiver Hygienemangel in den Praxen postuliert werden soll, um den Absatz entsprechender industrieller Hilfsmittel sowie praxisbegleitender Serviceleistungen zu forcieren. Klartext: Einsatz von mehr Desinfektionsmitteln, um Keime bis in die Kanalisation hinein zu verfolgen, und Aufwertung von Service-Gesellschaften, die wiederkehrende, zusätzliche und zum Teil realitätsferne Dienstleistungen auf dem Hygiene-sektor anbieten. Gegenwärtig haben Industrie und Dienstleister die Trinkwasserversorgung in zahnärztlichen Praxen als potentielle Infektionsquelle ausgemacht und für sich als Umsatzgenerator entdeckt. Da kommt ein veröffentlichter und angeblicher Hygienemangel in den Praxen als flankierende Maßnahme gerade recht. Politische Lobbyarbeit in Brüssel und anderswo wird den Rest erledigen. Ganz nebenbei: Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz konnte anlässlich einer Veranstaltung des Wirtschaftsrats der CDU 2011 die Gastfreundschaft bei „Becton Dickinson GmbH, Heidelberg“ genießen.

Kommerzieller Hintergrund

Zurück zur „Stiftung Gesundheit“. Der kommerzielle Hintersinn erscheint erst nachgelagert in Form der diversen Beratungs-, Zertifizierungs- und Begutachtungs-Unternehmen. Während die „Stiftung“ den Umhang der Gemeinnützigkeit trägt, geben die Kooperationspartner ihre geschäftlichen Ansprüche deutlich zu erkennen. Besonders interessant sind dabei die personellen Verflechtungen der Unternehmen, die zumeist am Sitz der „Stiftung Gesundheit“ in der Behringstraße in Hamburg angesiedelt sind.

So, wie im Fall der Bertelsmann-Stiftung die persönlichen Verflechtungen der Stiftung mit der Familie Mohn bestehen, so nimmt bei der „Stiftung Gesundheit“ deren Vorstandsvorsitzender Dr. Peter Müller eine zentrale Stellung ein. Er ist zugleich, wie es auf der Homepage heißt, „Mitwirkender“ bei der „Fördergemeinschaft Stiftung Gesundheit“, die die Förderung der Tätigkeit der gemeinnützigen Stiftung Gesundheit durch Einwerbung von Stiftungsmitteln wie Geld- und Sachspenden, letztwilligen Verfügungen und dergleichen im Auge behält. Dr. Müller, der u. a. auf eine 25jährige Arbeit als Medizinjournalist verweist, ist gleichzeitig im Vorstand des „Medizin-Management-Verband e.V.“, einer „Vereinigung der Führungskräfte im Gesundheitswesen“ in der Parkallee in Hamburg, die u. a. mit „Hygiene in Klinik und Praxis“ und der „Patienten- und Ärztesprache von Industrie“ befasst ist.

Als weiteres Vorstandsmitglied bei „Stiftung Gesundheit“ fungiert Prof. Dr. Peter Oberender, der zugleich vertretungsberechtigter Gesellschafter bei Oberender & Partner ist, einem „Beratungspartner für medizinische Leistungserbringer wie Kliniken, sowie für die Industrie & Dienstleister im Gesundheitsumfeld, beispielsweise Pharmaunternehmen.“

In ständiger Zusammenarbeit mit der „Stiftung Gesundheit“ wird Prof. Dr. Dr. Obermann genannt, der für die „connectHealthcare“ tätig ist, die „zielgruppenspezifische Kommunikations-Strategie - maßgeschneidert für Ihr Unternehmen“ entwickelt. Gleichzeitig ist er wissenschaftlicher Leiter der „GGMA Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse mbH“ im Hamburg. Ein weiterer ständiger „Zusammenarbeiter“ ist Stefan Winter als Vorstand der VCmed AG, die als „Full-Service-Dienstleister“ Internetauftritte und Suchmaschinenoptimierung für Arztpraxen und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) konzipiert. Ebenso in der Behringstraße 28 firmieren die Partnerunternehmen „Medizin-SEO“ („damit Sie bei Google schneller gefunden werden“) und der „Medienbüro Medizin - Der Ratgeberverlag GmbH“.

Mit dieser Aufzählung soll es gut sein, bevor es den Leser langweilt oder ihm schwindelig wird. Ganz sicher sind alle Verflechtungen juristisch nicht zu beanstanden, allerdings wird allemal deutlich, dass sich im Hintergrund der gemeinnützigen „Stiftung Gesundheit“, die nur das Wohl von Ärzten, Patienten und der Gesellschaft im Auge zu haben vorgibt, allerlei geschäftliches Interesse tummelt, und zwar unter demselben Dach. Und unter diesem Gesichtspunkt ist wohl auch die „Studie“ einzuordnen, auf die inhaltlich einzugehen sich verbietet.

Und zum Schluss noch eine erfreuliche Nachricht: Es gibt auch Stiftungen, bei denen man absolut sicher sein kann, dass sie ohne geschäftlichen Hintersinn geführt werden und ausschließlich der Wohlfahrt von in Not geratenen Menschen dienen. Zu ihnen gehört allemal das Hilfswerk Deutscher Zahnärzte (HDZ).

Die endodontische Infektion betrifft den gesamten Zahn und sein parodontales Umfeld

Anmerkungen von Dr. Dr. Rüdiger Osswald, München, zum Beitrag von Dr. Paul Schmitt, Frankfurt, über „Endodontische Therapie in Ramifikationen“ in „Forum“ 110 (S. 06-10)

Lieber Herr Kollege Schmitt,

es ist verdienstvoll, dass Sie das unübersehbare Dilemma der aktuellen endodontischen Lehrmeinung – jeder macht es anders, aber keiner so erfolgreich, wie man es mit Blick auf das zu lösende Problem erwarten dürfte – bei der Behandlung der bakteriellen Endodontitis detailliert zusammenfassen und die in nahezu allen Bereichen fehlende wissenschaftliche Evidenz nachvollziehbar beklagen.

Ein ganzes Jahrhundert nach Beschreibung von Ätiologie und Pathogenese dieser einfachen bakteriellen Infektionskrankheit in einem vollständig beschriebenen anatomischen Umfeld stellen Sie darüber hinaus (sinngemäß) die berechtigte Frage, was die zahnmedizinische Hochschule denn in dieser Zeit wohl Wichtigeres zu tun hatte, als über erfolgreiche Zahnerhaltung auch in etwas schwierigeren Fällen zu forschen und voraussagbar erfolgreich, von allen Zahnärzten praktizierbare Lösungen zu präsentieren. Völlig richtig ist sicher auch, dass Sie den durch die weitgehende Fixierung auf die Hauptkanäle eingegengten Blickwinkel der Endodontologen auf die zahllosen Neben-, Seiten- und Blindkanälchen erweitern.

Nichtsdestotrotz springen Sie in meinen Augen nicht weit genug, weshalb Sie zwangsläufig nicht in allen Bereichen zu richtigen Schlussfolgerungen gelangen.

Denn indem Sie auf die Infektion der Nebenkanälchen fokussieren, schließen Sie immer noch ca. 50% des endodontischen Hohlraumsystems von Ihrer Betrachtung aus. Neben den Kanälen und Kanälchen besteht das anatomische Umfeld, in dem die Infektion abläuft, auch aus den Tubuli, die, wie Walkhoff schon vor bald 100 Jahren histologisch nachgewiesen hat, „Autobahnen darstellen, auf denen die Bakterien in Viererkolonnen aufmarschieren“. Und noch einen weiteren Bereich lassen Sie außer Acht: Nicht nur die Tubuli sind bei fortgeschrittener Erkrankung regelmäßig bakteriell infiziert, sondern immer auch der Parodontalspalt, der angrenzende Knochen und das Granulom, wie nicht nur die zahlreichen alten (Walkhoff, Engel, Schlesinger, Dieck, Wirth, Friedman), sondern auch die wenigen neuen histologischen Studien (Nair, Lin, Ricucci) belegen. Vor diesem Hintergrund kann man die Ergebnisse aller nicht-histologischen Studien, die sich gezwungenermaßen auf die Betrachtung der bakteriellen Last in den Hauptkanälen beschränken, schlicht und einfach vergessen.

Wenn man das gesamte endodontische Hohlraumssystem in die Therapie einbezieht, ergeben sich bezüglich der chemischen Reinigung durch Gewebsauflösung und bezüglich der Desinfektion und der Obturation ganz andere Fragen und Antworten. Die unabhängige und möglichst vollständige Desinfektion betreffend, lauten die drei Hauptfragen:

- Ist das zur Anwendung gebrachte Desinfektionsmittel in der Lage, die ätiologisch verantwortlichen Keime abzutöten?
- Ist das angewandte Desinfizienz in der Lage, alle anatomischen Bereiche, die potentiell infiziert sind, vollständig zu penetrieren?
- Darf das Mittel in allen potentiell infizierten anatomischen Bereichen angewendet werden?

Für NaOCl muss man jede dieser Fragen mit „nein“ beantworten. Hypochlorid tötet selbst in vitro die verantwortlichen Bakterien nicht einmal in den Haupt- und Nebenkämlchen zuverlässig ab (Nair). Es ist auch nicht in der Lage, die Nebenkämlchen und die Tubuli zu penetrieren (Hope). Es kommt also gar nicht dorthin, wo es hin müsste, um in den für die Desinfektion unabdingbaren direkten Kontakt mit den Bakterien zu gelangen. Von allen kurzzeitig – wobei auch 3 Stunden pro Molar lediglich kurzzeitig sind – zur Anwendung gebrachten Desinfektionsmitteln löst NaOCl ohne jede Frage abgestorbenes Gewebe zwar nicht vollständig, aber doch am nachhaltigsten auf, wobei es keinerlei Evidenz dafür gibt, dass die Aktivierung mit Ultraschall die Wirksamkeit verbessert (Haapasalo). Abgesehen davon, dass histologische Studien belegen, dass eine vollständige Befreiung des Hohlraumsystems von infiziertem organischem Gewebe durch seine Auflösung völlig illusorisch ist, trifft das aber auch und besonders auf lebendes Gewebe zu (Hülsmann). In der Folge ist die Anwendung konzentrierter Lösungen außerhalb des Hohlraumsystems (Peridontalraum, Granulom) aufgrund möglicher schwerer und teilweise sogar lebensbedrohlicher Nebenwirkungen kontraindiziert. Die Beschreibung dieser Kontraindikation stammt übrigens, anders als von Ihnen angegeben, nicht von mir, sondern vom Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). In der Folge sollte man auf die Anwendung von Hypochlorid tunlichst verzichten, wenn man im Fall der Fälle die Frage eines Richters vermeiden möchte, wie man denn vorher sichergestellt hat, dass das Foramen apicale geschlossen war.

Für CHX, auf das man nach erfolgreichen In-vitro-Studien (Gomes) große Hoffnungen gesetzt hatte, das diese jedoch in allen In-vivo-Studien leider nachhaltig enttäuscht hat (Russel, Haapasalo, Portenier),

gilt genau dasselbe wie für Ca(OH)₂. Beide können zwar auch außerhalb des Hohlraumsystems gefahrlos zur Anwendung gebracht werden, sind jedoch weder in der Lage, die endodontischen Problemkeime zuverlässig abzutöten, noch die Nebenkämlchen und Tubuli zu penetrieren. Über die Maßen erstaunlich ist in der aktuellen Lehrmeinung hierzu die nachgerade dogmatische Beschreibung von Ca(OH)₂ als Mittel der Wahl für die Langzeitdesinfektion. Denn wenn in der Endodontologie überhaupt etwas mit ausreichender wissenschaftlicher Evidenz nachgewiesen ist, dann ist es die Tatsache, dass endodontische Problemkeime gegen Ca(OH)₂ vollständig resistent sind (Sathorn).

Ganz anders sieht es für ChKM aus, für das die drei entscheidenden Fragen mit einem eindeutigen „ja“ beantwortet werden können. Denn zum einen ist bisher kein einziges Bakterium beschrieben, das gegen seine Anwendung resistent ist. Ganz im Gegenteil werden vielmehr alle Problemkeime zuverlässig abgetötet, weshalb kampferisiertes Parachlorphenol auch als Referenzpräparat bei der Testung der Wirksamkeit von anderen Desinfektionsmitteln dient. Darüber hinaus hat es aufgrund fehlender Nebenwirkungen vom BfArM eine explizite Zulassung zur Desinfektion des Granuloms, also zur unerlässlichen Anwendung außerhalb des Hohlraumsystems, erhalten. Noch dazu ist es in der Lage, die Nebenkämlchen und die Tubuli vollständig zu penetrieren. So ist es nach 24 Stunden auf der Wurzeloberfläche nachweisbar (Chang). Eine Studie mit radioaktiv markiertem Chlor belegt, dass das Dentin durch die wässrige Parachlorphenollösung, die bei der Aufspaltung von ChKM durch entzündliches Sekret entsteht, bis zur Dentin-Zement-Grenze (also vollständig) penetriert wird (Avny). Zudem schlagen sich Kampfer und Menthol, die ebenfalls potente Desinfektionsmittel sind, in feiner kristalliner Form im gesamten Hohlraumssystem nieder und bilden ein desinfektorisches Langzeitdepot (Walkhoff).

Die Obturation betreffend schreiben Sie ja selbst, dass es auch mit viel Druck nur gelegentlich gelingt, einen (größeren!) Nebenkämlchen vollständig abzufüllen. Diejenigen, die zur überfälligen Verbesserung der Erfolgsraten auf den dichten Verschluss der zahllosen kleinen Neben-, Seiten- und Verbindungskämlchen setzen, sind folglich schlecht beraten. Nichtsdestotrotz kommt dem Sealer eine wichtige Bedeutung zu: Wir können nur

desinfizieren. Und Desinfektion bedeutet im Gegensatz zur Sterilisation lediglich die Herstellung von Keimarmut, nicht jedoch von Keimfreiheit. Es wird also immer Bakterien geben, die überleben, welchem Desinfektionsprotokoll auch immer gefolgt wird. Entscheidend ist allein die Zahl der überlebenden Keime. Dies ist einer der Hauptsätze der Infektiologie. Um die Ausbreitung und Vermehrung dieser Bakterien zu verhindern, muss der Sealer daher per Definition ein lang anhaltend wirksames Desinfektionsmittel enthalten. Allein aus diesem Grund verwende ich Endomethasone N, das mit Dijodithymol einen Wirkstoff enthält, der beispielsweise ausgezeichnet wirksam gegen *E. faecalis* ist. Ich verwende es also nicht, wie Sie irrtümlich annehmen, weil es auch noch Cortison enthält. Das bisschen Cortison dürfte allerdings sicherlich nicht schaden, zumal ein leichtes Überpressen, das nicht immer zu vermeiden ist, wenn man mechanisch Zugang zu allen infizierten Bereichen schafft, so keine Beschwerden verursacht.

Da also mit Blick auf die Tubuli die vollständige Befreiung des endodontischen Hohlraumsystems von infiziertem organischem Gewebe ohne jeden Zweifel und in sehr weiten Bereichen völlig unmöglich ist, bleibt als Behandlungsoption nur die möglichst vollständige Desinfektion und die sich anschließende Verhinderung der Reinfektion, die Sie in Ihrem Aufsatz als „Imprägnierung“ bezeichnen. Dafür ist ChKM nach Walkhoff – kein anderes Desinfizienz erfüllt alle Anforderungen – das beste zurzeit verfügbare Agens. Das Einzige, was man gegen seine Anwendung vorbringen kann, ist, dass es nicht besonders gut riecht und schmeckt. Das ist ärztlicherseits aber natürlich das schlechteste Argument von allen.

Ich verwende seit einiger Zeit für die Probe-WF übrigens nicht mehr Ca(OH)₂, sondern die Jodoformpaste nach Walkhoff. Jod ist ja auch ein potentes Desinfektionsmittel. Ich habe den Eindruck, dass die röntgenologischen Aufhellungen deutlich schneller abheilen. So ist eine eindeutige Ausheilungstendenz schon nach ca. drei Monaten bei der röntgenologischen Kontrolle nach der Obturation festzustellen – und nicht erst nach ca. 6 Monaten wie bei der Anwendung von Ca(OH)₂.

Herzliche Grüße

Rüdiger Osswald
www.tarzahn.de

Ein völlig neuer Therapieansatz zur Lösung der Problematik des Knochenabbaus bei einer Parodontitis

von Dr. Ronald Möbius

Einleitung und Problemdarstellung

Seit Jahren sind das Biofilmmangement, die professionelle Zahnreinigung und die ständigen Bemühungen zur Motivation einer effektiveren häuslichen Mundpflege im stetigen Aufwärtstrend. Getragen von der Aus- und Weiterbildung, der Fachpresse, der Forschung, der Entwicklung und der Industrie haben wir ständig bessere Grundlagen, Möglichkeiten und technische Voraussetzungen, in der Zahnreinigung und im Biofilmmangement wirksam zu werden. Die Motivation und Aufklärung der Patienten hat heute einen nie gekannten Höchststand erreicht. Dass dieser Trend Früchte trägt, zeigt die aktuelle Statistik der Bundeszahnärztekammer in Bezug auf Kariesrückgang. Die Bereitschaft der Patienten, mehr Geld für Mundpflegeartikel und professionelle Zahnreinigung auszugeben, steigt kontinuierlich Jahr für Jahr. Im Kariesrückgang konnten beachtliche Erfolge erreicht werden.

Oberhalb des 30. Lebensjahres sind Parodontalerkrankungen die Hauptursache für den Zahnverlust. Was haben wir hier in den Jahren erreichen können? Der Vergleich der großen Studien DMS III (1997) und DMS IV (2005) zeigt in **Abbildung 1** eine Zunahme des Attachmentverlustes von 3,4 mm zu 4,1 mm und in **Abbildung 2** eine Zunahme des Papillenblutungsindex von 0,9 zu 2,1 und eine Verschlechterung des CPI von 2,2 zu 2,8.

In den großen IDZ Studien Reich (1993), Glockmann und Köhler (1998) und Glock-

mann (2007) wurden die Ursachen für Zahnverlust analysiert (**Abbildung 3**). Auch der Vergleich dieser Studien zeigt einen deutlichen Trend zur Zahnerhaltung, außer bei den Parodontalerkrankungen.

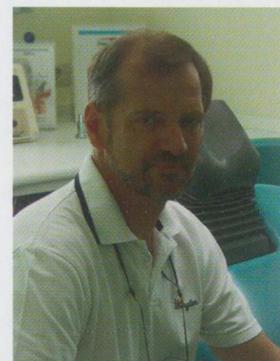
Seit 1993 haben wir eine ständige Zunahme des Zahnverlustes aus parodontologischer Ursache. Die Autoren der DMS Studie Michaelis und Schiffner kamen 2006 in Auswertung dieser Studien zu den Schlussfolgerungen:

- es besteht eine sehr junge Prävalenz völlig entzündungsfreier Gebisse
- ¾ aller Probanden haben eine höhere Parodontitisprävalenz
- Die Maßnahmen der Parodontitisprophylaxe greifen nicht
- Der Schweregrad der parodontalen Destruktion nimmt zu

Der neue Therapieansatz

Bakterien machen keinen Knochenabbau. Knochenabbau entsteht durch körpereigene Prozesse. Entzündungen und Knochenabbau sind unterschiedliche Prozesse und bedürfen unterschiedlicher Therapien. Alle bekannten parodontalen Therapievarianten verringern die Virulenz der Keime und dadurch das parodontale Entzündungsgeschehen. Bei einem parodontalen Risikopatienten ist das Boneremodelling zu Ungunsten des Knochenaufbaues verschoben, es nutzt folglich wenig, nur die Virulenz der Keime zu reduzieren. Bei diesen Patienten muss zur lebenslangen Zahnerhaltung direkt eine

Therapie des Boneremodelling erfolgen.



In **Abbildung 4** ist das Problem schematisch dargestellt. Plaque, pathogene Mikroorganismen führen zu einer entzündlichen Wirtsantwort, und diese wiederum hat Einfluss auf die Mikroorganismen und den gesamten Biofilm. Alle uns bekannten parodontalen Therapievarianten greifen an dieser Stelle in den Prozess ein. Mit den bisher bekannten Therapievarianten haben wir keinen Einfluss auf genetische und nicht genetische Faktoren. Für einen parodontalen Risikopatienten, der seine individuelle Ursache im Ungleichgewicht seines Boneremodelling in einem genetischen oder nicht genetischen Faktor hat, ist selbst mit völlig entzündungsfreier Situation das Boneremodelling nicht wesentlich zu beeinflussen.

Therapie

Die komplette Entfernung des Biofilms ist nicht möglich und nicht sinnvoll, der Biofilm ist nur zu managen (Bachmann 2005). Bakterien sind ein Auslöser, nicht die Ursache der Parodontitis. Unser Wissen auf diesem Gebiet ist enorm gestiegen. Aber der effektive Nutzen für unsere parodontal erkrankten Patienten entspricht immer noch nicht unseren Erwartungen in der täglichen Arbeit. Die gesamte Forschung und Wissenschaft dreht sich um eine „gesunde Mundflora“. Wie gesund muss die

Vergleich der Daten von DMS III (1997) und DMS IV (2005)
anhand der Ergebnisse des Extent and Severity Index (ESI), des Attachmentverlustes (AV) und bei Erwachsenen (35-44 Jahre)

	DMS III	DMS IV
Mittelwert Extent > 2mm (%)	45,4	42,4
Mittelwert Severity (mm)	3,7	3,9
Mittlerer AV (mm)	4,8	4,8
AV > 6mm (%)	30,5	31,1
Perzentil (mm)	3,4	4,1

Abb. 1

Michaelis & Schiffner 2006

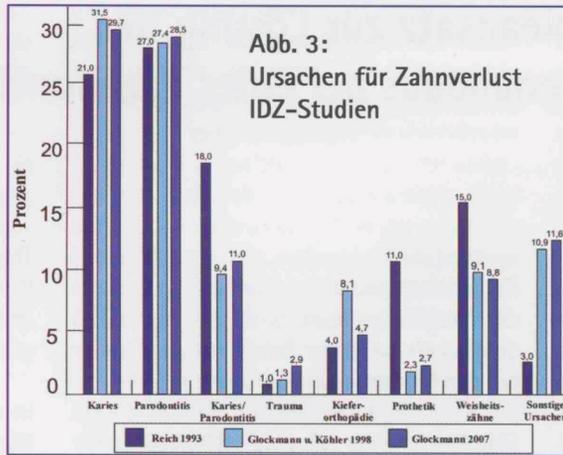
Vergleich der Daten von DMS III (1997) und DMS IV (2005)
anhand der Ergebnisse des Papillen - Blutungs - Index (PBI) und Community Periodontal Index (CPI) bei Erwachsenen (35-44 Jahre)

Abb. 2	PBI		CPI	
	DMS III %	DMS IV %	DMS III %	DMS IV %
Grad 0	21,9	7,4	15,1	0,5
Grad 1	13,1	28,4	10,2	11,8
Grad 2	21,9	30,1	28,5	14,4
Grad 3	29,1	19,7	32,2	52,7
Grad 4	13,9	14,4	14,1	20,5
Mittelwert	0,9	2,1	2,2	2,8

Michaelis & Schiffner 2006

Mundflora bei dem einzelnen Patienten sein, um keine parodontaldestruktive Wirtsreaktion auszulösen? Und selbst wenn diagnostische Marker zur Reduzierung bestimmter parodontalpathogener Keime raten, ist die therapeutische Konsequenz PZR, Taschenreinigung, verbesserte Mundpflege, Antiseptika, Antibiotika. Die Forschung und Wissenschaft bemüht sich, über die qualitativ und quantitativ veränderte Mundflora weniger Wirtsreaktionen auszulösen. Indirekt durch verminderte parodontal immunologische Reaktionen wird der Destruktionsprozess verlangsamt. Aber in der parodontalen Risikogruppe wird es dennoch zum Zahnverlust kommen. Die immunologischen Abläufe, die zum Knochenabbau führen, sind genetisch determiniert, aber beeinflussbar. Das erklärt, warum wir Patienten mit parodontalpathogenen Keimen ohne wesentliche Parodontitiszeichen kennen, und warum Patienten, trotz effektiver Zahnpflege und professioneller Unterstützung, mit weiterem Knochenabbau, Zahnlockerung und Zahnverlust rechnen müssen.

Wie in Abbildung 5 zu sehen, ist das Herausfiltern der entsprechenden Risikopatienten von entscheidender Bedeutung. Patienten ohne parodontales Risiko sprechen sehr gut auf die bekannten Therapiemöglichkeiten an. Da wir in der Regel keine Restitutio ad integrum sondern lediglich eine Defektheilung erreichen und da sehr oft selbst nach erfolgreicher Motivation der Patient in sein altes Verhaltensmuster zurückgeht, ist ein individuelles Recall genauso wichtig wie die eigentliche Therapie. Bei konsequenter Durchführung ist die Prognose hier sehr gut. Bei parodontalen Risikopatienten bleibt ohne direkte Therapie des Boneremodelling für die Zähne die Prognose infaust. Bei diesen Patienten reichen die bislang praktizierten



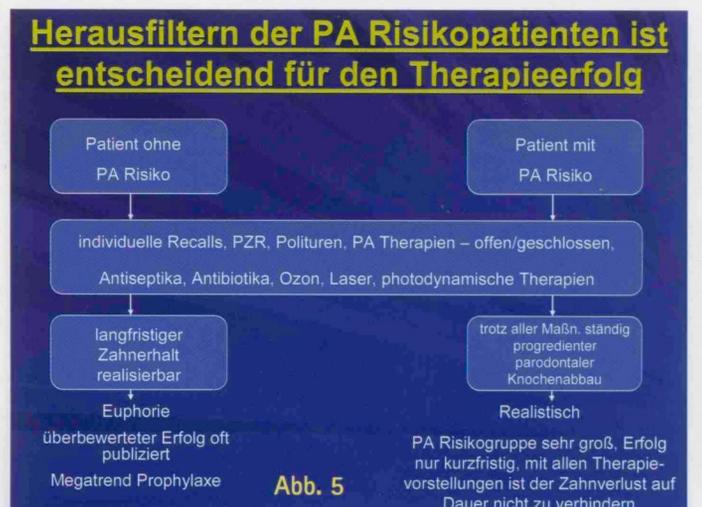
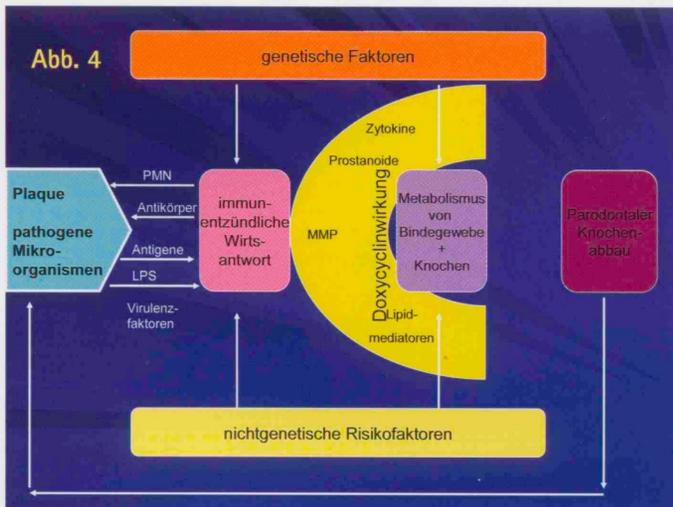
parodontalen Therapien nicht aus, um eine lebenslange Zahnerhaltung zu erreichen, weil alle bislang praktizierten Therapievarianten über eine Verringerung der Virulenz der Keime, über eine Entzündungsreduktion das erkrankte Parodontium therapieren. Beim parodontalen Risikopatienten ist aber die immunentzündliche Wirtsantwort nicht die einzige Ursache für die Verschiebung im Boneremodelling. Selbst wenn der Patient parodontal entzündungsfrei ist, wird sich das Boneremodelling nicht von alleine normalisieren. Für den parodontalen Risikopatienten ist das Biofilmmangement inklusive Therapie der Entzündungen der erste Teil der Behandlung. Nachfolgend ist unbedingt die Therapie des Boneremodelling erforderlich.

Direkte Therapie des Boneremodelling

Wir benötigen einen direkten therapeutischen Eingriff in das parodontale Boneremodelling. Während direkte MMP-Inhibitoren und Probiotics zurzeit erforscht werden, steht uns lokales Doxycyclin zur Anwendung zur Verfügung. Tetracycline hemmen reversibel den parodontalen Knochenabbau und greifen so direkt in den Knochenumbauprozess ein, wobei das Doxycyclin

lin das wirksamste Tetracyclin ist. Bei allen anderen Tetracyclinen steht die antibiotische Wirkung im Vordergrund. Doxycyclin reduziert in-vivo wie auch in-vitro die Aktivität der kollagenolytischen Enzyme um mehr als 70%, unabhängig von der antimikrobiellen Effektivität (Golub et al. 1985b), und ist so für die direkte Therapie des aus dem Gleichgewicht geratenen Boneremodellingprozesses besonders geeignet. Doxycyclin hat pharmakokinetisch eine Plasmahalbwertszeit von 18 bis 22 Stunden, und somit die längste Halbwertszeit der Tetracycline. Doxycyclin wirkt bakteriostatisch, vermehrungshemmend. Die Wirkung ist reversibel und in die Immunabwehr eingreifend. Aufgrund der hohen Lipophilie penetriert Doxycyclin in das parodontale Gewebe sehr gut und wird außerdem aktiv von Wirtszellen aufgenommen. Doxycyclin hat eine sehr hohe Affinität zum Bindegewebe. Vor allem in der lokalen Anwendung stellt es das Mittel der Wahl dar (Puschmann 2003). Doxycyclin hat für uns in der Parodontologie zwei unterschiedliche Wirkungsrichtungen: Zum Einen ist Doxycyclin ein Breitbandantibiotikum, zum Anderen hat Doxycyclin die Fähigkeit, die Kollagenaseaktivität zu hemmen (Golub et al. 1985a, Weiner et al. 1979). In-vitro – wie auch bei In-vivo-Versuchen, konnte diese spezifische direkte Hemmung der Kollagenaseaktivität durch Tetracycline bewiesen werden (Sorsa et al. 1995, Weiner et al. 1979). Diese Eigenschaft haben nur die Tetracycline und keine anderen Antibiotika. Golub et al. (1985b) wiesen darauf hin, diese Eigenschaft der Tetracycline unbedingt in der Therapie von Parodontalerkrankungen zu nutzen. Ratka-Krüger et al. (2005) zeigten in einer Multicenterstudie, dass 3 Monate nach einer 15% Doxycyclintherapie immer noch ein deutlicher Unterschied zur Placebogruppe besteht. Kim et al. (2004) konnten in einem klinischen Vergleich von zwei Doxycyclin

lin das wirksamste Tetracyclin ist. Bei allen anderen Tetracyclinen steht die antibiotische Wirkung im Vordergrund. Doxycyclin reduziert in-vivo wie auch in-vitro die Aktivität der kollagenolytischen Enzyme um mehr als 70%, unabhängig von der antimikrobiellen Effektivität (Golub et al. 1985b), und ist so für die direkte Therapie des aus dem Gleichgewicht geratenen Boneremodellingprozesses besonders geeignet. Doxycyclin hat pharmakokinetisch eine Plasmahalbwertszeit von 18 bis 22 Stunden, und somit die längste Halbwertszeit der Tetracycline. Doxycyclin wirkt bakteriostatisch, vermehrungshemmend. Die Wirkung ist reversibel und in die Immunabwehr eingreifend. Aufgrund der hohen Lipophilie penetriert Doxycyclin in das parodontale Gewebe sehr gut und wird außerdem aktiv von Wirtszellen aufgenommen. Doxycyclin hat eine sehr hohe Affinität zum Bindegewebe. Vor allem in der lokalen Anwendung stellt es das Mittel der Wahl dar (Puschmann 2003). Doxycyclin hat für uns in der Parodontologie zwei unterschiedliche Wirkungsrichtungen: Zum Einen ist Doxycyclin ein Breitbandantibiotikum, zum Anderen hat Doxycyclin die Fähigkeit, die Kollagenaseaktivität zu hemmen (Golub et al. 1985a, Weiner et al. 1979). In-vitro – wie auch bei In-vivo-Versuchen, konnte diese spezifische direkte Hemmung der Kollagenaseaktivität durch Tetracycline bewiesen werden (Sorsa et al. 1995, Weiner et al. 1979). Diese Eigenschaft haben nur die Tetracycline und keine anderen Antibiotika. Golub et al. (1985b) wiesen darauf hin, diese Eigenschaft der Tetracycline unbedingt in der Therapie von Parodontalerkrankungen zu nutzen. Ratka-Krüger et al. (2005) zeigten in einer Multicenterstudie, dass 3 Monate nach einer 15% Doxycyclintherapie immer noch ein deutlicher Unterschied zur Placebogruppe besteht. Kim et al. (2004) konnten in einem klinischen Vergleich von zwei Doxycyclin



lin-Gels feststellen, dass selbst nach Konzentrationsabfall von anfänglichen 1.400 auf 200 µg/ml der antibiotische Effekt vorhanden ist. Doxycyclin hat in der Parodontaltherapie Vorteile in der Anwendung. Es hat eine besondere Affinität zur Gingivalflüssigkeit und erreicht hier eine sehr hohe Konzentration (Gordon et al. 1981, Pallenstein-Heldermann 1984). Doxycyclin ist ein Breitbandantibiotikum. Im Gegensatz zu anderen parodontal eingesetzten Antibiotika, wie z.B. Metronidazol mit einem sehr engen Wirkungsspektrum (Köhler et al. 2001). Kommt es zu einer Parodontitis, dann proliferieren die gramnegativen Keime (Newmann & Socransky 1977). Die von den gramnegativen Keimen stammenden Endotoxine stimulieren die Kollagenaseaktivität der Fibroblasten und der Makrophagen, indem sie Proteasen erzeugen, die latente Formen von Säugetierkollagenasen aktivieren. Da mit einer Verringerung der gramnegativen Keime an der gesamten Mikroflora auch eine Abnahme der Endotoxinkonzentration verbunden ist, kann die antimikrobielle Wirksamkeit der Tetracycline als ein Mechanismus bei der Hemmung der Kollagenaseaktivität angesehen werden (Sorsa et al. 1992, Sorsa et al. 1995).

Im Tierexperiment konnten Golub et al. (1983) zeigen, dass die kollagenolytische Aktivität auch unabhängig von der Endotoxinkonzentration in der Sulkusflüssigkeit durch Tetracyclinbehandlung reduziert wird. In einem Versuch mit Ratten, in denen die Kollagenolyse durch einen künstlich induzierten Diabetes mellitus ausgelöst wurde, konnte unter keimfreien Bedingungen die Aktivität der Kollagenase um zwei Drittel gesenkt werden. Ebenfalls im Tierexperiment konnten Golub et al. (1985a) zeigen, dass Tetracycline die Kollagenase-Aktivität der polymorphonuklearen Leukozyten inhibiert. Die antikollagenolytische Wirksamkeit der Tetracycline wird auf die Chelat-Wirkung dieser Antibiotika zurückgeführt. Kollagenase, wie auch andere kollagenolytische metall-neutrale Proteasen, sind kationabhängige Enzyme. Kalzium und Zink sind für die aktive Konformation und die hydrolytische Aktivität notwendig (McCartney & Tschesche 1981). Die Möglichkeit der Tetracycline, diese Metallionen reversibel zu binden, scheint die antikollagenolytische Wirkung zu erklären. Tatsächlich hebt ein Überschuss an Kalzium-Ionen den Antikollagenase-Effekt der Tetracycline vollständig wieder auf (Golub et al. 1985a, Golub et al. 1983, Golub et al. 1985b). Dieser Antikollagenase-Effekt der Tetracycline hat unterschiedliche nicht antimikrobielle Wirkmechanismen (Golub et al. 1998). Durch eine einmalige Doxycyclinapplikation erhöht sich auch die Anzahl der Osteoblasten. Bei einer

längeren Applikation von Doxycyclin ändert sich der Aktivierungsstand der Osteoblasten (Gomes & Fernandes 2006). Zetner & Stoian (2005) zeigten in ihren Tierversuchen eine beschleunigte Regeneration des Kieferknochens durch eine einmalige Doxycyclinapplikation in die Knochentaschen.

Eickholz et al. (2002) führten klinische Studien mit einem 15% Doxycyclin-Gel durch und kamen zu dem Resultat, dass mit diesem Doxycyclin-Gel auch tiefe Taschen erfolgreich behandelt werden können und die Indikation für die chirurgische Parodontaltherapie in Richtung tiefer Taschen verschoben werden kann. Der positive Begleiteffekt der parallelen Tetracyclintherapie, der sich in einem Stopp des weiteren Fortschreitens der Taschentiefen und des Alveolarknochens äußert, konnte von zahlreichen Autoren bestätigt werden. Genco et al. (1978), Lindhe et al. (1983) und Slots & Rosling (1983) kommen mit der Tetracyclinparalleltherapie zu dem Resultat der Verringerung der Taschentiefen. Pallenstein-Heldermann (1984) kam durch seine klinische Studie zu der Schlussfolgerung, dass eine chirurgische Methode zur Ausrottung der Bakterien, die bereits die Bindegewebschranke überschritten haben, denselben Effekt bringt, wie eine konventionelle Behandlung mit Tetracyclin-Paralleltherapie.

Nachsorge

Ein parodontaler Risikopatient wird immer erhöht anfällig bleiben und muss nach der Therapie in ein für ihn individuelles Recallsystem integriert werden. Eine einmal durchgeführte Therapie mit Tetracyclinen reduziert die kollagenolytische Aktivität bis zu 5 Wochen nach dem Abschluss der Tetracyclintherapie. Bei Doxycyclin hält dieser Effekt bis zu 2 Monate an. Bis zur vollständigen Aktivitätsanpassung der Kollagenasen vergeht bis zu ein Jahr (Golub et al. 1985b, Caton et al. 2001). In unseren Studien mit 1488 Patienten über 5 Jahre, veröffentlicht im Dental Barometer 3/2010, konnten wir zeigen, dass eine regelmäßige lokale Applikation von Doxycyclin nach erfolgtem Biofilmmangement in alle Taschen tiefer als 3 mm ausreichend ist, um auch bei parodontalen Risikopatienten Zahnverlust und Knochenabbau zu verhindern. Der maximal mögliche Recall-Abstand für den parodontalen Risikopatienten sollte 3 Monate nicht übersteigen.

Zusammenfassung

Bakterien machen keinen parodontalen Knochenabbau. Dieser entsteht durch körpereigene Prozesse. Ein parodontaler Risikopatient hat ein zu Ungunsten des Knochenaufbaues

verschobenes Gleichgewicht im Boneremodelling. In Folge dieses Ungleichgewichts kommt es ständig zu vermehrtem parodontalen Knochenabbau. Die Ursache liegt nicht nur in Biofilm, Mikroorganismen und Wirtsreaktion, sondern ist auch genetisch, nicht genetisch bedingt. Für den parodontalen Risikopatienten ist eine auf Biofilmmangement ausgerichtete Therapie unzureichend. Diese Patienten benötigen zusätzlich eine direkte Therapie des Boneremodelling mit lokalem Doxycyclin. Doxycyclin hat eine reversible knochenabbauhemmende Wirkung und bei wiederholter Gabe eine Knochenaufbau fördernde Wirkung. Bedingt durch die reversible Hemmung der Osteoklastenfunktion, werden die destruktiven Knochenabbauprozesse unterbrochen und die Parodontose schreitet nicht weiter fort. Diese Eigenschaft besteht losgelöst von der antimikrobiellen Wirksamkeit. Von allen Antibiotika dominieren die Tetracycline mit 66% Resistenzentwicklung. Dadurch wird die antibiotische Wirksamkeit sehr eingeschränkt. Die kollagenolytische Aktivität ist eine rein chemische Reaktion und völlig losgelöst von dieser Resistenzentwicklung.

Aufgrund dieser hohen Resistenzentwicklung zählen heute Tetracycline als Antibiotika der 2. Wahl. Im Fazit heißt dies für die Parodontaltherapie, sich nicht zu sehr auf die antibiotische Wirksamkeit von Doxycyclin zu verlassen. Es gibt in der Parodontologie sehr gute, klinisch erprobte Therapien zur Entzündungsreduktion. Dazu gehören alle Maßnahmen des Biofilmmagements und der verbesserten häuslichen Mundhygiene, Antiseptika, Laser, Ozon, photodynamische Therapien. Alle diese Maßnahmen reduzieren die gingivalen und parodontalen Entzündungen, haben aber keinen direkten Einfluss auf das Boneremodelling. Dafür wird zusätzlich das lokale Doxycyclin nach dem Biofilmmangement benötigt.

In unseren Studien konnten wir sehen, dass auch für den parodontalen Risikopatienten Zahnverlust und parodontaler Knochenabbau zu verhindern sind, wenn der Patient in ein individuelles Recall mit Biofilmmangement, Entzündungsreduktion und direkter Therapie des Boneremodelling integriert wurde.

Dr. Ronald Möbius MSc Parodontologie
Bergstr. 1c, 19412 Brüel, Tel. 038483/315-0,
Fax 038483/315-39, info@moebius-dental.de

• Dieser Beitrag wurde im NZB 04-2012 veröffentlicht. Die „Forum“-Redaktion dankt für die Nachdruckerlaubnis. • Weitere Informationen rund um Doxycyclin, einschließlich Therapie und Bezug einer lokalen Doxycyclinsalbe, können beim Autor erfragt werden. • Ein Literaturverzeichnis stellt die Redaktion zur Verfügung (kontakt@daz-web.de).

Wichtig für die Praxis-Zukunft: qualifiziertes Personal! Betriebliche Altersvorsorge für Praxismitarbeiter/innen

von Margret Urban, Berlin, Verband medizinischer Fachberufe (VmF)

Der Gesetzgeber verpflichtet Arbeitgeber/innen dazu, ihren Mitarbeiter/innen die Einrichtung einer betrieblichen Alters-



versorgung (bAV) durch Entgeltumwandlung anzubieten. Schon allein deshalb sollte sich jede/r Praxisinhaber/in mit dem Thema beschäftigen – und die Vorteile nutzen:

1. Für beide Seiten fallen nach derzeitiger Gesetzeslage auf den umgewandelten Teil bis zur gesetzlich geregelten Höchstgrenze keine Beiträge für Sozialversicherungsabgaben oder Steuer an. Hier zahlt erst der Rentner oder die Rentnerin die Steuern und Beiträge zur Krankenversicherung beim Erhalt der Leistungen.

2. Arbeitgeber/innen können die betriebliche Altersvorsorge nutzen, um ihre Mitarbeiter/innen an die Praxis zu binden bzw. neue zu gewinnen, indem sie selbst Zuschüsse leisten. So haben wir im Tarifvertrag zur betrieblichen Altersversorgung und Entgeltumwandlung, der zwischen dem Verband medizinischer Fachberufe e.V. und der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen Zahnmedizinischer Fachangestellter (AAZ) für die Länder Hamburg, Hessen, Saarland sowie den Landesteil Westfalen-Lippe abgeschlossen worden ist, Arbeitgeberbeiträge zwischen 20 und 30 Euro vereinbart. Damit können Sie Ihren Mitarbeiter/innen ein attraktives finanzielles Zusatzangebot machen. Im Hinblick auf den regional bereits erkennbaren Fachkräftemangel könnte das ein Wettbewerbsvorteil sein.

Zudem besagt dieser Tarifvertrag, dass Arbeitgeber/innen eine zusätzliche Entgeltumwandlung unterstützen, indem sie auf

den umgewandelten Betrag 20 Prozent zahlen und dieser ebenfalls steuer- und sozialabgabenfrei in die betriebliche Altersvorsorge einfließt.

Die Vorgehensweise ist übersichtlich: Die betriebliche Altersvorsorge organisieren in jedem Fall die Arbeitgeber/innen. Sie führen diese auch durch. Dazu gehören auch die Auswahl der Anlageform und die Beitragszahlung. Der genannte Tarifvertrag sieht als Durchführungsweg die Pensionskasse „GesundheitsRente“ vor.

Erfahrungsgemäß nutzen die Mitarbeiter/innen bei der Entgeltumwandlung meist einen Teil des Jahresgehaltes – etwa vom Monatslohn, das Urlaubs- oder Weihnachtsgeld bzw. weitere Sonderzahlungen oder vermögenswirksame Leistungen.

Im Tarifvertrag haben wir vereinbart, dass bei Arbeitgeberwechsel der einmal geschlossene Betriebsrentenvertrag von der/die Arbeitnehmer/in weitergeführt wird. Ebenso sehen diese Regelungen – im Gegensatz zu den gesetzlichen Bestimmungen – die sofortige Unverfallbarkeit vor. Den kompletten Tarifvertrag können Sie auf unserer Website unter www.vmf-online.de/zfa-tarife nachlesen.

Bei Neueinstellungen können Sie gern nachfragen, ob ein solcher Vertrag besteht und von Ihnen fortgeführt werden kann.

Denn die Gehälter der Mitarbeiter/innen in den Zahnarztpraxen reichen oft nicht aus, um davon privat für das Alter vorzusorgen. Zudem sind die Kosten für betrieblich organisierte Sparverträge in aller Regel niedriger als beim privaten Abschluss und die Rendite ist höher.

Das gilt im Übrigen auch schon für Auszubildende, die das Thema in der Regel nicht als momentane Herausforderung ihres Lebens ansehen. Hier könnten Sie als Chef/Chefin Pionierarbeit in Sachen Altersvorsorge leisten.

In diesem Sinne hoffe ich, auch bei den Arbeitgeber/innen Verbündete zu finden, die das Thema Altersvorsorge auch bei den Mitarbeiter/innen auf die Tagesordnung setzen.

Mangelnde Transparenz und Leistungslücken bei privaten Krankenversicherungen

Die gesetzliche (GKV) und die private Krankenversicherung (PKV), ihre Unterschiede und Gemeinsamkeiten, Stärken und Schwächen und ihre mögliche Weiterentwicklung sind immer wieder Gegenstand von Untersuchungen und Reformvorschlägen. Dr. Thomas Drabinski vom Kieler Institut für Mikrodatenanalyse und das Frankfurter Institut PremiumCircle haben kürzlich die Studie „GKV-PKV-Systemgrenze: eine Bestandsaufnahme“ vorgelegt, in der die Entwicklung beider Systeme seit 1950 analysiert wird und die Autoren in Bezug auf beide Versicherungsarten „Staatsversagen“ konstatieren.

Besondere Beachtung in den Medien erfährt ein die PKV-Kunden betreffendes Teilergebnis. Die Forscher nahmen 208 private Tarifsysteeme von 32 Versicherungsunternehmen mit insgesamt 1567 Kombinationen unter die Lupe. Schon diese Zahlen lassen erahnen, dass ein wesentliches Element der privaten Versicherung, die Wahlfreiheit, durchaus seine Schattenseiten hat: nämlich mangelnde Transparenz für die Versicherten, einen regelrechten Tarifschmelgel. Bei der Prüfung anhand von 85 Kriterien kamen gravierende Leistungslücken zu Tage. „Mehr als 80 Prozent der Tarifsysteeme der PKV leisten weniger als die gesetzliche Krankenversicherung“, so PremiumCircle-Chef Claus-Dieter Gorr einem SPIEGEL-Bericht zufolge. „Da der Vertriebsmarkt häufiger provisionsorientiert und seltener kundenorientiert arbeitet, werden im Ergebnis PKV-Billigtarife und andere PKV-Tarife mit teilweise existenziellen Leistungsausschlüssen im Krankheitsfall verkauft“, resümieren die Studienautoren. Zu dem, was oft fehlt, gehören z.B. die häusliche Krankenpflege und sog. Hilfsmitteldeklarationen ohne Einschränkungen. Dem kann PKV-Verbandsdirektor Dr. Volker Leienbach nur mit der Empfehlung begegnen, dass jeder Versicherte selbst darauf achten müsse, keine für ihn persönlich wichtigen Leistungen auszuschließen. Für die Versicherten bedeutet dies, dass sie sich vor der Entscheidung für einen privaten Vertrag neutrale Beratung suchen sollten. Oder ist hier der Staat gefragt? Jens Spahn von der CDU erhob nach Bekanntwerden der Studienergebnisse die Forderung nach einem gesetzlich verankerten Mindestschutz auch im Bereich der privaten Krankenversicherung. (ibo)

Quelle: www.ifmda.de, SPIEGEL 24/2012

Ohne Moos nix los Umgang mit der neuen GOZ – erste Tipps

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Die ersten Erfahrungen seit Einführung der neuen „GOZ 2012“ wurden gemacht, fast täglich erscheinen neue Hinweise und Tipps, um die Gebührenordnung einigermaßen erträglich und für die Praxen der Allgemeinzahnärzte gängig zu machen.

Natürlich sind derzeit noch beinahe alle Kommentare und Anwendungsvorschläge als in gewissem Maße provisorisch zu betrachten, speziell zu den wenigen echten Neuerungen, denn weder ist absehbar, mit welchen Schikanen die Kostenerstatter reagieren werden, noch kann man voraussehen, wie die allfälligen Gerichtsverfahren zur Ausdeutung der GOZ 2012 aussehen werden, denn „vor Gericht und auf hoher See ist man allein in Gottes Hand.“

Trotzdem kann und muss man zu einigen Punkten schon jetzt sinnvolle und hilfreiche Aussagen machen. In diesem Zusammenhang sei auch auf den aktuellen Kommentar der Bundeszahnärztekammer zur neuen GOZ verwiesen, den man von der Seite www.bzaek.de/berufsstand/gebuehrenordnung-fuer-zahnaerzte-goz.html im Internet herunterladen kann.

Einer der am häufigsten nachgefragten Punkte in Kursen und im Berufsschulunterricht war in den letzten Wochen die Abrechnung der „**Professionellen Zahnreinigung**“ (PZR) und hier speziell bei Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Ganz generell kann gesagt werden, dass seit Einführung der neuen GOZ die einzig korrekte Abrechnung der PZR anhand der **GOZ Nummer 1040** je Zahn zu erfolgen hat. Pauschalgebühren, wie „eine PZR kostet bei uns 80 Euro“ oder Ähnliches sind nicht (mehr) zulässig, und genau genommen waren sie es auch in der alten GOZ schon nicht.

Nun wird es dem gesetzlich versicherten Patienten, der seine PZR allein aus der eigenen Tasche bezahlt, relativ egal sein, ob er eine GOZ-konforme Rechnung oder nur eine Quittung erhält. Aber immer mehr Patienten verfügen über eine Zusatzversicherung, die auch Leistungen wie PZR be-

schusst, und für diese Patientengruppe ist eine GOZ-konforme Rechnung zur Kostenerstattung unabdingbar. Nebenbei gesagt verliert der Zahnarzt seinen Vergütungsanspruch, wenn er keine korrekte Liquidation erstellt!

Verweigern Kosten erstattende Stellen die Erstattung mit dem Hinweis, dass es sich bei der PZR um eine medizinisch nicht notwendige Maßnahme handele, kann auf die Stellungnahme der Kammern verwiesen werden, dass es sich „bei der PZR nach der GOZ-Nummer 1040 sowohl in medizinisch-wissenschaftlicher wie auch in gebührenrechtlicher Hinsicht zweifelsfrei um eine **medizinisch notwendige Leistung im Sinne des Paragraphen 1 Abs. 2 der GOZ** handelt“ (hier zitiert nach BZK Pfalz).

Zwei erfreuliche Punkte, die die neue GOZ mit sich bringt, werden ob ihrer vermeintlichen „Geringfügigkeit“ noch gern übersehen, verdienen aber unsere besondere Beachtung, da diese Leistungen sehr häufig erbracht und abgerechnet werden können:

Zunächst einmal hat der **Parodontale Screening Index (PSI)**, der bisher nur analog im Rahmen der GOZ abrechenbar war, nun auch als eigenständige Position (als **Nummer 4005**) in die GOZ Einzug gehalten. Diese Position ist innerhalb eines Jahres höchstens zweimal berechnungsfähig, was für den durchschnittlichen Patientenfall aber keine große Einschränkung darstellt. Denn diese Bestimmung bildet ungefähr die Wirklichkeit in den Praxen ab, dass der Patient zweimal im Jahr „zum Nachschauen kommt“. So kann jetzt neben der **Eingehenden Untersuchung 0010** jeweils problemlos die Nummer **4005 (PSI)** routinemäßig durchgeführt und abgerechnet werden.

Keine genuin neue Position, wohl aber eine neue Beschreibung, trifft auf die **GOZ-Nummer 2020** zu, den **Temporären speicheldichten Verschluss einer Kavität**, landläufig bekannt als **pV**.

Im Unterschied zur Anwendungspraxis der bisherigen GOZ ist der neue „speicheldichte Verschluss“ nunmehr recht häufig ansetzbar, neben dem eigentlichen provisorischen Verschluss im Notdienst oder bei

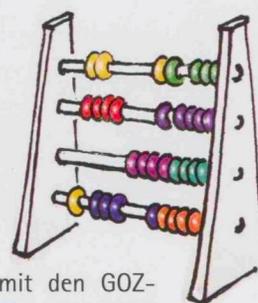
Vertretung, insbesondere im Zusammenhang mit den GOZ-Nummern **2330 Cp** und **2340 P**, der **Vitalamputation 2350** sowie nach Teilschritten bei der endodontischen Behandlung, wie **2410 („WK“)**, **2430 („med. Einlage“)** und **2440 („WF“)**. Bei diesen letztgenannten drei Leistungen wurde außerdem die Honorierung verbessert, was insgesamt die Zahnerhaltung zumindest auf dem Gebiet der Endodontie stärken wird.

Die Ziffer 2020 wertet die vorgenannten Positionen teilweise erheblich auf, zumal neben der **2020 pV** auch die Nummern **2030 (bMF)** und **2040 (Kofferdam)** angesetzt werden können.

Wird der neue „**speicheldichte Verschluss**“ adhäsiv ausgeführt, ist dementsprechend zusätzlich auch die Position „**Adhäsive Befestigung**“ (**GOZ 2197**) anwendbar.

Weitere neue und geänderte Positionen besprechen wir im nächsten Heft.

Dr. Jürgen Simonis, Hinterweidenthal
praxisdrsimonis@aol.com



Patienten-Infos zu Prophylaxe-Themen



Aktuelle Infos zum Thema Fluoridierung, insbesondere zur Prophylaxe mit fluoridiertem Speisesalz, erhalten Sie kostenlos bei der

Informationsstelle für Kariesprophylaxe

Leimenrode 29, 60322 Frankfurt,
T.069/247068226, F.069/70768753
daz@kariesvorbeugung.de,
www.kariesvorbeugung.de

© rdv Dental 2011

Bei der hier abgebildeten Behandlungseinheit handelt es sich um eine KaVo 1060, die den rdv Dental ReFit-Service durchlaufen hat.

www.rdv dental.de

Sparen? Ja! Verzichten? Nein!

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

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

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

rdv Dental, Donatusstraße 157b, D-50259 Pulheim
Fon +49 (0) 22 34.4 06 40, Fax +49 (0) 22 34.4 06 499, info@rdv-online.net, www.rdv dental.de



Perfektion aus Leidenschaft