

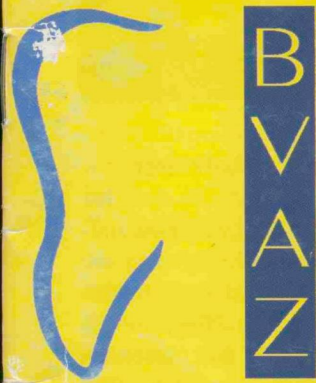


32. Jahrgang,
September 2013

Ausgabe 116

Forum für Zahnheilkunde

Zeitschrift des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde
und des Berufsverbandes der Allgemeinzahnärzte



DAZ-IUZB-Tagung
21.09.2013 in Berlin:
Zahnmedizinische Ver-
sorgung in Gesellschaf-
ten längeren Lebens

593 Tage GOZ –
Land unter oder
Land in Sicht?

Alterszahnmedizin:
Schulungszahnärzte
unterrichten Pflegekräfte

BVAZ-Hauptversamm-
lung 30.11.2013 Berlin:
Funktionsstörungen
erkennen und behandeln

Mein Sohn hat zu viele
Fissuren ... Was wird aus
den GKV-Sachleistungen?

Praxis 2013 –
Vision 2020

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

Prävention kennt keine Altersgrenze



... damit wir auch im Alter gut lachen haben

Inhaltsverzeichnis

Forum für Zahnheilkunde 116 –2013

- 03 Editorial – Dr. Celina Schätze im Gespräch mit Prof. Dr. Fritz Beske
DAZ-Teil
- 04 DAZ-IUZB-Jahrestagung 21./22.09.2013 in Berlin
- 06 Neue Wege in der Alterszahnmedizin gehen: Projekt Schulungszahnärzte unterrichten in Hessen – von Dr. Antje Köster-Schmidt
- 08 „Mein Sohn hat zu viele Fissuren ...“ Steht der Anspruch auf Zahnmedizin-Sachleistungen bald nur noch auf dem Papier? – von Dr. Gabriele Bucerus
- 10 Auswertung von Patientenbeschwerden gibt Hinweise auf Schwachstellen“ – von Irmgard Berger-Orsag
- 12 Sachleistungen in der zahnmedizinischen Versorgung – Anfrage der Linksfraktion
- 14 Wichtig für die Behandlung gesundheitlich eingeschränkter Patienten: schonende Lokalanästhesie – von Lothar Taubenheim
- 17 In der Diskussion: die Assistenten- bzw. Vorbereitungszeit – DAZ-Pressmeldung
- 17 Vorbereitungszeit = Ausbildungszeit? Stichworte zur Diskussion – von Dr. Gunnar Frahn
- 18 Mobile Absauganlage für unter 100 € – von Dr. Ulrich Happ
- 19 „Schleifgerät“ für PA-Instrumente unter 10 € – von Dr. Ulrich Happ

BVAZ-Teil

- 21 ZahnÄrzte-Abzocke – Ein anderer Blickwinkel – von Dr. Michael Loewener
- 23 Praxis 2013 – Vision 2020 – von Dr. Andreas Bien
- 25 CMD – nur etwas für Spezialisten? – von Siegfried Leder
- 25 Einladung zur BVAZ-Hauptversammlung 29./30.11.2013 in Berlin
- 26 593 Tage GOZ – Land unter oder in Sicht? – von Dr. Roland Kaden
- 27 Ohne Moos nix los – Die aPDT und ihre Abrechnung – von Dr. Jürgen Simonis
- 28 Bewusst älter werden – Buch von Prof. Dr. Fritz Beske – von Irmgard Berger-Orsag
- 29 Fit für SEPA – Umstellung im Zahlungsverkehr – Apobank Themendienst
- 30 Magische Heilmethoden Teil 3 – Anthroposophische Medizin
- 31 Sammeln, Recyceln, Sparen und Spenden – von Irmgard Berger-Orsag

Impressum

Herausgeber/Redaktion/Mediadaten:

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) e.V.

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

Berufsverband der Allgemeinzahnärzte (BVAZ) e.V.

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

Redaktion dieser Ausgabe: Dr. Celina Schätze (V.i.S.d.P. für DAZ-Teil), Irmgard Berger-Orsag, Dr. Manfred Hillmer, Dr. Peter Nachtweh, Dr. Kai Müller; Dr. Dr. Rüdiger Osswald (V.i.S.d.P. für BVAZ-Teil), Dr. Dr. Marianne Grimm, Dr. Roland Kaden, Dr. Jürgen Simonis

Erscheinungsweise / Auflage: 1.100 Ex., 4x jährlich

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

Bildnachweis: Cover+Seite 2: Annegret+Burkhard Mörke, www.clownpipo.de. Übrige Seiten: Lopata /NAV-Virchow-Bund; Ursula Roseeu; Prof. Dr. Gerd Glaeske; Zahnärztekammer Hessen; Prothmann; Taubenheim/Westermann; E DIN 13989:2012; www.prophylaxeguenstiger.de; Dr. Ulrich Happ; Dr. Michael Loewener; Karsten Mentzendorff/www.mdorff.de; Dr. Andreas Bien, Die Zahnarztwoche/www.dzw.de; Rudolf Weiper/www.management-support.com; Siegfried Leder; Christoph Kaden/www.campus-arts.de; Vera Orsag, NZB-Archiv; Apobank; Terracycle.



Clowns als Gesundheits-Aufklärer

Bei Recherchen zum Thema „zahnmedizinische Versorgung Pflegebedürftiger“ sind wir darauf gestoßen, dass es Künstler, insbesondere Clowns, gibt, die sich in Pflegeeinrichtungen betätigen, um den dort lebenden Menschen Lebensfreude zu vermitteln. Dies geschieht bei Gruppenaktivitäten, zum Teil aber auch in Form individueller Kontakte, z.B. mit einzelnen dementen Heimbewohnern.

Dabei können unterschiedliche Themen angesprochen werden – nicht zuletzt auch das Thema Mundgesundheit. Hier sind manche Clowns schon vorgebildet – z.B. das Potsdamer Duo Pipo und Pipolina (www.clownpipo.de), dem wir das Cover dieser „Forum“-Ausgabe verdanken.

Vielleicht hat der eine oder andere die beiden oder andere Clowns-Teams schon in Aktion gesehen bei einem Tag der Zahngesundheit oder bei sonstigen mundgesundheitlichen Aufklärungs-Events. Grundsätzlich gilt, dass man mit Spaß mehr lernt als ohne und dass positive Botschaften mehr bewirken als Verbote und das Ausmalen negativer Konsequenzen. Wenn es um die Mundgesundheit alter und in verschiedener Weise eingeschränkter Menschen geht, kann die „Unterweisung“ durch Clowns sicherlich nicht die Hilfe bei der Zahnpflege oder anderen Präventionsaktivitäten ersetzen. Aber vielleicht die Akzeptanz erhöhen und dazu beitragen, dass notwendige Maßnahmen ein positiv erlebter Teil des Alltagsgeschehens werden. Schließlich wissen wir alle – auch ohne doppelt verblindete randomisierte klinische Studien: Lachen ist gesund.

Irmgard Berger-Orsag

**Redaktionsschluss für Forum 117:
15. Oktober 2013
Erscheinen: Dezember 2013**

Versorgungsforschung ist ein MUSS auch zur Bewältigung der demografischen Entwicklung

Lieber Leser, liebe Leserin,

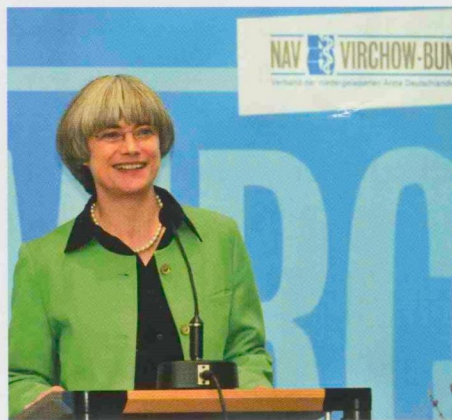
alle reden von Versorgungsforschung und wir auch. Streng genommen haben fast alle gesundheitspolitischen Themen damit zu tun.

Kürzlich durfte ich ein Gespräch mit Prof. Dr. Fritz Beske, dem langjährigen Leiter des Instituts für Gesundheits-System-Forschung (IGSF) in Kiel, führen. Er hat sich bereits seit den 1950er Jahren mit Public Health, sowohl wissenschaftlich als auch praktisch politisch, beschäftigt. 1975 gründete er das IGSF und ist seitdem mit unzähligen Veröffentlichungen zu Gesundheitssystemfragen bekannt geworden. Er verfügt über einen großen Schatz von Erfahrung mit den Beziehungen von Politik und Wissenschaft im weitesten Sinn. In letzter Zeit lag der Schwerpunkt seiner Arbeit bei den Folgen von Überalterung und Wirtschaftskrise. Er hat versucht, die Notwendigkeit einer Priorisierung von Gesundheitsleistungen als politischem Akt deutlich zu machen. Voraussetzung für eine sachgerechte Priorisierung ist eine genaue Untersuchung der Leistungen, um im Einzelnen deren Wert für die Versorgung einschätzen zu können. Überversorgung bleibt nur ein Schlagwort, solange wir nicht wissen, was notwendig ist.

Versorgungsforschung soll uns die Frage nach dem Gesundheitsnutzen unserer Maßnahmen beantworten. Das ist – auch für Prof. Beske – die Kernfrage, um die sich unsere Arbeit drehen sollte. Leider wissen wir aber gerade darüber sehr wenig. Wir bewegen uns zwischen Gewohnheit, Erfahrung und persönlichem Geschmack. Für viele unserer Handlungen reicht der gesunde Menschenverstand als Begründung wohl auch aus. Bei komplexen und aufwändigen Interventionen, manchmal auch bei vermeintlich übersichtlichen, ist er als alleinige Basis aber unzureichend. Es gibt bisher nur vereinzelte Studien zu wenigen Fragestellungen. Das hat zuerst sicherlich mit dem enormen Aufwand zu tun, den Versorgungsforschung bedeutet. Der wichtigere Hinderungsgrund ist aber wohl der fehlende Wille von Seiten der Politik, der meisten (Zahn)Ärzte und der Industrie. Ein Markt der ungeklärten Möglichkeiten bietet unvergleichlich bessere Verkaufs- und Gestaltungspotentiale als ein Markt mit klar und eindeutig deklarierten Produkten. So antwortete denn auch Prof. Beske auf die Frage, ob er in seiner langjährigen In-

stitutsarbeit bei den Akteuren der Gesundheitspolitik ein Interesse für die Erforschung von Ergebnisqualität und Gesundheitsnutzen als Basis von Bedarfsplanung gefunden hätte, schlicht „Null“.

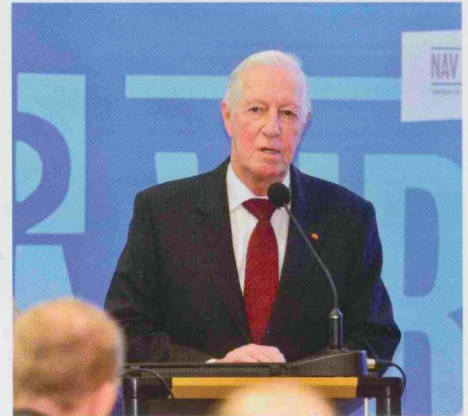
Wenn für die Öffentlichkeit von Versorgungsforschung gesprochen wird, geht es fast immer nur um Bedarfsplanung. Hier bietet sich eine Möglichkeit für die Erweiterung des Marktes der ungeklärten Möglichkeiten. Zusätzlicher Bedarf wird festgestellt, allerdings ohne gute Kenntnis von der Art der erforderlichen Maßnahmen. Es gäbe – so Beske – Patientengruppen und Krankheitsbereiche, die offenkundig unterversorgt seien. Hier würde oft auch der schon erwähnte gesunde Menschenverstand ausreichen, um die Defizite zu erkennen. Die Versorgungsforschung zu bemühen, sähe



aber besser aus und demonstriere den Willen zur Wissenschaftlichkeit. Bei diesem Verfahren werde nur der Rahmen für den zusätzlichen Bedarf beschrieben, nicht aber Art, Umfang und Qualität der erforderlichen Maßnahmen. Eindrucksvoll belegte Beske, dass Studien, die diese Fragestellungen verfolgen, äußerst selten seien und dass es dafür fast keine Kapazitäten gäbe. Kapazitäten könnten geschaffen werden, aber dazu fehle offensichtlich der politische Wille.

Ernsthafte Versorgungsforschung wäre auch Voraussetzung für ernsthafte Sicherung und Verbesserung der Ergebnisqualität unserer zahnärztlichen Arbeit. Im Zusammenhang mit dem Qualitätsprojekt des DAZ zeigte sich schon oft ein verbreitetes Desinteresse an der Ergebnisqualität. Es gibt inzwischen viele und auch aufwändige Qualitätssysteme, die aber alle hauptsächlich mit Prozess- und Managementqualität befasst sind. Diese beiden Faktoren sind auch nach

Meinung von Prof. Beske nur mögliche Einflussfaktoren für Ergebnisqualität, aber keinesfalls deren Bedingung. Die üblichen Qualitätssysteme seien Schaumschlägerei und der Versuch, mit viel Getöse von der Frage nach der Ergebnisqualität abzulen-



ken. Als einfaches Beispiel aus der Allgemeinmedizin für den fehlenden Willen zu echter Erkenntnissuche nannte Prof. Beske die Nichteinführung von obligatorischen Registern z.B. für Tumore und Endoprothesen. Solche Register könnten eine erste Vorstufe für Forschung sein. Analoges ist im zahnärztlichen Bereich auch zu sehen.

Bereits seit Jahren hat Prof. Beske mit seinem Institut Zahlen und Szenarien zum demografischen Wandel vorgestellt und rechtzeitige Vorbereitung auf diese Entwicklung angemahnt. Wenn weiterhin eine gute Versorgung aller Bürger erhalten bleiben soll, müssen therapeutische und prophylaktische Maßnahmen von hohem gesundheitlichem Nutzen identifiziert und effizient zu einer breiten Anwendung gebracht werden.

Der Kieler Wissenschaftler wird allerdings nicht mehr selbst an solcher Forschungsarbeit mitwirken, nachdem er es sich kürzlich – mit über 90 Jahren! – erlaubt hat, seine Institutstätigkeit zu beenden. Für seine gesundheitspolitischen Ziele, das kann man vermuten, wird er aber sicherlich weiterhin aktiv bleiben.

Die Herausgeber des Forums wünschen ihm dafür vor allem – Gesundheit!

Ihre Dr. Celina Schätze

Fotos: © Lopata – NAV-Virchow-Bund
Der NAV-Virchowbund hat Prof. Fritz Beske 2012 mit der Kaspar-Roos-Medaille ausgezeichnet.

Foto: Ursula Rosecu



Willkommen zur

DAZ-IUZB-
Jahrestagung

in Berlin

Am 21./22. September 2013

veranstalten der **Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)**
und die **Initiative Unabhängige Zahnärzte Berlin (IUZB)**

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

**„Die zahnmedizinische Versorgung in Gesellschaften längeren Lebens –
zur Bedeutung der Prävention, insbesondere bei älteren Menschen“**

Referent: Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen

Gesamt-Programm

DAZ-HV

Samstag, 21.09.2013

10⁰⁰ Eröffnung der Jahrestagung
Referat von Prof. Dr. Gerd Glaeske, Uni Bremen:
„Die zahnmedizinische Versorgung in Gesellschaften längeren Lebens – zur Bedeutung der Prävention, insbesondere bei älteren Menschen“
anschließend Diskussion: „Prävention und Praxisrealität“

Für die Fortbildung werden 3 Fortbildungspunkte gemäß
BZÄK-KZBV-DGZMK-Richtlinien vergeben.

13⁰⁰ Mittagspause (Mittagessen im Tagungshaus möglich)

14⁰⁰-18⁰⁰ **Jahreshauptversammlungen von DAZ und IUZB**

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

Sonntag, 22.09.2013

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

DAZ-Jahreshauptversammlung

inkl. **Versammlung des DAZ-Projektes Qualitätssicherung**
Samstag, 21.09.2013, 14⁰⁰-18⁰⁰; Sonntag, 22.09.2013, 9⁰⁰-14⁰⁰

- 1) Eröffnung, Wahl von Versammlungs- und Wahlleiter, Festlegung der Tagesordnung
- 2) Bericht des DAZ-Vorstandes - Diskussion
- 3) Berichte aus der Geschäftsstelle, der „Forum“-Redaktion und verschiedenen Arbeitsbereichen - Diskussion
- 4) Anträge an die Mitgliederversammlung - Diskussion, Beschlussfassung (satzungsgemäß sind Anträge eine Woche vorher einzureichen)
- 5) **Jahresversammlung des Projektes Qualitätssicherung**
- 6) a) Berichte Kassierer, Geschäftsführerin, Kassenprüfer - Diskussion
b) Entlastung des Vorstandes
- 7) Neuwahl des DAZ-Vorstandes (turnusgemäß alle 2 Jahre)
- 8) a) Wahl der Kassenprüfer für den Haushalt 2013
b) Festlegung der Beitragsordnung für 2014
c) Verabschiedung des Haushaltsplanes für 2013
- 9) Nicht-öffentliche Anträge - Diskussion, Beschlussfassung
- 10) Planung der nächsten Aktivitäten, u.a. Jahrestagung 2014
- 11) Verschiedenes
- Vorstandswahl und Haushaltsberatung finden nicht-öffentlich statt. -

Demografische Entwicklung bringt neue Herausforderungen Tagung in Berlin beleuchtet Fragestellungen und Ergebnisse der Versorgungsforschung im Bereich Zahnmedizin

Keine Frage – die Deutschen werden immer älter, und dies ist ausgesprochen erfreulich. Allerdings muss man sich in den Bereichen Rente, Pflege und Gesundheit darauf einstellen. Nicht zuletzt mithilfe der Forschung vermehrt Wege gefunden werden, um auf breiter Basis die gesundheitliche Versorgung effizienter zu machen. Damit solche Fragestellungen überhaupt Eingang in die Programme von Universitäten und Forschungseinrichtungen finden, ist politische / staatliche Unterstützung vonnöten. Im Koalitionsvertrag der CDU/CSU/FDP-Regierung von 2009 heißt es:

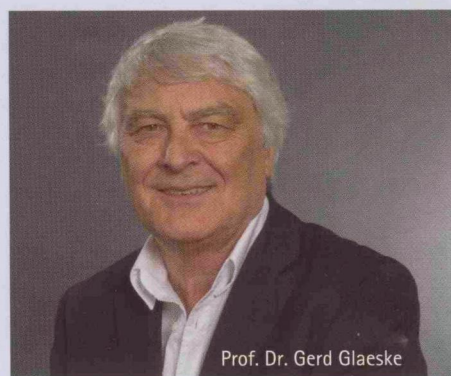
„Die Gesundheitsforschung trägt dazu bei, mit Innovationen die Lebensqualität von Menschen aller Lebenslagen zu erhöhen und gleichzeitig die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems zu sichern. Erkenntnisse über das Versorgungsgeschehen unter Alltagsbedingungen sind dabei besonders wichtig, damit die Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung bei begrenzten Ressourcen weiter steigt. Daher werden wir die Versorgungsforschung systematisch ausbauen.“

Auch die Zahnmedizin sollte hier einbezogen sein. Wichtige Themen sind die Zusammenhänge von Mundgesundheit und Allgemeingesundheit sowie Mundgesundheit und Lebensqualität. In besonderer Weise zeigen sich diese Zusammenhänge bei chronisch kranken, pflegebedürftigen, behinderten Menschen. Hier ist interdisziplinäre Arbeit unerlässlich, zwischen Ärzten und Zahnärzten, aber auch zwischen Zahnärzten, dem Pflegebereich und ggf. weiteren Fachkräften.

Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske, Referent der DAZ-IUZB-Jahrestagung, ist von Hause aus Pharmazeut und hat sich durch kritische Analysen der Arzneimittelversorgung einen Namen gemacht.

Erst kürzlich fiel seine Bewertung medikamentöser Neuerungen im Innovationsreport 2013 der Techniker Krankenkasse nahezu vernichtend aus (zahnärztliche Mitteilungen vom 06.06.2013, S. 120: nur eines von 23 untersuchten Arzneimitteln hatte einen echten Zusatznutzen aufzuweisen). Glaeske war von 1981–1988 wissenschaftlicher Mitarbeiter, später Leiter der Abteilung für Arzneitempidemiologie im Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS). 1988–1999 arbeitete er als Leiter pharmakologischer Beratungsdienste und Leiter der Abteilung für medizinisch-wissenschaftliche Grundsatzfragen bei einzelnen Kassen (z. B. AOK, BARMER) und Verbänden (z. B. VdAK). Seit Ende 1999 ist er Professor für Arzneimittelversorgungsforschung im Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen und seit 2007 Co-Leiter der Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung im ZeS. Von 2003 bis 2009 war er Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Seit Jahren gehört er zum Vorstand des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung – um nur einige seiner verschiedenen Funktionen zu nennen.

Prof. Glaeskes Empfehlung für die Zahnmedizin ist klar: in der zahnmedizinischen Forschung und Ausbildung müssen Versorgungszusammenhänge stärker berücksichtigt werden.



Prof. Dr. Gerd Glaeske

IUZB-HV

IUZB-Jahreshauptversammlung 21.09.2013, 14⁰⁰-18⁰⁰

Tagungshaus „Alte Feuerwache“,
Axel-Springer-Str. 40-41, 10969 Berlin

- 1) Eröffnung durch den IUZB-Vorsitzenden
- 2) Änderung der Beitragsordnung
- 3) Berichte aus 2012/2013
 - a) Bericht des Vorstandes
 - b) Bericht der Schatzmeisterin
 - c) Berichte aus Kassenzahnärztlicher Vereinigung, Zahnärztekammer und Versorgungswerk
- 4) Entlastung des Vorstandes für 2012/2013
- 5) Vorstands-Neuwahl gemäß § 7 Abs 4 der Satzung
- 6) Ausblick auf 2013/2014

Praktische Hinweise zu der Tagung am 21. September 2013

Tagungs-Ort

Tagungshaus „Alte Feuerwache“, Axel-Springer-Straße 40-41, 10969 Berlin-Kreuzberg, Tel. 030/253992-20, Fax 253992-24, tagungshaus@alte-feuerwache.de

Übernachtungs-Möglichkeiten

- Tagungshaus Alte Feuerwache, Axel-Springer-Straße 40-41, 10969 Berlin, Tel. 030/253992-20 – Plätze begrenzt!
- Tourist-Info, Tel. 030/250025, www.berlin.de
- Hotelreservierung, www.hotelreservierung.de

Anreise mit öffentlichen Verkehrsmitteln

- ab Flughafen Tegel mit Bus 128 bis Kurt-Schumacher-Platz, U-Bahn U6 bis Kochstraße, Fußweg oder Metrobus M29
- ab Alexanderplatz U-Bahn U2 bis Spittelmarkt, Fußweg

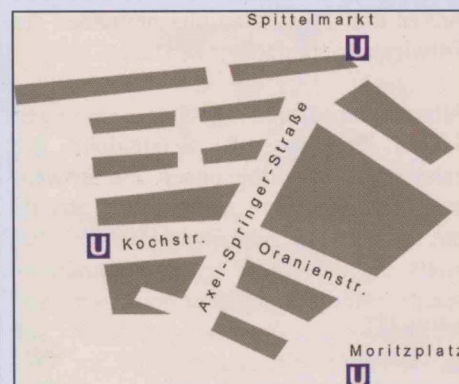
Tagungsgebühr 30 Euro – Die Gebühr wird NUR für die Fortbildung am Vormittag und NUR von berufstätigen Zahnärzten erbeten (IUZB-Mitglieder sind beitragsfrei).

Fortbildungspunkte 3 Punkte gemäß BZÄK-DGZMK-Richtlinien für die Veranstaltung mit Prof. Glaeske

Anmeldung und Infos beim DAZ:

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde

Kaiserstr. 52, 53850 Troisdorf
Tel. 02241/97228-76, Fax 02241/97228-79
Mail kontakt@daz-web.de
Internet www.daz-web.de





Der DAZ setzt in dieser „Forum“-Ausgabe die Beschäftigung mit der zahnärztlichen Versorgung alter, pflegebedürftiger, behinderter Menschen fort. Dr. A. Köster-Schmidt, im Vorstand der Hessischen Landeszahnärztekammer für diesen Themenbereich zuständig, berichtet über aktuelle modellhafte Vorhaben in Hessen.

Der demografische Wandel in den westlichen Gesellschaften ist keine Zukunftsvision, sondern schon heute spürbare Realität. Die Menschen werden nicht zuletzt durch den Fortschritt in Medizin und Technik immer älter, und aufgrund dieser Entwicklung und der rückläufigen Geburtenrate wächst der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung überproportional an. Bereits 2030 wird die Gruppe mit den stärksten Zuwächsen die der über 65-jährigen sein; eine Entwicklung, die besonders für Medizin und Pflege eine nicht zu unterschätzende Herausforderung bedeutet. Während immer mehr Seniorinnen und Senioren dem Begriff des „Best-Agers“ entsprechend körperlich und geistig fit bleiben und am kulturellen und gesellschaftlichen Leben regen Anteil nehmen, steigen in gleichem Maße die Zahlen immobiler, multimorbider und hochgradig pflegebedürftiger alter Menschen.

Die „alternde Gesellschaft“ fordert von Ärzten und Zahnärzten gleichermaßen die Entwicklung tragfähiger Konzepte.

Alterszahnmedizin – noch vor wenigen Jahren eher eine Nischendisziplin der zahnärztlichen Fortbildungen und Schwerpunktsetzungen – zeigt sich schon jetzt als das zahnmedizinische Fachgebiet der Zukunft. Zu den vonseiten der Zahnärzteschaft geforderten Lösungsansätzen zählen ebenso zukunftsweisende Entwürfe auf Bundesebene wie das Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pfle-

Neue Wege in der Alterszahnmedizin gehen: Projekt Schulungszahnärzte unterrichten in Hessen

von Dr. Antje Köster-Schmidt, Wiesbaden

gebedürftigen und Menschen mit Behinderungen Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter (A+B-Konzept), wie auch Initiativen auf der Ebene einzelner Länder.

Zu letzteren gehört das Pilotprojekt der Landeszahnärztekammer Hessen (LZKH) zur Schulung von Pflegepersonal in Alten- und Seniorenheimen durch Alterszahnmedizinerinnen und -mediziner.

Gerade die Pflegekräfte sind ungeachtet ihres sehr guten Ausbildungsstandes häufig überfordert, wenn es um die Zahn- und Mundhygiene der ihnen anvertrauten Heimbewohner geht. Die Probleme betreffen mitnichten nur die Bewohner mit Pfle-

Seniorinnen und Senioren in stationärer Pflege, etwa die Fähigkeit die gewohnte, feste Nahrung zu kauen oder sich durch Sprache verständlich zu machen, entscheidend von der Mundgesundheit und dem Erhalt des Bestandes eigener Zähne ab.

Im Rahmen des hessischen Pilotprojekts finden vor Ort in den Alten- und Pflegeheimen Schulungen durch erfahrene Kolleginnen und Kollegen der Alterszahnmedizin statt. Neben einem umfassenden Vortrag zu typischen Krankheitsbildern und den gebotenen Vorgehensweisen wird dem Pflegepersonal mittels eines Schulkoffers anschaulich und in praktischen Übungen die Handhabung und Pflege gängiger Zahnersatzmodelle sowie die Anwendung von Hilfsmitteln nahegebracht, die auch bei nur bedingt kooperativen Bewohnern eine gefahrlose und effektive Reinigung des Mundraumes möglich machen. Der Nutzen dieser Schulungen ist durchaus evidenzbasiert. In jüngerer Zeit lieferten etwa die Studie von Dr. Susanne Jäger et. al. „Mundhygiene und Mundgesundheit bei Bewohnern von Altenpflegeheimen – Auswirkungen eines Trainingsprogramms für Pflegekräfte auf die Mundgesundheit der Bewohner“ (2009) und die Forschungsarbeit von Czarowski²⁾ belastbare Fakten hinsichtlich der möglichen Verbesserung der Mundgesundheit der Heimbewohner durch die alterszahnmedizinische Pflegekräfteschulung.



gestufe 3, bei denen Demenz, kaum noch vorhandene Fähigkeit zur Artikulation und mangelnde Kooperation die Mundpflege drastisch erschweren, sondern auch die geistig regen und bedingt mobilen Senioren. Bei diesen sind es häufig motorische Einschränkungen, die die selbstständige Zahnpflege und Prothesenreinigung zu einem schwierigen Unterfangen machen. Auch hier ist Hilfe durch das Pflegepersonal vonnöten, doch hinsichtlich der richtigen Unterstützung bei der Mundpflege fehlt es nicht selten an den entsprechenden Kenntnissen.

Dies ist umso problematischer, als die Wechselwirkung von Mundgesundheit und allgemeinem Gesundheitszustand älterer Menschen wissenschaftlich belegt ist¹⁾. Zudem hängt auch die Lebensqualität von

In einem weiteren Schritt soll im Rahmen eines in Planung befindlichen „Feldversuchs Zahnmedizinische Pflege Hessen“ (ZPH) die wissenschaftliche Evaluation des Einflusses der Schulungen auf die Gesamtgesundheit der in institutioneller Pflege befindlichen Seniorinnen und Senioren erfolgen. Die Umsetzung dieses Feldversuchs, den die Landeszahnärztekammer Hessen auf Basis eines Kooperationsvertrags mit dem Hessischen Sozialministerium und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen durchführt, beginnt voraussichtlich im Oktober 2013 und ist auf zwei Jahre angelegt. Neben dem wissenschaftlichen Aspekt soll mit dem Projekt die Organisation der landesweiten Durchführung einer ZPH-Struktur für Hessen erprobt werden.

Reges Interesse an Schulungen in Heimen

Die Initiative der Landes Zahnärztekammer, Schulungen zur Mundhygiene und Zahnpflege bei Seniorinnen und Senioren in Alten- und Pflegeheimen anzubieten, stößt auf starkes Interesse seitens der Pflegekräfte, an die sich das Angebot der Schulungen richtet. Ungeachtet des eng getakteten Zeitplanes in den Heimen finden die Vorträge von erfahrenen Praktikern auf dem Gebiet der Alters Zahnmedizin in meist bis auf den letzten Platz besetzten Seminarräumen statt.

Die Vorträge der Alters Zahnmedizinerinnen und -mediziner verfolgen drei Ziele: Informieren – Sensibilisieren – Pflegeprozesse Optimieren. Pflegerinnen und Pfleger älterer Menschen sollen über die Spezifika der Mundpflege und die Krankheitsbilder informiert werden, denen sie in ihrer Arbeit an pflegebedürftigen Menschen begegnen. Mithilfe einer Schulungs-CD-Rom der Landes Zahnärztekammer Hessen werden die typischen Symptome und Verläufe von Gingivitis, Parodontitis, Karies und auch der Vorstufen oraler Tumoren anhand zahlreicher klinischer Fotografien und schematischer Darstellungen einfach, aber Zahnmedizinisch korrekt veranschaulicht. Die Informationen und das Anschauungsmaterial sollen die Pflegekräfte nicht allein informieren, sondern durch die Fakten und Eindrücke für die Besonderheiten der Mundhöhle pflegebedürftiger Seniorinnen und Senioren sensibilisieren.

Praktische Übungen mit Zahnpflegehilfsmitteln

Das dritte Ziel ist die Optimierung der Mund- und Zahnpflegeprozesse, um dadurch eine Erleichterung der Arbeit für das Pflegepersonal sowie eine nachhaltige Verbesserung der Mundsituation und mittelbar des allgemeinen Gesundheitszustandes bei den Heimbewohnern zu erreichen. Wichtigstes Hilfsmittel bei dem praxisnahen Teil der Schulungen ist der Schulkoffer der LZKH. Er macht eine anschauliche und ‚handgreifliche‘ Vorstellung der speziellen Hilfsmittel für die Mundpflege bei Senioren möglich. Der Koffer beinhaltet Griffverstärkungen für Zahnbürsten, Reinigungsmaterial für Prothesen und diverse Modelle von Zahnersatz, anhand derer die Anwendung des Materials verdeutlicht wird. Ferner Geräte wie spezielle Mundsperrer aus elastischem Material, die es den Pflegekräften ermöglichen, selbst bei Schwerstdementen ohne Verlet-



Referent Dr. Guido Rapp und Dr. Antje Köster-Schmidt demonstrieren Techniken zur Erleichterung der Mundöffnung

zungsgefahren für alle Beteiligten den Restzahnbestand bis zu verbliebenen Backenzähnen zu reinigen, Mundspülungen und antibakterielle Fluids einzubringen und die Mundsituation zu beurteilen. Handgriffe, etwa zur Erleichterung der Mundöffnung bei dementen Patienten, werden durch die Schulungszahnärzte auch am ‚lebenden Objekt‘ gezeigt; an Pflegekräften oder auch durch die an den Vorträgen beteiligten Zahnärztinnen und Zahnärzte.

Koffer und CD-Roms mit Präsentationen bekommen Schulungszahnärzte vonseiten der Landes Zahnärztekammer Hessen kostenlos zur Verfügung gestellt.

Wenn Zahnärzte idealerweise im halbjährlichen Turnus dafür sorgen, dass die Mundhygiene durch Schulungen des mit der Pflege betrauten Personals schrittweise optimiert wird, kann binnen Kurzem viel



für eine nachhaltige Verbesserung der Mundsituation älterer und pflegebedürftiger Menschen erreicht werden. Optimal wäre zusätzlich eine regelmäßige zahnärztliche Untersuchung der Heimbewohner durch einen betreuenden Zahnarzt. Die Pflegekräfte-Schulungen der Landes Zahnärztekammer Hessen in den Alten- und Pflegeheimen sind – in Anbetracht der vielen positiven Rückmeldungen durch die Adressaten der Vorträge – in jedem Fall ein Beispiel, das Schule machen sollte. Die Schulungsmaßnahmen erfolgen momentan überwiegend auf Anfrage durch Senioreneinrichtungen, Seniorenverbände (LSV-Hessen, private Zirkel und Verbände, z.B. Caritas Hessen), unterliegen jedoch noch keiner fest definierten Organisationsstruktur. Die soll wie bereits ausgeführt durch das ZPH-Projekt erprobt werden.

Angesichts der prognostizierten Zahlen und Szenarien zum demografischen Wandel in unserer Gesellschaft ist es gemeinsame Aufgabe der Zahnmediziner, des Pflegepersonals, der Heimleitungen, der Angehörigen, aber auch der Krankenkassen und des Gesetzgebers, möglich zu machen, dass effektive Maßnahmen zur Gesunderhaltung einer stetig wachsenden Personengruppe nicht mehr nur Engagement und guter Wille Einzelner im Rahmen des Pilotprojekts sind.

Dr. Antje Köster-Schmidt
Vorstandsmitglied der
Landes Zahnärztekammer Hessen

Literatur

- 1) Desvarieux et al. 2003, 2004, 2005 – Adachi et al. 2002 – Abe et al. 2005 – Yoneyama et al. 2002
- 2) Schulung von Pflegepersonal in Altenpflegeheimen zur Verbesserung der Mundhygiene bei den Bewohnern 2010/11

Alle Fotos wurden von der Landes Zahnärztekammer Hessen zur Verfügung gestellt.



Weitere Informationen
und Schulungsmaterial
auf der Internetseite
der Landes Zahnärztekammer
www.lzkh.de



„Mein Sohn hat zu viele Fissuren ...“

Steht der Anspruch auf Zahnmedizin-Sachleistungen bald nur noch auf dem Papier?

von Dr. Gabriele Bucerus, München

Der DAZ setzt sich für den Erhalt des Sachleistungsanspruchs in der gesetzlichen Krankenversicherung ein.

In diesem Zusammenhang haben wir immer wieder auf Aktivitäten in den Praxen hingewiesen, die diesen Anspruch auszuhebeln versuchen. Da wir uns für unsere Behauptungen leider nur auf persönliche Erfahrungen – wenn auch vieler Kollegen – stützen können, sehen wir uns dem Vorwurf der „Einzelfallhysterie“ bzw. Haltlosigkeit unserer Kritik ausgesetzt. Die Bundesregierung jedenfalls hat in ihrer Antwort auf eine kleine Anfrage der LINKEN (Bundestagsdrucksache 17/13356) festgestellt, dass es keine Hinweise auf Probleme mit dem Sachleistungszugang für Alle gäbe. Nachfolgend schildert Zahnärztin Dr. Bucerus, was Patienten beklagen und dass solche bei den Krankenkassen landende Beschwerden nicht gesammelt und ausgewertet werden.

„Mein Sohn hat zu viele Fissuren ...“ beschwerte sich kürzlich eine gesetzlich versicherte Mutter bei mir, als ich meinem Nebenjob als Beratungszahnärztin bei einem Dienstleistungsunternehmen nachging, das für verschiedene Krankenkassen und Versicherungen das „Gesundheitstelefon“ betreut. Hier rufen Versicherte mit medizinischen Fragen an, allerdings auch gerade im zahnmedizinischen Bereich zunehmend häufiger mit der Fragestellung: „Warum zahlt das die Kasse nicht?“

Zuzahlungen zu Kassenleistungen

Mit dem Argument, dass die Kasse das Versiegeln der überzähligen Fissuren bei ihrem Sohn nicht übernehme, verlangte der Zahnarzt von der verwunderten Mutter 20 Euro pro Molar zusätzlich, das sind immerhin 160 Euro private Kosten für eine ansonsten vertragliche Leistung (IP 5). Auch meine Nachfragen, ob es sich vielleicht um ein Missverständnis gehandelt habe und zusätzlich noch Prämolaren behandelt wurden oder möglicherweise die Fissuren aufgezo-gen und mit mehrkostenfähigen Kunststoff-füllungen versehen wurden, verneinte die

Versicherte und wollte wissen, wie viele Fissuren die Kasse denn übernehme und warum denn nicht alle Fissuren gezahlt würden, wo ihr Sohn doch für die Zahl seiner Fissuren nun einmal nichts könne.

Der Phantasie sind scheinbar keine Grenzen gesetzt, wenn es um die Generierung von Zuzahlungen zu Kassenleistungen geht. So fragte neulich auch die Mutter eines gesetzlich versicherten Jugendlichen um Rat, auf welche Weise sie die operative Entfernung der Weisheitszähne ihres Sohnes durchführen lassen solle. Der Zahnarzt bot ihr an, den Eingriff „wie eine richtige Operation“ vorzunehmen, mit physiologischer Kochsalzlösung und chirurgischem Nahtmaterial, was allerdings pro Kieferseite 40 Euro extra kosten würde. Es sei allerdings empfehlenswert auf dieses Angebot einzugehen, da die Kasse nur Leitungswasser und Baumwollfäden zahlen würde und man wisse ja schließlich, mit welchen gefährlichen Bakterien das Leitungswasser belastet sei.

Bei diesen beiden Beispielen handelt es sich um honorarverbessernde Extras zu vertraglichen Leistungen, wobei jedoch die Kassenleistung an sich nicht in Frage gestellt wird. Weit häufiger sind Anrufe, die über tatsächlich verweigerte oder als völlig indiskutabel dargestellte Vertragsleistungen berichten.

Verweigerung von Kassenleistungen

Der absolute Renner unter den nicht mehr angebotenen Leistungen ist die gute alte Amalgamfüllung. Die Aussagen der Versicherten reichen von einsichtiger Abgeklärtheit („Amalgamfüllungen macht man ja wohl nicht mehr, die sollen ja so giftig sein“) bis Verwunderung („Ich habe noch meine vierzig Jahre alten Füllungen, wieso kann man die denn jetzt nicht mehr haben?“). Dennoch wird allgemein akzeptiert, dass tatsächlich sehr viele Kollegen Amalgam schlicht und einfach nicht mehr anbieten und man für Füllungen so gut wie immer zuzahlen muss. Hier ist die Verweigerung von Sachleistungen durch Vertragsärzte alltäglich und kein Grund zur Aufregung mehr.

Ein Anrufer wollte sich damit nicht abfinden und fragte die Helferin, welche Fül-

lung er denn bekommen würde, wenn er nicht zu einer Zuzahlung bereit wäre. Ihm wurde eine „schlumpfblaue Plastikfüllung“ in Aussicht gestellt – zum Glück nicht an einem Frontzahn!

Statt Kassen-Endo: Liquidation nach GOZ oder Verweis an Spezialisten

Am einfachsten und sogar durch unsere Behandlungsrichtlinien sanktioniert ist die Verweigerung von Wurzelbehandlungen im Molarenbereich. Wer keine Lust hat, für ein Kassenhonorar blind in dunklen Wurzelkanallabyrinthen herumzustochern und dabei den Erfolg der Maßnahme insgeheim auch noch anzuzweifeln, kann ohne Weiteres die Behandlung des fraglichen Zahns nach Kassenrichtlinien ausschließen und entweder für eine ordentliche Behandlung richtig GOZ-Geld verlangen oder den/die unglückliche Zahnbesitzer/in gleich zum Endodontologen schicken. Wie häufig dieses Vorgehen gerechtfertigt ist, weiß niemand. Nicht die Kassen, nicht die KZVen und vor allem nicht die Bundesregierung.

Kassenleistungen werden falsch beschrieben und „schlechtgeredet“

Auch die Kassenrichtlinien kann man unterschiedlich eigenwillig interpretieren. Kürzlich berichtete eine Versicherte am Telefon von einer Aussage ihrer Zahnärztin, nach der „die Kasse“ nur die Säuberung und Abfüllung eines Wurzelkanals bis zur Hälfte zahle. Dies habe aber wenig Sinn, da die Frau dann mit scheußlichen Zahnschmerzen bis hin zum Verlust des Zahns zu rechnen habe. Wenn sie jedoch wolle, dass die Zahnärztin auch noch die andere Hälfte der Wurzelkanäle jenseits der Mitte ordnungsgemäß behandle, müsse sie noch 100 Euro pro Kanal zusätzlich zahlen. Leider ging um einen Oberkiefermolaren.

Hier handelt es sich um die subtilere Form der Verweigerung von Sachleistungen: das Schlechtreden der vertraglichen Methoden. Wer nur die Kassenleistungen in Anspruch nimmt, müsste demnach mit ernsthaften gesundheitlichen Nachteilen, günstigenfalls mit dauerhafter Entstellung rechnen.

Wem im Frontzahnbereich nur „Füllungen aus minderwertigem Kunststoff, der höch-

Metis-Dental

Lerchenweg 30, D-96135 Stegaurach
T 0951-296 85 22, F 0951-296 85 23, Mobil 0172-219 77 07
kontakt@metis-dental.de, www.metis-dental.de

Metis
Metis-Dental

Metis macht mobil...

Metis-Dental informiert:

Der ganz besondere Patientenservice - mobile Zahnbehandlung

Sie möchten das Spektrum Ihrer Praxis erweitern und durch besondere Leistungen Patienten erreichen und an sich binden?

Zugleich stehen Sie vor dem Problem, dass in zunehmender Zahl langjährige Patienten wegen gesundheitlicher Einschränkungen die Praxis nicht mehr aufsuchen können – Sie wiederum haben nicht die Ausstattung, um diese Patienten zuhause oder im Pflegeheim zu betreuen.



Hier bietet sich eine Lösung an, die angesichts der demografischen Entwicklung und der Zunahme pflegebedürftiger Menschen Zukunft hat: **Machen Sie die Betreuung immobiler Patienten zu einem Praxisschwerpunkt!**

Die Erweiterung Ihres Serviceangebotes auf

Haus- und Heimbefuche erfordert ein entsprechendes organisatorisches Konzept und ggf. die Vorbereitung von Praxismitarbeitern auf mobile Einsätze. Denn nicht nur der Zahnarzt kann außerhalb der Praxis diagnostisch und therapeutisch tätig werden. Vielmehr können auch fortgebildete zahnmedizinische Fachangestellte delegierbare Prophylaxeleistungen außer Hauses erbringen und so z.B. Individualprophylaxeprogramme mit Recall fortsetzen, obwohl die Patienten nicht mehr in der Lage sind, die Praxis aufzusuchen.

Transportable Geräte sind unverzichtbar für solche Einsätze. Die Ausstattung reicht vom Handkofferchen mit Spiegel, Sonde, Taschenlampe zur Diagnostik, Mikromotor zur Prothesenbearbeitung usw. über Mobileinheiten samt Beleuchtung und Absaugung bis hin zu kompletten Behandlungszimmern auf Rädern.

Metis-Dental,

geleitet von Dr. Dr. Uwe Greese (Arzt und Zahnarzt in eigener Praxis) und Stephan Winter (Zahntechniker und Dentalkaufmann), bietet seit 2005 ein modular aufgebautes Equipment zur mobilen zahnärztlichen Behandlung an, welches

seit vielen Jahren in den USA erfolgreich eingesetzt wird. Als Vertretung des Weltmarktführers für mobile Zahnarzt-einheiten **Aseptic Inc.**, Woodinville, Washington State, hat Metis-Dental im deutschsprachigen Raum mit der **AEU 425 FO** eine **mobile Behandlungseinheit** auf den Markt gebracht, die durch ihr gutes Preis-Leistungsverhältnis besticht. Die AEU ist für alle gängigen Hand- und Winkelstücke geeignet und mit einer großen und kleinen Absaugung, Licht und einem Zahnsteinentfernungsgerät ausgestattet. Standardmäßig integriert sind Wasserbehälter, die mit destilliertem Wasser, mit normalem Wasser oder mit Kochsalzlösung gefüllt werden können. Abgesaugte Flüssigkeit wird in einem Auffangbehälter gesammelt. Empfehlenswert ist die **Kombination mit einem mobilen Röntengerät**, z.B. Port X II.

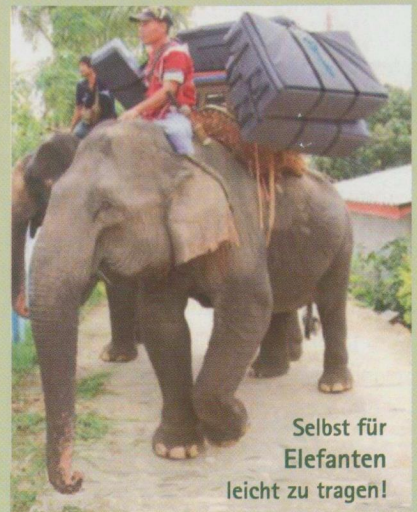
Sachkundige Beratung durch **Metis-Dental**, Anpassung der Ausstattung an Ihren Bedarf und Testmöglichkeiten sind selbstverständlich. Alle Geräte sind für den deutschen Markt zugelassen; der technische Support und die Möglichkeit zur Reparatur in Deutschland sind garantiert.

Unser Equipment wird übrigens nicht nur bei Hausbesuchen und nicht nur in Deutschland geschätzt. Es ist auch willkommen, wenn in einer Praxis ein Behandlungsstuhl oder ein Röntgengerät ausfällt oder bei Not- und **Entwicklungshilfeeinsätzen** transportables Gerät benötigt wird. Gegebenenfalls gelangt es nicht auf vier Rädern, sondern auf vier Beinen zum Einsatzort.

Lassen Sie sich die Möglichkeiten mobiler Behandlung einmal durch den Kopf gehen. Dabei werden sicherlich auch die Preise eine Rolle spielen. Wir haben interessante Angebote für Sie!

**Nehmen Sie mit uns Kontakt auf:
wir beraten Sie gern! Tel. 0172/2197707**

Sie finden uns unter www.metis-dental.de und auf Facebook!



Selbst für
Elefanten
leicht zu tragen!

stens ein paar Monate hält", angeboten werden, der zahlt sicher gerne ein paar Hundert Euro für haltbare, lichtgehärtete Füllungen mit Ätztechnik und aus „richtiger“ Keramik. Versicherte, die hier nach einer günstigeren Alternative suchen, sind meistens überrascht zu hören, dass auch eine „Kassenfüllung“ aus geschichtetem, lichtgehärtetem Kunststoff besteht und zudem auch hier eine Gewährleistungszeit von zwei Jahren vorgesehen ist.

Eine Versicherte beschwerte sich, dass nach einer durch die Krone durchgeführten Wurzelbehandlung die Trepanationsöffnung ausschließlich mit einer dentinahäsiven, mehrfach geschichteten und lichtgehärteten Kompositfüllung verschlossen werden könne, obwohl die Krone nach drei Monaten ohnehin erneuert werden sollte. Hierfür 150 Euro (entsprechend dem 5,24fachen GOZ-Satz!) zu zahlen, fiel der Versicherten, die Hartz4-Empfängerin war, äußerst schwer, und sie wandte sich an das "Gesundheitstelefon" auf der Suche nach Alternativen. Auch hier wurde die Vertragsleistung definitiv und ausdrücklich verweigert.

Private Vorbehandlung als Hürde vor GKV-PA-Behandlung

Nicht als Verweigerung, jedoch als Erschweren des Zugangs zu Vertragsleistungen kann man das Auftürmen von Privatleistungen als Vorbehandlung zur systematischen PAR-Behandlung sehen. Hier beschwerten sich Versicherte häufig darüber, dass sie einige Hundert Euro für mehrere Professionelle Zahnreinigungen, Bakterientests und Laserbehandlung ausgeben mussten, um die Kassen-PAR-Behandlung überhaupt zu bekommen. Da sie die Notwendigkeit einer solchen PAR-Behandlung durchaus einsähen und eine solche auch wünschten, könnten sie nicht verstehen, warum die Kasse die nach Auskunft ihres Zahnarztes zwingend

notwendigen Vorbehandlungen nicht auch übernehme.

Zur Zahnersatz-Regelversorgung oft unzureichend oder abwertende Informationen

Die größte Verzweiflung bei den Versicherten rufen naturgemäß und allein schon der Höhe wegen die privaten Kostenvorschläge für Zahnersatz hervor. Auf die Möglichkeit der Regelversorgung hingewiesen reagieren die meisten AnruferInnen überrascht bis verständnislos. Nie gehört! Die schon Aufgeklärten wissen: „Die Regelversorgung bietet mein Zahnarzt gar nicht an, das macht man ja nicht mehr.“ Brücken macht man nicht mehr, dafür gibt es jetzt Implantate. Vollprothesen macht man nicht mehr, dafür gibt es jetzt Implantate. Und Teilprothesen? Undenkbar und völlig aus der Mode.

Das ist natürlich Geschmacks- und Geldsache und kann hier nicht diskutiert werden. Aber die Möglichkeit, im Frontzahnbereich zumindest im Oberkiefer ohne wesentliche ästhetische Einschränkungen auch mit der Regelversorgung glücklich werden zu können, gehört zu den bestgeschützten Geheimnissen unserer Branche.

Die meisten Patienten verzichten auf Nachfragen oder Beschwerden

Wie kann man nun diese Erfahrungen aus mehrjähriger Beratungs- und Gutachtertätigkeit einordnen? Sicher kann man aus Einzelfällen keine Statistik ableiten, aber wenn man bedenkt, wie wenige Versicherte zum Telefon greifen und sich nach Alternativen zu teuren Privatleistungen erkundigen, im Vergleich zu den Tausenden, die nicht anrufen sondern im Vertrauen zu ihren BehandlerInnen den Geldbeutel zücken, dann kommt man schon auf die Idee, dass das Verweigern von Sachleistungen ein recht üblicher Brauch zu sein scheint.

Patientenbeschwerden dieser Art: kein Thema für Kassen und KZVen

Die Kassen bekommen das ebenso wenig mit wie die KZVen, denn eine bereits bezahlte GOZ-Rechnung für einen gesetzlich Versicherten wird in der Regel nicht mehr überprüft. Sollte sich ein Versicherter tatsächlich mal bei seiner Kasse beschweren, dann wird auf die Nichtzuständigkeit wegen des privaten Behandlungsvertrags verwiesen. Im Übrigen sind die Kassen auch aus dem Schneider, denn bis auf die außervertraglichen Wurzelbehandlungen werden ja die Vertragsleistungen abgerechnet und bezahlt – sei es über die Versichertenkarte oder als Festzuschüsse. Man kann in den Mitgliederzeitschriften also leicht auf die umfassenden und in allen Bereichen zur Verfügung stehenden Leistungen verweisen. Was die Versicherten darüber hinaus beitragen müssen, ist jedenfalls nicht das Problem der Kassen und wird darum auch nicht hinterfragt.

Die KZVen haben eher entgegengesetzte Interessen. Hier wird eher nach Wegen gesucht, die Abrechenbarkeit von Vertragsleistungen einzuschränken, um das Tor zu GOZ-Positionen weit offen zu halten. Die Bundesregierung weiß leider von diesen Problemen der GKV-Mitglieder gar nichts, verweist auf die Zuständigkeit der Selbstverwaltungsorgane und lehnt sich entspannt zurück.

Übrigens: wegen der „überzähligen“ Fissuren habe ich tatsächlich sicherheitshalber nachgeforscht. Oft finden sich ja die Schlupflöcher im Kleingedruckten. Aber nicht in diesem Fall: es gibt keine Leistungsbeschreibung und keinen Kommentar, weder im BEMA noch in der GOZ, in der/dem irgendeine Anzahl von Fissuren festgelegt oder erwähnt ist.

Dr. Gabriele Bucarius, München

Auswertung von Patientenbeschwerden gibt Hinweise auf Schwachstellen – Hinweise, die manche eher gar nicht wahrnehmen wollen?

Der obige Erfahrungsbericht über die Nichterbringung von Vertragsleistungen und das Verbreiten von Fehlinformationen handelt von Missständen, die seit Jahren bestehen. Es gäbe dazu keine Fakten und Belege, heißt es jedoch nicht zuletzt in den Antworten der Bundesregierung auf eine Anfrage der Linken (Bundestags-Drucksache

17/13356 – (1)). Keine Fakten – wo doch Tausende von Patienten jährlich beraten werden und man von daher mindestens Hinweise auf Probleme haben müsste?

In Deutschland haben die Bürger verschiedene Möglichkeiten, sich im Falle von Unklarheiten oder Beschwerden in Zusam-

menhang mit gesundheitlichen Problemen und medizinischen Behandlungen Rat zu holen – im Bereich Zahnmedizin insbesondere bei den in allen Bundesländern von oder in Kooperation mit Zahnärztekammern/KZVen eingerichteten Beratungsstellen, bei Patientenorganisationen, Verbraucherberatungen und bei ihrer Krankenkas-

se, um einige wichtige zu nennen. Die Beratungsangebote der zahnärztlichen Körperschaften wurden seit den 1990er Jahren kontinuierlich ausgebaut. Von sich aus, ohne gesetzlichen Auftrag und auf eigene Kosten hat die Zahnärzteschaft ein professionelles Serviceangebot geschaffen, das von den Ratsuchenden ohne Entgelt in Anspruch genommen werden kann (2).

Zahnärztliche Beratungsangebote sind wirksames Marketing

Zweifellos und legitimer Weise werden damit auch eigene Interessen verfolgt. Die Beratung wirkt als positives Marketing, sie erlaubt, zahnärztliche Leistungen attraktiv darzustellen und hilft, Konflikte und Negativwerbung zu vermeiden. Die Beratungsstrukturen sind historisch gewachsen und uneinheitlich, Ablauf und Inhalte der Gespräche mit Patienten stark von den fachlichen, berufs- und gesundheitspolitischen Sichtweisen der jeweiligen Berater geprägt. Wie die Verantwortlichen auf Bundesebene einräumen (zm vom 16.06.2013 – (3)), fehlt bisher ein System zur „methodisch sauberen und einheitlichen Erfassung der Beratungsleistungen“. Insbesondere wäre es erforderlich, die Beratungen so zu dokumentieren, dass auch inhaltliche Gesichtspunkte wie die hier zur Diskussion stehenden einbezogen und ausgewertet werden könnten.

Ablehnung von Amalgamfüllungen – nur durch 25 Zahnärzte bundesweit?

Aber kann die zahnärztliche Seite solche Auswertungen wollen? Schließlich ist es – um ein Beispiel herauszugreifen – den Körperschaften längst bekannt, dass viele Praxen keine Amalgamfüllungen und auch keine zuzahlungsfreie, medizinisch gleichwertige Alternative in ihrem Leistungsangebot haben. Dafür braucht man nur einmal bei einem Zahnärzttestammtisch zuzuhören oder einen Beratungszahnarzt zu befragen, und schon hat man mehr als die bundesweit 25 Fälle nicht erbrachter Amalgamfüllungen beisammen, wie sie laut Antwort der KZBV 2012 „gemeldet“ worden sind. Hier fehlt wohl weniger die Information als vielmehr die Neutralität. Insofern sei dem Gesundheitsministerium empfohlen, auch noch andere Stellen zu befragen, die bei diesem Sachverhalt weniger mit eigenen Interessen involviert sind.

Unabhängige Patientenberatung soll Probleme aufzeigen

Zum Beispiel gibt es die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD). Sie

wurde 2006 nach einigen Jahren Vorlauf in Form von Modellversuchen geschaffen, um die „Patientenorientierung im Gesundheitswesen zu stärken und Problemlagen im Gesundheitssystem aufzuzeigen“ (§ 65b SGB V). Die UPD verfügt über 21 regionale Beratungsstellen und eine bundesweite Hotline in 3 Sprachen mit rund 70 Beratern. Getragen wird sie von den drei Gesellschaftern Sozialverband VdK Deutschland, Verbraucherzentrale Bundesverband und Verbund unabhängiger Patientenberatung; finanziert wird ihre Arbeit über Mittel der Gesetzlichen Krankenkassen (ca. 5,4 Mio Euro pro Jahr; im 5-Jahresrhythmus wird die Finanzierung neu vergeben). Die UPD berichtet jährlich gegenüber dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung und gegenüber der Öffentlichkeit über ihre Arbeit (4).

Ihre Mitarbeiter sind nur zu ganz geringem Teil (Zahn-)Ärzte. Von daher wirbt die UPD auch nicht mit ihrer medizinischen Kompetenz, sondern versteht sich als Lotse und Wegweiser in unserem komplizierten gesundheitlichen Versorgungssystem. Oft geht es darum, rechtliche und psychologische Fragen zu klären und die Ratsuchenden in Bezug auf den rein medizinischen Anteil des Problems an kompetente Stellen weiter zu verweisen. Da die UPD über ein bundesweit einheitliches Dokumentationssystem verfügt, können die Beratungsdaten zentral ausgewertet werden – natürlich anonymisiert – und in Bezug auf Fehlentwicklungen und strukturelle Mängel analysiert werden.

„Monitor Patientenberatung“ erstmals von UPD vorgelegt

„Tausenden Patienten werden Leistungen verweigert“, titelte DIE WELT am 01.07.13 nach Veröffentlichung des „UPD-Monitor Patientenberatung 2013“ (Berichtszeitraum 01.04.2012 – 31.03.2013), und der Bundespatientenbeauftragte Wolfgang Zöller sprach in seiner Presseerklärung von „Schwachpunkten“ und „gesetzgeberischen Konsequenzen“. (Dabei waren aber weniger die Ergebnisse zur zahnärztlichen Versorgung gemeint.)

Weil Fragen zu Zahnbehandlungen seit jeher einen überproportional hohen Anteil des Beratungsgeschehens ausmachen (im Berichtszeitraum waren sie mit 5.101 Kontakten der meist gefragte Einzelbereich), hat die UPD eine bundesweite, in Köln angesiedelte „Kompetenzstelle Zahngesundheit“ eingerichtet und widmet in dem erwähnten Bericht dem Thema ein eigenes Kapitel ((4) – Seiten 19–21).

Mangelnde Aufklärung zu Kassenleistungen oft Beratungs- und Beschwerde-Anlass

Im Mittelpunkt der durch Zahnprobleme ausgelösten Beratungen standen demnach „eine nicht ausreichende, unvollständige Information und Beratung sowie die Qualität der Versorgungsleistungen“. Die Berater fassten ihre Erfahrungen bei einem Gruppeninterview zusammen, aus dem hier zitiert werden soll: „Patienten werden zudem „ganz oft nicht darüber aufgeklärt, dass es eine Regelversorgung gibt, und es wird nur eine andersartige Versorgung angeboten“ (14: 413–417). Auch Informationen über Härtefallregelungen sind selten. Zudem werden z.B. bei kieferorthopädischen Behandlungen zusätzlich zur GKV-Leistung private Angebote unterbreitet, die die Versicherten weder finanziell noch bezüglich der medizinischen Sinnhaftigkeit abschätzen können. Ein zunehmender Teil von Ratsuchenden – so beobachten die Beraterinnen und Berater – übernimmt sich daher finanziell mit einer Zahnbehandlung“ (4).

Diese Analyse gibt sicherlich das Bild aus den Beratungen korrekt wieder, jedoch erlauben die UPD-Zahlen keine Verallgemeinerung auf die Bevölkerung bzw. die Patient-Zahnarzt-Kontakte insgesamt. Angesichts von circa 60 Millionen vertragszahnärztlicher Behandlungen jährlich sind die dokumentierten 1.165 expliziten Beschwerden (bei insgesamt 5.101 Beratungen zu Zahnthemen) zunächst mal kein Beweis für Missstände großen Ausmaßes. Aber die dokumentierten Fälle sind auch nicht völlig exotisch. Sie stehen vermutlich für viele ähnlich gelagerte Fälle, in denen Versicherte sich irgendwie mit den Gegebenheiten arrangiert haben.

Gesetzliche Kassen sind zuständig für den Erhalt von Kassenleistungen

Diese Fälle näher betrachten, das sollten insbesondere die Gesetzlichen Krankenkassen. Sie betonen oft genug ihre Rolle als Anwalt von Patienten und ihre Bereitschaft, die Versicherten ganz konkret bei der Wahrnehmung ihrer Rechte zu unterstützen (z.B. durch Hilfe bei vermuteten Behandlungsfehlern). Nicht zuletzt haben die Kassen die Aufgabe, Stellen zur Abwehr von Fehlverhalten einzurichten, problematisches Verhalten zu prüfen und ggf. die Staatsanwaltschaft zu informieren. Informationen aus der Patientenberatung könnten eine wertvolle Quelle sein für Anstöße zur Verbesserung der Versorgung. Aber diese Quelle wird, wie Dr. Bucearius beschreibt, bei mehreren Kassen regelrecht „zugeschüttet“. Bei ihnen erfolgt keine

Erfassung und Weiterleitung der Patientenfragen und -Beschwerden, obwohl dies – anonymisiert – unter Wahrung von Arztgeheimnis und Datenschutz möglich wäre.

Verweigerung von Kassenleistungen – ein „heißes Eisen“

Wie Frau Dr. Bucerus berichtet auch der Krefelder Zahnarzt Carlheinz Swaczyna über die „Verweigerung von Kassenleistungen“ durch Vertragszahnärzte (in „Die Zahnarztwoche“ (DZW) vom 07.08.13). Ähnlich wie die Münchner Kollegin hat er bei seinen Recherchen den Eindruck gewonnen, dass die Krankenkassen das Thema nicht anpacken wollen – die zahnärztlichen Körperschaften ebenso wenig (5). Dass nur vereinzelt Menschen sich bei dafür vorgesehenen Stellen beschweren, kommt da ganz gelegen. „Die Interessen der Player im Gesundheitswesen laufen hier parallel“, kommentiert Gregor Bornes, Sprecher der Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstellen, die Situation. „Kassen und Zahnärzte verbünden sich zu Lasten Dritter – der Patienten. Die einen sparen, wenn eine Kassenleistung privat abgerechnet wird, die anderen verdienen mehr und entlasten ihr Budget. Der Patient, um dessen Geld es geht, hat in der Regel keine Ahnung von der Materie und braucht Unterstützung, um seinen Anspruch auf Kassenleistungen durchzusetzen.“

Für uns sind die aktuellen Berichte einzelner Kollegen Anlass, das Thema auch zukünftig auf der DAZ-Agenda zu behalten und insbesondere das Gespräch mit den Kassen darüber zu suchen. Es darf nicht dazu kommen, dass wichtige Leistungen still und heimlich aus dem Praxisalltag verschwinden und das politisch beschlossene breite Leistungsangebot allmählich nur noch auf dem Papier steht. Alle Akteure im Gesundheitswesen, die es mit der Patientenorientierung ernst meinen, sollten die im Rahmen von Beratungen (deren Auswertung es noch zu verbessern gilt) zur Sprache gebrachten Problemstellungen als wichtige Hinweise betrachten und sie als Anstoß für Verbesserungen nutzen!

Irmgard Berger-Orsag, Troisdorf

Literatur (Links unter www.daz-web.de)

- (1) Bundestags-Drucksache 17/13356 v. 30.4.13
- (2) BZÄK/KZBV: Patienten im Mittelpunkt – Die Patientenberatung der Zahnärzteschaft in Deutschland, 2012
- (3) Eric Bauer: „Zahnärztliche Patientenberatung – Kompetent informiert“, Zahnärztliche Mitteilungen vom 16.06.2013, S. 28–31
- (4) UPD: „Monitor Patientenberatung 2013“ v. 1.7.13
- (5) Carlheinz Swaczyna: „Verweigerung von Kassenleistungen – hätte, wäre, wenn!“, DZW v. 7.8.13, S. 5

Sachleistungen in der zahnärztlichen Versorgung Kleine Anfrage der Linksfraktion

Durch eine Kleine Anfrage versuchte die Bundestagsfraktion der Linken, von ihr vermutete schleichende Veränderungen in der Versorgung von Kassenpatienten zum Thema zu machen. Nachfolgend sind einige der Fragen und Antworten abgedruckt (aus: Bundestagsdrucksache 17/13356 v. 30.04.2013). Deutlich wird, dass die Bundesregierung lediglich auf bestehende Regelungen und Zuständigkeiten verweist und die kritische Prüfung, ob Regelungen möglicherweise zu Lasten der Patienten unterlaufen werden, nicht als ihre Aufgabe ansieht.

FRAGE: „3. Sind der Bundesregierung Fälle bekannt, in denen sich Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte weigern, Amalgamfüllungen einzusetzen?“

a) Wie viele Meldungen über die Weigerung, Kassenleistungen, z. B. Amalgamfüllungen, zu erbringen, liegen bei den zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vor?

b) Geht die Bundesregierung davon aus, dass die tatsächlichen Fälle von Weigerungen, Kassenleistungen zu erbringen, über diese Meldungen hinausgehen?“

ANTWORT: „Eine aktuelle Abfrage bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen hatte nach Auskunft der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) zum Ergebnis, dass die Anzahl der dort eingegangenen Meldungen sehr gering ist. Im Jahr 2012 haben die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen 25 Meldungen über Weigerungen von Vertragszahnärztinnen und -zahnärzten, Amalgam als Füllungsmaterial zu verwenden, erhalten. Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse darüber vor, dass die tatsächlichen Fälle von Weigerungen, Kassenleistungen zu erbringen, über diese Meldungen hinausgehen.“

FRAGE: „5. Stellt es aus Sicht der Bundesregierung eine wichtige Information dar, zu wissen, wie viele Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte sich weigern, Kassenleistungen zu erbringen? Welche Anstrengungen unternimmt die Bundesregierung, diese Informationen zu erhalten?“

ANTWORT: „Der Bundesregierung liegen über die in der Antwort zu Frage 3 angegebenen Meldungen keine Anhaltspunkte dafür vor, wie viele Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte sich weigern, Kassenleistungen zu erbringen. Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte unterliegen nach ihrer Zulassung zur Versorgung gesetzlich Krankenversicherter den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen und müssen demzufolge ihre ihnen obliegenden Pflichten erfüllen. Dazu gehört das Anbieten einer zahlungsfreien Regelversorgung. Unabhängig von der Anzahl derartiger Vorkommnisse ist es Aufgabe der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung, gesetz- bzw. vertragskonformes Verhalten sicherzustellen.“

FRAGE: „8. Sind der Bundesregierung Fälle bekannt, nach denen Zahnärzte die Erfolgswahrscheinlichkeit einer Wurzelbehandlung bei Backenzähnen herabmindern, um diese Kassen-

leistung nicht erbringen zu müssen, um stattdessen lieber eine Zusatzleistung oder Privatleistung zu erbringen? Sieht die Bundesregierung Anreize durch die jeweilige Vergütung, die ein solches Vorgehen fördern könnten, und wie können sich Patientinnen und Patienten vor einem solchen Vorgehen schützen?“

ANTWORT: „Der Bundesregierung sind keine derartigen Fälle bekannt. Patientinnen und Patienten haben die Möglichkeit, u. a. über Beratungsstellen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Zahnärztekammern, über Krankenkassen und über Patientenberatungsstellen von Verbraucherverbänden eine kostenlose Beratung in Anspruch zu nehmen oder sich im Internet zu informieren. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 7 verwiesen.“

FRAGE: „16. In welchem finanziellen Umfang werden jährlich Leistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in deutschen Zahnarztpraxen abgerechnet? a) Welcher Anteil der Zahnarztleistungen wird ganz oder teilweise über die GOZ abgerechnet?“

b) Wie viel Geld wird so durchschnittlich von einem Zahnarzt eingenommen?“

ANTWORT: „Es ist von einem Gesamtvolumen der nach GOZ abgerechneten privatärztlichen Leistungen in der Größenordnung von rd. 6,1 Mrd. Euro pro Jahr auszugehen. Davon tragen nach Angaben der KZBV die GKV-Versicherten rd. 1,2 Mrd. Euro im Rahmen von Mehrkostenvereinbarungen bzw. bei der Abrechnung von gleich- und andersartigen Versorgungsmöglichkeiten mit Zahnersatz. Durchschnittlich entspricht das einem jährlichen Betrag von rd. 22 000 Euro je Praxisinhaber.“

FRAGE: „18. Sind der Bundesregierung Fortbildungsveranstaltungen bekannt, in denen Zahnärztinnen und Zahnärzte darin geschult werden, wie sie möglichst viele Zusatzleistungen und Privatleistungen an die Patientinnen und Patienten bringen? Gibt oder gab es für solche Fortbildungen staatliche Förderungen ähnlich den Fortbildungen zu individuellen Gesundheitsleistungen für niedergelassene Ärztinnen und Ärzten?“

ANTWORT: „Der Bundesregierung sind keine Fortbildungsveranstaltungen bekannt, die speziell das Ziel verfolgen, Zahnärztinnen und Zahnärzte darin zu schulen, wie sie möglichst viele Zusatzleistungen und Privatleistungen für ihre Patientinnen und Patienten erbringen. Eine staatliche Förderung solcher Fortbildungsveranstaltungen nach den Richtlinien über die Förderung unternehmerischen Know-hows für kleine und mittlere Unternehmen sowie Freie Berufe durch Informations- und Schulungsveranstaltungen sowie Workshops vom 1. Dezember 2011 wäre zudem aufgrund einer entsprechenden Änderung dieser Richtlinien seit August vergangenen Jahres nicht mehr möglich.“

Quelle: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/133/1713356.pdf>



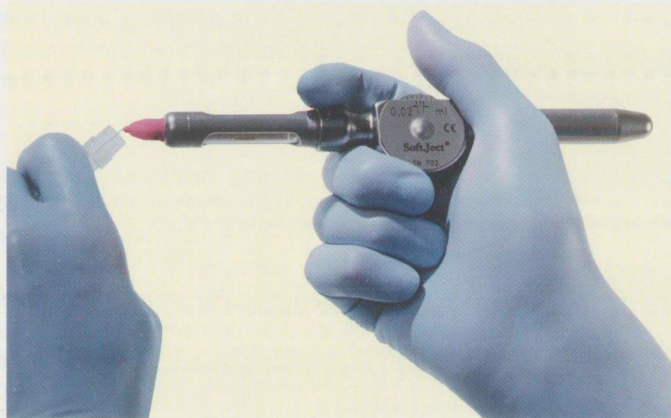
Produkte für höchste Qualitätsansprüche!

citoMant® Rotierende Instrumente

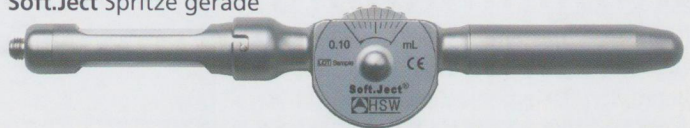
citoGum® A-Silikone

citoPrint® Elastic-Alginat

Sicher injizieren: Soft.Ject® (Edelstahl)
Das Injektionssystem für die intraligamentäre Anästhesie!



Soft.Ject Spritze gerade



Soft.Ject Spritze abgewinkelt



Einzelzahnanästhesie:
Vorteil für Behandler und Patient

- ⊕ unverzüglicher Anästhesieeintritt
- ⊕ Behandlung von Zähnen in verschiedenen Quadranten in einer Sitzung
- ⊕ keine Taubheit in Wangen, im Zungen- und Lippenbereich
- ⊕ Empfindungsvermögen nach 30 Min. wieder voll ausgeprägt
- ⊕ pro Wurzel nur ca. 0,2 ml Anästhetikum



mds EXKLUSIVER VERTRIEBSPARTNER
der CURASAN AG



CERASORB®
EPI-GUIDE®
Cytoplast® (PTFE)
CollaGuide®

mds,
mein
Dental Service



mds Medical & Dental Service GmbH
Jacques-Remy-Str. 17
D-56203 Höhr-Grenzhausen

Tel.: 0 26 24 - 94 99 · 0
Fax: 0 26 24 - 94 99 29
E-Mail: service@mds-dental.de

www.retard.de

Besonders wichtig für die Behandlung gesundheitlich eingeschränkter Patienten: Schonende Lokalanästhesie

von Lothar Taubenheim, Erkrath

Gesundheitlich eingeschränkte (health compromised) Patienten sind eine große Herausforderung für jeden zahnärztlichen Behandler – auch mit Blick auf die Kooperationsbereitschaft des Patienten. Vielfach ist bei ihrer Behandlung eine medikamentös induzierte Analgesie erforderlich. Aber die gelehrten und weltweit angewandten Lokalanästhesie-Methoden, die Infiltrations- und/oder die Leitungsanästhesie, z. B. des N. alveolaris inferior, sind hoch belastend und teilweise kontraindiziert, weil sie unter Umständen lebensbedrohliche Folgen haben können. Nicht nur bei multimorbiden Patienten müssen Alternativen betrachtet und mit dem Patienten besprochen werden [11].

Nicht wenige der Patienten, die zahnärztlich behandelt werden, gelten wegen eines vorausgegangenen Herzinfarktes, kardialen Bypassen und Kreislaufabflabilität für eine Lokalanästhesie als Risikopatienten. Dazu zählen besonders ältere Menschen mit degenerativen Erscheinungen und Alterserkrankungen mit und ohne medikamentöse Behandlung. Eine sorgfältig erhobene Anamnese setzt den Zahnarzt darüber in Kenntnis, ob eine allgemeine Erkrankung des Kreislaufs und des Herzens, eine innersekretorische Störung oder eine vegetative Dystonie vorliegt [4].

Bei Patienten mit hämorrhagischer Diathese oder unter Antikoagulantien-Behandlung dürfen Leitungsanästhesien auf keinen Fall vorgenommen werden, da diese infolge massiver Hämatombildung lebensbedrohliche Folgen haben können [13].

Zu diesen Patienten kommen noch solche hinzu, die möglicherweise nicht nennenswert gesundheitlich eingeschränkt sind, jedoch eine Aversion gegen "die Spritze" entwickelt haben, meistens als Folge gemachter – negativer – Erfahrungen mit der applizierten Lokalanästhesie, und die deshalb nur bei akuten Schmerzen einen Zahnarzt aufsuchen.

Die Frage, die sich in Bezug auf alle diese Patienten stellt, heißt: Gibt es eine evidenzbasierte Alternative für die Infiltrations- und/oder die Leitungsanästhesie mit geringerer Belastung und ohne das Risiko von Gefäß- und/oder Nervverletzungen?

Zugleich wäre es im Sinne des Behandlers, wenn bei dieser Form der Anästhesie mit unverzüglichem Anästhesieeintritt ohne Latenz und Zusatzaufwand und mit sehr wenigen Anästhesieversagern gerechnet werden könnte.

Tatsächlich gibt es eine solche Alternative, die allerdings an den meisten Universitäten noch nicht systematisch gelehrt wird und

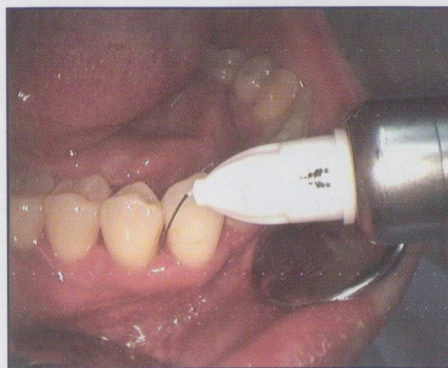


Abb. 1: Die Kanüle wird entlang des Zahnhalbes in den Desmodontalspalt geführt. Foto: Prothmann

den bereits praktizierenden Zahnärzten nur zu geringem Teil aufgrund von Fortbildungen bekannt ist: die intraligamentäre Anästhesie (ILA). Sie gehört heute zur modernen Zahnheilkunde wie das Internet und die E-Mail-Kommunikation. Nach BEMA und GOZ ist sie uneingeschränkt abrechenbar.

Anwendbar ist sie bei allen Patienten, bevorzugt bei den oben beschriebenen Risikopatienten sowie bei Kindern und Behinderten. Aber auch "normale" Patienten wollen nie mehr eine Leitungsanästhesie haben, wenn der Behandler die ILA sicher beherrscht und sie erfolgreich appliziert hat.

Der Behandlung von Kindern und Behinderten, die es gezielt bei Prävention und Zahnerhaltung zu unterstützen gilt, kommt in der zahnärztlichen Praxis eine besondere Bedeutung zu. Gerade bei Kindern stellt die Schmerzausschaltung weniger ein technisches als vielmehr ein psychologisches Problem dar. Entsprechende Fähigkeiten und Fertigkeiten vorausgesetzt, ist mit relativ hoher Wahrscheinlichkeit mit einer Akzeptanz der ILA zu rechnen [3]. Infolge fehlender Analgesie benachbarter Weichteile ist die Gefahr schmerzhafter Bissverletzun-

gen bei der intraligamentären Anästhesie nicht gegeben [6, 7].

Das – vorgeschobene – Argument der ILA-Gegner, intraligamentale Injektionen lösten Bakteriämien aus, trifft in gleichem Maße auf Zahnsteinentfernungen, subgingivale Kürettagen und Extraktionen zu [12]. Bei Patienten mit Endokarditis-Risiko sollte die ILA allerdings nicht angewandt werden; Glockmann und Taubenheim schreiben, dass sie bei diesen Patienten kontraindiziert ist [6, 7].

Abgesehen von lang dauernden und großflächigen dento-alveolären chirurgischen Eingriffen – wo die ILA die Anforderungen nicht erfüllen kann – ist die intraligamentäre Anästhesie für alle zahnmedizinischen Indikationen als primäre Methode anwendbar. Selbst retinierte Zähne können problemlos unter ILA osteotomiert werden.

Bei der ILA wird – im Gegensatz zu den konventionellen Lokalanästhesie-Methoden – das Anästhetikum mit angepasstem – minimalem – Injektionsdruck in den Desmodontalspalt injiziert. Das klingt medizinisch anspruchsvoll, ist aber leicht zu erlernen, da die Injektion in den Desmodontalspalt – das Ligamentum circulare – vollständig unter visueller Kontrolle erfolgt, im Gegensatz zur Leitungsanästhesie des N. alveolaris inferior am Foramen mandibulae (Abb. 1).

Das intraligamental injizierte Anästhetikum breitet sich intraossär und im Desmodontalspalt entlang der Zahnwurzel aus und hat in etwa einer halben Minute das Foramen apikale erreicht – praktisch mit dem Ende der Injektion (Abb. 2).

Lediglich in entzündetem Gewebe kann sich, wegen des veränderten pH-Wertes des Gewebes, der Anästhesieeintritt leicht auf 60 bis 90 Sekunden verzögern [12, 14]. Die Behandlung des Patienten kann sich ohne Unterbrechung sofort anschließen.

Die klinischen Studien der letzten 20 Jahre, deren Ergebnisse alle international publiziert wurden, zeigen, dass die "Alternative intraligamentäre Anästhesie" eine Möglichkeit der Schmerzausschaltung ist,

die alle Anforderungen an eine primäre Lokalanästhesie-Methode erfüllt [1, 2, 8, 9, 12, 14]. Heizmann und Gabka konnten schon 1994 darlegen, dass bei Zahnextraktionen die ILA den weltweit gelehnten konventionellen Infiltrations- und Leitungsanästhesien signifikant überlegen ist, sowohl hinsichtlich Anästhesieerfolg als auch mit Blick auf die Beeinträchtigung des Patienten und die Verkürzung der Zeit zwischen Injektion und Anästhesieeintritt [5, 8].

Für intraligamentale Injektionen stehen heute Spritzen ohne Kraft verstärkende Hebel-systeme zur Verfügung, deren klinische Eignung durch Studien [10, 15] uneingeschränkt bestätigt wurde: DIN-genormte Dosierradspritzen, bei denen die vom Behandler aufgebaute Kraft über ein Dosierrad direkt auf die integrierte Zahnstange und den Lochstopfen der Anästhetikumkarpule übertragen und das Anästhetikum mit präzise an die individuellen anatomischen Gegebenheiten des Patienten angepasstem Injektionsdruck in den Desmodontalspalt injiziert wird.

Nebenwirkungen treten nicht auf, im Gegensatz zur Leitungs- und Infiltrationsanästhesie, wo immer mit einem Nerv- oder Gefäßkontakt zu rechnen ist. Alle genannten klinischen Studien bestätigen, dass bei der ILA die Betäubung tief ausgeprägt ist

gamentäre Anästhesie benötigte Anästhetikummenge signifikant niedriger, nur etwa 25 % der bei einer Leitungsanästhesie applizierten Menge, weshalb die ILA bei Risiko-

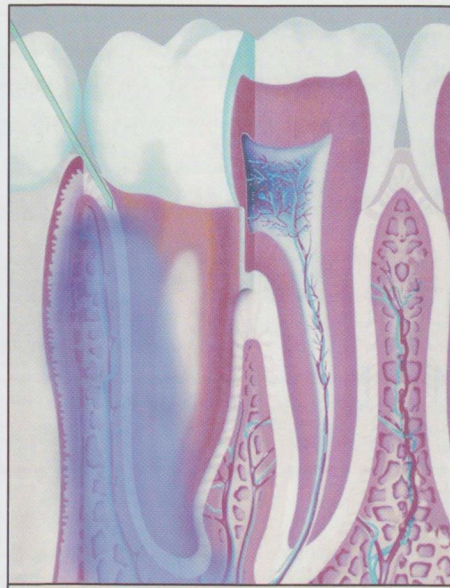
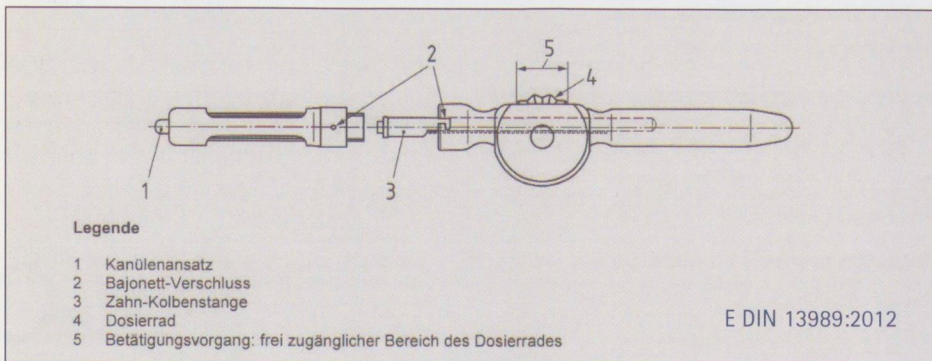


Abb. 2: Das Anästhetikum breitet sich intrasösär aus. Foto: Taubenheim/Westermann

patienten die Methode der Wahl ist. Bei einer lege artis applizierten ILA sind Anästhesieversager deutlich seltener als bei Infiltrations- bzw. Leitungsanästhesien [2, 8, 12, 14] und beruhen meistens auf Underdosierungen [4].



und - auch in Abhängigkeit des injizierten Volumens - etwa 30 Min. anhält. Durch Nachinjektionen kann die Anästhesiedauer problemlos verlängert werden.

Neben dem Nutzen für den Zahnarzt - Injektion unter Sichtkontrolle, keine Latenz, kaum Anästhesieversager - profitiert der Patient in gleichem Maße von dieser minimalinvasiven Lokalanästhesie: Durch die wesentlich geringere applizierte Anästhetikummenge und die enge Begrenzung der Anästhesie ist dieselbe etwa zeitgleich mit dem Ende der Behandlung abgeklungen - ohne über Stunden anhaltende artikulatorische und mastikatorische Beeinträchtigungen des Patienten. Verglichen mit der Leitungsanästhesie ist die für eine intrali-

Der Erfolg der intraligamentären Anästhesie ist eine Triade: Die Verwendung sensibler Instrumentarien, mit denen der Injektionsdruck gut den anatomischen Gegebenheiten des Patienten anpasst werden kann, die Applikation bewährter Anästhetika mit Adrenalin und die sichere Beherrschung der Methode der ILA durch den praktizierenden Zahnarzt.

Bei gesundheitlich beeinträchtigten Patienten sollten die Infiltrations- oder die Leitungsanästhesie nur noch angewandt werden, wenn - nach erfolgter Aufklärung über Risiken und Alternativen - der Patient ausdrücklich eine dieser beiden Lokalanästhesie-Methoden wünscht. Dass mit einer erfolgreichen intraligamentären Anästhesie auch ein Marketingeffekt verbunden

ist, sei abschließend noch erwähnt: Was wünscht sich ein Behandler mehr, als dass sich Patienten über "ihren" Zahnarzt unterhalten, der "Spritzen gibt, die man gar nicht merkt!"

Lothar Taubenheim,
Medizinjournalist VMWJ
LT.Lothar.Taubenheim@t-online.de

Literatur

1. Csides M, Taubenheim L, Glockmann E. Intraligamentäre Anästhesie: Systembedingte Nebenwirkungen. ZWR Deutsch Zahnärzteblatt 2009; 4: 158-166.
2. Dirnbacher T, Glockmann E, Taubenheim L. Methodenvergleich der Lokalanästhesie. Welche Anästhesie ist die richtige? Zahnärztl Mitt 2003; 23: 44-51.
3. Einwag J. Die intraligamentäre Anästhesie im Kindes und Jugendalter. Dtsch Zahnärztl Z 1982; 37: 874-876.
4. Einwag J. Die intraligamentäre Anästhesie. Zahnärztl Mitt 1985; 75: 693-695.
5. Endo T, Gabka J, Taubenheim L. Intraligamentary anesthesia: Benefits and limitations. Quintessence International 2008; (39) 1: e15-e25.
6. Glockmann E, Taubenheim L. Die intraligamentäre Anästhesie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart - New York, 2002.
7. Glockmann E, Taubenheim L. Minimalinvasive Schmerzausschaltung - Intraligamentäre Anästhesie. Zahnärztl Fach-Verlag, Herne, 2010.
8. Heizmann R, Gabka J. Nutzen und Grenzen der intraligamentären Anästhesie. Zahnärztl Mitt 1994; 84: 46-50.
9. Langbein A, Taubenheim L, Benz C. Die intraligamentäre Anästhesie - primäre Methode der Schmerzausschaltung? ZWR Deutsch Zahnärzteblatt 2012; 7+8: 334-342.
10. Marshall M. Die intraligamentäre Anästhesie mit dem SoftJect zur Ermittlung der Praxistauglichkeit. Diss., München, 2001.
11. Patientenrechtgesetz, BGB § 670 e - Aufklärungspflichten (1).
12. Prothmann M, Taubenheim L, Rossaint R. Alternativen zu Leitungs- und Infiltrationsanästhesie. ZWR Deutsch Zahnärzteblatt 2010; 9: 398-405.
13. Schwenzer N, Ehrenfeld M. Zahnärztliche Chirurgie. Zahn-Mund-Kiefer-Heilkunde, Georg Thieme Verlag 2000, Band 3: 31-32.
14. Weber M, Taubenheim L, Glockmann E. Schmerzausschaltung vor indizierten endodontischen Behandlungen. ZWR Deutsch Zahnärzteblatt 2006; 10: 421-433.
15. Zugal W. Die intraligamentäre Anästhesie in der zahnärztlichen Praxis. Zahnärztl Mitt 2001; 6: 46-52.

Artinestol 1:200.000 / 1:100.000
 Zusammensetzung: Artinestol 1:200.000, 40/0,005 mg/ml Injektionslösung, Wirkstoffe Articain und Epinephrin, 1 ml Injektionslösung enthält: Wirkstoffe: Articainhydrochlorid 40 mg, Epinephrinhydrochlorid 0,006 mg, (entsprechend 0,005 mg Epinephrin), Artinestol 1:100.000, 40/0,01 mg/ml Injektionslösung, Wirkstoffe Articain und Epinephrin, 1 ml Injektionslösung enthält: Wirkstoffe: Articainhydrochlorid 40 mg Epinephrinhydrochlorid 0,012 mg (entsprechend 0,01 mg Epinephrin). Sonstige Bestandteile: Artinestol 1:200.000 / Artinestol 1:100.000, Natriumsulfit max. 0,66 mg (entsprechend max. 0,34 mg SO₂), Natriumchlorid, Wasser für Injektionszwecke, Salzsäure und Natriumhydroxid zur pH-Wert-Einstellung. Verschreibungspflichtig.

Anwendungsgebiete:

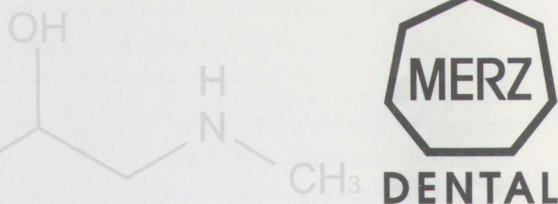
Artinestol 1:200.000: Routineeingriffe wie komplikationslose Einzel- und Reihenextraktionen, Kavitäten- und Kronenstumpfpräparationen; Artinestol 1:100.000: Schleimhaut- und knochenchirurgische Eingriffe, die eine stärkere Ischämie erfordern, pulpenchirurgische Eingriffe (Amputation und Exstirpation), Extraktion desmodontitischer bzw. frakturierter Zähne (Osteotomie), länger dauernde chirurgische Eingriffe, perkutane Osteosynthese, Zystektomie, mukogingivale Eingriffe, Wurzelspitzenresektion.

Gegenanzeigen: Nicht anwenden bei: bekannter Allergie oder Überempfindlichkeit gegen Lokalanästhetika vom Säureamid-Typ, Überempfindlichkeit gegen Epinephrin (Adrenalin), Sulfit, oder einen der sonstigen Bestandteile, schweren Störungen des Reizbildungs- oder Reizleitungssystems am Herzen, akuter dekompensierter Herzinsuffizienz, schwerer Hypotonie, paroxysmaler Tachykardie oder hochfrequenter absoluter Arrhythmie, ausgeprägter Koronarsuffizienz, schwerer Hypertonie, Thyreotoxikose, Engwinkelglaukom, dekompensierter diabetischer Stoffwechsellaage, Phäochromozytom, Betäubungen in Endstromgebieten der Blutgefäße, Patienten, die nicht kardioselektive Betablocker (z.B. Propranolol) einnehmen (Gefahr einer Hochdruckkrise oder schweren Bradykardie), gleichzeitiger Behandlung mit trizyklischen Antidepressiva oder MAO-Hemmern, da diese Wirkstoffe die Herz-Kreislauf-Wirkungen des Epinephrins verstärken können. Das kann bis zu 14 Tage nach Beendigung einer Behandlung mit MAO-Hemmern zutreffen. Die intravenöse Anwendung ist kontraindiziert, intravasale Fehlapplikation vermeiden! Nicht bei Personen mit einer Allergie oder Überempfindlichkeit gegen Sulfit sowie Personen mit schwerem Asthma bronchiale anwenden. Nur mit besonderer Vorsicht anwenden bei schweren Nieren- oder Leberfunktionsstörungen, Angina pectoris, Arteriosklerose, Injektion in ein infiziertes Gebiet, Störungen der Blutgerinnung, Patienten mit Cholinesterasemangel.

Nebenwirkungen: Allergische oder pseudoallergische Unverträglichkeitsreaktionen wie z.B. ödematöse Schwellung bzw. Entzündung an der Injektionsstelle oder unabhängig davon, Rötung, Juckreiz, Konjunktivitis, Rhinitis, Quincke-Ödem, Glottisödem, Urtikaria, Atembeschwerden bis hin zum anaphylaktischen Schock. Dosisabhängig zentralnervöse Störungen wie Unruhe, Nervosität, Benommenheit bis zum Bewusstseinsverlust, Koma, Atemstörungen bis zum Atemstillstand, Muskelzittern, Muskelzuckungen bis zu generalisierten Krämpfen; Schwindel, Parästhesie, Hypästhesie; Während oder kurz nach der Injektion von Lokalanästhetika im Kopfbereich sind vorübergehende Sehstörungen (Flimmern vor den Augen, Pupillendilatation, Ptosis, Myosis, Mydriasis, Verminderung der Sehkraft bis zur vorübergehenden Erblindung) möglich; häufig: Kopfschmerzen; Nervenläsionen (z. B. Facialisparesie) sowie die Verminderung der Gefühls- oder Geschmacksempfindlichkeit im Mund- und Gesichtsbereich sind keine articainspezifischen Nebenwirkungen, sind jedoch nicht ausschließbare Risiken jedes zahnärztlichen Eingriffs. Blutdruckabfall, Bradykardie, Herzversagen und Schock (unter Umständen lebensbedrohlich); Andere durch Epinephrin bedingte Nebenwirkungen (Tachykardien, Herzrhythmusstörungen, Blutdruckanstieg) wegen der niedrigen Konzentration von 1:100.000 (1,0 mg/100 ml) nur sehr selten. Übelkeit, Erbrechen. Sehr selten: durch wesentliche intravasale Injektion ischämische Zonen im Injektionsbereich bis hin zu Gewebnekrosen. Aufgrund des Gehaltes an Natriumsulfit sehr selten, insbesondere bei Bronchialasthmatikern, allergische Reaktionen oder Überempfindlichkeitsreaktionen (z.B. Erbrechen, Durchfall, keuchende Atmung, akuter Asthmaanfall, Bewusstseinsstörungen oder Schock). Vor Licht geschützt und nicht über 25 °C aufbewahren.

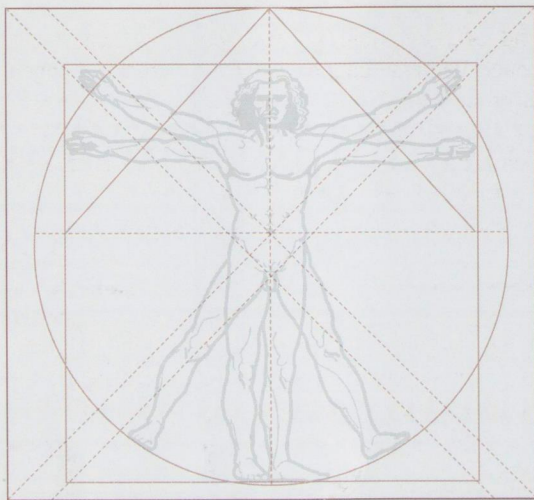
Sitard Mai 2011, Merz Dental GmbH, Eetzweg 20, 24321 Lütjenburg

Lokalanästhetikum in der Zahnheilkunde mit bewährten Wirkstoffen



Artinestol®

für die lokale Schmerzausschaltung



Zuverlässig

Schnell wirksam

Gut verträglich

Articain und Epinephrin

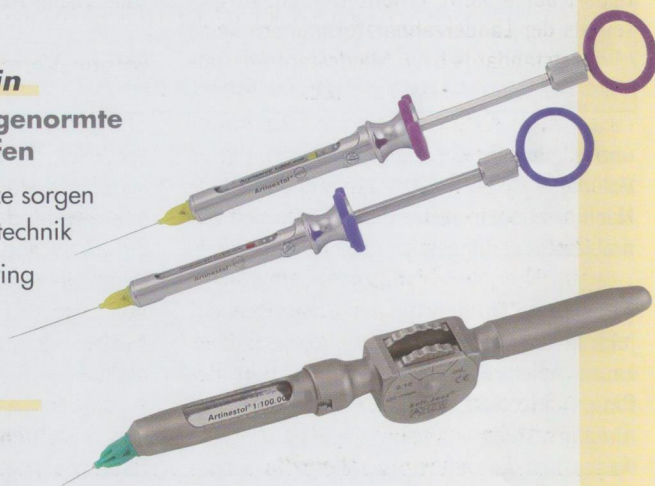
Artinestol® 1:100.000 / 1:200.000 Glaszylinderampullen

- Sicherheitsfolie zum Schutz vor Splittergefahr
- Deutliche Erkennung der Konzentrationen durch farbliche Kennzeichnung und schwarzer Aufschrift
- Parabenfreie Injektionslösung
- Mit latexfreier Membran und Lochstopfen



Artinestol® Injekt standard/klein Ergonomische Injektionsspritze für genormte Glaszylinderampullen mit Lochstopfen

- Silikonisierter Daumenring und Fingerstütze sorgen für eine sichere Führung bei der Injektionstechnik
- Mit kleinem oder normalgroßem Daumenring
- Autoklavierbar bei 134 °C



HSW SOFT-JECT® Intraligamentäre Injektionsspritze

- Präzisionsspritze aus Edelstahl
- Stufenlose Druckübertragung durch patentiertes Dosierrad
- Aufgrund der Dosierradtechnik wird eine Beschädigung des Gewebes durch erhöhten Druck während der Injektion vermieden
- Punktgenaue Applikation von Kleinstmengen (< 0,01 - 0,10 ml)

Merz Dental GmbH · Eetzweg 20 · 24321 Lütjenburg · Germany

Tel +49 (0) 4381/403-0 · Fax +49 (0) 4381/403-403 · www.merz-dental.de · info@merz-dental.de

ein Tochterunternehmen der MERZ PHARMA GmbH & Co.KGaA

Immer wieder in der Diskussion: die Assistenten- bzw. Vorbereitungszeit

DAZ ruft die Selbstverwaltung auf zur Etablierung einer „strukturierten Vorbereitungszeit“

Am 29.5.2013 veranstaltete die Deutsche Gesellschaft zur Qualitätssicherung in der Zahnmedizin (DGQZ) ein Symposium zum Thema Unter- und Überversorgung. Das Einführungsreferat hielt Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle, Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde der Universität Heidelberg, der ausführlich seine schon häufig vorgebrachte Forderung nach einer Intensivierung der postgradualen Ausbildung im Rahmen der 2-jährigen so genannten Vorbereitungszeit auf die Kassenzulassung erläuterte. Er vertrat die Ansicht, dass viele der von ihm gezeigten Beispiele von inadäquater Versorgung durch mehr Wissen und eine bessere technische Qualifikation der Zahnärzte vermeidbar wären. Diese bessere Ausbildung für alle Zahnärzte sei in dem bisherigen System des zufallsgesteuerten Lernens und Nichtlernens nicht zu gewährleisten. Prof. Staehle forderte die Kammern dazu auf, an Hand eines von

ihm vorgestellten Maßnahmenkataloges für eine Strukturierung und Intensivierung dieser Ausbildungszeit zu sorgen.

In der nachfolgenden Podiumsdiskussion zeigte sich bei allen Beteiligten von DGQZ, Gesetzlichen Krankenkassen, Stiftung Gesundheit und DAZ ein Konsens bzgl. der Forderung nach Verbesserungen in der direkten postgradualen Ausbildungsphase. Uneinigkeit bestand über die möglichen Wege zur Erreichung dieses Zieles. Prof. Staehle hatte in seinem Referat ein Konzept in der Regie von Kammern und Universitäten vorgetragen, was von den Diskutanten des DAZ uneingeschränkt unterstützt wurde. Der Präsident der DGQZ erklärte mehrfach, dass er die Selbstverwaltung für grundsätzlich unfähig halte, qualitätsverbessernde Maßnahmen mit den erforderlichen strukturellen Reformen umzusetzen. Er hält privatwirtschaftlich organisierte Zer-

tifizierungen für den einzig möglichen Weg zu einer Qualitätsverbesserung.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde ruft die Selbstverwaltungen auf, ihre Kraft in der Umsetzung von Qualitätszielen zu beweisen und alles zu tun, um privatwirtschaftliche Zertifizierungskonzepte zurückzudrängen. Dafür könnten vorhandene Strukturen, wie z.B. das Gutachterwesen, besser genutzt werden. Auch eine Zusammenarbeit mit Non-Profit-Modellen zur Qualitätssicherung wie dem Projekt Qualitätssicherung (QSP) des DAZ (www.daz-web.de/qsp/qsp2011.htm) oder dem qube-Projekt der Universität Greifswald (siehe <http://qube.uni-greifswald.de>) bietet sich an.

Dr. Celina Schätze, DAZ-Vorsitzende

Der Text wurde am 03.06.2013 als DAZ-Pressemeldung veröffentlicht.

Vorbereitungszeit = Ausbildungszeit? Heute nein, morgen ja!

Stichworte zur Diskussion von Dr. Gunnar Frahn, Berlin

Aktuelle Lage

Jeder Zahnarzt mit Kassenzulassung darf Vorbereitungsassistenten (1 in Vollzeit oder 2 in Teilzeit) anstellen. Die Vorbereitungszeit dauert in der Regel 2 Jahre, kann bei Bedarf auf 4 Jahre erhöht werden. Es gibt seitens der Länderzahnärztekammern keine Mindeststandards bzw. Mindestanforderungen, die eine Ausbildungspraxis erfüllen muss. Im 1. Ausbildungsjahr ist die Anwesenheit des Praxisinhabers Pflicht, im 2. Ausbildungsjahr darf der Assistent den Praxisinhaber vertreten. Es gab und gibt für den Vorbereitungsassistenten derzeit keinen einheitlichen Ausbildungsplan, keine quantitativen oder qualitativen Leistungsnachweise oder Pflichtfortbildungen, es sei denn, man spezialisiert sich fachspezifisch im Bereich Kieferorthopädie oder Oralchirurgie. Diese Fachzahnarztausbildung dauert 4 Jahre, wobei 1 Jahr allgemeinzahnärztlich in einer Praxis und die anderen 3 Jahre in einer Weiterbildungseinrichtung der jeweiligen Fachrichtung abgeleistet werden müssen.

Die Vorbereitungszeit war und ist bis heute mehr oder weniger geprägt vom kassenzahnärztlichen Alltag des jeweiligen Pra-

xisinhabers. Sie ist u. a. abhängig von der universitären Ausbildung des Vorbereitungsassistenten und wird wesentlich beeinflusst von dem Behandlungsstandard (technische Ausrüstung, fachliche Qualifikation) des Praxisinhabers und der Auslastung (!) der Ausbildungspraxis.

Reform-Vorschläge

Aus meiner Sicht sollte die kassenzahnärztliche Vorbereitungszeit wie folgt reformiert werden:

- Auswahl der Ausbildungspraxen durch definierte Voraussetzungen begrenzen, z.B. durch Bildung von universitär anerkannten Lehrpraxen (Wissenschaft und Praxis gibt es bereits, aber Ausbildung und Praxis nicht!)
- umgekehrt sollten die Universitäten auch erfahrene Praktiker in die studentische und postgraduale Ausbildung einbeziehen
- Absolvierung einer strukturierten Fortbildung während der Vorbereitungszeit in so genannten „Vorbereitungsklassen“ - Lehrinhalte sind ja fertig!
- Erhöhung der Vorbereitungszeit auf 3 Jahre mit quantitativen und qualitativen

Mindeststandards und Einführung einer Abschlussprüfung

- alternierender Einsatz des Vorbereitungsassistenten (VA) in verschiedenen Ausbildungspraxen möglich, wenn nicht das gesamte Behandlungsspektrum durch eine Ausbildungspraxis abgedeckt wird
- kassenbezogenes Abrechnungspflichtseminar mit Lern-Erfolgskontrolle und ein optionales Berufseinstiegsseminar
- tarifliches Festgehalt für Vorbereitungszeit garantieren und Anreize für Ausbildungspraxen schaffen (durch Drittmittel?, steuerfinanziert?, „Kassengebühr“? etc.)
- Praxisinhaber der Ausbildungspraxis muss breites Behandlungsspektrum abdecken, bei Bedarf Ausleihe des VA an andere Fachrichtungen möglich
- Praxisinhaber sollte in Kooperation mit einer Uni oder einem Fortbildungsinstitut ein Seminar seiner Wahl vor mehreren Vorbereitungsassistenten halten
- innerhalb der 3 Vorbereitungsjahre muss eine Mindestanzahl von Leistungen/Behandlungen in unterschiedlichen Bereichen durchgeführt werden: Beratung/Untersuchung, Prophylaxe, PA, Kons, Endo, Chirurgie, Prothetik – mindestens 2 Gesamtsanierungen sollten nachgewiesen werden

Mobile Absauganlage für unter 100 €

von Dr. Ulrich Happ, Hamburg

Unstrittig ist, dass immobile Patienten mobile zahnärztliche Betreuung brauchen. Diskutiert wird jedoch, welche Art der Behandlung möglich und welche Ausrüstung sinnvoll ist. Forum-Autor Happ, der aufgrund zahlreicher Entwicklungshilfeinsätze daran gewöhnt ist, den bei uns üblichen großen Aufwand zu hinterfragen und zu improvisieren, stellt ein paar preiswerte und z.T. selbst zusammengebastelte Hilfsmittel vor.

In Forum 115 findet man zum Thema „Zahngesundheit im Alter“ in einer Anzeige (Seite 9) den markigen Spruch: „Eine funktionierende zahnärztliche Vor-Ort-Betreuung schafft für Ihre Praxis einen eindeutigen Wettbewerbsvorteil, bei regelmäßiger Anwendung kann sie zum Profit-Center werden.“ Diese Aussage möchte ich aus eigener Erfahrung relativieren. Die Betreuung seiner älteren oder behinderten Patienten sehe ich als soziale Pflicht des Zahnarztes an. Eine gut strukturierte außer-Haus-Versorgung als Serviceangebot verbessert gewiss das Image einer Praxis. Zum „Profit-Center“ wird sich dieses Angebot aber sicherlich nicht entwickeln. Bei Hausbesuchen oder Visiten in Alten- bzw. Pflegeheimen können zahnärztlich vertretbar nur einige wenige grundlegende Behandlungen angeboten und durchgeführt werden. Das sind die Untersuchung und Beratung, die Behandlung von Zahnfleischerkrankungen und eine gewisse Mundhygiene, einfache Extraktionen sowie die Abformung für neuen oder zu erweiternden herausnehmbaren Zahnersatz sowie die grobe Entfernung von Druckstellen. Auch sind noch einfachste Füllungen oder einleitende Wurzelkanalbehandlungen (Trep) möglich. Die Standards einer konservierenden Versorgung sind in der Regel jedoch nicht einzuhalten, genauso wie keine komplizierten (chirurgischen) Extraktionen oder Zahnersatz-Präparationen durchgeführt werden können. Das ist auch nicht nötig, denn nach der Untersuchung und Beratung vor Ort kann der Patient nach entsprechender Vorbereitung zur effektiven Behandlung in die Praxis einbestellt oder in eine Klinik überwiesen werden. Für diese Versorgung, die so auch

in dem Beitrag von Dr. Clemens Hoppe im gleichen „Forum“ dargestellt ist, kommt man gut mit seiner Materialliste aus. Es geht um Material, das eigentlich in jeder Praxis vorhanden sein wird. So lässt sich ein gutes Service-Angebot durch verantwortliches Handeln erreichen – ein Profit-Center auf Basis der beworbenen mobilen Einheiten aber kaum. Der wirtschaftliche Ertrag einer Behandlung setzt sich grob gerechnet zusammen aus dem Quotienten vom Leistungshonorar durch Investitionsvolumen mal Zeiteinsatz. Wie oben dargestellt, sind die Leistungen, die sich außerhalb der Praxis erbringen lassen, eher im niedrig honorierten Bereich angesiedelt, der Zeitaufwand hingegen ist überproportional hoch. Steuern kann man im Bereich Investitionsvolumen, und da ist ein zusätzlicher fünf-stelliger Euro-Betrag für eine mobile Behandlungseinheit keine gute Ausgangsbasis. Vielleicht können Kollegen mit der mobilen Einheit im Wohnzimmer gesundheitlich labiler, z.T. auch bettlägeriger Patienten auch umfangreichere konservative, chirurgische oder prothetische Therapie in guter Qualität durchführen. Ich bin aber der Meinung, dass es für unsere Präzisionsarbeit bei aufwendiger Therapie der sicheren, für den Patienten entspannten Kopf-Lagerung auf einer bequemen Patientenliege sowie einer Absaugung bedarf. Der Wohnzimmersessel oder das Krankenbett bieten keine gute Patientelage, der Speichelzieher oder die Nierenschale ermöglichen kein übersichtliches „trockenes“ Arbeitsfeld – beides auch Bedingungen für einen entspannten Patienten. Nun werden uns von der Dentalindustrie neben den mobilen Behandlungseinheiten auch mobile Patientenstühle und Absauganlagen angeboten. Diese mitzuschleppen und aufzubauen erhöht den Zeitaufwand bei dem individuellen Besuch erheblich. Auch liegt der zusätzliche Investitionsbedarf jeweils im vierstelligen Bereich – rechnet sich das?

In den Artikeln des Forums 115 wird auch der wichtige Bereich der Mundhygiene angesprochen. Viele Patienten leiden unter Plaque und Zahnstein, was eine regelmäßige Therapie erfordert, aber keine Notbe-



Abb. 1: ZEG PS-1 Piezo Ultraschall Scaler für 699 € + MwSt erhältlich bei www.prophylaxeguenstiger.de/guenstige-Alternativprodukte/ZEG-Geraete/ZEG-PS-1-Piezo-Ultraschall-Scaler.html

handlung darstellt und daher den wiederholten Transport des Patienten in die Praxis nicht rechtfertigt. Diese Behandlungen sollten zuhause bzw. in der Pflegeeinrichtung durchgeführt werden können. Die erwähnte Anzeige spricht es klar aus: „Im Rahmen von Hausbesuchen können zugleich delegierbare Leistungen durch entsprechend fortgebildete zahnmedizinische Fachangestellte erbracht werden.“

Diesen Einsatz finde ich nicht nur für die Patienten sehr wichtig, sondern für unsere engagierten Mitarbeiterinnen sehr motivierend. Bei diesen delegierbaren Leistungen sind weder die Präzisionsansprüche so hoch, noch ist die Patienten-Verletzungsgefahr so groß, dass der im Bett (im Kopfbereich hochgestellt) liegende oder in seinem Sessel sitzende Patient nicht sicher und zufrieden stellend behandelt werden könnte. Voraussetzungen sind aber neben dem von Kollegen Hoppe genannten Grundinstrumentarium ein Ultraschall-Scaler sowie eine gute Absaugung, möglichst auch ein Spülbecher. Kleine mobile Ultraschall-Scaler (wie z.B. der in Abb. 1 gezeigte) sind in vielen Praxen vorhanden. Sie haben den besonderen Vorteil, dass durch den eigenen Wassertank ein Medikament wie CHX der Spülflüssigkeit zugegeben werden kann. Nach dem Ultraschall-Scalen sollte das Gebiss mit kleinen rotierenden Bürsten oder Näpfen und fluoriertem Polierpaste poliert werden, um einen guten Therapieerfolg zu gewährleisten. Fehlen also nur noch die mobile Absauganlage und die Spülmöglichkeit, die ich auf Basis eines herkömmlichen Werk-

winkelstuecke **guenstiger.de**



Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4

Abb. 5

statt-Nass- und Trockensaugers für unter 100 € selbst zusammengestellt habe und die ich folgend vorstellen möchte. Dabei sind die technischen Daten sämtlich aus den Angaben des Herstellers übernommen. Die Anlage bringt eine Saugleistung, wie wir sie von unserer Praxisabsaugung gewöhnt sind (55 l/sec), und nimmt in dem leicht zu leerenden und zu reinigenden Edelstahlbehälter bis zu 20 Liter Flüssigkeit auf. Sie ist ca. 6 kg schwer, hat einen kräftigen Tragegriff und eine Erdung gegen statische Aufladung. Im Patientenzimmer lässt sie sich durch die Räder gut bewegen. Die 77 dB Motorgeräusch entsprechen dem Lärmpegel eines Staubsaugers, ähnlich dem Lärm, der an der Saugkanüle in der Praxis entsteht – also eine brauchbare Basis für den beschriebenen Bedarf. Abb. 2 zeigt die fertig montierte mobile Absauganlage. Der große Schalter ist im Stehen wie im Sitzen gut zu erreichen, sodass sich

die Anlage leicht nur bei direktem Behandlungsbedarf einschalten lässt (Abb.3). Die von mir ergänzte Schlauchanlage ist stabil und gut mit einer Hand zu bedienen. Sie wurde in einem Baumarkt gefunden, genauso wie die Reduzierungsstücke zum Anschluss des zahnärztlichen flexiblen Saugschlauches.

Die Saugkanüle (Abb. 4) lässt sich gegen einen Speitrichter austauschen, der sich so auch dem bettlägerigen Patienten zureichen lässt. Er wird sich über die Möglichkeit des Spülens / Ausspuckens freuen, und Verunreinigungen des Umfeldes sind durch das sofortige Absaugen so gut wie ausgeschlossen. Über diesem Speitrichter lässt sich gut wegen Druckstellen zu bearbeitender Zahnersatz schleifen und polieren – die Schleifspäne und Poliermittel fliegen nicht in das Patientenzimmer sondern können gleich aufgefangen und abgesaugt werden. Auch lässt sich darüber an herausnehmbarer Prothetik sitzender Zahnstein mit dem Ultraschall-Scaler sauber entfernen. Last not least: Mit dieser mobilen Absauganlage hätte man zusätzlich eine überbrückende Notlösung, wenn die Praxisabsaugung mal ausfällt.

„Schleifgerät“ für PA-Instrumente unter 10 €

Sehr wichtig für eine schonende und effektive Parodontitis-Behandlung sind scharfe Scaler und Küretten. Deshalb ist häufiges Nachschärfen notwendig. Von der Dentalindustrie werden uns dafür hochpreisige, zum Teil komplizierte und aufwändige Geräte angeboten. Diese Vorrichtungen sollen uns helfen, die Stirn- bzw. Vorderfläche der Instrumente in dem korrekten Winkel von 100° bis 110° Grad zum Schleifkörper zu bringen, denn beim Schleifen aus der Hand ist dieses Kriterium schwer einzuhalten. Wir brauchen dafür Bezugsgrößen.

Mit bloßem Auge ist die genaue Richtung der Stirnfläche einer Kürette schwer zu erkennen und bei verschiedenen Systemen unterschied-

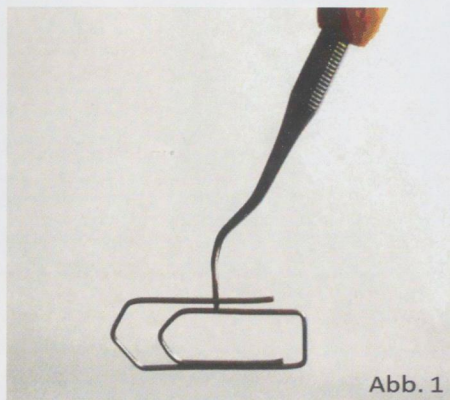


Abb. 1

lich (z.B. Gracey 70° zum Griff). Sehr leicht lässt sich mit einer Büroklammer die Richtung individuell bestimmen (Abb.1).

Diese waagerechte Fläche muss in dem gewünschten Winkel 100° bis 110° Grad kontrolliert mit leichtem Druck zum Schleifkörper gebracht werden. Bei dem folgend vorgeschlagene

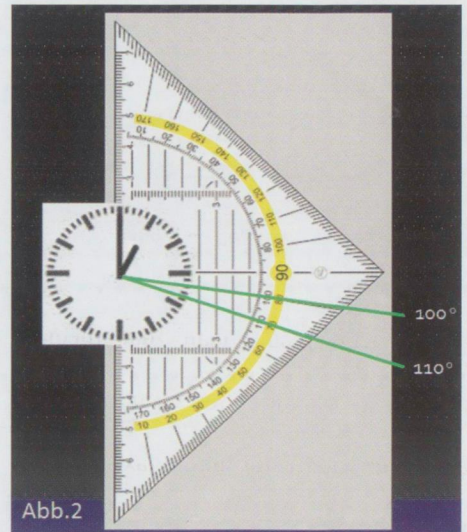


Abb. 2

nen „Schleifgerät“ ist die Schleifscheibe senkrecht angeordnet. Wo der geforderte Winkel von 100° bis 110° Grad für das zu schärfende Instrument liegt, lässt sich gut nach dem aus dem Schulunterricht bekannten Geodreieck und einer Uhr einprägen (Abb. 2), also (als „Eselsbrücke“) 2½ bis 3½ Minuten nach z.B. ¼ nach 1. Das selbstgebaute <10 € Gerät sieht wie folgt aus (Abb. 3).

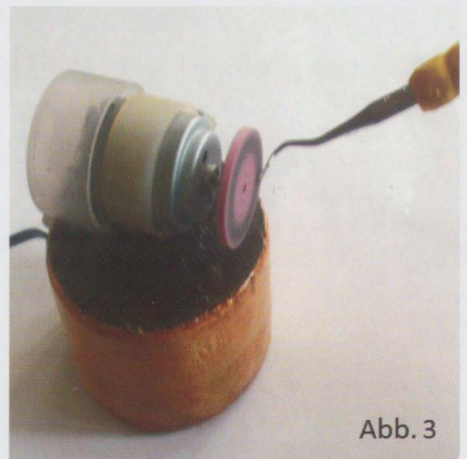


Abb. 3

Wesentliche Bestandteile sind der Motor XDRI-VE 2427-30 von Conrad (4,45 €) sowie eine Schleifscheibe aus der Zahntechnik, die mit Heißkleber auf der Achse aufgesteckt wurde. Bei diesem übersichtlichen Gerät lässt sich gut bei permanenter Kontrolle das PA-Instrument im gewünschten Winkel an der rotierenden senkrechten Scheibe schleifen.

Bei zu großem Druck (und deshalb starkem Abrieb) bleibt der Motor stehen – ein Sicherheitsfaktor zur Schonung der PA-Instrumente!

Dr. Ulrich Happ
Hamburg, drhapp@happ.org



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





ZahnÄrzte-Abzocke Ein anderer Blickwinkel

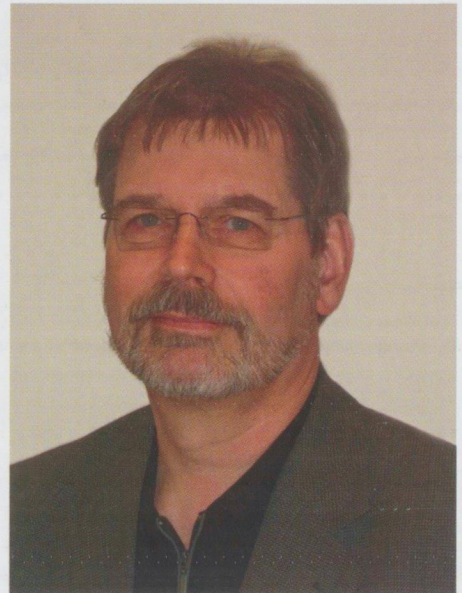
Man mag sie nicht mehr hören, die geradezu hysterische tägliche Ärzteschelte auf allen Kanälen. Mit einseitigen Interpretationen wird die Medienlandschaft im Sinne der Auflagensteigerung geflutet, so als sei ein ganzer Berufsstand überwiegend damit beschäftigt, Patienten finanziell abzuledern oder insuffizient zu behandeln. Wir kennen die politischen und verbandsgesteuerten Hintergründe und haben seit Jahren gelernt, die zu Papier und Wort gewordenen Schmähungen und pauschalierenden Unterstellungen weitestgehend zu ignorieren. Was auch sonst vor dem Hintergrund einer oft recherchefreien und weitgehend sensationsorientierten Presse macht. Allerdings kann der Berufsstand aus seinem Selbstverständnis heraus auch kein Interesse an einer Schonung derer haben, die ihre Patienten übervorteilen oder nachgewiesenermaßen und nachhaltig schädigen – und die gibt es ebenso wie Zünder bei der Feuerwehr. Trotz all dieser Widrigkeiten: Ob der gewünschte Erfolg, den sich die Wortgeber der Journaille erhoffen, tatsächlich eintrifft, bleibt angesichts der nach wie vor ausgeprägten Zufriedenheit des einzelnen Patienten mit seinem Zahnarzt fraglich. Schon deshalb erscheint es wenig sinnvoll, Wartezimmer mit stark verkürzten gesundheitspolitischen Parolen zu schmücken, die einerseits ängstigen (sollen), aber andererseits die komplexen Zusammenhänge nicht erklären (können).

Zurück zum Thema. Wie verhält es sich aber, wenn man den Begriff der „ZahnÄrzte-Abzocke“ aus einem anderen Blickwinkel betrachtet? Sind es nicht auch die ZahnÄrzte selbst, die vom Gesetzgeber, diversen Behörden und nicht zuletzt der Dentalindustrie mit Vorgaben, Gebühren, Strafzahlungen und Mondpreisen überzogen werden? Ist es nicht auch die Industrie- und Dienstleistungslobby, die über die EU Einfluss und Umsatz zu generieren sucht? Dabei ist es wenig tröstlich, ähnliche Entwicklungen von anderen Berufsgruppen wie Rechtsanwälten, Architekten und Steuerberatern zu hören.

Der Filz ist immer und überall – und er wird dichter

Die Verordnungs-Systeme in Brüssel und Berlin sind inzwischen so pervertiert und auf ungehindertes Wachstum ausgerichtet, dass am Schluss eine gelartige und selbstblockierende Erstarrung ehemals funktionierender Abläufe droht, weil Regelungen zunehmend jeder freien Entscheidung vorgreifen und damit nicht zuletzt den Willen zur eigenen Verantwortung unterlaufen. Mit etwas Böswilligkeit ließe sich in dieser Entwicklung auch der Wunsch nach Zerstörung der Freiberuflichkeit und somit der Eigenverantwort-

lichkeit erkennen. Und weit und breit ist niemand wahrnehmbar, der dem Elend ein Ende bereiten könnte, obwohl wir in der Brüsseler Anstalt für politische Altlasten Dr. Edmund Stoiber als ehrenamtlichen Leiter der Arbeitsgruppe Bürokratieabbau wissen – ein ebensolcher Hoffnungsträger wie der sprachenmächtige Energiekommissar und Atomfreund Günther Hermann Oettinger.



Wie war es in den letzten Jahrzehnten nur möglich, dass ohne den gegenwärtigen Gesetzes- und Verordnungs-Tsunami mit Produkthaftungsgesetz (ProdHaftG), Biostoffverordnung (BioStoffV), Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV), Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung (MPSV), Arbeitssicherheitsgesetz (AsiG), Infektionsschutzgesetz (IfSG), um nur einige zu nennen, immer wieder Patienten in zahnärztlichen Praxen überlebt haben? Wahrscheinlich pures Glück.

Beschäftigungsprogramm besonderer Art

Darüber hinaus entartet die Verordnungsflut zu einem Beschäftigungsprogramm besonderer Art. Da schießen plötzlich „hilfreiche“ Kontrolleure und Valideure wie Pilze aus dem Boden, um das mögliche Vorhandensein von Keimen wöchentlich wiederkehrend zu prüfen und Gerätschaften jährlich zu validieren. Wer validiert eigentlich die Validierer? Da bildet sich ein erlesener Kreis von piffigen Spezialisten mit der Lizenz zum Gelddrucken heraus. Das ist „ZahnÄrzte-Abzocke“! Und nicht auszudenken, was passiert, wenn das Gerät eine Stunde nach der Validierung versagt. Leben ist und bleibt einfach gefährlich! Bisheriger Gipfel des Irrsinns: Man stellt einen fabrikneuen Desinfektor auf und wird genötigt, ihn sogleich zum Vorzugspreis von rund 600 € „validieren“ zu lassen. So, als würde man ein fabrikneues Fahrzeug beim TÜV vorführen, um die Bremsleitung validieren zu lassen. Schließlich hängen von dieser viele Menschenleben ab! Gesundheits- und Gewerbeaufsichtsämter entwickeln Unentbehrlichkeit, indem sie nach



dem Muster der Rasterfahndung und auch ohne Anlassbezogenheit ganze Landstriche der „Praxis-Begehung“ unterziehen, um im Bedarfsfall fünfstellige Strafzahlungen zu verhängen, die der Landeskasse zufließen.

Jetzt steht das Trinkwasser in der Zahnarztpraxis auf der Agenda, obwohl es beispielsweise in Niedersachsen – und das mag für andere Bundesländer ebenso gelten – keinen einzigen belegten Fall einer Legionellose nach Behandlung in einer Zahnarztpraxis gibt!

Gegenwärtig lässt sich kein Ende der gesetzlich induzierten Bevormundung absehen. Die Verordnungsfabrikanten in Brüssel und Berlin werden sich weiterhin offen gegenüber fachlicher „Beratung“ durch Interessenvertreter zeigen und immer neue Geschäftsfelder zur Freude der Lobbyisten freilegen. Was sollte die Kreativen daran hindern, die Einmal-Türklinke, die Desinfektion der Fußmatte oder zumindest die Begasung der Behandlungszimmer nach jeder Abszesseröffnung zur Pflicht werden zu lassen?

Der Branchenführer der Desinfektionsmittelindustrie hatte im Jahr 2010 bei nur rund 440 Mitarbeitern in Deutschland einen Jahresumsatz von 165 Mio. Euro vorzuweisen, an dem die Praxen und Krankenhäuser in Deutschland erheblichen Anteil haben dürften. Eine Prosperität, die man anhand der Produktpreise gut nachempfinden kann; denn ein Liter eines ebenso segensreichen wie patentierten Desinfektionsmittel-Konzentrates kann 16 Euro kosten und damit einem guten Scotch entsprechen, der zweifelsfrei aufwendiger in der Produktion ist, besser schmeckt und zudem bekömmlicher ist. Gut zu wissen, dass jener Marktführer 2008 mit 1,6 Mio. € Fördergeldern aus EU- und Landesmitteln unterstützt wurde.

Dabei können Zahnärzte auf einen validen Musterhygieneplan von BZÄK und DAHZ zurückgreifen, der neben den Richtlinien und Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts (RKI) eine sinnvolle Zu-

sammenfassung der notwendigen Maßnahmen und Arbeitsanweisungen darstellt. Bei alledem muss man dem Berufsstand aber das Recht zur Eigenverantwortung als Freier Beruf belassen, und niemandem ist auf Dauer damit geholfen, ihn zum Erfüllungsgehilfen idealistisch-theoretischer Vorstellungen zu degradieren. Eine umfangreiche Ausbildung an den Hochschulen und die Zahnärztekammern sind ausreichende Garanten für eine verantwortungsvolle Berufsausübung des Zahnarztes!

Keime bis in die Kanalisation verfolgen?

Anstatt in Zahnarztpraxen Keime bis in die Kanalisation zu verfolgen, sich in Gedanken über haftungsrechtliche Aspekte beim Umfüllen großer Desinfektionsmittel-Gebinde in kleine zu verlieren oder sich über die Kompetenz von „Tritleiterbeauftragten“ zu sorgen, könnten sich die Ordnungsgeber und deren Abgesandte mit ganz anderen Problemkreisen wie beispielsweise der MRSA-Bekämpfung beschäftigen: So ist es beispielsweise einem Landwirt in einigen Krankenhäusern möglich, mit normalem Schuhwerk aus dem antibiotisch bis über jedes medizinisch erklärbares Maß hinaus abgedeckten Mastbetrieb bis an das Intensiv-Krankenbett vorzudringen, ohne dass die Alarmglocken schrillen. In namhaften Krankenhäusern begnügt man sich noch heute mit hilflos erscheinenden Aktionen und Appellen für eine ausreichende Händedesinfektion. Sollten die Medien noch nicht mitbekommen haben, dass dort der Rotstift auf der einen und der Bürokratiwahn auf der anderen Seite Opfer fordern? Und sollte der Ordnungsgeber noch nicht realisiert haben, dass Zahnarztpraxen mit dem „Operations-Biotop“ Mundhöhle nicht mit denselben strikten und im Krankenhausbereich notwendigen Hygieneanforderungen überzogen werden müssen, wie sie beispielsweise in der Thoraxchirurgie gelten?

Dr. Michael Loewener, Wedemark

Praxis 2013 – Vision 2020

Oder Bonner Runde gegen Championsleague-Finale BVB und Bayern

von Dr. Andreas Bien

Die „Bonner Runde“, vor 30 Jahren ein Auftritt politischer Schwergewichte im Fernsehen, vorzugsweise in Zusammenhang mit Wahlen, und inzwischen längst in „Berliner Runde“ umgetauft, lieferte den Namen für eine Diskussionsrunde der besonderen Art an einem launigen Samstag im Mai.

Auf Einladung der Zeitung „Die Zahnarzt Woche“ (DZW) und unter Leitung des erfahrenen Dentalmarktstrategen Rudolf Weiper traf sich in Bonn just am Tag des legendären Champions-League Endspiels BVB Dortmund gegen die Übermacht des 1. FC Bayern München eine illustre Runde aus der Zahnmedizin, um unbeschwert und aus möglichst vielen Perspektiven ihre Vorstellungen der Zahnarztpraxis 2020 zu debattieren. Verbandsvertreter, Führungskräfte im Fortbildungsbereich, aber einfach auch interessierte Zahnärzte waren in kleiner Runde eingeladen und vertreten: die „neue“ Bonner Runde.

Wie soll man nun 6 Stunden Dauer-Dialog und 20 DIN A0-Flipchart-Blätter, die am Ende die Wände des Konferenzzimmers deckten, in einem Bericht zusammenfassen? Ein Ding der Unmöglichkeit. Aber dennoch, es gab unter allen Teilnehmer letztendlich irgendwo Konsens, dass – als ein ganz wesentlicher Trend – die Digitalisierung der Praxen nicht aufzuhalten ist. Das ist so, Punktum, Aus, Ende.

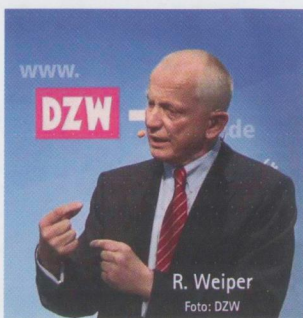
Bereits eine Realität: die Digitalisierung der Praxen

Die Digitalisierung ist keine Angelegenheit der Zukunft, sie hat bereits vor vielen Jahren begonnen und wird von uns tagtäglich genutzt. 99% aller Zahnärzte machen ihre Abrechnung mittlerweile auf dem Computer und verfrachten eben nicht mehr kistenweise Abrechnungsscheine zu ihrer KZV.

Was, das ist digital? Klar, das ist digital.

Die Hälfte unserer Telefone hat bereits heute keinen Analoganschluss mehr, selbst ISDN ist ein Auslaufmodell und die Tele-

kom hat angekündigt, in den nächsten Jahren alle analogen Telefonleitungen zu kappen, nur noch digitale Datenleitungen zu legen und Telefongespräche nur noch über diese Leitungen laufen zu lassen (Schlagwort VolP). Im Bereich der Organisation einer Zahnarztpraxis ist der Digitalisierungsgrad schon heute recht hoch, weil auch in anderen Bereichen des Wirtschaftslebens digitale Daten genutzt werden und die Digitalisierung gefördert wird. Rein dentale Bereiche brauchen etwas länger, aber auch digitales Röntgen ist auf dem Vormarsch. Ähnliches gilt für die digitale Leistungserfassung, für die digitale Volumentomographie (DVT), die digitale Fotografie oder die digitale Vermessung der Kiefergelenke.



Und wenn man wissen will, wie Praxen in 10 Jahren aussehen, muss man einfach schauen, wie neue Zahnarztpraxen heute eingerichtet und organisiert werden.

Die klassische Einbehandlerpraxis wird seltener. Sie wird sicher nicht ganz verschwinden, aber ihre Bedeutung und ihr Anteil werden sinken. Die Vorteile der Mehrbehandlerpraxen oder gar kleiner medizinischer Zentren sind für beide Seiten, Zahnärzte und Patienten, so offensichtlich, dass sie die Modelle der Zukunft werden. Mehrere Zahnärzte unter einem Dach haben solche organisatorischen Vorteile, dass sie eine Einzelpraxis in den meisten Bereichen locker in die Tasche stecken können. Es gibt z.B. Synergieeffekte in Sachen Materialbeschaffung, Öffnungszeiten, Terminorganisation, Einkaufskonditionen von Zahnersatz, Urlaubsregelung oder Bewältigung des Ausfalls von Mitarbeitern. In diesen Praxen wird die Digitalisierung kein Investitionshindernis, sondern geradezu ein Wettbewerbsvorteil sein.

Das DVT wird die Praxen erobern

Und wenn Globalplayer wie Sirona darüber nachdenken (oder vielleicht intern schon entschieden haben), in Zukunft überhaupt keine klassischen Orthopantomographen mehr herzustellen, sondern nur noch DVT, die mithilfe von Softwaremodulation oder kleinen Hardwareeingriffen vom ganz ein-

fachen OPG bis zum Ganzkopf-DVT mit Ke-phalometrie hoch- oder runtergerüstet werden können, dann erübrigt sich für den Zahnarzt bei Neuinvestitionen die Entscheidung für oder gegen ein DVT. Dann wird es ein klassisches OPG nicht mehr geben. In einer Übergangszeit wird man vielleicht noch auf Restbestände zurückgreifen oder in unserer global vernetzten Geschäftswelt noch irgendwo ein OPG in Südamerika ergattern können, aber auch das wird irgendwann beendet sein. Das digitale Röntgenbild, per Computer entwickelt und ausgewertet, wird 2020 sicher der Standard sein.

Wir müssen die Keimzellen betrachten, nämlich die Universitäten und die Generation Y, die Millennials, also die nach 1990 Geborenen. Diese jungen Menschen sind es gewohnt, Prozesse des Alltags digital zu steuern. Sie wischen, machen angedeutete Gesten, reden mit Siris oder anderen Damen und kennen keine Schalter, Knöpfe, Relais o.ä. mehr. Für sie ist es selbstverständlich und völlig normal, auf einem Ipad-Display die Stuhleinstellung während der Behandlung vorzunehmen, mit dem gleichen Gerät direkt das Foto zur Farbnahme zum Techniker zu schicken und auf ihm wenige Sekunden ein gerade gemachtes Röntgenbild verfügbar zu haben und es mit dem Patienten zu besprechen. Nein, für diese „digital natives“ ist dergleichen nicht nur selbstverständlich, sondern das erwarten sie geradezu von moderner Zahnmedizin. Wenn diese Generation, die gerade an den Unis lernt, in die eigene Praxis geht, wird sie einen Rückschritt zu analogen Fußschaltern und Röntgenfilmen aus dem Tauchbad nicht akzeptieren. In dieser Einstellung wird sie auch von nahezu allen Dental-Einrichtern und Beratern unterstützt. Der Einsatz digitaler Hilfsmittel bei der Behandlung von Patienten, der bisher erst in wenigen Praxen stattfindet, wird im Jahr 2020 zur Normalität gehören. Etwa 25% der Zahnärzte in Deutschland werden in den nächsten fünf Jahren aufhören. Das sind die Dinosaurier, und die werden auch von der Industrie nicht mehr in Richtung volldigital umworben, das ist nicht die Zielgruppe.



Dr. A. Bien

Digitale Abdrucknahme – ein Verfahren mit Zukunft

Aber die jungen Kollegen lernen digitales Röntgen, CAD-CAM Zahnersatz, digitale Abdrucknahmen oder digitale Kiefergelenksvermessungen, um nur einmal ein paar Beispiele zu nennen, bereits an den Unis kennen. Und mal ganz ehrlich und ein wenig ketzerisch gefragt: Wer kann sich denn vorstellen, dass ein Zahnarzt, der einen funktionierenden digitalen Abdruck gewöhnt ist, zur zeitaufwändigen und fehleranfälligen Knetmasstechnik, die ja so was von analog und archaisch

ist, dass es kaum analoger geht, quasi in die Steinzeit der Zahnmedizin zurückkehrt? Es gibt schon heute digitale Abformverfahren, bei denen eine eingewiesene Person (Thema Delegation) mit einer Kamera, die so groß ist wie ein Absauger, über die Zahnreihen fährt. So werden mit einer unglaublichen Genauigkeit präparierte und unpräparierte Zähne, ja vollständige Kiefer, erfasst. Fehler der Abdruckmassen, wie Schrumpfung oder mangelhafte Durchmischung, sind ausgeschlossen. Am Ende der Filmsession hat der Zahnarzt auf dem Computer ein (fast) haargenaues 3D-Bild der Zähne des Patienten. Und wenn jetzt die digitale Kette nicht unterbrochen wird, sondern per CAD eine passende Krone mit definiertem Zementierungsspalt gefräst wird, können in kürzester Zeit ein 100% passgenaues Kappchen oder direkt eine durchgefärbte Vollkrone aus dem gewünschten Material geliefert werden. Ein Zahntechniker im Labor wird dann nur noch für kleinere Korrekturen und / oder ästhetische Veränderungen der Farbe oder Form benötigt.

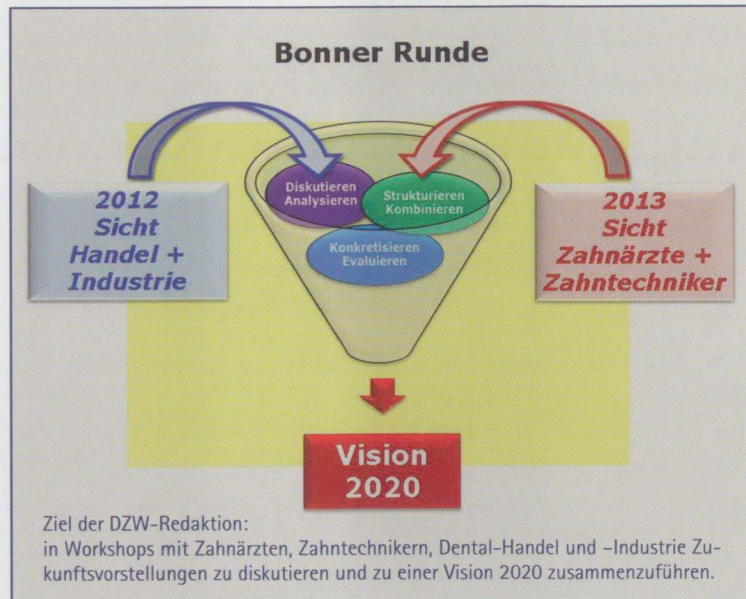
Nun mögen alle denken: Halt, Stopp, da gibt es auch viele Nachteile. Und richtig: Die digitale Abdrucknahme hat im Moment noch ihre Jugendkrankheiten, wie hohen Preis, Anfälligkeit/Bedienunfreundlichkeit, aber das wird im Jahr 2020 anders aussehen. Und seien wir mal ehrlich: Was gäbe es Schöneres für einen Zahnarzt, als wenn nach der Präparation die ZFA mit einer kleinen handlichen Kamera die Zähne von allen Seiten abfährt und der Zahntechniker eine exakte Vermessung und damit ein exaktes Abbild von den Zähnen geliefert bekommt? Kein Kneten, kein Beschneiden, kein Würgen, kein „Bäh“, kein Löffel, kein Ausblocken, alles easy und

100% exakt. Absolut super. Das wird die Zukunft sein, ob 2020, ist nicht sicher, aber durchaus möglich.

Also: für die Zahnärzte wird alles gut. Aber: für die Zahntechniker werden andere Zeiten anbrechen, und zwar deutlich.

Zahntechnik im Umbruch

Im Gegensatz zu den Zahnärzten, die ihre Aufträge aktiv steuern können, sind die Labore auf Auftragserteilung angewiesen. Speziell die Labore mittlerer Größe werden es sehr schwer haben, sich am Markt zu behaupten. Überleben werden nur ganz große Labors, die die notwendigen Investitionen stemmen können, ein großes Klientel schon heute haben und überregional arbeiten können. Und die ganz kleinen Labors, die sich mit ganz wenigen Leuten auf eine bestimmte Nische spezialisiert haben. In keinem anderen Land der Welt ist die Zahntechnikerdichte so hoch wie in Deutschland. Neben einer bemerkenswerten Dichte von Zahnärzten, die bei ca. 1.200 Einwohnern pro Zahnarzt liegt, versorgen etwa 70.000 Techniker die 55.000 Zahnärzte mit Zahnersatz, also ein Verhältnis von ca. 1,3 zu 1. Das sieht in den meisten vergleichbaren Industrieländern, wo Zahnersatz in der Regel keine Leistung des gesetzlichen Gesundheitssystems ist, völlig anders aus. In Deutschland kommt 1 Zahntechniker auf weniger als 1.200 Einwohner, in den Niederlanden oder England versorgt einer etwa 8.000 Einwohner. Überall, wo Zahnersatz aus der eigenen Tasche bezahlt werden muss, gehört (partielle) Zahnlosigkeit zum Alltag und erfährt gesellschaftliche Akzeptanz. Je mehr auch in Deutschland die gesetzliche Finanzierung von Zahnersatz beschränkt wird, desto weniger



Prothetik wird angefertigt. Das merken in erster Linie die zahntechnischen Labors, die das im Gegensatz zu den Zahnärzten, die ja nur zu einem mehr oder minder kleinen Teil vom Zahnersatz leben, nicht durch andere Geschäftsfelder kompensieren können. Somit lässt sich auch der Trend der letzten Jahre zur Renaissance der Praxislabore erklären. Die gewerblichen Labortechniker, die als selbständige Unternehmer gearbeitet hatten, aber in Wirklichkeit nur ausgelagerte Lohnarbeiter waren, werden direkt zurück in die Praxis geholt.

Die Zahntechniker sind diesen Veränderungen ausgesetzt und haben verhältnismäßig wenig Einfluss auf ihr Schicksal. Zwar hat mit der Novellierung der privaten Gebührenordnung GOZ im Jahr 2012 der Bereich Zahnersatz wieder eine Aufwertung erfahren, aber wie sich die Politik in dieser Sache langfristig verhält, ist schwer vorhersehbar. Sicher ist nur, dass es 2020 weniger Zahntechniker geben wird und dass nur die großen und kleinen (spezialisierten) Betriebe langfristig überleben werden.

Zahnmedizinstudium sollte besser auf den Beruf vorbereiten

Wir Zahnärzte können der Zukunft recht gelassen entgegen sehen. Die Zeiten, wo das einfache Schild an der Tür für überdurchschnittliche Einkommen und ein Leben im Luxus sorgte, sind eh lange vorbei. Fundierte betriebswirtschaftliche Kenntnisse und unternehmerisches Handeln sind heutzutage für den wirtschaftlichen Erfolg einer Zahnarztpraxis unabdingbar, unabhängig von Größe und Standort. Die Aufklärung über diese Erfordernisse und das Erlangen entsprechender Kenntnisse sollten in die universitäre Ausbildung einbezogen werden. Doch das Projekt „Novellierung der Approbationsordnung“, welches schon seit vielen Jahren immer mal wieder Diskussionsthema ist, scheint da keinen Ansatz zu bieten, zumal eine baldige Verabschiedung nicht zu erwarten ist. Es ist zu befürchten, dass weiterhin engagierte und begabte junge Studenten einen der teuersten und längsten Studiengänge in Deutschland abschließen, ohne heutzutage obligate betriebswirtschaftliche Kenntnisse erworben zu haben, und dass sie als berufsunfertige Zahnärzte auf die Menschheit losgelassen werden. Sie müssen nach 6 Jahren intensiven Studiums erst

einmal für viel Geld Masterkurse und Weiterbildungen besuchen und Spezialisierungen erwerben, um eine moderne Zahnheilkunde überhaupt betreiben zu können. Ironischer Weise sollen sie sich nicht selten bei genau den Professoren weiterqualifizieren, die Ihnen die erforderlichen Kenntnisse während des Studiums nicht beigebracht haben.

Mögliche Vorteile



© 2013 Management Support Weiper GmbH. All rights reserved

Die Praxis 2020 wird immer digitaler werden. Dabei ist die Digitalisierung kein Selbstzweck sondern dient der Vereinfachung, der Sicherheit, der Beschleunigung. Die Daten des geschliffenen Zahns und der vermessenen Kiefergelenks werden immer mehr zur Ware werden, die wir steuern können und das auch tun werden. Wir Zahnärzte werden die Vorteile der steigenden Digitalisierung nutzen, uns aber trotzdem nicht zum Spielball der Industrie machen lassen. Wie bisher werden wir Zahnärzte und Zahnärztinnen Zahnschmerzen beseitigen, Menschen helfen, ihre Zähne ein Leben lang zu erhalten, und wir werden manchem/r ein schönes Lächeln auf seine/ihre Lippen zaubern.

Das Bonner Symposium – Praxis 2013 – Vision 2020 – war ein echter Gewinn und gab eine Menge Denkanstöße. Und endete zum Glück so rechtzeitig, dass ich bei schönem Wetter auch noch die Fanparty nach dem Fußballspiel mitnehmen konnte.

Dr. Andreas Bien, Herzogenrath

P.S. Ich bedanke mich recht herzlich im Namen des BVAZ bei Frau Dr. Marion Marschall, DZW-Chefredakteurin, für die Einladung und bei Herrn Weiper für seine professionelle Moderation. Eine Fortsetzung ist geplant, auch mit den Zahntechnikern, und ich bin schon sehr gespannt auf weitere Ergebnisse. Dieser Bericht stellt nur meine eigene Meinung und meine eigenen Interpretationen des Symposiums dar. Wenn ich in diesem Bericht Personengruppen ausschließlich in der männlichen Form erwähnt habe, geschah das lediglich aus Gründen der besseren Lesbarkeit. Meine Aussagen gelten natürlich in gleicher Weise für die weiblichen Personen, zumal Frauen bei den Zahnärzten schon jetzt die Mehrzahl stellen. Eine Zunahme dieser Quote ist zukünftig zu erwarten, da mittlerweile an einigen Universitäten der Frauenanteil bei den Studenten schon bei 80% liegt.

CMD – Nur etwas für Spezialisten? Siegfried Leder zu seinem Vortrag am 30.11.2013 in Berlin

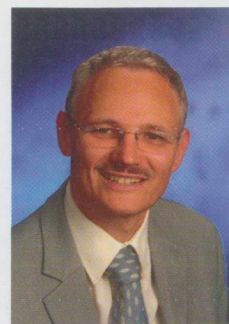
Nach fast 15 Jahren Hardcore Funktionsanalyse, davon 5 Jahre reine Überweiserpraxis für orofaziale/kraniofaziale Schmerzen erlaube ich mir nun, einige Gedanken zu Papier zu bringen. Ganz gegen meine Gewohnheit diesmal ohne Literaturverweise. Wer diesbezüglich weitergehende Informationen möchte, kann jederzeit per Email Kontakt mit mir aufnehmen, oder spricht mich nach meinem Vortrag bei der Mitgliederversammlung des BVAZ am 30.11.2013 in Berlin einfach persönlich an.

Craniomandibuläre Dysfunktionen (CMD) gibt es schon, seit es Zahnärzte gibt, und wird es weiterhin geben. Was sich deutlich verändert hat, ist die „Spezialistenlandschaft“ in diesem Bereich. Wer als Zahnarzt etwas auf sich hält, tut es mehr oder weniger öffentlich kund, dass ein CMD-Curriculum oder gar ein Masterstudium in diesem Bereich durchlaufen wurde. Dagegen ist auch prinzipiell nichts einzuwenden. Sich aufgrund dieser Fortbildungen aber Spezialist zu nennen, finde ich reichlich naiv. „Spezialist“ wird man nicht aufgrund theoretischer Ausbildung, sondern weil man täglich mit Funktion und Dysfunktion zu tun hat, und alle Patienten diesbezüglich untersucht oder zumindest „screent“. Funktionsanalyse und Funktionstherapie, Behandlung von Patienten mit myoarthropathischen Beschwerden findet ständig in tausenden Praxen von Allgemeinzahnärzten statt und gehört auch genau dorthin. Leichte bis mittelschwere Fälle kann jede/r einigermaßen interessierte Kollege/in lösen. Schwere Fälle überfordern auch den „Spezialisten“.

Werfen wir doch einen Blick auf die aktuell empfohlenen evidenzbasierten Behandlungsoptionen bei Kaumuskel-schmerzen (übrigens hat der weitaus größte Teil der Patienten Schmerzen an der Muskulatur und nicht an den Gelenken). Als unbedingt empfehlenswert werden Aufklärung des Patienten, Einsetzen von Okklusionsschienen, physiotherapeutische Selbstbehandlung und Akupunktur genannt.

Sie haben richtig gelesen. Aufklärung und Anweisung zur Selbstbehandlung besitzen richtig gute Evidenz. Dafür brauchen wir keinen Spezialisten. Vielleicht ein bisschen Zeit, die wir dem Patienten widmen. Unser Arbeitsplatz heißt (oder hieß?) ja auch Sprechzimmer. Die Wirkung von Okklusions-

schienen ist vielfach belegt und wird auch von Wissenschaftlern nicht bestritten. Über Schiendesigns und Wirkungsweisen berichte ich Ihnen in Berlin. Seien Sie aber nicht enttäuscht, wenn ich Ihnen keine komplizierten Konfigurationen vorstellen werde, sondern einfache und richtig gute Lösungen. Bleibt noch Akupunktur. Klingt kompliziert, ist es aber nicht. Für den Allgemeinzahnarzt ist die Ohrakupunktur hervorragend geeignet, und die Fortbildung dafür ist sowohl zeitlich als auch finanziell sehr überschaubar.



Alle weiteren empfehlenswerten und eingeschränkt empfehlenswerten Behandlungen wie z. B. Gabe von Medikamenten, physikalische Therapien, Muskelentspannungsmaßnahmen etc. bringen den Generalisten auch nicht aus dem Konzept und können in jeder Praxis verordnet werden.

Erkennen muss der Praktiker allerdings die Patienten, an denen sich auch die Spezialisten die Zähne ausbeißen (chronifiziertes Geschehen, neuropathische Schmerzproblematiken und psychosoziale Fälle). Und dynamische und statische Okklusionshindernisse sollte man diagnostizieren und behandeln können. Aber das ist doch unser(e) Beruf(ung), oder?

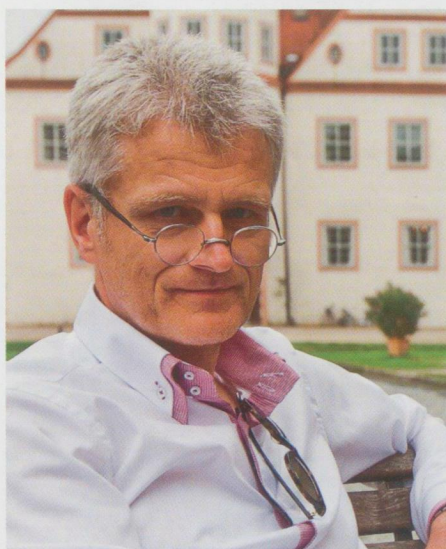
Mit kollegialen Grüßen
Siegfried Leder, Nürnberg
Zahnarzt und Schmerztherapeut

BVAZ-Hauptversammlung 29./30.11.2013 in Berlin

Alle BVAZler/innen sind herzlich eingeladen zur diesjährigen Hauptversammlung im Hotel Albrechtshof, Albrechtstr. 8, 10117 Berlin-Mitte, Tel. 030/30886-0.

Start: 29.11.13, 19.30 Uhr gemeinsames Abendessen und feucht-fröhliches Beisammensein. 30.11.13, 9.00-13.00 Uhr Vortrag von S. Leder mit Diskussion (Teilnehmer können Fallbeispiele vorstellen). Ab 15.00 Mitgliederversammlung mit Vorstandswahlen und Vereinsformalia.

Infos: www.bvaz.de (Anmeldeformular runterladen)
Anmeldung: Fax 089/36100294



513 Tage GOZ¹⁾ – Land unter oder in Sicht? Auswertungen, Konsequenzen und Handlungsoptionen

von Dr. Roland Kaden

Eine Umfrage unter Zahnärzten in Schleswig-Holstein ergab, dass der große Wurf mit der novellierten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) nicht gelungen ist. Über 50 Prozent der teilnehmenden Zahnärzte gaben an, dass eine Steigerung des Honorarvolumens in ihrer Praxis nicht erkennbar sei. Gleichzeitig bescheinigen über 60 Prozent der Befragten eine weitere Bürokratiezunahme durch die GOZ Novellierung. 85 Prozent der Teilnehmer geben an, die gesamte Bandbreite der Möglichkeiten, die ihnen die GOZ zum Erzielen eines betriebswirtschaftlich sinnvollen Honorars bietet, zu nutzen. 40 Prozent der Zahnärzte wenden dabei abweichende Vereinbarungen nach § 2 Abs. 1 und 2 an, über 50 Prozent nutzen die Möglichkeiten der Analogberechnung nach § 6 GOZ.

Bisher evidente Probleme bei der GOZ-Anwendung

Wie im Forum Heft 115 (Juni 2013) erläutert, treten in Folge der völlig verfehlten GOZ-Novellierung viele Probleme auf, die ihre Ursache auch in je nach Standpunkt verschiedenen Interpretationen der GOZ haben. Was sind das nun im Einzelnen für Probleme? Neben dem Bezweifeln der medizinischen Notwendigkeit einer zahnärztlichen Leistung nach § 1 Abs. 2 GOZ werden die Analogberechnung nach § 6 GOZ, die Rechtmäßigkeit der Steigerungsfaktoren sowie deren Begründungen und der Ansatz einzelner Gebührensatzfaktoren von den Erstattungsstellen in Frage gestellt. Ein großer Teil dieser Probleme wird sich wohl nur auf rechtllichem Wege lösen lassen.

Einwände gegen analoge Berechnungen

Die Einwände gegen analoge Berechnungen sind in der falschen Interpretation des

§ 6 durch die Erstattungsstellen zu suchen, die nicht verstehen wollen, dass die Stichtagsregelung des Paragraphen 6 zu Gunsten einer GOZ-light Novellierung entfallen ist, so dass jetzt alle nicht in der GOZ beschriebenen Leistungen GOZ-konform analog berechnet werden können. Der GOZ-Ausschuss der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) hat als Hilfestellung dazu einen Katalog analog zu berechnender Leistungen formuliert (http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/katalog_analoge_leistungen.pdf). Durch die Neuformulierung des § 6 GOZ können alle nicht in der GOZ beschriebenen Leistungen entsprechend einer nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses oder eines für Zahnärzte geöffneten Bereichs der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden. Immer wieder wird nachgefragt, warum die BZÄK keine Empfehlungen für Analogpositionen gibt. Die Veröffentlichung einer Analogpositionsliste durch die BZÄK hätte einen rechtsrelevanten Charakter und würde durch diese Empfehlung seitens der Erstellerstellen für die gesamte Laufzeit der GOZ 2012 als verbindlich festgezurrt werden. Aber eine Leistung, die beispielsweise bei Inkrafttreten der GOZ 2012 nach Art, Kosten und Zeitaufwand als Analogleistung herangezogen werden konnte, wird diese Leistung nach den genannten Kriterien bereits nach einigen Jahren nicht mehr abbilden. Durch die Neufassung ist eine betriebswirtschaftlich korrekte Berechnung nicht in der GOZ beschriebener Leistungen über die Laufzeit einer zahnärztlichen Gebührenordnung möglich. Nur der Zahnarzt, der die Leistung erbringt, kann Art, Kosten und Zeitaufwand der entsprechenden Leistung bemessen und entsprechend vertreten.

Vorwurf der Doppelberechnung meist unberechtigt

Viele Einwände bei der Entsprechungsrechnung (Analogberechnung) werden von den Privaten Krankenversicherungen und den Beihilfestellen damit begründet, dass die angesetzte Leistung bereits in der Leistungsbeschreibung einer anderen berechneten Leistung enthalten wäre. Gemeint ist also eine Doppelberechnung. Eine Leistung ist aber nur dann nicht gesondert be-

rechenbar, wenn die beiden folgenden Voraussetzungen erfüllt sind. Einerseits muss die Leistung inhaltlich von der Zielleistung erfasst werden (Leistungsbeschreibung), andererseits muss sie auch in deren Bewertung berücksichtigt worden sein. Da 70 Prozent aller Leistungen in Beschreibung und Bewertung der GOZ 1988 entsprechen, das Zielleistungsprinzip aber erst mit der Novellierung explizit neu formuliert wurde, dürfte hier eine entsprechende Argumentation ins Leere laufen.

Die Leistungsbemessungskriterien legt allein der Zahnarzt fest

Einige Positionen der GOZ wurden bei der Novellierung mit höheren Punktzahlen versehen, so dass beim 2,3-fachen Steigerungsfaktor jetzt ungefähr das gleiche Honorar erzielt wird wie bei der durchschnittlich über 2,3-fach angesetzten Steigerung der Leistung nach GOZ 1988. Der Ordnungsgeber führte in seiner amtlichen Begründung zur GOZ 2012 aus, dass er davon ausgeht, dass hier künftig durchschnittlich der 2,3-fache Gebührensatz berechnet werden würde. Im § 5, der die Bemessung der Gebühren regelt, findet sich keine entsprechende Einschränkung. Im Gegenteil, es wird ausgeführt, dass das eben nicht die Regel ist, sondern im Durchschnitt der erbrachten entsprechenden Leistungen der 2,3-fache Gebührensatz berechnet wird. Das ist eine deutlich andere Aussage! Ein Abweichen ist also ausdrücklich auch hier möglich, wenn es gemäß den Bestimmungen der GOZ begründet wird. Insofern sind die Überlegungen der Erstellerstellen, die sich auf Annahmen gründen, grundsätzlich als falsch zu bewerten. Im § 5 Abs. 2 GOZ steht auch nicht, dass eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und 2,3-fachen des Gebührensatzes bemessen werden kann. In der GOZ 2012 steht, dass der 2,3-fache Gebührensatz die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung abbildet und ein Überschreiten bei Vorliegen der Bemessungskriterien zulässig ist. Nur der Zahnarzt kann die Bemessungskriterien beurteilen. Zu den Steigerungsfaktorbegründungen kann es keine allgemeingültigen Definitionen geben. Sicher ist nur, die Beurteilung steht nicht im Ermessen der

Erstatterstellen! Der § 5 Abs. 2 gibt dem Zahnarzt einen Beurteilungsspielraum, die Honorarforderung muss angemessen sein, wobei billiges Ermessen im Regelfall mindestens den Faktor 2,3 beinhaltet (BGH, 08.11.2007 – III ZR54/07). Auch hier werden Gerichte eine Klärung herbeiführen müssen. Ich möchte hier auch noch auf eine Entscheidung des BGH vom 13.10.2011 (III ZR 231/10) hinweisen: „Wird bei der Festsetzung der Beihilfe die Überschreitung des Schwellenwerts (2,3-facher Gebührensatz) in einer Zahnarztrechnung rechtswidrig und schuldhaft nicht anerkannt und lässt sich daraufhin der den Antrag stellende Beamte wegen der bei ihm durch diese Entscheidung hervorgerufenen begründeten Zweifel an der Richtigkeit der Rechnungsstellung auf einen Zivilrechts-

streit mit dem behandelnden Arzt ein, so sind ihm im Falle des Unterliegens die entstehenden Kosten zu ersetzen.“ Dieses Urteil ist analog auch für Private Krankenversicherungen anwendbar.

Kein Solidargedanke und kein Wirtschaftlichkeitsgebot bei GOZ und BEB

Die Argumentationen der Krankenversicherungen sind ziemlich durchsichtig. Der Solidargedanke und das Wirtschaftlichkeitsgebot sind im privatärztlichen Bereich weder auf die zahnärztlichen noch die zahntechnischen Leistungen anwendbar. Im Grunde genommen geht es um die Durchsetzung eines Geschäftsprinzips. Die privaten Krankenversicherungen möchten aus pekuniären Interessen gern weniger

bezahlen, als sie ihren Versicherten versprochen haben. Das ist nur insoweit möglich, als es im jeweiligen Versicherungstarif verankert wurde. Unsere Liquidation darf sich aber nur an der GOZ orientieren, nicht an den Erstattungsmodalitäten des Versicherers. Der Vergütungsanspruch des Zahnarztes ist unabhängig vom Versicherungstarif des Patienten. Das ist Trennung von Liquidation und Erstattung.

Dr. Roland Kaden, Heide Vizepräsident des BVAZ

¹⁾ Angegeben sind die Tage seit Inkrafttreten der GOZ vom 01.01.2012 bis zur Druckfreigabe der aktuell vorliegenden Ausgabe des Forums für Zahnheilkunde

Ohne Moos nix los Die antibakterielle Photodynamische Therapie (aPDT) und ihre Abrechnung in der GOZ und beim GKV-Patienten

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Photodynamische Therapie (PDT) wird schon seit Jahrzehnten in verschiedenen medizinischen Fachdisziplinen eingesetzt. Besondere Verbreitung hat sie in der Dermatologie zur Behandlung bestimmter Tumoren, aber auch in der Augenheilkunde gefunden. Entwickelt wurde die „Photodynamische Reaktion“ schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts durch den Münchner Pharmakologen Prof. Hermann von Tappeiner, der bereits zu dieser Zeit Patienten mit dermatologischen Erkrankungen wie Lupus vulgaris oder Basaliomen in Zusammenarbeit mit dem Dermatologen Albert Jesionek mittels Photodynamischer Therapie behandelte.

In der Zahnheilkunde ist die Photodynamische Therapie ein noch relativ neues Therapiemittel, das hauptsächlich zur Behandlung bakterieller Infektionen eingesetzt wird. Man spricht hierbei von der sog. antibakteriellen Photodynamischen Therapie (aPDT). Synonym verwendet werden die Begriffe „PACT“ (Photodynamic Antimicrobial Chemo Therapy) oder „PAD“ (Photo Activated Disinfection). Einsatzgebiete der aPDT in der Zahnheilkunde liegen in der endodontischen Behandlung, der Therapie von Parodontitis und Periimplantitis ebenso wie bei der Perikoronitis und bei der Dekontamination von kariösem Dentin.

Wie funktioniert die aPDT denn nun konkret?

In die zu behandelnde Region wird eine spezielle Farbstofflösung, ein sog. Photosensitizer, eingebracht. Dieser Photosensitizer lagert sich an den Bakterienoberflächen an und wird mit einem Rotlichtgerät (Hochleistungs-LED oder Laser) einer systemspezifischen Wellenlänge bestrahlt. Die Farbstoffmoleküle des darauf abgestimmten Photosensitizers absorbieren Licht in einem bestimmten Bereich des Spektrums und nehmen hierdurch Energie auf. Diese Energie wird an den in der Umgebung gelösten Sauerstoff abgegeben, wodurch dieser aktiviert und in Sauerstoffradikale oder reaktive Sauerstoffspezies (ROS) gespalten wird. Diese ROS sind sehr reaktionsfreudig und zerstören selektiv die Zellwände und andere Strukturen der Bakterien. Auch die Struktur des Biofilms wird desintegriert, was eine lang anhaltende Bakterienreduktion bewirkt. Insgesamt ergibt sich im behandelten Gebiet eine bakterizide Wirkung mit mehr als 99,99 % Bakterienreduktion.

Wichtig dabei ist auch, dass der Photosensitizer selektiv an Pathogene und nicht an körpereigene Zellen bindet, was eine geringere Gefahr von unerwünschten Wirkungen bedeutet. In der Tat sind auch kei-

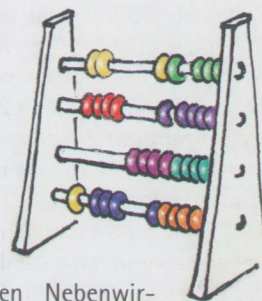
ne nennenswerten Nebenwirkungen oder Resistenzen bei wiederholter Anwendung zu befürchten.

Bei den Patienten ist die Behandlung beliebt, weil sie schnell und schmerzfrei durchgeführt werden kann; auch der in der Bevölkerung positiv und modern konnotierte Begriff „Laserbehandlung“ spielt dabei sicherlich eine Rolle.

Zahlreiche in-vitro-Untersuchungen zeigen, dass die antimikrobielle Photodynamische Therapie effektiv parodontalpathogene und andere Mikroorganismen abtöten kann. Allerdings liegen zurzeit erst wenige kontrollierte klinische Studien über den Einsatz der aPDT in der Behandlung von Parodontalerkrankungen vor. Die vorhandenen klinischen Studien verfügen bisher nur über limitierte Patientenzahlen und relativ kurze Beobachtungszeiträume von drei Monaten bis zu einem Jahr. Weitere Studien werden durchgeführt, um bessere Evidenz über den klinischen Nutzen der Methode zu erzielen.

Abrechnung der aPDT

Die Leistung „Antimikrobielle Photodynamische Therapie“ ist nicht im Bema beschrieben und kann deshalb nicht zu Las-



ten der gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden. Die Berechnung erfolgt als Privatleistung. In solchen Fällen gilt grundsätzlich, dass vor der Erbringung dieser außervertraglichen Leistung eine schriftliche Privatvereinbarung gemäß § 4 Abs. 5 BMV-Z bzw. § 7 Abs. 7 EKVZ zwischen Zahnarzt und Patient zu treffen ist. Durch diese Vereinbarung wird dann die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zur Grundlage der Leistungsabrechnung. Da die Leistung auch in der GOZ nicht zu finden ist, muss sie analog berechnet werden, was in der neuen GOZ immer dann möglich ist, wenn die Leistung nicht in der GOZ oder einem für Zahnärzte geöffneten Abschnitt der GOÄ enthalten ist (vergl. § 6 (1) GOZ), sofern sie selbstständig und medizinisch notwendig ist. Die Voraussetzungen „spätere Entwicklung“ und wissenschaftliche Anerkennung, wie in der alten GOZ verlangt, sind mit der neuen GOZ weggefallen.

Für die Analogberechnung wird eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige GOZ-Leistung herangezogen, wobei die „Gleichwertigkeit“ im Ermessen des behandelnden Zahnarztes liegt. Diese Ziffer muss dann später in der Liquidation mit dem Hinweis „entsprechend“ sowie der Gebühren-

nummer und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung gekennzeichnet werden (§ 10 (4) GOZ). Da nicht nur der Zeitaufwand, sondern auch die Art der erbrachten Analogleistung beachtet werden muss, wird sich die Auswahl der Ziffer nach dem Einsatzgebiet der aPDT richten (Parodontologie, Endodontie, Kariesbehandlung).

- Bei der Therapie von **Parodontalerkrankungen** oder auch **Periimplantitis** empfiehlt sich eine Gebührennummer aus dem 4000er Abschnitt der GOZ, z.B. 4090 (Lappenoperation, offene Kürettage) 180 Punkte, je Parodontium, als Analogposition
- Bei der Therapie der **Caries profunda** empfiehlt sich eine Gebührennummer aus dem 2000er Abschnitt der GOZ, z.B. 2197 (Adhäsive Befestigung) 130 Punkte, als Analogposition
- Bei der **Desinfektion von Wurzelkanälen** empfiehlt sich ebenfalls eine Gebührennummer aus dem 2000er Abschnitt der GOZ, z.B. 2430 (Medikamentöse Einlage) 204 Punkte, als Analogposition.

Die genannten Ziffern sind aber nur Vorschläge. Der Zahnarzt muss im Einzelfall

die „gleichwertige“ Gebührensnummer nach pflichtgemäßem Ermessen selbst festlegen. Bei privat versicherten Patienten ist ebenfalls nach diesem Analogverfahren abzurechnen, da die Leistungen ja, wie bereits angesprochen, nicht in der GOZ beschrieben sind. Allerdings müssen Analogleistungen bei privat Versicherten nicht vor Behandlungsbeginn gesondert vereinbart werden! Ein Hinweis auf eventuelle Probleme bei der Kostenerstattung, speziell bei beihilfeberechtigten Patienten, empfiehlt sich aber immer.

Ein konkretes Beispiel soll zum Schluss die praktische Anwendung der Analogie verdeutlichen.

Dr. Jürgen Simonis, Hinterweidenthal
praxisdrsimonis@aol.com

| | |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| GOZ-Nummer: | 4090(a) |
| Leistung: | Antimikrobielle Photodynamische Therapie zur Parodontitisbehandlung gem. § 6 Abs. 1 GOZ, entsprechend GOZ Nr. 4090: Lappenoperation, offene Kürettage usw. |
| Punkte: | 180 |

Bewusst älter werden – Bewusst älter sein

Wissenschaftler Fritz Beske wendet sich an die Normalbürger

Während der einzelne Mediziner in der Regel den einzelnen Patienten im Blick hat, galt das Interesse des 1922 geborenen Fritz Beske, der nach seinem Medizinstudium in Kiel vermutlich als einer der ersten deutschen Ärzte zusätzlich in den USA seinen Master of public health machte, schon früh dem Versorgungssystem als Ganzem. In verschiedenen Funktionen war er als Beamter der WHO sowie in mehreren Ministerien des Landes Schleswig-Holstein tätig. Die Verabschiedung in den Ruhestand 1987 bot ihm Gelegenheit, seine schon vorher mit der gemeinnützigen Stiftung Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF) begonnene Forschungstätigkeit zu intensivieren. Es folgten Jahrzehnte (!) wissenschaftlicher und publizistischer Tätigkeit, bis er kürzlich anlässlich seines runden Geburtstags (Dez. 2012) bemerkte, „90 Jahre“ seien ein „gutes Alter, um mit der Arbeit aufzuhören – im Prinzip.“ Dass er dennoch weiterhin an der gesundheitspolitischen Debatte teilnimmt, sieht man nicht zuletzt am Editorial in diesem Heft, in dem er sich zu Versorgungsforschung und Politikberatung äußert.

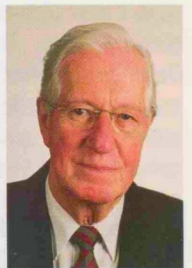
In Hunderten von Forschungsberichten, Buchbeiträgen, Vorträgen usw. hat Prof. Beske sich an die Fachwelt und an die Politik gewandt. Eine seiner neuesten Veröffentlichungen, der zuletzt in der Schriftenreihe der gemeinnützigen Stiftung IGSF erschienene Band 124, ist ein Ratgeber – fürs breite Publikum. Es geht um ein Thema, von dem Prof.

Beske dank seiner wissenschaftlichen Tätigkeit, aber nicht zuletzt auch aus eigener Erfahrung, eine Menge versteht und mit dem irgendwann Jeder konfrontiert ist: das Älter- und Altwerden. Beske stellt die Herausforderungen an jeden Einzelnen auf dem Hintergrund einer insgesamt älter werdenden Gesellschaft dar. Wie in seinen wissenschaftlichen Werken belegt er die Entwicklung mit Statistiken und präsentiert Vorausberechnungen. Vor allem aber geht es ihm darum, die Leser durch verständliche Information auf das, was sie in ihrem eigenen praktischen Leben erwartet, vorzubereiten und sie für den Vorsorge-Gedanken zu gewinnen. Vorsorge in jeder Hinsicht: zunächst einmal gesundheitliche Vorsorge durch gesundheitsbewusstes Verhalten (Ernährung, Bewegung, Schlaf), Wahrnehmung von Früherkennungsuntersuchungen, Schutzimpfungen usw.. Da sich aber trotz aller Vorsorge gesundheitliche Einschränkungen nur begrenzt vermeiden lassen, gilt es, Hilfesysteme zu kennen, zu nutzen und nach Möglichkeit auch selbst zu ihnen beizutragen – erwähnt seien hier Themen wie Selbsthilfeorganisationen, ehrenamtliches Engagement, Organ- und Blutspenden. Vorsorge will Beske aber auch als finanzielle Vorsorge verstanden wissen. Ohne tiefer in aktuelle politische Debatten einzusteigen, erläutert er in Grundzügen das deutsche System der Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung (gesetzlich und privat) und spricht die wachsenden

Probleme an, die diesen Systemen drohen aufgrund der Zunahme von Versorgungsempfängern und Hilfsbedürftigen bei gleichzeitiger Abnahme derer, die dieses System durch ihre gezahlten Beiträge und ihre Arbeitsleistung, z.B. als Pflegekräfte, aufrechterhalten.

Der Rat, über Zusatzversicherungen, insbesondere im Bereich Pflege, nachzudenken, ist nicht falsch – nicht zuletzt möchte man ja vermeiden, als Elternteil womöglich die eigenen Kinder durch hohe Pflegekosten in finanzielle Bedrängnis zu bringen. Aber es fragt sich natürlich, wie Arbeitslose oder Menschen in prekärer Beschäftigung finanzielle Vorsorge treiben sollen. Ratschläge und Appelle an den Einzelnen haben ihre Berechtigung – die Notwendigkeit politischer Lösungen bleibt dessen ungeachtet bestehen. Ein Patentrezept ist bisher nicht in Sicht.

Wer das handliche und leicht lesbare Bändchen z.B. in sein Wartezimmer legen will, kann es bestellen über den Verlag Schmidt + Klaunig: Tel. 0431/660640 oder h.stamp@schmidt-klaunig.de
Beske, F.: Bewusst älter werden. Bewusst älter sein – Ein Ratgeber zur Vorbereitung auf das Alter und zum Umgang mit dem Alter. Kiel 2013. 83 S., ISBN 978-3-88312-461-2 I. Berger-Orsag



Fit für SEPA

Umstellung im Zahlungsverkehr betrifft auch die Zahnarztpraxen

Ab Februar 2014 wird **SEPA (Single European Payment Area)** die unterschiedlichen nationalen Verfahren im Zahlungsverkehr durch EU-weit einheitliche Vorgaben ersetzen. Damit werden auch die nationalen Zahlverfahren für Überweisungen und Lastschriften eingestellt. Die EU-weit gültigen, neuen Zahlverfahren sind für Unternehmen ab 2014 bindend – das betrifft auch Apotheker, Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte mit eigener Apotheke oder Praxis.

Überweisungen

Anstelle der Kontonummer und der Bankleitzahl müssen künftig die so genannten IBAN und BIC verwendet werden. **IBAN** steht für **International Bank Account Number** und ist eine Kontonummer, die weltweit akzeptiert wird. Die **BIC** ist der **Bank Identifier Code** (auch bekannt als **SWIFT-Code**), mit dem sich Geldinstitute eindeutig identifizieren lassen. Beide ersetzen die nationale Kontokennung. Für den Apotheken- und Praxiszahlungsverkehr bedeutet diese Umstellung, dass die Daten von Geschäftspartnern, Patienten und Mitarbeitern in der EDV entsprechend angepasst werden müssen.

Ab Februar 2014 können inländische Überweisungen als **IBAN-only-Transaktionen** erfolgen. Hierbei reicht die Angabe der IBAN. „Wir raten unseren Kunden, die Daten frühzeitig in der Buchhaltung und der gesamten EDV zu aktualisieren“, betont Sascha Beck, Projektleiter SEPA bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank. Mit speziellen Software-Lösungen könne man für die gesamten Kontodaten die neuen IBANs und BICs auch automatisiert ermitteln. So bietet die apoBank ihren Kunden etwa einen IBAN-Konverter an, mit dem man die für einzelne Zahlungspartner oder alle benötigten Kontodaten die IBAN und BIC ermitteln kann – unabhängig davon, bei welcher Bank das Konto des Zahlungspartners geführt wird. Darüber hinaus sollten Apotheken und Praxen die eigene IBAN und BIC in ihre Briefbögen und Rechnungen integrieren, um Patienten und Geschäftspartner über die neuen Bankverbindungen zu informieren.

Für Privatliquidationen ist zwar im innerdeutschen Zahlungsverkehr grundsätzlich

die Angabe der IBAN ausreichend, da darin auch die BIC enthalten ist. Wir empfehlen dennoch den Ausdruck von IBAN und BIC, da Kunden möglicherweise auch Belege

Checkliste SEPA: So bereiten Sie sich vor

- Kontoverbindungen von Geschäftspartnern, Kunden und Mitarbeitern aktualisieren
- IBAN und BIC der Praxis an Geschäftspartner und Kunden kommunizieren
- Zahlungsverkehr und Buchhaltung auf SEPA-Fähigkeit überprüfen
- Gläubiger-Identifikationsnummer bei der Deutschen Bundesbank beantragen
- Lastschriftinkassovereinbarung mit der Bank treffen
- SEPA-Lastschriftmandate einholen
- Ggf. bestehende Lastschriftmandate umwandeln
- Zahlungspflichtige rechtzeitig über den SEPA-Lastschrifteinzug informieren

nutzen, die beide Angaben verlangen. Für die Fälle, in denen ausschließlich die IBAN verwendet wird, gibt es gesonderte Belege.

Lastschriftverfahren

Mit SEPA werden auch die heute in Deutschland gültigen Lastschriftverfahren durch das **SEPA-Basis-Lastschriftverfahren (SDD Core)** und das **SEPA-Firmen-Lastschriftverfahren (SDD B2B)** ersetzt. Das SEPA-Basis-Lastschriftverfahren ähnelt dem Einzugsermächtigungsverfahren, gilt aber EU-weit und ist im gesamten elektronischen Zahlungsverkehr einsetzbar. Neu ist neben der Angabe von IBAN und BIC, dass ein Fälligkeitsdatum definiert wird, zu dem die Lastschrift durchgeführt wird und dass der Zahlungspflichtige mindestens 14 Tage im Voraus über die anstehende Belastung informiert wird. Beim Einzugsermächtigungsverfahren wurde die Lastschrift bei Vorlage ausgeführt. Die Widerspruchsfrist für den Zahlungspflichtigen liegt wie bisher bei acht Wochen. Darüber hinaus muss vor der Transaktion ein unterschriebenes Lastschriftmandat vorliegen. Wurde bereits das Einzugsermächtigungsverfahren genutzt, kann das Mandat übernommen werden. „Allerdings müssen Sie den Zahlungspflichtigen zwingend über die Umdeutung, sowie

die neue Mandatsreferenz, z. B. die Patientennummer und ihre eigene Gläubiger-ID, informieren und bekannt geben, wann Sie auf das SEPA-Lastschriftverfahren umstellen“, erläutert Beck. Das SEPA-Firmen-Lastschriftverfahren ersetzt das Abbuchungsauftragsverfahren. Es ist EU-weit gültig und kommt zwischen Unternehmen zum Einsatz. Da der Zahlungspflichtige wie beim Abbuchungsauftragsverfahren keine Widerspruchsmöglichkeit hat, muss er dem Zahlungsempfänger ein SEPA-Firmen-Lastschriftmandat erteilen und die kontoführende Bank darüber in Kenntnis setzen. Anders als beim Basis-Lastschriftverfahren können die Mandate leider nicht übernommen werden. Für beide Verfahren gilt: Jeder Zahlungsempfänger muss bei der Deutschen Bundesbank online eine so genannte **Gläubiger-Identifikationsnummer** beantragen, mit deren Hilfe er eindeutig identifizierbar ist. Diese Identifikationsnummer muss jeder Lastschrift beigelegt werden. Darüber hinaus muss eine neue Vereinbarung über den Einzug von Forderungen mit der Bank geschlossen werden.

„Je nach Größe kommt mit den Neuerungen viel Arbeit auf die Apotheken und Praxen zu. Wir raten, das Thema jetzt anzugehen, damit genügend Zeit für Testläufe bleibt und die Arbeitsabläufe zum Stichtag optimal funktionieren“, so Beck. Die Handhabung von EC-Karten im Rahmen von Lastschrift- und PIN-Verfahren sowie von Kreditkarten ändert sich zunächst nicht. Eine Änderung ist für das Jahr 2016 geplant.

Quelle: apoBank ThemenDienst 6/2013

Allgemeine Informationen zu SEPA:

www.sepadeutschland.de
www.apobank.de/sepa

Beantragung der Gläubiger-Identifikationsnummer:

<https://extranet.bundesbank.de/scp>

Bankverbindungen unserer Vereine ab 2014

BVAZ: BIC DAAEDEDXXX
IBAN DE88 30006 0601 0006 6304 64
DAZ: BIC DAAEDEDXXX
IBAN DE53 3006 0601 0003 0008 69

Magische Heilmethoden Teil 3 :

Anthroposophische Medizin

von Mandy Himmelblau – ganzheitliche Erklärfee

Liebe ZahnärztInnen!

Die Anthroposophie wurde von Rudolf Steiner, dem wohl bekanntesten „Hellseher“ des letzten Jahrhunderts, erfunden.

„Anthroposophie ist ein Erkenntnisweg, der das Geistige im Menschenwesen zum Geistigen im Weltenall führen möchte.“ (Rudolf Steiner, 1924)

Steiner soll ein Universalwissen besessen haben, das sämtliche Lebensbereiche umfasst. In zahlreichen Vorträgen und Büchern (die Gesamtausgabe umfasst ca. 350 Bände) hat er sich z.B. zu Landwirtschaft, Kindererziehung, Kunst und auch zu Medizin geäußert, obwohl er keine medizinische Ausbildung hatte. Seine Weisheiten erfuhr er aus der sogenannten Akasha-Chronik, die er als einziger zu lesen in der Lage war.

„Die Akasha-Chronik ist das geistige Weltgedächtnis, der Akashastoff, in dem der Geistesforscher die Ereignisse der fernsten Vergangenheit lesen kann – allerdings nicht so, wie sie sich unmittelbar äußerlich zugetragen haben, sondern von der Seite des inneren seelischen Erlebens her. Das Lesen in der Akasha-Chronik erfordert das Opfer des Intellekts.“ [1]

Die meisten „magischen Heilmethoden“ (z.B. Reiki, Geistheilen, Homöopathie, Bioresonanz usw.) dürfen, zumindest in Deutschland, von Menschen ausgeübt werden, die kein Medizinstudium absolviert haben. Bei der Anthroposophischen Medizin ist das anders. Sie wird ausschließlich von richtigen Ärzten betrieben. Nach dem Hochschulstudium durchlaufen sie eine etwa zweijährige Zusatzausbildung (z.B. an der Privatuniversität Witten-Herdecke), um sich geistartige intuitive Fähigkeiten anzutrainieren.

„Die anthroposophisch erweiterte Medizin stützt sich zur Erforschung der physischen, lebendigen, seelischen und der geistigen Phänomene sowohl auf die Prinzipien der Naturwissenschaft als auch auf die anthroposophische Geisteswissenschaft, wie sie von Rudolf Steiner begründet worden ist.

Auf diese Weise ergibt sich eine Erweiterung der ärztlichen Kunst, die das Verhältnis von Leib, Seele und Geist des Menschen in seiner Beziehung zu den Substanzen und Kräften in der Natur und im Kosmos – jeweils in seiner individuellen Schicksalssituation – diagnostisch verstehen und therapeutisch handhaben möchte.“ [1]

So lernen die anthroposophischen Ärzte unter anderem, dass der Mensch aus 4 Wesensgliedern besteht: dem physischen Leib, dem Ätherleib und dem Astralleib, die das 4. Glied, die Ich-Organisation, zwiebelschalenartig umgeben.



Krankheiten entstehen, wenn das Gleichgewicht dieser Systeme gestört ist, was schon im Kindesalter durch falsche Erziehung angelegt sein kann.

„Eine nicht „entwicklungsgerechte Erziehung“ habe gesundheitliche Folgen. Pubertätsmager- und -fettsucht, Schilddrüsenüber- und -unterfunktion, die jugendliche Schizophrenie und sogar die Tuberkulose, postuliert Steiner, seien hauptsächlich auf „falsche Erziehung“ zurückzuführen. Abhilfe könne die „Waldorfschulpädagogik“ schaffen, da sie in den Entwicklungsjahren den Kopf nicht falsch beanspruche, wie z.B. durch „zu starke Betätigung der Gedächtniskräfte“ und durch zu frühes Lesen und Schreiben.“ [2]

Um das Gleichgewicht wieder herzustellen, werden anthroposophische Arzneimittel eingesetzt. Diese werden nicht nach pharmakologischer Wirkung ausgesucht, sondern nach Analogiegedanken.

So wird z.B. die Mistel bei Krebserkrankungen angewandt, weil sie, ähnlich wie bösartige Tumorzellen, parasitär wächst.

Oder: „Getrocknetes Maulwurfsfell gegen Haarausfall; geriebenes Hirschgeweih bei



Multipler Sklerose, um den Kalkprozess im Sinnesbereich zu beeinflussen; Magenstein vom Flusskrebs bei Nierenleiden, Drüsensekret vom männlichen Bisam (Moschus) gegen Hysterie, nervöse Ohnmacht, Asthma bronchiale und starke sexuelle Erregung.“ [2]

Allerdings ist es nicht immer möglich, das Gleichgewicht der Wesensglieder wieder herzustellen, nämlich dann, wenn der Patient ein zu schlechtes Karma hat. Dies gilt als unüberwindbare Krankheitsursache.

Anthroposophen glauben an die Wiedergeburt. Rudolf Steiner hat Gesetzmäßigkeiten beschrieben, nach denen sich die wiederholten Erdenleben vollziehen. Danach ist es Menschen möglich, durch bestimmtes Verhalten die Krankheitsanfälligkeit im nächsten Leben zu beeinflussen.

„Die Krankheit ist für ihn nicht mehr nur durch Vererbung oder äußere Faktoren wie Krankheitserreger oder schlechte Hygieneverhältnisse bedingt. ... Heilung so verstanden bedeutet immer zugleich auch Arbeit an der eigenen Weiterentwicklung. So lernt der Patient sich seiner Krankheit gegenüber mündig zu fühlen. Er sucht die dafür verantwortlichen Faktoren auch bei sich selbst“ [3]

Wenn Sie also einem Patienten nicht helfen können, die Heilung also nicht eintritt, obwohl Sie alles versucht haben, kann es daran liegen, dass der Patient in seinem früheren Leben zu sehr gesündigt hat, er hat nun ein schlechtes Karma.

Die gute Nachricht: Durch erlittene Krankheiten können Menschen zu einer Höherentwicklung gelangen, z.B. sind Kinderkrankheiten sehr gut, um Karmapunkte zu

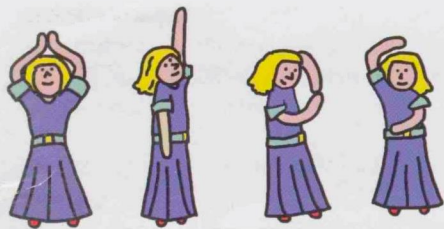
sammeln. Deshalb lassen viele Waldorf-Eltern ihre Kinder nicht impfen (z.B. gegen Masern und Keuchhusten).

Es gibt in der anthroposophischen Medizin neben den Arzneimitteln noch weitere besondere Therapien: Kunsttherapie, Biografiearbeit, Rhythmische Massage und Heileurythmie.

„Die Grundelemente der Heileurythmie sind die in Bewegung umgewandelten Laute unserer Sprache, die je nach Indikation und therapeutischer Zielsetzung spezifisch angewandt werden. Die Gestaltungsdynamik, die in der Lautbildung - d.h. im Aussprechen von Vokalen und Konsonanten - enthalten ist, wird in der Heileurythmie in Bewegung umgesetzt und erlebbar gemacht.“ [5]

Sie haben bestimmt schon davon gehört, dass die Kinder in Waldorfschulen lernen, ihren Namen zu tanzen. Ähnlich stelle ich mir die Heileurythmie vor, bei der mit der körperlichen Darstellung von einzelnen Buchstaben die Krankheit weggetanzt wird.

Die Tanzposen für AIDS könnten folgendermaßen aussehen:



Zur Entstehung von AIDS haben die anthroposophischen Ärzte übrigens eine ganz eigene Erklärung:

„Eine hohe moralische Eigenschaft, nämlich die der Selbstlosigkeit, die geradezu Ausdruck von Charakterstärke und großer innerer Sicherheit ist, wird zur schwersten Krankheit, AIDS, wenn sie sich auf körperliche Ebene projiziert und dort zur Selbstauflösung führt. Auch hier ergibt sich ein bedeutungsvoller Zusammenhang mit den Grundintentionen unserer Zeit: Noch nie hat die Menschheit bewusst so viel Egoismus geltend gemacht wie heute. Ohne Rücksicht auf den Lebensraum unserer Erde, ohne Rücksicht auf Lebensgewohnheiten anderer Völker wird eine Wirtschaftspolitik vorangetrieben, die den Wohlstand der Mächtigen noch weiter fördert.“

Auch das menschliche Sexualverhalten wird von diesem Egoismus geprägt. Das Selbsterleben am wechselnden Partner steht im Vordergrund, nicht die liebevolle Zuwendung und Treue zum anderen Menschen.“ [3]

Für Sie speziell nun wieder einige nützliche **Hinweise für Zahnärzte:**

„Das ganzheitliche Menschenbild der Anthroposophischen Medizin sieht auch in der Zahnheilkunde viele Wechselwirkungen zwischen Körper, Geist und Seele. So kann die **kindliche Zahnentwicklung** zum Beispiel gestärkt werden, indem die Geschicklichkeit von Händen und Füßen geübt wird - im Spiel, beim Lernen, in der Bewegung oder auch beim Musizieren. Ergänzend kann der anthroposophische Arzt beispielsweise Auszüge aus der Roskastanien-Rinde (Aesculus Cortex) oder Blattgrün (Chlorophyll) einsetzen.“ [4]

Eine **akute Pulpitis** behandelt man mit: Pulpa dentis (Zahnpulpa vom Kalb) in homöopathischer Potenz D5-D30, Flüssige Verdünnung zur Injektion (WALA) [6]

Eine **medikamentöse Einlage nach Vital-exstirpation (VitE)** macht man mit: Spiritus balsamicus (Benzoessäure, Lavendelöl, Rosmarinöl) (WELEDA). Tritt eine **Perkusionsempfindlichkeit** auf, kann man Berberis (Berberitze) / Prunus (ein Rosengewächs) als Einlage verwenden.

Erläuterung: Die mit serös-eitrigen Entzündungen ausufernde Lebensorganisation wird durch Anregung der Formprozesse wieder in ein harmonisches Zusammenwirken gebracht. [6]

Ich wünsche Ihnen und Ihren Patienten Licht und Liebe

Ihre Mandy

Quellen:

- [1] <http://anthrowiki.at>
 [2] <http://www.miz-online.de/node/232>
 [3] „Anthroposophische Medizin“ M.Glöckler, J.Schürholz, M.Walker (Verlag Freies Geistesleben, 1993)
 [4] <http://www.alnatura.de/de/die-zaehne>
 [5] <http://www.berufsverband-heileurythmie.de/>
 [6] <http://www.gaed.de>

Zum Weiterlesen:

http://psiram.com/ge/index.php/Anthroposophische_Medizin#Therapie
<http://vikas.de/DOKUMENTE/esowatch-anthroposophische%20heilmittel.pdf>
http://anthrowiki.at/Rudolf_Steiner_Gesamtausgabe
<http://www.gwup.org>
<http://www.damid.de/>
<http://www.baefam.de/>
 "Kindersprechstunde: Ein medizinisch-pädagogischer Ratgeber" M.Glöckler und W. Göbel (Verlag Urachhaus, 2013)



„Mit Colgate einen Zahn zulegen“ Sammeln, Recyceln, Sparen und Spenden

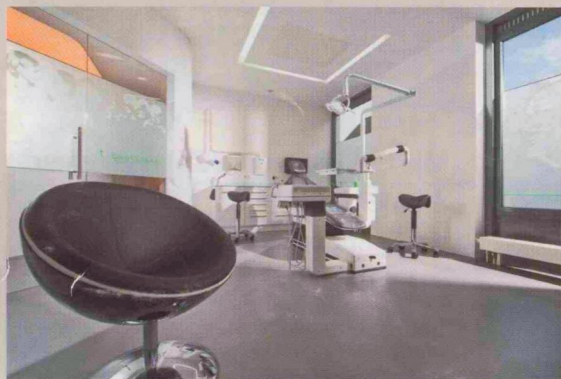
Ganz uneigennützig ist das Programm wahrscheinlich nicht, das Colgate in Deutschland zusammen mit der weltweit agierenden Recycling-Firma Terracycle aufgelegt hat.

Es geht darum, Plastikmüll, der in Zusammenhang mit Zahnpflege entsteht - also gebrauchte Zahnbürsten, leere Zahnpasta-Tuben, Spüllösungsflaschen usw. - einzusammeln und einer Verwertung zuzuführen. Bei einer Mindestmenge von 50 Teilen übernimmt Terracycle die Versandkosten und schreibt den Sammlern Spendenpunkte gut, mit denen diese eine gemeinnützige Organisation ihrer Wahl unterstützen können. In der Anfangsphase wird darüber hinaus ein Starter-Wettbewerb veranstaltet: die ersten 50 Einsender erhalten im Gegenzug Zahnpasta und ein Recycling-Produkt; außerdem läuft einige Monate lang eine Rabattaktion beim Kauf von Colgate-Zahnbürsten. Insbesondere junge Kunden können so von der Firma angesprochen werden - sicher keine schlechte Werbung für Colgate. Die Partner Colgate und Terracycle verpflichten sich, das eingesandte Material zu 100 % weiter zu verwerten.

Ob solche speziellen Sammelaktionen in ökologischer Hinsicht tatsächlich viel bewirken, kann ohne nähere Fakten nicht beurteilt werden. Nicht zuletzt bewirkt das Recycling-Projekt zahlreiche Transporte von jeweils recht kleinen Mengen quer durch Deutschland. Und es erfolgt die separate Erfassung und Weiterverwertung bestimmter Plastikteile, die auch bisher im Rahmen der örtlichen Entsorgungsstrukturen zusammen mit gleichartigen Materialien gesammelt und weiterverwertet wurden. Zu hoffen ist, dass die Gesamt-Ökobilanz der Colgate-Aktion wenigstens nicht negativ ausfällt.

Der pädagogische Wert solcher Sammlungen in Schulen, aber auch in Zahnarztpraxen, dürfte allerdings außer Frage stehen. Sind solche Aktionen doch ein guter Anlass, sowohl Umweltfragen als auch Mundgesundheit und Mundhygiene (nicht zuletzt: die Notwendigkeit regelmäßigen Zahnbürstenaustausches) zu thematisieren. Und in den Zahnarztpraxen bietet sich die Gelegenheit, nicht nur mit Patienten über Zahnbürstenrecycling sondern vielleicht auch mit dem Mitarbeiterstab über einzelne Aspekte einer umweltgerechten Praxisführung nachzudenken. Weiterverwertung gibt es ja oft auch direkt vor der Haustür, und beim Nachdenken über Recycling ergeben sich möglicherweise sogar Ideen, wie sich Müll von vorneherein vermeiden lässt ... meint Irmgard Berger-Orsang

Weitere Infos: www.terracycle.de



lächeln verbindet menschen.

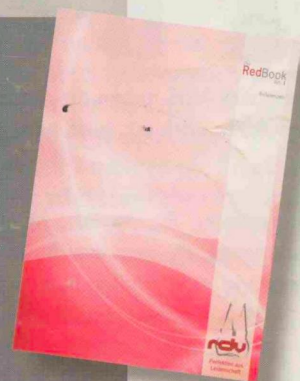
Sparen? Ja! Verzichten? Nein!

rdv Dental ist der große Dental-Fachhändler für gebrauchte Markenartikel und kompetenter Praxiseinrichter.

Sichern Sie sich jetzt das kostenlose RedBook Vol. 1. Die beispielhaft gezeigten Praxen sind in Kooperation mit erfahrenen Planungspartnern entstanden. Lassen Sie sich ebenso begeistern, wie die stolzen Zahnärzte die Ihre Praxen mit rdv Dental geplant, eingerichtet und realisiert haben. Der Service umfasst von der Praxisplanung, über die professionelle Beratung, die komplett geprüften und voll funktionstüchtigen Gebraucht- und Neugeräte, bis hin zur deren Wartung. rdv liefert und montiert bundesweit, schnell und zuverlässig.

Sprechen Sie mit uns: wir verfügen ständig über eine Vielzahl neuer und gebrauchter Einheiten in unserem Showroom. Besuchen Sie uns: Montag bis Freitag von 8 bis 18 Uhr; Samstag, Sonntag und individuelle Termine nach Vereinbarung.

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-dental.de, www.rdv-dental.de



Jetzt anfordern!
Das kostenlose und informative rdv-RedBook.



Perfektion aus Leidenschaft