



33. Jahrgang,
März 2014

Ausgabe **118**

Forum für Zahnheilkunde

Zeitschrift des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde
und des Berufsverbandes der Allgemeinzahnärzte



**B
V
A
Z**

DAZ-VDZM-
Frühjahrstagung
am 10.05.2014
in Frankfurt

Neue Besen kehren gut,
aber die alten
kennen die Ecken

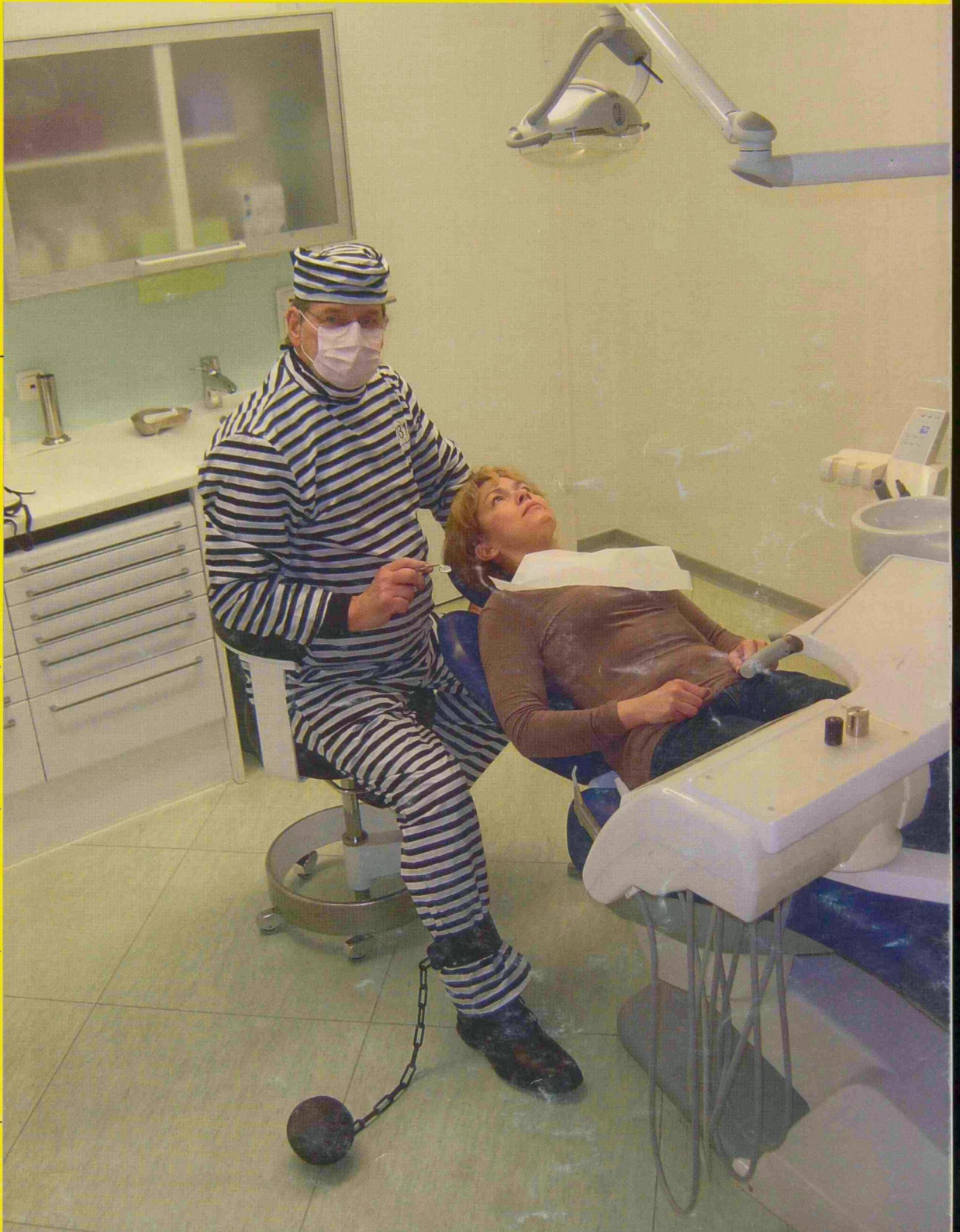
Misstände & Probleme
in der deutschen
Kieferorthopädie

GOZ-Kommentar
der PKV:
cui bono?

Zahnärzte im ÖGD
engagiert für Vorsorge
und Gesundheits-
berichterstattung

Serie zur indikations-
gerechten Endo
Teil 1: der vitale Zahn

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



Verrechtlichung, praxisferne Auflagen, Bürokratisierung, Korruptionsvorwürfe:

Der Zahnarzt mit einem Bein im Knast?



Dental Museum

Digitalisat der Bibliotheca Dentaria

An die einhundert Einzelbibliotheken aus Universitäten, von Sammlern und Museen, Archivbibliotheken von Firmen und sehr viele Privatbibliotheken befinden sich im Bestand des Dental Museums. Dieser Bestand erweitert sich ständig und stellt die umfangreichste Referenzbibliothek der Zahnheilkunde dar, die weltweit ihres gleichen sucht und daher zwingend erhalten werden muss.

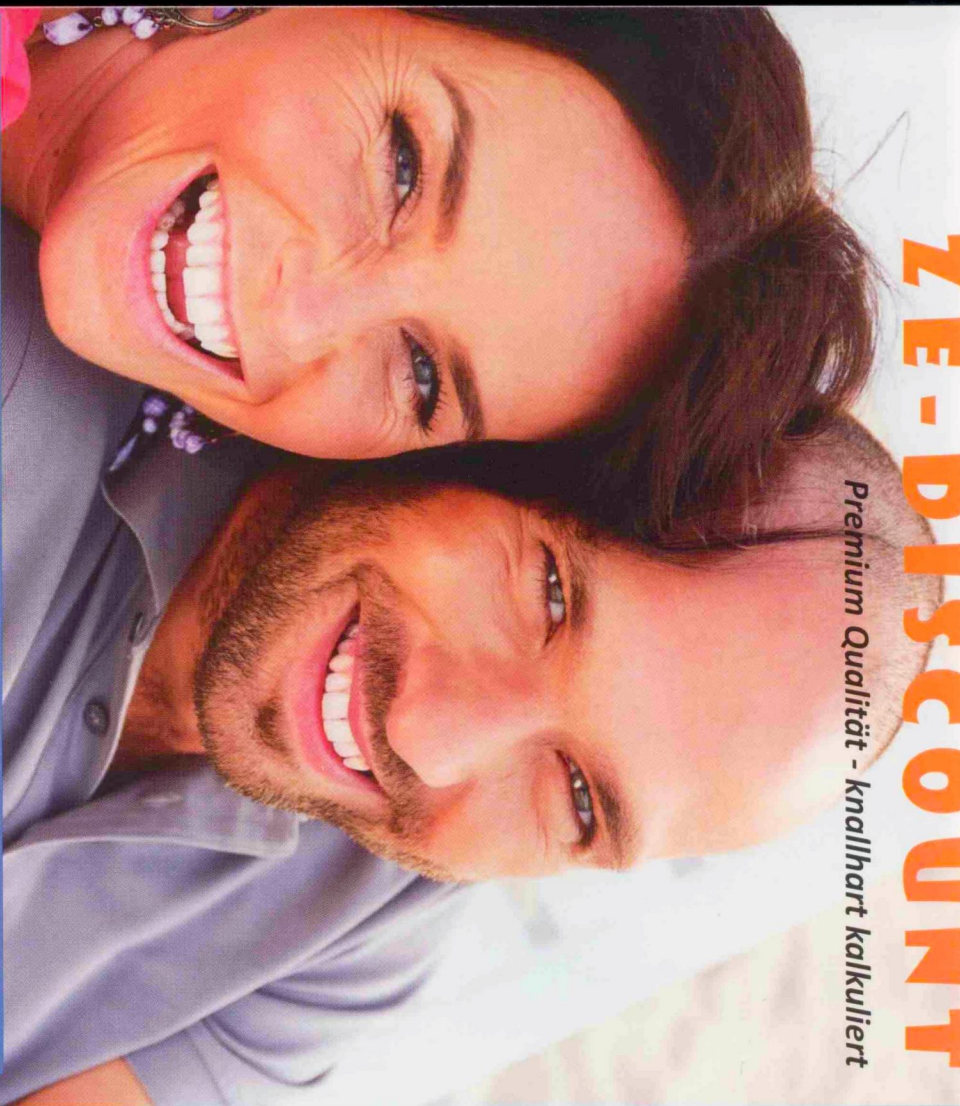
Dentalmuseum

Im Park 9b

04680 Zschadraß

ZE-DISCOUNT

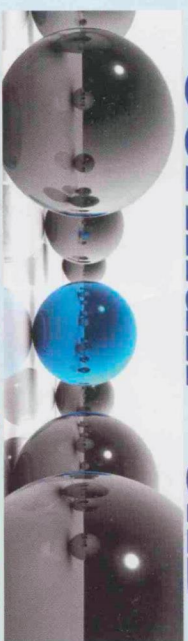
Premium Qualität - knallhart kalkuliert



Wir sparen bis zu 90%
des Eigenanteils!!

ZE-DISCOUNT Einfach gut.
made in Germany

Für jeden bezahlbar
und mit 5-Jahres-ZE-Garantie!



ZE-DISCOUNT

Premium Qualität - knallhart kalkuliert

Deutscher CAD / CAM Qualitäts-ZahnErsatz.



mit der sicherheitsbewußten 5-Jahres-Garantie

- ❖ Bezahlbarer ZahnErsatz für jeden Patienten!
- ❖ **ZE-DISCOUNT** - Preise bis zu 50% unter den üblichen deutschen BEL II - Laborpreisen
- ❖ Ästhetisches **ZE-DISCOUNT** - Zirkon ab € 95,-* (zzgl. Versand)
- ❖ Primär indiziert für Knirscher **BRUX safe**®
- ❖ PremiumZirkon für höchste Ansprüche **mega Zir**®
- ❖ **ZE-DISCOUNT** - Patienten Teilzahlung bis zu 24 Monate zu 0,00% Zinsen (kein Ausfallrisiko für den Zahnarzt)
- ❖ Alternativ: Qualitäts-Präfabrikate für Ihr Praxislabor

Wir beraten Sie gern persönlich:

Telefon 02236 / 50 98 225
WWW.ZE-DISCOUNT.DE
ZE-Discount® ist ein Produkt
der German-CAD® Ltd. & Co. KG

Ihr zuständiger Außendienst:
Vertriebsleiter Fred Hinsien
Mobil: +49 (0) 157 5614 3673

Editorial

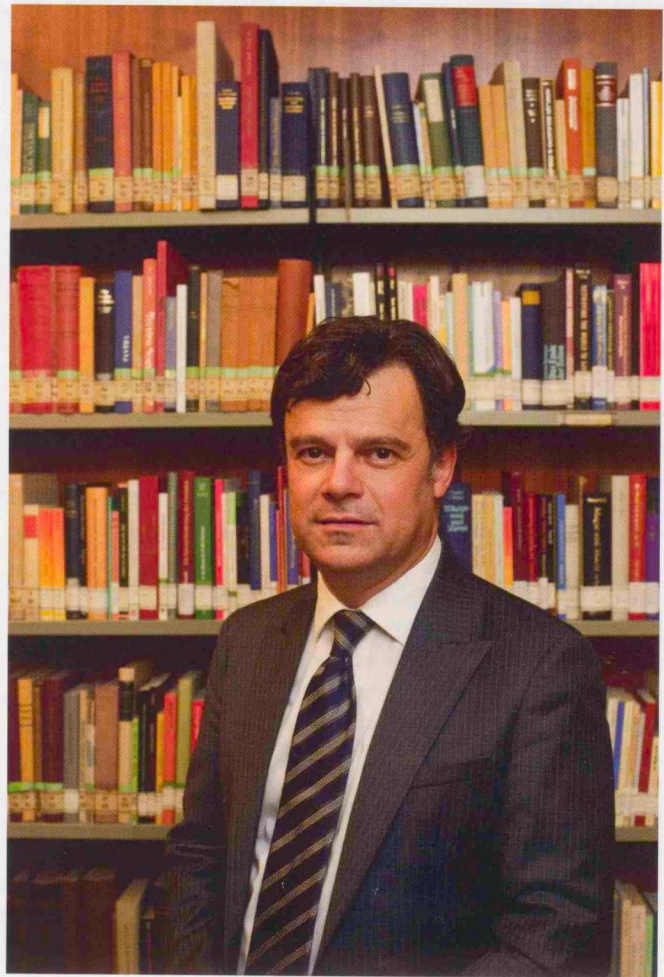
Zahnmedizin als reflektierte Erfahrungswissenschaft

Sehr geehrte Leserinnen und Leser!

„Der Gesundheitsminister will den Behandlungserfolg stärker zum Maßstab für die Patienten in Deutschland machen“, so können wir die neue politische Agenda lesen. Auch dieser so vernünftig klingende Vorschlag ist Ausdruck einer Ära, in der primär aus ökonomischen Gründen eine Standardisierung eingefordert wird. Denn ein solcher Vorschlag weckt nicht weniger als die Erwartung, dass man bei Einhaltung der vorgegebenen Standards auch Standardresultate erhalte. Solche politischen Vorschläge klingen wie ein Versprechen, dass die Medizin ein Produkt mit Garantiestempel liefern werde. Ärztliches Handeln mit einer Erfolgsgarantie, das ist das Leitbild. Was sich so vernünftig anhört, mag auch vernünftig sein, nämlich für die Produktion von Gegenständen. Für ein industrielles Verfahren ist so ein Vorgehen angemessen. Aber für den Menschen?

Natürlich braucht die Zahnmedizin Standards, sie braucht Zahlen, Fertigkeiten, sie vollzieht sich in großen Teilen auch nach einer Logik der Produktion, der Herstellung. Ohne die Berücksichtigung von Standards würde die Zahnmedizin zurückfallen in eine vorwissenschaftliche Identität, was weder im Interesse der Patienten noch im Interesse der Zahnärzte sein kann. Und doch: wenn man glaubt, eine gute Zahnmedizin allein über differenzierte Verfahrensvorschriften realisieren zu können, indem man jedem Zahnarzt im Sinne eines Algorithmus genau vorgibt, was er bei welchem objektiven Befund objektiv gesehen genau zu machen habe, dann hat man nicht hinlänglich darauf reflektiert, was Zahnmedizin überhaupt ist. Die handwerkliche Tätigkeit ist eine zentrale, das ist unbestritten, und wer diese handwerkliche Tätigkeit nicht gut eingeübt hat, wird kein guter Zahnarzt sein. Wer aber glaubt, allein durch das gute Können der Fertigkeit gleichzeitig ein guter Zahnarzt sein zu können, übersieht, dass die eigentliche Qualität des Zahnarztes weniger im Prozess des Handwerklichen, sondern im Prozess des Nachdenkens und des Entscheidens liegt. Ein guter Zahnarzt ist derjenige, der vor der Anwendung einer Technik reflektiert und eine weitsichtige Entscheidung im Interesse des Patienten trifft. Kern ärztlichen Handelns ist die Entscheidung, nicht das Machen. Wenn man aber nur das Resultat des Machens misst, so setzt man unwillkürlich die handwerkliche Fertigkeit absolut und vergisst, dass darin die eigentliche Qualität nicht zur Geltung kommt.

Wir lernen in der Zahnmedizin eine Hochpreisung der Normierung, der Nivellierung, der Wiederholbarkeit, der totalen Abstraktion, aber das kann nicht der wirkliche Goldstandard in der Zahnmedizin sein. Zu einer guten Behandlung muss es



einen Bereich geben, der nicht in Standards aufgehen kann, weil es eben auf Erfahrung ankommt und auf Wissensformen, die nicht restlos formalisierbar sind. Der Zahnarzt ist nicht einem Automaten gleich ein Anwender von Gebrauchsanweisungen, sondern er ist Arzt, und als Arzt bringt er Wissen, Können und auch Erfahrung ein. Alle drei Bereiche müssen gleichzeitig zur Geltung kommen, und kein Bereich darf einem anderen komplett geopfert werden.

Zentrale Säule einer guten Zahnmedizin ist die Erfahrung

Eine zentrale Säule der Zahnmedizin ist die Erfahrung. Die Zahnmedizin setzt auf Erfahrung, weil sie auch eine Erfahrungswissenschaft ist. Sie versucht, Erfahrung zu quantifizieren, zu verobjektivieren. Aber Erfahrung ist eben nicht restlos formalisierbar. Erfahrung konstituiert sich aus der Verbindung von Erfahrenem, das sich beschreiben und verobjektivieren lässt, und der Deutung dieses Erfahrenen, und diese Deutung der Erfahrung übersteigt dann das Objektive. Das heißt also, dass wir überhaupt keine Erfahrung machen könnten, wenn wir nicht das Erfahrene in einer bestimmten Weise deuten würden. Wir deuten dann aber immer im Horizont bestimmter Vorerfahrungen, bestimmter Leitbilder, bestimmter Zielvorstellungen, aber auch im Horizont bestimmter Befürchtungen, Sorgen, Hoffnungen. Das heißt also, dass der Zahnarzt immer auf dieser Grundlage von Wissen, Fertigkeit und Erfahrung operieren muss und dabei nie absolut objektiven Boden gewinnen kann. Man könnte es auch so sagen: der Zahnarzt ist eben nicht ein Roboter, sondern ein Mensch, der nie so agieren kann wie ein Roboter, weil seine absolute Qualifikation

nicht in der uniformen und immer gleichen Umsetzung von Schaltplänen besteht, sondern gerade in seiner Vielfältigkeit, in seiner Variabilität, in seiner unabschließbaren Anpassungsfähigkeit und Modulierungsfähigkeit liegt. Ein Zahnarzt, der einen Patienten behandelt, das ist nicht weniger als ein Kosmos, der auf einen anderen Kosmos stößt. Beide sind Menschen, und beide sind nicht auf einen Standard reduzierbar, sondern beide sind unfassbar komplex, vielfältig, variationsfähig, und genau das macht jede Behandlung doch immer zu einem Ereignis.

Eine zahnärztliche Behandlung ist nicht einfach ein Herstellungsprozess wie in der Industrie, wo es um die Herstellung eines Produktes geht. In der Zahnmedizin werden bezogen auf die ärztliche Behandlung gerade nicht Produkte hergestellt. Die eigentliche ärztliche Kunst besteht doch nicht darin, sozusagen Manuale auf Patienten anzuwenden. Das wäre einfach zu wenig. Was den Arzt ausmacht, ist doch gerade seine Fähigkeit, verschiedene Dinge so zu synthetisieren, dass er aus der Verbindung von Objektivität, Standards, Leitlinien mit der Erfassung der ganz konkreten und unverwechselbaren Situation des Patienten in seiner unverwechselbaren Patientengeschichte eine Therapieentscheidung fällt, die eben nicht der Befolgung einer Gebrauchsanweisung gleichkommt, sondern einer individualisierten Therapie, die nicht dem Zahn, dem Gebiss, sondern dem Menschen dient und somit immer eine singuläre Entscheidung bleiben muss.

Kurzum: Die Qualität der Zahnmedizin ist die Qualität der Therapieentscheidung, und diese Qualität der Therapieentscheidung hängt ab von der Qualität des Zuhörens, der Qualität des Gesprächs, der Qualität der gedanklichen Synthese der verschiedenen Informationen mit dem zahnärztlichen Wissens- und Erfahrungsfundus. Der Zahnarzt synthetisiert jeden Tag, indem er nicht weniger macht, als Komplexität zu bewältigen. Er hat es unweigerlich mit komplexen Situationen zu tun, und um diese Komplexität zu bewältigen, braucht der Zahnarzt nicht weniger als integratives Denken, das ein einzelndfallbezogenes Urteilsvermögen voraussetzt und somit nie restlos formalisiert werden kann. Der Zahnarzt muss sich aus der konkreten Situationslage immer eine Lösung ausdenken. Dieses Ausdenken hat unweigerlich etwas Neuschöpfendes, etwas Kreatives an sich, weil das Ausdenken nicht ersetzt werden kann durch einen Algorithmus im Lehrbuch, denn der konkrete Patient auf dem Behandlungsstuhl ist im Lehrbuch schlichtweg nicht zu finden. Das heißt doch, dass der Zahnarzt nicht weniger ist als ein täglicher Problemlöser. Und bei diesem täglichen Problemlösen braucht der Zahnarzt formalisiertes und hartes Wissen, Fertigkeiten, Standards, Leitlinien, Evidenz, aber er braucht zugleich implizites Wissen, nämlich Situationswissen, Beziehungswissen, Erfahrungswissen.

Diese Wissensformen werden vom gegenwärtigen System unterbewertet, wenn nicht gar komplett ignoriert. Das aber geht auf Kosten der Arbeitszufriedenheit der Zahnärzte und zugleich auf Kosten der Behandlung von komplexen Patienten. Das gegenwärtige System begünstigt die einfachen Lösungen, es begünstigt das algorithmische Denken im Sinne einer Komplexitätsreduktion. Das mag manchmal vernünftig sein, aber für die allermeisten Patienten ist die Komplexitätsreduktion verhängnisvoll. Wir brauchen eine Zahnmedizin, die nicht bestraft wird, wenn sie sich dem individuellen Patienten zuwendet und eine individuelle Entscheidung fällt, die dem

konkreten Patienten gerecht wird. Je mehr das System in die beschriebene Richtung drängt, desto mehr werden Zahnärzte davon abgehalten, sich um die komplexen Patienten zu kümmern. Dies ist jedoch genau das Gegenteil dessen, was wir in Zukunft brauchen, weil die Zukunft der Zahnmedizin eine Zahnmedizin der Komplexität sein wird. Sowohl die demografische Entwicklung als auch die fortschreitende Erkenntnis von Zusammenhängen zwischen der Situation in der Mundhöhle und dem Zustand des übrigen Organismus stellen die Zahnmedizin vor neue Herausforderungen. Vor allem aber werden die zukünftigen Patienten zu einem großen Teil chronisch kranke und alte Patienten sein, die mehr als je zuvor echte zahnärztliche Qualität benötigen, und das heißt nicht weniger als die Fähigkeit, Komplexität zu bewältigen und sie gerade nicht zu simplifizieren.

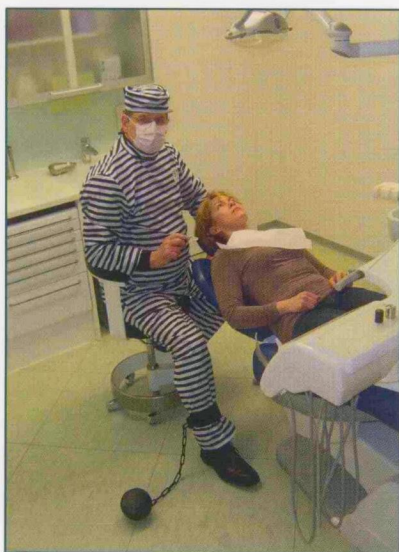
Daher sollten sich die Zahnärzte von den politischen Vorgaben nicht auf die Rolle von Vollzugsagenten vorgegebener Ablaufpläne reduzieren lassen. Im Interesse ihrer Patienten müssen die Zahnärzte zum Ausdruck bringen, dass die Zahnmedizin der Zukunft nur dann eine qualitativ hochwertige Zahnmedizin sein kann, wenn sie ganz andere Werte hochhält, als sich die gegenwärtige politische Agenda auf ihre Fahnen schreibt. Eine gute Zahnmedizin kann es nur geben, wenn sie auf Werte setzt wie:

**Sorgfalt als Ergänzung zur Schnelligkeit,
Geduld als Ergänzung zur Effizienz,
Beziehungsqualität als Ergänzung zur Prozessqualität**

Wohlgemerkt: jeweils als Ergänzung und nicht als Ersatz! Vielleicht lässt sich die Qualität der Zahnmedizin auch auf die Formel bringen, dass es in jedem Gespräch mit dem Patienten nur darum gehen kann, Sachlichkeit und Zwischenmenschlichkeit, Evidenz und Beziehung zusammenzuführen. Das eine geht nicht ohne das andere, und für beide Säulen muss die Zahnmedizin kämpfen, nicht allein für die Säule, die politisch hochgepriesen wird, sondern auch für die Säule, die doch eigentlich die Säule war, dererwegen man sich einst entschieden hat, Zahn-Arzt zu werden.

Prof. Dr. Giovanni Maio
maio@ethik.uni-freiburg.de

Prof. Dr. Giovanni Maio hat sich nach dem Studium der Philosophie und Medizin, nach langjähriger internistisch-klinischer Tätigkeit und anschließender Assistentenzeit an medizintheoretischen Instituten 2002 mit einer Arbeit zur Ethik in der Medizin habilitiert. 2005 übernahm er den Lehrstuhl für Bioethik/Medizinethik der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg und wurde Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin in Freiburg. Er ist Mitglied verschiedener überregionaler Ethikkommissionen und Ethikbeiräte, Mitglied des Ethik-Beirates der Malteser Deutschland, Mitglied des Ausschusses für ethische und juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer und seit 2010 Berater der Deutschen Bischofskonferenz. Im Rahmen seiner umfangreichen publizistischen und Vortragstätigkeit hat er in den letzten Jahren wiederholt vor zahnärztlichem Publikum referiert und in zahnärztlichen Medien zu ethischen Fragen, die speziell die zahnmedizinische Versorgung betreffen, Stellung genommen. Ein wichtiges Werk der letzten Jahre ist sein 2012 bei Stuttgarter Schattauer-Verlag erschienenes Lehrbuch „Mittelpunkt Mensch – Ethik in der Medizin“.



Der Zahnarzt auf Schritt und Tritt beschwert von Vorschriften – mit einem Bein im Knast?

Das Titelbild dieser „Forum“-Ausgabe macht ein Gefühl bildhaft, das nicht wenige zahnärztliche Kollegen beschleicht beim Gedanken daran, welche Vorschriften eigentlich alle und ständig zu erfüllen sind – Vorschriften, denen man in ihrer Exzessivität und ihrem Bürokratismus selten wirklich genügen kann.

Man hätte Mühe, sie lückenlos aufzuzählen: Betriebsstättenverordnung, Hygieneverordnung, Aufklärungspflichten, Angestelltenrecht, Qualitätsmanagement, Entsorgungsvorschriften, Röntgen-Verordnung, Unfallverhütungsvorschriften, Steuer- und Sozialrecht, Abrechnungsvorschriften, Antikorruptivonsvorschriften usw. usw.

Dr. Celina Schätze, Berlin

Bildnachweis:

Cover, Seiten 5, 25, 26: Dr. M. Loewener. Seite 3: Prof. G. Maio. Seite 6: L. Galli. Seite 7: Dr. C. Christan. Seite 8: Dr. C. Schätze. Seite 9: Dr. W. Schulze. Seite 11: Initiative proDente e.V., www.prodente.de. Seiten 13, 15: Dr. H. Madsen. Seite 16: Dr. P. Petrakakis. Seite 18: Dr. P. Nachtweh. Seite 20: www.bund.net. Seiten 23, 28, 30, 31: Christoph Kaden, www.campus-arts.de. Seite 24: www.droemer-knauer.de. Seite 27: [obs/Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft](http://obs/InitiativeNeueSozialeMarktwirtschaft). Seite 30: Dr. L. Riefenstahl. Seite 31: www.spitta.de. Seiten 32, 33, 34: K. Mentzendorff, www.mdorff.de. Seite 34: Dr. R. Osswald. Seite 35: Adrian Park, www.wikipedia.de. Seite 37: Mandy Himelblau. Seite 38: Vera Orsag

Inhaltsverzeichnis Forum für Zahnheilkunde 118 –2014

Redaktionsschluss
für Forum 119:
15. April 2014
Erscheinen: Juni 2014

- 03 Editorial von Prof. Dr. Giovanni Maio
- 05 Impressum, Bildnachweis

DAZ-Teil

- 06 DAZ-VDZM-Frühjahrstagung 10.05.2014 in Frankfurt
- 08 Aus dem Berliner Sandkasten – von Dr. Celina Schätze
- 08 DAZ-Partnerschaft mit ladiesdentaltalk
- 09 Zahnarztsein in schwierigen Zeiten – von Dr. Walter Schulze
- 10 Die gesetzlichen Leistungen höher wertschätzen! – von Dr. Celina Schätze
- 11 Missstände & Probleme in der deutschen Kieferorthopädie – von Dr. Henning Madsen
- 15 Vorankündigung der DAZ-IUZB-Jahrestagung am 20.09.2014 in Berlin
- 16 Öffentliche Zahngesundheitsvorsorge und Gesundheitsberichterstattung in Deutschland – von Dr. Pantelis Petrakakis
- 18 Erfahrungen mit einer Praxis-Website – von Dr. Peter Nachtweh
- 20 Kurzinformationen – von Irmgard Berger-Orsag

BVAZ-Teil

- 23 Neue Besen kehren gut, aber die alten kennen die Ecken – von Dr. Andreas Bien
- 24 Vorankündigung der BVAZ-Hauptversammlung am 29.11.2014 in München
- 24 Kindesmisshandlung – auch Zahnärzte können zur Verhinderung beitragen – von Irmgard Berger-Orsag
- 25 Der (be)strafbare Zahnarzt. Strafrechtsänderungsgesetz: Notwendigkeit oder politische Phantomdiskussion – von Dr. Michael Loewener
- 28 GOZ-Kommentar der PKV – cui bono? – von Dr. Roland Kaden
- 30 Funktionsstörungen erkennen und behandeln – Vortrag von S. Leder bei BVAZ-Tagung 2013 in Berlin – von Dr. Claus Nordmeyer
- 32 Indikationsgerechte Behandlung der bakteriellen Endodontitis – Das „Timbuktu-Protokoll“ Teil 1 – der sicher vitale Zahn – von Dr. Dr. Rüdiger Osswald
- 35 Leserbrief zum Editorial 117 (Endo-Therapie) – von Dr. Fritz Chluba
- 37 Magische Heilmethoden Teil 4 – Bioresonanz
- 38 Ohne Moos nix los – GOZ 2012-Knackpunkte (2) – von Dr. Jürgen Simonis

Impressum

Herausgeber/Redaktion/Mediadaten:

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) e.V.

Kaiserstr. 52, 53840 Troisdorf, T. 02241/97228-76, F. 03222/6667936
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. Peter Nachtweh, Dr. Kai Müller; Dr. Dr. Rüdiger Osswald (V.i.S.d.P. für BVAZ-Teil), Dr. Andreas Bien, 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 auf Anfrage kostenlos zugesandt.

Hinweis: Namentlich gekennzeichnete Artikel entsprechen nicht unbedingt der Meinung der für den jeweiligen Forum-Teil zuständigen Redaktion



**Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)
und die Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM)
laden ein zur gemeinsamen Frühjahrstagung**

Frankfurt/Main – Saalbau Bornheim

Arnsburger Str. 24, 60385 Frankfurt,
Tel 069/943403-0, Fax 069/943403-30

10. Mai 2014

Diskussion über Gesundheitspolitik und Fortbildung zur Parodontaltherapie

10.00 – 13.00 Uhr

**Gesundheitspolitischer Vormittag
zur aktuellen Situation
im Gesundheitswesen
nach dem Regierungswechsel**

Im Programm der schwarz-roten Regierungskoalition für diese Legislaturperiode sind im Bereich der Zahnmedizin keine grundlegenden Reformen vorgesehen, jedoch dürften verschiedene Änderungsvorhaben sich auch hier auswirken. Der gesundheitspolitische Vormittag soll Gelegenheit bieten, mit einem der Entscheidungsträger von politischer oder Kassenseite die avisierten Reformvorhaben, eventuelle Folgen für die zahnmedizinische Versorgung und Reformbedarf aus Sicht der Teilnehmer zu diskutieren. Nähere Infos in Kürze unter www.daz-web.de.

14.00 – 18.00 Uhr

Fachfortbildung zum Thema

„Innovationen und Bewährtes für ein parodontologisches Behandlungskonzept in der Praxis – welcher Cocktail soll es bitte sein?“

Nach einigen Jahren klinischer und wissenschaftlicher Tätigkeit an der Charité Berlin hat sich die Referentin, die Parodontologie-Spezialistin **Dr. Claudia Christan** aus Berlin, in eigener Praxis niedergelassen. In ihrem Vortrag wird sie vor allem praxisnahe Erkenntnisse für allgemeinärztlich tätige Kollegen anbieten. Dabei wird angesichts der zahlreichen neuen Produkte und Therapievarianten, die in kurzer Abfolge auf den Markt kommen, auch nach der Bewährung dieser Neuerungen und dem Nutzen für die Patienten zu fragen sein.

Infos zur Tagung und Anmeldung:

**Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ), Kaiserstr. 52, 53840 Troisdorf,
Tel. 02241/9722876, Fax 03222/6667936, Mail kontakt@daz-web.de, Web www.daz-web.de**

Weitere Infos zur Tagung am 10.05.2014 in Frankfurt/Main

Vortrag und Diskussion:

Parodontaltherapie in der Praxis – Innovationen und Bewährtes

Die Parodontitis – so Referentin Dr. C. Christan – ist bekannt als multifaktorielle „Volkskrankheit“. In den letzten 15 Jahren wissenschaftlicher Forschung rückte die Zahnmedizin wieder näher an die Medizin heran, so dass ein differenzierteres, pathogenetisches Verständnis dieser Krankheit entstanden ist. Ihre erfolgreiche Therapie ist damit nicht nur die Basis jeder weiterführenden zahnärztlichen Behandlung, sondern greift auch in das gesundheitliche Wohlbefinden des Parodontitispatienten ein. Vor dem Hintergrund immunologischer, genetischer und mikrobiologischer Einflussfaktoren stellt sich die Frage: Was kann mit einer Parodontistherapie langfristig überhaupt erreicht werden? Wo sind uns Grenzen gesetzt? Wie beeinflussen neue Erkenntnisse die Therapie? Wo können uns Innovationen unterstützen, und nützen sie dem Patienten? Vortrag und Diskussion sollen Antworten auf diese Fragen finden und zu einem praxisrelevanten Konzept führen.



Stichworte zu den Inhalten

- Die Basis aller Parodontistherapien: Scaling und Wurzelglättung (SRP): Ist manuelle Instrumentierung noch erforderlich? Reichen Ultraschall/Piezon oder Laser?
- Offene Kürettage: Ist das noch up-to-date?
- Wie therapiere ich tiefe Taschen / Sondierungstiefen, wenn keine regenerative Therapie in Frage kommt?
- Wie treffe ich meine Materialauswahl im Dschungel regenerativer Materialien?
- Mukogingivalchirurgie: nur etwas für die Ästhetik? Oder medizinisch sinnvoll?
- Parodontale „Grenz“-Fälle: Paroendoläsionen oder Endoparoläsionen: Was war zuerst da: die Henne oder das Ei?
- Was mache ich bei einem parodontalen Abszess? Ist das nicht der Rede wert?
- Gilt: tiefe Taschen=aggressive Parodontitis? Einsatz antibakterieller, medikamentöser Therapien: systemisch und lokal
- Der multimorbide PAR-Patient
- Was unterscheidet die unterstützende Parodontaltherapie (UPT) von der PZR?
- Was sagt mir ein antimikrobieller Test?
- Präsentation von Patientenfällen und Langzeitergebnisse

Infos zu Dr. med. dent. Claudia Christan

- Studium der Zahnmedizin an der FU Berlin
- 1995 Approbation als Zahnärztin
- Ab 1998 dreijähriges Stipendium der Deutschen Forschungsgesellschaft (DFG) für das Graduiertenkolleg "Parodontologie" in der Abteilung für Parodontologie und synoptische Zahnheilkunde bei Prof. J.-P. Bernimoulin an der Charité Berlin
- Insgesamt fünf Jahre klinische und wissenschaftliche Tätigkeit mit Lehrtätigkeit in der Abteilung für Parodontologie und synoptische Zahnheilkunde bei Prof. Bernimoulin an der Charité. Forschungsschwerpunkt „aggressive Parodontitis“
- 2002 Ernennung zur Spezialistin für Parodontologie (DGParo)
- Seit 2002 in eigener Praxis mit Schwerpunkt Parodontologie in Berlin tätig
- Promotion: „Vergleich zweier verschiedener Antibiotika als Adjuvans in der Therapie rasch fortschreitender Parodontitis“ <http://edoc.hu-berlin.de/docviews/abstract.php?lang=ger&tid=10400>

Weitere Literatur

bei der Referentin oder über kontakt@daz-web.de

Sonstige Hinweise zu der Tagung:

Tagungsort: Saalbau Frankf.-Bornheim, Arnsburger Str. 24, 60385 Frankfurt, T. 069/943403-10, F. 069/943403-30, www.saalbau.com

Fortbildungsbescheinigungen: Die Vormittags- und die Nachmittagsveranstaltung werden entsprechen den „Leitsätzen zur Fortbildung der BZÄK, KZBV und DGZMK“ durchgeführt. Es gibt zu jeder Veranstaltung eine Bescheinigung mit 3 Fortbildungspunkten.

Teilnehmergebühr: Niedergelassene Zahnärzte werden um einen Unkostenbeitrag von 50 Euro gebeten.

Geselliges Beisammensein: am Samstagabend, 10.05.2014, ab 19.00 Uhr im Apfelwein-Lokal „Zur schönen Müllerin“, Baumweg 12, 60316 Frankfurt, Tel. 069/432069, www.schoene-muellerin.de

Verbandsinterne Sitzungen: DAZ und VDZM halten am Sonntag, dem 11.05.2014, von 9.30-14.00 Uhr interne Arbeitssitzungen ab.

Aus dem Berliner Sandkasten, wo reichlich Eierpampe gemacht wird

Der Berliner Kammerpräsident Dr. Wolfgang Schmiedel ist mit der Höhe seiner Entschädigungszahlungen sehr unzufrieden. Er sieht sich im Vergleich zu seinen „Amtsbrüdern und Amtsschwestern“ benachteiligt.

Nachdem er zu Beginn der neuen Amtsperiode eine Erhöhung seiner Entschädigung erhalten hat, die sich zusammen mit den anfallenden Sitzungsgeldern auf ca. 71.000 € beläuft, möchte er nun noch ein Übergangsgeld eingeführt haben, das ihm oder ggf. seinen Erben (so war der ursprüngliche Plan) beim Ausscheiden aus dem Amt ca. 65.000 € einbringen würde. Auch der Stellvertreter soll ein Übergangsgeld erhalten.

Die Vertreter der Union 2012 (DAZ-Beteiligung) und der VDZM in der Kammerdelegiertenversammlung haben argumentiert, dass die Aufwandsentschädigung in einem Ehrenamt für die Zahnärzteschaft sich an den Verhältnissen eines Durchschnittszahnarztes zu orientieren hätte und nicht an denen einiger Spitzenverdiener. Das ist gegenüber den die Gelder aufbringenden Zahnärzten eine Frage des Anstandes und in der Außenwirkung ein Ausweis von Augenmaß und Bodenhaftung. Dass viele, nicht alle, Standesfunktionäre auf Bundes- und Landesebene dieses Gefühl für Angemessenheit vermissen lassen, war schon immer bedauerlich und kann auf keinen Fall als Begründung für die Forderungen des Berliner Vorstandes dienen. Diese Argumentation wurde aus den Reihen der den Vorstand tragenden Verbände als Neidkampagne und Dreckwerferei diffamiert. Dr. Schmiedel erklärte sein Eintreten für das Übergangsgeld zum mutigen Engagement für Anerkennung und Wertschätzung der Vorstandsarbeit.

Gerade in Berlin ist die wirtschaftliche Situation in vielen Praxen angespannt und das Interesse der Kollegen für die Selbstverwaltung wird immer geringer, was sich unter anderem in einer ständig sinkenden Beteiligung an Wahlen zu den Selbstverwaltungsgremien ausdrückt.

In der Sitzung der DV, in der das Übergangsgeldbegehren zum ersten Mal auf der Tagesordnung stand, war die „Opposition“ in der glücklichen Lage - wegen fehlender Delegierter vom Verband der Zahnärzte von Berlin - die Festlegung zu erreichen, dass mögliche Übergangsgelder nicht rückwirkend zu gewähren sind und dass über deren Einführung im Grundsatz von einem noch einzusetzenden Ausschuss entschieden werden soll.

Kurz danach wurde eine neue DV-Sitzung einberufen, die sich nur mit dem Thema Übergangsgeld beschäftigen sollte. In der Beschlussvorlage für die Bildung des geplanten Ausschusses hatte dieser einen Titel, der ihn zur Beratung der Übergangsgeldmodalitäten berief und nicht - wie beschlossen - zur Beratung über die Übergangsgeldfrage allgemein. Ein Antrag von Dr. Nachtweh, einen Titel für den Ausschuss zu wählen, der Ergebnisoffenheit deutlich macht, wurde als unnötig, weil „rein semantisch“ (so der Vorstand), abgelehnt. Während der Diskussion zu dieser Frage machte Dr. Schmiedel allerdings die Erwartung deutlich, dass der Ausschuss das beschlossene



Rückwirkungsverbot für mögliche Übergangsgelder in Frage stellen möge.

Zu der Zusammensetzung des Ausschusses war von der Opposition vorgeschlagen worden, alle Verbände, orientiert an ihrer Delegiertenzahl, in das Gremium, das 10 Mitglieder haben sollte, aufzunehmen. Dem gegenüber wurde vom Vorstand behauptet, dass es keinen Entscheidungsspielraum der Versammlung für die Verteilung der Sitze gäbe und eine Sitzverteilung nach D'Hondt zwingend sei, was bei einer Reduzierung der Mitgliederzahl auf 9 Personen einige Gruppierungen ausgeschlossen und den „Vorstandsverbänden“ eine überlegene Mehrheit gesichert hätte. Nach Ansicht der Delegierten von Union und VDZM müsste es möglich sein, einen nur beratenden Ausschuss im Konsens der Delegierten mit Vertretern aus allen Gruppierungen zu besetzen. Als aus der „Opposition“ entsprechender Protest laut wurde, erklärte Dr. Schmiedel, dass er den Protest nicht verstünde, weil er ja die Mitglieder des Ausschusses mit seiner Mehrheit auch einseitig bestimmen könne. Daraufhin haben die oppositionellen Gruppierungen die Versammlung verlassen, wodurch sie beschlussunfähig wurde.

Erreicht wurde sicherlich nur, die Einführung des Übergangsgeldes etwas zu behindern und für den Vorgang etwas mehr Öffentlichkeit zu schaffen. Bisher haben die die Vorstände tragenden Fraktionen vom Verband der Zahnärzte von Berlin und Freiem Verband Deutscher Zahnärzte noch immer die Ausstattungswünsche der Funktionäre erfüllt. Vielleicht ist es angenehm, sich auf diese Weise der „Macht“ zugehörig zu fühlen und ein mit ihr bestehendes Beziehungsgeflecht zu pflegen.

Wir werden berichten, wie es weitergeht.

Dr. Celina Schätze, Berlin

DAZ-Partnerschaft mit
Zahnärztinnen-
Netzwerk



ladiesdentaltalk.

Der DAZ ist eine sog. ideelle Partnerschaft mit ladies dental talk eingegangen. Es handelt sich um eine Initiative der Frauenförderung, wirtschaftlich und moralisch. Es soll ein Forum für Kontaktpflege der Zahnärztinnen untereinander und zu wirtschaftlich und politisch interessierten Partnern geschaffen werden. Dafür gibt es themengebundenen Abendveranstaltungen mit Dinner und speziellen Fortbildungen. DAZ-Mitglieder erhalten 10 € Rabatt auf den Preis der Veranstaltungen. Näheres und die Termine findet man unter

www.ladies-dental-talk.de

(Zahn)Arzt-Sein in schwierigen Zeiten

von Dr. Walter Schulze, Rotenburg/Wümme

„Zahnersatz-Workshop: Kurbeln Sie Ihren Umsatzmotor an“. Dieser Text entstammt nicht etwa der Anzeige irgendeines kommerziellen Anbieters in einer der vielen industriefinanzierten Hochglanzzeitschriften, die wir wöchentlich erhalten. Ich fand ihn in einer offiziellen Fortbildungsankündigung der Zahnärztekammer Bremen in den Zahnärztlichen Mitteilungen. Der Umsatz als primäres Ziel ärztlicher Behandlung scheint nunmehr auch in der Selbstdarstellung der Kammern angekommen zu sein. Konsequenz zu Ende gedacht wird dieser Weg in einem anderen Beispiel: Im Rahmen einer implantatprothetischen Fortbildung beginnt ein renommierter deutscher Hochschullehrer seinen Vortrag mit der sinngemäßen Aussage „Denken Sie mal an Smartphones. Vor zehn Jahren konnte kaum jemand von uns etwas damit anfangen. Dann kam das iPhone und wurde von Apple mit einem super Marketing bekannt gemacht – und heute glauben die meisten von uns, ohne ein Smartphone nicht mehr existieren zu können. Genau dahin müssen wir auch kommen – es ist unsere Aufgabe, die vielen technischen Neuerungen, die die Industrie uns bietet, den Patienten nahezubringen.“ In der Folge präsentierte der Kollege unter dem Schlagwort „Teeth in one day“ Behandlungskonzepte zur Versorgung zahnloser Patienten mit festsitzendem Zahnersatz in einer Sitzung. Auf die hohe Fehleranfälligkeit seiner Therapieprotokolle angesprochen, die er selber unumwunden zugab, antwortete er (wiederum sinngemäß): „Was bleibt mir denn anderes übrig, die Patienten wollen es ja so.“ Hier wird also zunächst Behandlungsbedarf geschaffen oder, falls dieser beim Patienten grundsätzlich schon vorhanden ist, das Bedürfnis nach einer bestimmten Therapieform geweckt. Deren Nachteile sowie das Vorhandensein sicherer Behandlungswege, die zum gleichen Ziel führen, werden verschwiegen. Der Sinn dieses Vorgehens erschließt sich in folgendem abschließenden Satz des entsprechenden Referenten (diesmal wörtlich): „Das einzige Problem, das Sie dann noch lösen müssen ist, wie Sie für sechs bis sieben Stunden Behandlung eine Rechnung über 12.000 Euro schreiben.“ Die Umsatz- und Gewinnmaximierung wird zum eigentlichen Ziel der ärztlichen Tätigkeit. Solche Äußerungen hat es natürlich schon immer gegeben. Das Erschreckende ist, dass sie neuerdings nahezu unwidersprochen bleiben oder sogar ganz offiziell von Seiten einer Kammer kommen. Auf dem Boden der offenbar grundsätzlich akzeptierten Haltung, ärztliche Heilung als medizinische Dienstleistung zu betrachten, wird der Patient zum Kunden. Der Begriff „Kunde“ öffnet dann der Implikation die Tür, dass es legitim sei, den Wunsch nach Behandlung zu wecken und in letzter Konsequenz auch Krankheitsempfinden zu fördern.

Was motiviert diese Entwicklung? Geht man einmal davon aus, dass die Anzahl derjenigen Kollegen, denen es nur ums Geld geht, sich nicht wesentlich geändert hat und dass die Mehrheit von uns Zahnärzten grundsätzlich das Wohl unserer Patienten im Auge hat, landet man bei der Betrachtung dieser Frage unweigerlich bei den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen unserer Tätigkeit. Dass dieselben permanent schwieriger werden, ist jedem, der täglich in der Praxis arbeitet, nur allzu bekannt. Ausufernde Kosten auf der einen und zunehmend ungenügende Honorare von Versicherungen und Erstattungsstellen auf der anderen Seite machen es unumgänglich, unsere Einkommensbasis neu zu definieren. Die jahrzehnte- wenn nicht sogar jahr-

hundertealte Grundidee, dass ärztliche Behandlung zunächst einmal jenseits finanzieller Erwägungen stattfindet und dass das nötige Geld unabhängig von der Interaktion zwischen Arzt und Patient fließt, funktioniert nicht mehr. Der Patient selbst wird zur unmittelbaren Quelle unseres Einkommens. Diese Entwicklung ist von uns nicht wesentlich zu beeinflussen und vermutlich auch unumkehrbar. Der allergrößte Teil unserer Praxen gerät hierdurch in eine sehr schwierige Lage. Einerseits haben die meisten von uns den Wunsch, anständige zahnärztliche Arbeit zu leisten, und das berechnete Interesse, dies ohne Selbstausbeutung und ohne Ausbeutung unserer Mitarbeiterinnen zu tun. Andererseits ist es nicht mehr möglich, dies im herkömmlichen Honorierungssystem nachhaltig umzusetzen. Galt in der Vergangenheit der Grundsatz „Patienten finden und Patienten binden“ als sichere wirtschaftliche Basis unseres Berufes, müssen wir heute komplett umdenken. Es ist davon auszugehen, dass eine (zahn)ärztliche Praxis in der Zukunft selbst bei ausreichend hohen Patientenzahlen ohne aktive Maßnahmen zur Ausweitung des Honorarumsatzes nicht überlebensfähig sein wird. Die Frage ist nun, wie reagieren wir auf dieses Dilemma?

Die Lösung, die uns allenthalben angeboten wird, ist der vermehrte Einsatz neuer Behandlungsmethoden und -technologien, die in den gängigen GKV-Vergütungsverträgen nicht enthalten sind und mithin privat liquidiert werden können. Die Anbieter dieser Methoden liefern uns die nötigen Marketingstrategien gleich mit, die in der Regel darauf abzielen, bei den Patienten das Bedürfnis nach modernen und vermeintlich besseren Therapieverfahren zu wecken. Zunehmend verschwimmt hierbei die Grenze zwischen der neuartigen Behandlung tatsächlich vorhandener Erkrankungen und der Schaffung von Behandlungsbedürfnissen, die ohne eigentliche pathologische Grundlage sind. So ist z. B. davon auszugehen, dass ein großer Teil der täglich durchgeführten Professionellen Zahnreinigungen, bei denen nur supragingivale Beläge und Verfärbungen entfernt werden, ohne echten medizinischen Nutzen für den Patienten ist. Bei neuen Therapiemethoden spielt nachgewiesene Wirksamkeit nur noch eine untergeordnete Rolle, entscheidend ist der Anschein des Modernen sowie die Tatsache, dass „die Kasse“ es nicht bezahlt. Abgesehen von den ganz grundsätzlichen Fragen nach Ehrlichkeit und beruflichem Anstand, die sich in diesem Zusammenhang stellen, birgt diese Entwicklung eine weitere große Gefahr. Indem wir Krankheitsempfinden fördern und auf das daraus resultierende Behandlungsbedürfnis mit zweifelhaften Therapien reagieren, gefährden wir auf Dauer das Vertrauen unserer Patienten in unsere besondere Glaubwürdigkeit als Ärzte. Die Vorstellung vom mündigen Patienten, der sich unabhängig für oder gegen eine Behandlung entscheiden kann, ist irreführend, da sie die Rolle der Arzt-Patienten-Beziehung für das Gelingen einer Behandlung vernachlässigt. Diese hängt jedoch entscheidend vom Vertrauen



des Patienten in seinen Behandler ab, was im Rahmen der Placebo-Forschung immer wieder bewiesen wird. Anders als beim Kauf irgendeines industriellen Produktes oder einer Dienstleistung ist Vertrauen in der Medizin immer personengebunden. Wenn dieses Vertrauen in unsere persönliche Integrität schwindet, verringert sich automatisch auch der Erfolg unserer ärztlichen Tätigkeit – egal, wie qualitätsgesichert und zertifiziert unsere Therapiemethoden sind. Selbst die technisch beste Behandlung wird ohne ausreichendes Vertrauen in uns als Behandler immer nur eine begrenzte Wirkung haben, denn unser Produkt ist nicht Behandlung, sondern Heilung. Kompliziert wird das Ganze zusätzlich noch dadurch, dass wir ja auch aus unserer ärztlichen Verantwortung heraus regelmäßig Behandlungsmotivation bei unseren Patienten wecken müssen. Diese entscheidende Wirkung des ärztlichen Gesprächs wird natürlich umso kleiner, je mehr der Patient vorrangig finanzielle Interessen auf unserer Seite vermutet.

Die Frage, vor der wir stehen, ist also: Wie stellen wir eine ausreichende Honorierung unserer Tätigkeit sicher und erhalten gleichzeitig das Vertrauen unserer Patienten sowohl in uns als Einzelne wie auch in den Berufsstand insgesamt? Ein Patentrezept wird es hierbei wohl nicht geben. Auf absehbare Zeit mag der Ruf des einzelnen Zahnarztes noch in der Lage sein, die eigene Praxis vom bereits bröckelnden Vertrauen in den Berufsstand insgesamt abzuschirmen. Auf Dauer wird das aber aus meiner Sicht nicht ausreichen. Wenn wir langfristig das Vertrauen der Patienten in uns und damit auch in die heilende Wirkung unserer Tätigkeit sichern wollen, müssen wir wohl mehr tun. Ich persönlich sehe die Herstellung maximaler Transparenz und Kontrolle auf Seiten des Patienten als einen viel versprechenden Weg an. Diese bestünde darin, einerseits auf der Basis fachlich gesicherter Empfehlungen ergebnisoffen über Behandlungsmöglichkeiten zu informieren und damit zunächst ein Empfinden für anständige Behandlung beim Patienten zu schaffen. Auf dieser Basis könnte der aktiv nachfragende Patient zum Partner des Arztes in der Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit und gegebenenfalls bei der Auswahl aus den geeigneten Behandlungsmethoden werden. Indikationsstellung und Entscheidung über die technische Ausführung der gemeinsam festgelegten Therapie werden immer ausschließliche Aufgaben des Arztes sein. Hier könnte der informierte Patient aber durchaus eine Kontrollfunktion bei der Ausführung der Behandlung haben. Mein persönliches Ideal wäre der Patient, der sich z. B. für eine hochwertige Kompositfüllung entscheidet, dann aber auch nachfragt, wie der Zahnarzt sicherstellt, dass der untere Backenzahn ganz hinten auch wirklich 45 Minuten völlig trocken ist. Gleichzeitig müsste es gelingen, bei den Patienten ein Bewusstsein für den zeitlichen und organisatorischen Aufwand zu schaffen, den gute (zahn)ärztliche Behandlung voraussetzt. Auf dieser Basis von Transparenz und Kontrolle sollte es möglich sein, das Vertrauen in uns als Ärzte zu erhalten, das auf Dauer notwendig sein wird, um bei unseren Patienten die Akzeptanz für zwangsläufig steigende Preise und Zuzahlungen für unsere Behandlungen zu schaffen.

Dr. Walter Schulze

Geboren am 20.10.1965. Nach Studium in Hamburg, Promotion und Assistenzzeit seit 1993 als Zahnarzt in eigener Praxis in Rotenburg/Wümme (Niedersachsen) niedergelassen. Seit 1997 Referententätigkeit zu den Themenbereichen Zahnärztliche Hypnose und Kommunikation. Trainer und Supervisor der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose, Mitglied des Arbeitskreises Psychologie und Psychosomatik der DGZMK.

Die gesetzlichen Leistungen höher wertschätzen und besser honorieren!

Die in dem Beitrag von Dr. Schulze angesprochenen Probleme von Akquise durch Krankkredit sind ein bedauerliches Zeitphänomen, das sich u.a. aus einem Mangel an professioneller und charakterlicher Standfestigkeit der Ärzte speist. Das Editorial von Prof. Maio und die Auseinandersetzung von Dr. Madsen mit der in Deutschland praktizierten Kieferorthopädie behandeln im Großen und Ganzen den gleichen Themenkreis. Bei der Klage über unärztliche Überbehandlung sollte allerdings auch bedacht werden, dass, je schlechter die Bezahlung für die Erbringung notwendiger und angemessener Leistungen im System, desto höher ist die Anforderung an die erwähnte Standfestigkeit der so genannten Leistungserbringer, nicht nach Einkommensquellen im überflüssigen Bereich zu suchen. Der DAZ hat sich schon früher dafür ausgesprochen, die Vergütungen für die gesetzlich versicherten Sachleistungen zu verbessern.

Die Forderung nach einer Besserbewertung der innerhalb der Gesetzlichen Versicherung erbrachten Leistungen richtet sich nicht nur auf eine bessere Bezahlung, sondern auch auf eine bessere Wertschätzung der Qualität und des Niveaus dieser Leistungen. Der gerade sein 10jähriges Jubiläum feiernde Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat eklatant versagt in der Vermittlung seines Tuns an die Öffentlichkeit. Es gibt keine Öffentlichkeitsarbeit zu Gunsten der Wohlabgewogenheit der Entscheidungen des GBA und der Qualität und Verlässlichkeit der Leistungen, die aufgrund seiner Entscheidungen in den Katalog der GKV gelangt sind. Dieses Versagen macht es erst möglich, dass von interessierter Seite die GKV-Leistungen schlecht geredet werden können, bis hin zur Angsterzeugung, ohne Zuzahlung nicht versorgt werden zu können. Selbst wenn eine Versorgung de facto ausreichend ist, wirken Unkenntnis und Verunsicherung schon allein als Noxe.

Eine breite öffentliche Anerkennung von und Zustimmung zu den als Basisversorgung für Alle definierten Leistungen wird mit dem demographischen Wandel immer bedeutsamer. Eine wachsende Zahl von Bürgern wird auf die Basisversorgung angewiesen sein. Wenn dann keine Zuversicht herrscht, auf diese Weise wenigstens ausreichend, wie im Sozialgesetzbuch gesagt, bedient zu sein, wird es zu einer Verunsicherung in der Bevölkerung kommen. Es geht nicht um Ruhigstellung sondern um Information und eine Rückenstärkung für die Patienten gegenüber den allgegenwärtigen Tendenzen zu mehr Privatisierung und gegen das Solidarversicherungsprinzip.

Dr. Celina Schätze, Berlin, DAZ-Vorsitzende

Mehr Transparenz beim G-BA

Während die Vorläufer-Institutionen des 2004 gegründeten Gemeinsamen Bundesausschusses noch hinter verschlossenen Türen tagten, sind heute nicht nur Patientenvertreter beratend beteiligt, sondern jeder Bürger hat Zugang zu allen Beschlüssen, Protokollen, Terminplänen usw. des Ausschusses und einem großen Informationspool. Auch die Teilnahme an den Sitzungen ist – nach Anmeldung – für jedermann möglich. Mehr unter www.g-ba.de



Brauchen tatsächlich 2 von 3 Kindern/Jugendlichen Kfo-Behandlung? – Foto: Initiative proDente

Misstände und Probleme in der deutschen Kieferorthopädie

von Dr. Henning Madsen, Ludwigshafen

In den letzten Monaten wurden, ausgelöst durch kritische Artikel in der allgemeinen Presse, auch in der zahnmedizinischen Fachpresse einige sehr grundsätzliche Aspekte kieferorthopädischer Behandlung in kontroversen Beiträgen beleuchtet. Einer der Beteiligten, Dr. Henning Madsen, niedergelassener Kieferorthopäde aus Ludwigshafen, hat für das Forum seine Kritik am gängigen Vorgehen zusammengefasst. Angesichts der auch nach Einführung von Indikationsbeschränkungen in der gesetzlichen Versorgung weiterhin sehr hohen Zahl kieferorthopädischer Behandlungen hält die Forum-Redaktion die Diskussion über den gesundheitlichen Nutzen und effektive Methoden für dringend geboten und will mit dem Abdruck des nachfolgenden Beitrags und Hinweisen auf weitere Veröffentlichungen dazu anregen. Die Leserinnen und Leser sind herzlich eingeladen, sich zu beteiligen.

Zunächst im November 2013 in Spiegel online, danach kurz vor Weihnachten in der Welt am Sonntag erschienen kritische Artikel zur Kieferorthopädie, in denen u.a. auch ich zitiert wurde. Trotz der Weihnachtstage gelang es dem Berufsverband der deutschen Kieferorthopäden (BDK), unverzüglich eine Gegenstellungnahme zu veröffentlichen und dafür auch noch die wissenschaftliche Fachgesellschaft, die Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGKFO), ins Boot zu holen. Der Eifer ist nicht leicht zu verstehen, hatte ich doch bereits im Jahr 2008 einen längeren wissenschaftlichen Artikel zur evidenzbasierten Kieferorthopädie in der „Quintessenz“ veröffentlicht, in dem es profunder und kritischer zur Sache ging

als bei den kurzen Äußerungen in den erwähnten Artikeln – darauf habe ich in allen Jahren keine Reaktion vernommen. Vielleicht bedarf es also einer gewissen Öffentlichkeit, soll in der Kieferorthopädie etwas bewegt werden. An der kieferorthopädischen Versorgung in Deutschland gäbe es in der Tat einiges zu verbessern. Die in meinen Augen dringlichsten Misstände und Probleme fasse ich im folgenden Text unter Verzicht auf Fußnoten als Thesenpapier zusammen.

1. Kieferorthopädie und „medizinische Notwendigkeit“

Bis zu Beginn der 1970er Jahre war kieferorthopädische Behandlung in Deutschland Privatsache. Im Jahr 1972 urteilte dann das Bundessozialgericht, dass Zahn- und Kieferfehlstellungen Krankheiten im Sinne der Reichsversicherungsordnung (RVO) seien, womit die kieferorthopädische Behandlung Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde. Heute ist es jedoch in der Kieferorthopädie weitgehend anerkannt, dass Begriffe wie „Krankheit“ und „medizinische Notwendigkeit“ auf kieferorthopädische Befunde nur in Ausnahmefällen angewendet werden können. Von einer Norm abweichende Zahn- und Kieferfehlstellungen sind in der Regel nicht krankhaft und auch nicht – oder nur in geringem Umfang – mit sekundären Erkrankungen verbunden. Im Licht des heutigen Wissenstandes müsste das damalige Urteil also revidiert werden. Nichtsdestotrotz setzt sich der Eiertanz um den Begriff der medizinischen Notwendigkeit nicht nur in der GKV, sondern auch in der privaten Krankenversicherung (PKV) und im

Beihilferecht fort. Der Gipfel der Versicherungslyrik ist die von Beihilfestellen vom Kieferorthopäden verlangte Erklärung, die Behandlung sei „notwendig zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit und zur Vermeidung von Gebisschäden“, ohne die kieferorthopädische Behandlungen nicht erstattet werden. Der erste Teil der Erklärung ist fast immer wahrheitswidrig, da unsere Patienten in der Regel auch vor der Behandlung kauen können, der zweite Teil halbseiden und spekulativ. Dagegen wird im englischsprachigen Schrifttum kaum über „medical treatment need“ oder ähnliches diskutiert. Kommen Kostenträger ins Spiel, werden vernünftigerweise fast überall Kataloge aufgestellt, ab welchem Ausmaß kieferorthopädische Befunde erstattet werden, wie dies auch in der deutschen GKV mit der Einführung der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) passiert ist. In der englischsprachigen Kieferorthopädie geht es stets um „eligibility“ (deutsch etwa Anspruchsberechtigung, Beihilfefähigkeit), nicht um philosophische Konstrukte wie „medical need“. Die Kieferorthopädie muss also keineswegs untergehen, wenn man sie von Begriffen wie „Krankheit“ und „medizinischer Notwendigkeit“ entkoppelt. Eine soziale Indikation für die Behandlung starker Abweichungen wird in den meisten wohlhabenden Ländern anerkannt, da und dort kann ein gewisser medizinischer Aspekt dazukommen: das ist genug, um daraus „eligibility“ abzuleiten. Die Notwendigkeit eines Leistungskatalogs mit festen cut-off Punkten ergibt sich bei Unterstützung der Behandlung durch Versicherungen regelmäßig, um Missbrauch und Überversorgung zu verhindern. Wir täten uns in Deutschland leichter, wenn wir uns von den Begriffen der Krankheit und medizinischen Notwendigkeit im Zusammenhang mit der Kieferorthopädie weitgehend trennen würden und stattdessen über gut begründete Kriterien zur „eligibility“ nachdenken würden. Gleichzeitig sollte auch die Vermarktung kieferorthopädischer Behandlung als „medizinisch notwendig“ durch ein ehrliches Angebot einer Wahlbehandlung ersetzt werden, damit Patienten aufgeklärte und realistische Entscheidungen über die Aufnahme kieferorthopädischer Behandlungen treffen können.

1. Effizienz der kieferorthopädischen Behandlung

Das primäre Ziel der kieferorthopädischen Behandlung ist die Verbesserung der Okklusion und traditionell ihre Annäherung an ein Lehrbuchideal. Unsere Patienten wünschen sich ein gutes und stabiles okklusales Resultat zu möglichst geringen Opfern. Tatsächlich ist die Forderung nach effizienter Behandlung, also dem Erreichen einer hohen Verbesserung in möglichst kurzer Zeit, eine ethische Grundforderung in der Medizin. In der Kieferorthopädie ist effizientes Vorgehen besonders bedeutend, weil Patienten sich in der Regel nicht über einen Zeitraum von mehr als 2 Jahren für kieferorthopädische Behandlung motivieren lassen. Der Begriff der Effizienz spielt in der deutschsprachigen Fachliteratur jedoch kaum eine Rolle. Der Hintergrund dafür ist nicht zuletzt die Honorierung kieferorthopädischer Behandlungen in Form der Einzelleistungsvergütung, die dazu führt, dass der ineffizienteste Behandler pro Patient das meiste Honorar erwirtschaftet. Man muss wirklich keinem Kollegen unterstellen, dies bewusst auszunutzen, jedoch macht der Blick über die Landesgrenzen deutlich, dass die Art der Honorierung die Länge der Behandlung weit aus mehr steuert als die fachliche Ausbildung oder die wissenschaftliche Lehre. Auch in anderen Bereichen der Medizin ist in der Vergangenheit bereits von einer korrumpierenden Wirkung der Einzelleistungsvergütung gesprochen worden. In

nahezu allen anderen wohlhabenden Ländern werden Fixpreise für die kieferorthopädische Behandlung vereinbart, was dazu führt, dass der Kieferorthopäde mit einer kurzen und eleganten Behandlung am meisten verdient – weder diagnostische noch therapeutische Exzesse wirken unter diesem Umstand einkommenssteigernd. Die aktive Behandlungszeit ist daher auch in den meisten Ländern wesentlich kürzer als in Deutschland, meistens zwischen 18 und 24 Monaten. In Deutschland werden sowohl in der GKV als auch in der PKV kieferorthopädische Behandlungen grundsätzlich über 4 Jahre beantragt mit der Möglichkeit der anschließenden Verlängerung über weitere Jahre. Gehen wir von einer durchschnittlichen Behandlungszeit von 4,5 Jahren aus, ziehen ein Jahr Retentionsmaßnahmen ab, bleibt immer noch eine durchschnittliche aktive Behandlungszeit von über 3 Jahren. Das ist fast das Doppelte der Behandlungszeiten, die in der internationalen Literatur heute zu finden sind. Sind deutsche Zähne etwa anders? Hier wäre über den kostenneutralen Ersatz der Einzelleistungsvergütung durch Fixpreise nachzudenken, wobei sowohl Kostenträger als auch Ärzte Vorteile durch eine erhebliche Vereinfachung der Verwaltung hätten. Damit entfielen jedes staatliche „incentive“ für diagnostische und therapeutische Überversorgung wie auch für sinnlose zeitliche Ausdehnung kieferorthopädischer Behandlungen.

2. In welchem Alter mit der Behandlung beginnen?

Die kieferorthopädische Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist in den meisten entwickelten Ländern eine Veranstaltung, die in der Regel im frühen bleibenden Gebiss mit einer einzigen, festsitzenden Apparatur durchgeführt wird. Das Abwarten bis zum Abschluss des Zahnwechsels und die Verwendung einer vollständigen Bracketapparatur auf allen durchgebrochenen Zähnen sind die Voraussetzungen für kurze Behandlungszeit und hohe Ergebnisqualität. Im Hinblick auf das deutsche Honorarsystem ist eine solche Behandlungsstrategie aber mit Einkommensverlusten für den Behandler verbunden. Tatsächlich erfolgt in Deutschland nach meiner Einschätzung der Behandlungsbeginn in der Regel im Wechselgebiss. Für einen so frühen Behandlungsbeginn werden in der Literatur einige Ausnahmeindikationen diskutiert, zu denen frontale und seitliche Kreuzbisse, sehr große sagittale Frontzahnstufen sowie schmerzhafte oder sozial behindernde Befunde zählen. Befunde, die ehrlichen Herzens eine frühe Intervention im Wechselgebiss rechtfertigen, finden sich meines Erachtens bei etwa 5% unserer jungen Patienten. Diese Befunde sollten jedoch in einer kurzen, gezielten Intervention korrigiert werden und nicht der Auftakt zu einer die halbe Kindheit und Jugend überschattenden Dauerbehandlung werden. Mit dem BEMA 2004 ist wenigstens das Erreichen der letzten Wechselgebissphase mit dem Durchbruch des ersten Prämolaren oder Eckzahns als Voraussetzung für die Einleitung einer kieferorthopädischen Behandlung definiert worden, womit dem ärgsten Schindluder ein Riegel vorgeschoben wurde. Die geltenden kieferorthopädischen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sehen daneben eine Reihe Indikationen für die Einleitung sogenannter Frühbehandlungen vor, die innerhalb von 18 Monaten abgeschlossen werden sollen. Im Sinne einer rationalen und wirtschaftlichen Verwendung der für die Kieferorthopädie zur Verfügung gestellten Versicherungsmittel sollte meines Erachtens in der Regel der Zahnwechsel nahezu abgeschlossen, also die bleibenden Zähne in den Stützzonen weitgehend durchgebrochen sein.

Ausnahmen sehe ich hier vor allem bei der Distalokklusion bei Mädchen mit spätem Zahnwechsel und bei der Progenie. Darüber hinaus sollten die unter Ziffer 8a-d der Kfo-Richtlinien genannten Indikationen für eine BEMA-Frühbehandlung strenger definiert werden: seitliche Kreuzbisse ohne funktionelle Abweichung oder skelettale Asymmetrie können z.B. problemlos zum idealen Zeitpunkt im frühen bleibenden Gebiss behandelt werden. Offene Bisse bei Kindern im Vorschul- und Grundschulalter tendieren zu spontaner Besserung und sind daher nur unter besonderen Umständen früh zu therapieren. Die seit 2004 geltende Rechtslage im BEMA war ein Fortschritt, sollte jedoch noch weiter präzisiert und im Sinn eines späteren Behandlungsbeginns verändert werden.

Das Argument der Verfechter eines frühen Behandlungsbeginns, zunächst „skelettale Strukturen“ bzw. „Fehlfunktionen“ zu behandeln, um den Aufwand in der meist notwendigen zweiten Behandlungsphase zu verringern, ist eine durch die wissenschaftliche Literatur nicht gedeckte Behauptung. Im Gegenteil gibt es zahlreiche hochklassige Veröffentlichungen, die zeigen, dass frühe Intervention im Regelfall zu verlängerter Gesamtbehandlungszeit und höheren Kosten führt. Und hier schließt sich der Kreis: genau hier liegt der Grund, warum ein Berufsverband wie der BDK, der vor allem die wirtschaftliche Interessenvertretung seiner Mitglieder verfolgt, vehement für den frühen Behandlungsbeginn streitet. Früher Behandlungsbeginn ist unter dem deutschem Honorarsystem wirtschaftlich interessant für den Behandler, aber schlecht für alle anderen Beteiligten: unsere jungen Patienten, deren Eltern, nicht zuletzt auch für die Versicherungen, deren Mittel in unser aller Interesse nicht verschleudert werden sollten.

3. Wozu überhaupt noch herausnehmbare Apparaturen?

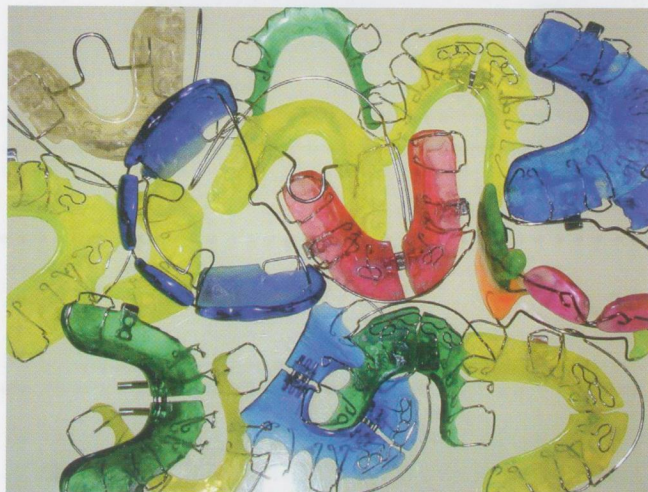
Studien zur Qualität und Effizienz kieferorthopädischer Behandlungen zeigen einheitlich die Überlegenheit der festsitz-



Reduktion auf ein Minimum, dabei hocheffizient:
Bracket-Apparat

zenden Apparaturen auf. Behandlungen allein mit herausnehmbaren Apparaturen führen zu überlanger Behandlungszeit, schlechter Ergebnisqualität und einer hohen Quote von Behandlungsabbrüchen. Aus diesen Gründen sind herausnehmbare Apparaturen als alleinige Behandlungsapparatur obsolet; solche Behandlungsplanungen sollten durch zukünf-

tige Kfo-Richtlinien generell ausgeschlossen werden. Typischerweise werden kieferorthopädische Behandlungen junger Patienten in Deutschland aber mit einer Abfolge von zunächst herausnehmbaren, später festsitzenden Apparaten durchgeführt. Diese Abfolge ist schon deshalb fragwürdig, weil die festsitzenden Apparaturen Universalapparaturen sind, mit denen nicht nur Zähne begradigt werden, sondern alle weiteren transversalen, sagittalen und vertikalen Probleme effizient gelöst werden können. Grundsätzlich sollten sogenannte aktive Platten überhaupt nicht mehr verwendet werden, weil alle



Schön bunt, aber in den meisten Fällen zweitklassig:
herausnehmbare Zahnspangen

Behandlungsaufgaben mit festsitzenden Apparaturen schneller, effizienter, kostengünstiger und für die Patienten angenehmer gelöst werden können. Das letzte Refugium für herausnehmbare Apparaturen ist meines Erachtens die Behandlung des ausgeprägten, skelettalen Distalbisses, da es bei der alleinigen Behandlung mit festsitzenden Apparaturen in diesen Fällen zu überlangen Bracketierungszeiten kommen kann, die die Risiken von Entkalkungen und Gingivitis erhöhen. Aus diesem Grund erscheint der Einsatz einer (nicht mehrerer) bi-maxillären Apparatur in wenigen, gut selektierten Fällen gerechtfertigt. Eine Abfolge mehrerer herausnehmbarer Apparaturen ist dagegen fast grundsätzlich als unwirtschaftlich und obsolet einzustufen.

4. Goldesel herausnehmbare Apparatur

Auch wenn für einen Patienten mit festsitzender Apparatur pro Quartal mehr Honorar abgerechnet wird, als das bei Behandlung mit herausnehmbaren Apparaten der Fall ist, wird dieser Unterschied mehr als ausgeglichen durch den Umstand, dass die jährliche Zuwendungszeit für Patienten mit herausnehmbaren Apparaturen wesentlich geringer ist. Meines Erachtens können Kieferorthopäden pro Patient mit herausnehmbaren Apparaturen bei einer jährlichen Zuwendungszeit zwischen 15 und 20 Minuten Umsätze in der Größenordnung von 500-1000 € erwirtschaften: sechs jährliche Termine von wenigen Minuten Dauer, ein bis zwei herausnehmbare Apparaturen aus dem Eigenlabor, etwas Diagnostik und weitere Begleitleistungen, den Rücken nicht einmal krumm gemacht, und der Umsatz fließt. Mit keiner anderen zahnärztlichen Leistung kann unter derartig geringer Anstrengung, mit so niedrigem Risiko so viel Umsatz erwirtschaftet

werden wie mit einem Jahr herausnehmbarer kieferorthopädischer Behandlung.

Verstärkt wird dieser Effekt noch dadurch, dass die Arbeit mit herausnehmbaren Apparaturen neben geringerer personeller Zuwendungszeit mit weniger Stuhlzeit und geringeren Materialkosten verbunden ist, während das Honorar bei festsitzenden Apparaturen zum großen Teil durch die entstehenden Praxiskosten aufgezehrt wird. Unter dem Strich bleibt pro Zeit bei herausnehmbaren Apparaturen etwa der doppelte Gewinn gegenüber der Arbeit mit festsitzenden Apparaturen im Haus. Meiner Auffassung nach müsste es die festsitzende Apparatur sein, die besser honoriert und mit höherem Praxisgewinn verbunden ist. In diesem Punkt sollte gezielt über eine Umstrukturierung von BEMA und GOZ nachgedacht werden, falls dem Gesetzgeber an einer effizienten und gezielten Nutzung der Ressourcen in der Kieferorthopädie gelegen ist.

Erwähnt sei an dieser Stelle, dass es nur in Deutschland, aber nirgendwo sonst selbstverständlich ist, dass niedergelassene Kieferorthopäden ein Eigenlabor betreiben – der Betrieb lohnt sich nur unter deutschen Bedingungen, wäre in anderen Ländern dagegen ein Klotz am Bein. Neben der Einzelleistungsvergütung ist das Betreiben eines Eigenlabors ein weiterer korrumpierender Faktor, denn das einmal eingerichtete und mit einem angestellten Techniker betriebene Labor muss schließlich ausgelastet werden. Da stellt sich die Frage „fest oder herausnehmbar“ natürlich in anderer Weise, als es sich ein Patient wünschen würde.

6. Budgetierung des Honorars

Eine weitere, ökonomisch bedingte Verstärkung des Trends zur herausnehmbaren Apparatur ist der Budgetierung des zahnärztlichen Honorars zu verdanken. Wäre beispielsweise ein Praxisbudget von etwa 200.000 € BEMA-Honorar jährlich (wie es für meine Praxis gilt) die Obergrenze der Einnahmen, so wäre damit allein, ohne erhebliches GOZ-Zubrot, in Deutschland keine Praxis zu betreiben und kein Praxiskredit zurückzuzahlen. Mit etwa 80 Multibracket-Patienten pro Jahr ist so ein Budget voll, während ein gesunder Kieferorthopäde mit eingespielten Mitarbeitern auch dreimal so viele Patienten versorgen könnte. Hier wird durch das Budget eine zwangsweise Unterauslastung ärztlicher Arbeitskraft geschaffen. Ist es nicht gesundheitspolitisch widersinnig, Ärzte erst für viel Geld auszubilden, um sie dann am Arbeiten zu hindern? Laborleistungen sind dagegen unbudgetiert, so dass hier eine fast beliebig auszubeutende Goldader geschaffen wurde. Absurd insofern, als gerade die festsitzenden Apparaturen als effizienteste Lösung abgestraft werden, die Verwendung der meist obsoleten herausnehmbaren Apparaturen dagegen belohnt wird. Auch im Punkt der Budgetierung wäre eine Neuregelung daher dringend erforderlich.

7. Deutsche Kieferorthopädie im Zauber der Romantik

Neben dem Honorarsystem gibt es einen historischen und kulturellen Hintergrund für die bis heute festzustellende, starke Neigung deutscher Kieferorthopäden, herausnehmbare Apparaturen bei ihren Patienten zu verwenden. Kieferorthopädie wurde bis in die Mitte der 1930er Jahre überwiegend mit festsitzenden Apparaturen betrieben und hieß – auch in Deutschland – Orthodontik. Die um 1935 im nationalsozialis-

tischen Deutschland eingeführte Funktionskieferorthopädie trat gegen die überwiegend in den USA betriebene, festsitzende Orthodontik an, die als mechanistisch und oberflächlich bezeichnet wurde. Die Funktionskieferorthopädie würde nicht nur Zähne richten, sondern über Korrektur oraler Fehlfunktionen zu einer echten, „kausalen“ Gesundheit führen. Andresen, einer der beiden Erdenker der Funktionskieferorthopädie, forderte denn auch in der deutschen Fachpresse in der zeittypischen Sprache die „Ausrottung“ der Orthodontik.

Und so geschah es, denn das passte exzellent zu den Plänen des NS-Staates, aus Alternativmedizin und einigen wissenschaftlichen Versatzstücken eine eigene „Deutsche Heilkunde“ zu generieren. Der „Deutschen Heilkunde“ war allerdings kein besseres Schicksal beschieden als der „Deutschen Physik“: beides waren unter den besonderen Bedingungen eines Terrorregimes eingeführte Irrlehren, die mit dem Verschwinden des Regimes keine Grundlage mehr hatten. Die Einführung der Funktionskieferorthopädie führte schließlich zur Umbenennung des Faches von Orthodontik in „Kieferorthopädie“ (einem vollkommen irreführenden Begriff) und einem fast ein halbes Jahrhundert andauernden Schisma der deutschen und US-amerikanischen Kieferorthopädie. Noch vor wenigen Jahren äußerte ein deutscher Hochschullehrer in der Fachpresse, dass seiner Auffassung nach mit herausnehmbaren Apparaturen eine bessere Beeinflussung skelettaler Strukturen möglich sei. Wenn auch im Licht der Forschung der letzten Jahrzehnte vom Lehrgebäude der Funktionskieferorthopädie fast nichts übrig geblieben ist, sind derartige Glaubenssätze in Deutschland immer noch virulent, und zwar nicht nur unter niedergelassenen Kollegen, sondern auch unter Hochschulpersonal. Es besteht in Deutschland nach wie vor ein tief verwurzelt, durch keine Forschungsergebnisse begründetes Vorurteil zu Gunsten herausnehmbarer Geräte. Was sollen diese nicht alles für Wunderdinge tun: schönere Gesichter, längere Unterkiefer, weniger Extraktionen, dauerhafte Stabilität, Gesundheit, Lebensglück – es ist ein faktenfreies, aber scheinbar endloses Trauerspiel. Herausnehmbare Apparaturen sind genau so mechanisch wirkende Hilfsmittel wie festsitzende: der wesentliche Unterschied ist, dass sie weniger effizient sind. Irgendein weiterer Mehrwert der herausnehmbaren Apparaturen gehört zum Reich der Mythen und Sagen.

8. Relative Isolation der deutschen Kieferorthopädie

Verfolgt man die internationale wissenschaftliche Literatur in der Kieferorthopädie seit Jahrzehnten, fallen wichtige Veränderungen auf. Noch um 1970 wurde ein Großteil der relevanten Publikationen von Autoren aus US-Amerika bestritten. Heute ist deren Anteil sehr stark zurückgegangen, und dies zu Gunsten von Autoren u.a. aus Skandinavien, Großbritannien, den Niederlanden, der Schweiz, interessanterweise aber auch aus zahlreichen Schwellenländern wie China, Türkei, Brasilien und Indien. Die über dreißig deutschen Hochschulabteilungen für Kieferorthopädie publizieren ihre Ergebnisse dagegen nach wie vor überwiegend in der deutschsprachigen Fachpresse, die im Ausland kaum zur Kenntnis genommen wird. Nach meinem Eindruck ist der Höhepunkt des Jahres für viele deutsche Hochschullehrer der Kieferorthopädie die Jahrestagung der DGKFO, während es für Skandinavier und Niederländer eher die Meetings der europäischen oder der amerikanischen Fachgesellschaften sind. Die kieferorthopädische Szene der meisten europäischen Nachbarländer ist für solche Selbstbezogen-

heit einfach zu klein, vielleicht auch der Horizont der Akteure in manchem Nachbarland größer.

Resultat ist jedenfalls, dass viele fachliche Entwicklungen in Deutschland gar nicht oder mit großer Verspätung ankommen. Während es in Skandinavien eine unbestrittene Selbstverständlichkeit ist, dass klinisches Handeln aus der wissenschaftlichen Literatur begründet werden muss, kann man mit diesem Ansinnen in Deutschland bis heute große Empörung hervorrufen. Wie viele deutsche Kieferorthopäden haben wenigstens eine englischsprachige Fachzeitschrift abonniert? Viele können es nicht sein. Und ohne Zugang zu englischsprachigen Publikationen ist man als Kieferorthopäde etwa in der Lage wie die Bevölkerung in Teilen des Elbtales in der früheren DDR, in denen kein Westfernsehen empfangen werden konnte: man war auf hausgemachte Informationen angewiesen und befand sich im „Tal der Ahnungslosen“. Wo außer in Deutschland finden sich in der Kieferorthopädie noch Kuriositäten wie der Pont'sche Index oder das Biomet-Profilfeld nach Schwarz? Wo außer hier glaubt man immer noch, das Schädel- und Gesichtswachstum stünde unter der Herrschaft „kleiner, ephemerer Plastikstücke“ (L. Johnston)? In welchem entwickelten Land werden noch so hingebungsvoll Platten geglegt wie bei uns?

Letzten Endes führen die genannten Probleme zu einer Fehlversorgung im Bereich der Kieferorthopädie. Verwendung ineffizienter, herausnehmbarer Apparaturen, unnötig lange Behandlungsdauer, hohe Behandlungskosten und bescheidene Ergebnisqualität sind die unvermeidlichen Folgen. Das Problem könnte zum größten Teil durch eine vernünftige Umstrukturierung des Honorarsystems in der Kieferorthopädie gelöst werden. Darüber sollte in der nächsten Zeit verstärkt diskutiert werden, statt sich in alte Schützengräben zurückzuziehen. Es sollte doch auch den Kieferorthopäden nur recht sein, wenn sie ihr Geld mit vernünftiger, effizienter Behandlung verdienen können und nicht durch ein anachronistisches Honorarsystem zu kunstvoller Verzögerungsstrategie gezwungen werden.

Dr. Henning Madsen, info@madsen.de

P.S. Dieser Text ist zunächst ein Meinungsartikel. Um ihn leicht lesbar zu gestalten, habe ich auf Fußnoten verzichtet. Dennoch gibt es für fast alle Aussagen eine wissenschaftliche Begründung. Ich verweise dafür auf folgende Artikel, die alle auf meiner Homepage www.madsen.de herunterladbar sind.

Literatur (kleine Auswahl)

Evidenzbasierte Medizin in der Kieferorthopädie. Quintessenz 2008, S. 977-984

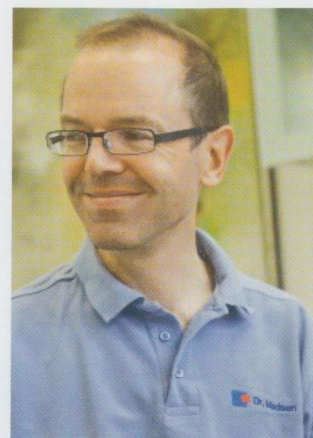
Expansion der Zahnbögen – eine sinnvolle kieferorthopädische Prozedur? Informationen aus Orthodontie und Kieferorthopädie, Band 36, 2004, S. 155-160

Mythen und Fakten in der festsitzenden Klasse-II-Therapie. In: Baxmann M Hrsg., Festsitzende Apparaturen zur Klasse-II-Therapie. Bewährte Methoden und neueste Entwicklungen. Quintessenz Verlag, Berlin 2012, Kapitel 10, S. 68-76

Dr. Henning Madsen

Seit 1993 niedergel. Kieferorthopäde in Ludwigshafen
Seit 2001 zahlreiche Publikationen

Besondere Interessengebiete: effiziente Kieferorthopädie, Diagnostik und Therapie von CMD, evidenzbasierte Medizin
Fachinfo-Angebote im Web: www.madsen.de
Mitglied zahlreicher Fachgesellschaften



Die Diskussion geht weiter

Nach dem „Forum“-Redaktionsschluss hat sich die Kontroverse um eine effiziente Kieferorthopädie fortgesetzt, u.a. zwischen Dr. Madsen und dem emeritiertem Kfo-Lehrstuhlinhaber und DZW-Herausgeber Prof. Dr. Rolf Hinz aus Herne. Das „Forum“ will sich in seiner Juni-Ausgabe 119 weiter mit diesem Thema beschäftigen. Wer an den wissenschaftlichen Belegen, auf die Dr. Madsen sich beruft, interessiert ist, kann eine umfangreiche **Literatur-Liste** unter Lesetipps von der DAZ-Website www.daz-web.de herunterladen oder über kontakt@daz-web.de per Mail anfordern. Und es lohnt sich, schon jetzt einen Termin im Herbst vorzumerken – siehe unten.

Vorankündigung:

DAZ-IUZB-Jahrestagung am 20.09.2014 in Berlin

Der DAZ

und die Initiative Unabhängige Zahnärzte Berlin (IUZB) laden zu einer Fortbildungsveranstaltung (10-13 Uhr) im Rahmen ihrer gemeinsamen Tagung in Berlin ein ins

Tagungshaus Alte Feuerwache, Berlin-Kreuzberg

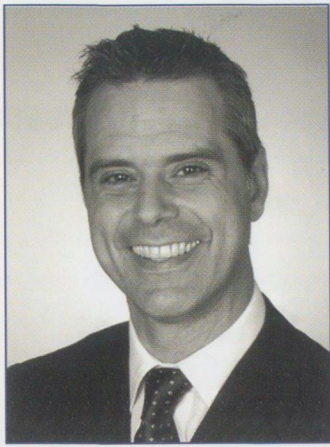
zu

Vortrag und Diskussion
zum Thema:

„Gewinn-Maximierung in der Zahnmedizin am Beispiel der Kieferorthopädie: aggressives Marketing und ineffiziente Behandlung“

Referent:

Dr. Henning Madsen,
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie



Öffentliche Zahngesundheitsvorsorge und Gesundheitsberichterstattung in Deutschland – eine Standortbestimmung

von Dr. Pantelis Petrakakis, BZÖG

Die öffentliche Zahngesundheitsvorsorge ist als Teil des öffentlichen Gesundheitswesens in Deutschland in den jeweiligen Gesundheitsdienstgesetzen (GDG) der Länder geregelt. Aus der Vogelperspektive betrachtet, fällt der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) im ohnehin schon stark segmentierten deutschen Gesundheitswesen durch eine zusätzliche strukturelle Vielfalt auf. Sie ist bedingt durch die föderale Struktur der Bundesrepublik, die damit verbundene landesspezifische Gesundheitsdienstgesetzgebung sowie die per Grundgesetz in Artikel 28 festgeschriebene Gestaltungshoheit der Kommunen. In den meisten GDG ist die zahnärztliche Untersuchung in Kindertagesstätten und Schulen eine originäre Aufgabe des ÖGD, außer in Bayern und in Rheinland-Pfalz, in welchen sie nicht mehr aufgeführt ist. In den GDG von Baden-Württemberg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen sind die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in einem eigenen Paragrafen geregelt. In den übrigen wird sie u. a. als Bestandteil übergeordneter Aufgaben, wie beispielsweise dem Gesundheitsschutz, der Gesundheitsaufklärung oder der Kinder- und Jugendgesundheit genannt.

Zahnärztliche Untersuchungen durch den ÖGD dienen einerseits bevölkerungsmedizinischen Aspekten (Epidemiologie) und werden zur Gesundheitsplanung und zur Ressourcensteuerung eingesetzt. Andererseits erfüllen sie bei der individuellen Vorsorge und insbesondere in der Betreuung von Risikogruppen sozialkompensatorische Funktionen.

Historisch lässt sich der Beginn der Zahngesundheitsvorsorge durch staatliche Einrichtungen in Deutschland zeitlich um die industrielle Revolution im ausgehenden 19. Jahrhundert einordnen. Unter dem Eindruck des mit der Industrialisierung verbundenen dramatischen Anstiegs hygienischer, gesundheitlicher und sozialer Probleme einer stetig wachsenden Bevölkerung in den Städten wurde eine „staatliche Eingriffsverwaltung“ geschaffen, um für die Wahrung hygienischer Verhältnisse der frühindustriellen Lebensumwelt zu sorgen. Diese, im Deutschland des 18. und 19. Jahrhunderts insbesondere von Johann Peter Frank und Max von Pettenkofer vertretene Form „öffentlicher Gesundheitspflege“, wurde nach und nach eine von der kommunalen Selbstverwaltung getragene Aufgabe, die durch eine Verbesserung der Hygiene und der Lebensbedingungen in den Städten zu einer „Assanierung“ der Bevölkerung führte. Im Zuge dieser Entwicklungen wurde im damals noch deutschen Straßburg im Jahr 1902 die erste Schulzahnklinik gegründet. Im Deutschland der 30er Jahre des letzten Jahrhunderts wurde in ca. 1.000 Schulzahnkliniken die systematische zahnärztliche Betreuung und Gesundheitsberichterstattung von Kindern und Jugendlichen ermöglicht. Politisch wurde sie als Teil der allgemeinen Schulgesundheitspflege un-

ter der Leitung von Städten, Landkreisen und kommunalen Verbänden durch die Initiative des „Deutschen Zentralkomitees für Zahnpflege in Schulen“ gestützt. Das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens beendete diese Entwicklung, indem die „Schulgesundheitsfürsorge“ den Gesundheitsämtern unterstellt wurde und 1937 per Erlass des Reichs- und Preußischen Innenministers als wichtiger Teil der Gesundheitspflege seine normative Regelungsgrundlage fand.

Nach Ende des 2. Weltkriegs wurde das Schulzahnpflegekonzept in der neu geschaffenen Bundesrepublik nicht wieder etabliert. Eine im Jahr 1964 durchgeführte Länderinitiative, die zum Ziel hatte, einheitliche Voraussetzungen für eine effektive Jugendzahnpflege in der BRD zu schaffen, scheiterte. Die Entwicklung zahnmedizinischer Betreuungskonzepte nahm im geteilten Nachkriegsdeutschland unterschiedliche Wege. Während in Westdeutschland die zahnärztliche Untersuchung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst und die Behandlung durch niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte erfolgte, lagen in Ostdeutschland die Erfassung und die Therapie oraler Erkrankungen in den Händen von Fachzahnärztinnen und Fachzahnärzten für Kinderstomatologie. Nach dem Fall der Mauer im Jahr 1989 wurde das Konzept der Kinderstomatologie in der ehemaligen DDR zugunsten des westdeutschen, arbeitsteiligen Modells öffentlicher Zahngesundheitsvorsorge verlassen. Mit der Verabschiedung der Neufassung des § 21 des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) wurde im gleichen Jahr ein Meilenstein zur Kariesprävention bei Kindern und Jugendlichen gelegt.

Die in § 21 SGB V geregelte Finanzierung und Umsetzung der Gruppenprophylaxe ist seither eng mit der Tätigkeit Zahnärztlicher Dienste der Gesundheitsämter in Deutschland verknüpft. Die inhaltlichen und praktischen Ziele gruppenprophylaktischer Maßnahmen sind zwar durch eine entsprechende Rahmenvereinbarung mit den Krankenkassen geregelt, es haben sich aber auch hier, u. a. durch die landeseigenen GDG und die kommunale Eigenständigkeit unterschiedlichste Organisationsstrukturen ausgebildet.

Die Gruppenprophylaxe ist ein gutes Beispiel für die erfolgreiche Umsetzung der Kooperation zwischen Öffentlicher Hand, Zahnärzteschaft und Krankenkassen und ein wichtiges Instrument für die zahnmedizinische Prävention auf kommunaler Ebene in Deutschland. In bundesweit mehr als 380 Arbeitskreisen wird, meist in enger Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern, gruppenbezogene zahnmedizinische Prävention und Gesundheitsförderung umgesetzt. Der Erfolg dieses Kooperationsmodells zeigt sich nicht zuletzt darin, dass die Bundesregierung im Jahr 2013 ein externes Institut mit der Erstellung einer Machbarkeitsstudie zur Übertragbarkeit des Modells der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe auf die pädiatrische Betreuung und Untersuchung in Schulen beauftragte.

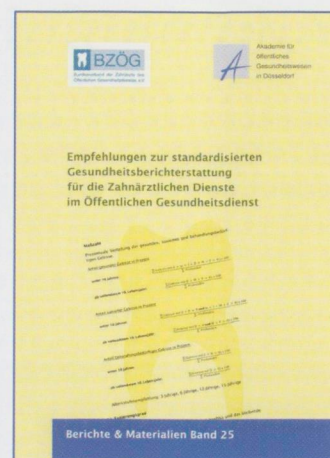
Die stets knappen finanziellen Ressourcen und die Unkenntnis vieler Entscheider auf kommunaler Ebene stellen die sinnvolle Umsetzung der Gruppenprophylaxe häufig vor Probleme. Maßnahmen zur Rationalisierung bzw. Umstrukturierung Zahnärztlicher Dienste führen immer häufiger dazu, dass Nachbesetzungen vakanter Zahnarztstellen nur noch in Teilzeit ausgeschrieben oder in Form von Honorartätigkeiten bzw. Kooperationsvereinbarungen extern vergeben werden. Personelle Entwicklungen wie diese haben zwingend eine Aufgabenpriorisierung zur Folge und erschweren die Zusammenarbeit zwischen Zahnärztlichen Diensten und Arbeitskreisen. Zudem wird die Übernahme zusätzlicher sinnvoller Aufgaben, wie beispielsweise im Infektionsschutz oder im Bereich der Alterszahnmedizin deutlich eingeschränkt. Eine extreme Ausprägung dieser tendenziellen Entwicklung findet sich in Rheinland-Pfalz und in Bayern, wo nahezu alle Zahnärztlichen Dienste aufgelöst worden sind und die Umsetzung der Gruppenprophylaxe auf die Landes Zahnärztekammern übergegangen ist.

Die immer schneller voranschreitenden gesellschaftlichen Entwicklungen, die demografische Transformation sowie eine erhöhte Mobilität und Zuwanderung fremder Bevölkerungsgruppen in Deutschland benötigen einschlägig ausgebildete Zahnärztinnen und Zahnärzte im ÖGD. Kenntnisse in Epidemiologie, Prävention und Gesundheitsförderung, Personalführung, Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement werden bislang im Rahmen des Zahnmedizinstudiums an deutschen Universitäten nicht vermittelt. Daher sind die Weiterbildung zur Fach Zahnärztin/zum Fach Zahnarzt für öffentliches Gesundheitswesen, die Teilnahme am Fortbildungsangebot der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (Afög), bzw. ein Studium im Bereich Public Health für die Aufgabenerfüllung im ÖGD – neben dem Erwerb praktischer Kenntnisse aus der täglichen Arbeit – eine *conditio sine qua non*.

Über die Anzahl weitergebildeter Zahnärztinnen und Zahnärzte liegen derzeit keine validen Informationen vor. Legt man die aktuelle Quote weitergebildeter Fachärztinnen und Fachärzte für Öffentliches Gesundheitswesen von nur 19% als grobe Orientierungsmarke zugrunde, erscheint die Forderung nach der Steigerung der Ausbildungsrate der Zahnärztinnen und Zahnärzte im ÖGD durchaus nachvollziehbar.

Bei Betrachtung der aktuellen Situation ist es notwendig, die Wertigkeit des ÖGD als ernstzunehmendem Partner und die zahnmedizinischen Präventionserfolge trotz der häufig widrigen Verhältnisse in der kommunalen Gesundheitslandschaft nach Außen zu kommunizieren. Ein dazu geeignetes Steuerungsinstrument stellt die zahnärztliche Gesundheitsberichterstattung (GBE) dar, die in Deutschland auf eine lange Tradition zurückblicken kann. Wieder war es Johann Peter Frank, der die Berichterstattung schon sehr früh als prioritäre Aufgabe für den ÖGD ansah und so genannte „medizinische Topografien“ forderte, um regionale und soziale Bezüge zwischen Krankheit und Gesundheit zu erfassen, zu beschreiben und Handlungsempfehlungen daraus abzuleiten. Die GBE stellt in einem heute von Mittelknappheit dominierten Gesundheitssystem somit eine gute Möglichkeit zur Ressourcensteuerung, Qualitätssicherung und Politikberatung dar. Dass dies vielerorts erkannt wurde, zeigt sich in der guten Entwicklung der zahnärztlichen GBE in den letzten Jahren. In einigen Bundesländern wurden zudem Untersuchungsleitfäden als Grundlage für eine standardisierte GBE formuliert.

Dennoch bestand Handlungsbedarf, da jeder Leitfaden für sich betrachtet in sich geschlossen erscheint, im Vergleich der Vorgaben untereinander jedoch teilweise große Unterschiede bestehen, die sich auf die Erfassung und Dokumentation der Kariesepidemiologie und eine eingeschränkte Vergleichbarkeit der Ergebnisse auf Bundesebene auswirken. Die bislang veröffentlichten Gesundheitsberichte unterscheiden sich auch in struktureller, qualitativer und inhaltlicher Hinsicht zum Teil erheblich voneinander.



Daher war es das Ziel einer unter der Federführung des Bundesverbandes der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BZÖG) einberufenen Arbeitsgruppe, bundesweite Empfehlungen für eine standardisierte Gesundheitsberichterstattung und Qualitätssicherung in Kooperation mit der Afög zu erarbeiten. Das Ergebnis der Arbeitsgruppe wurde in 2013 in der Schriftenreihe der Afög veröffentlicht und ist im Internet unter www.bzoeg.de oder www.akademie-oegw.de abrufbar.

Fazit

Zahnärztliche Dienste und lokale Arbeitskreise bieten durch ihr Potenzial, ihre Erfahrung und ihren guten Überblick über die sozialraumbezogene Versorgungslandschaft ideale Voraussetzungen als Netzwerkpartner für niedergelassene zahnärztliche Kollegen, Hebammen, Kinderärzte, Gynäkologen und Einrichtungen der Jugendhilfe.

Die Formulierung einheitlicher, bundesweit geltender Empfehlungen für die zahnärztliche Befunderfassung, Dokumentation und Gesundheitsberichterstattung ist ein erster, richtungsweisender Schritt zur Qualitätssicherung im Öffentlichen Zahngesundheitsdienst sowie ein sinnvoller Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung auf kommunaler Ebene. Weitere Schritte zur Schaffung einheitlicher, bundesweit gültiger Standards in anderen Bereichen werden daher folgen müssen.

Dr. Pantelis Petrakakis, petrakakis@bzoeg.de

1. Vorsitzender der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BZÖG) und Teamleiter des Zahnärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes des Rhein-Erft-Kreises

15. – 17. Mai 2014, Magdeburg, Hotel Maritim

64. Wissenschaftlicher Kongress des Bundesverbände der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes; Motto "Der Öffentliche Gesundheitsdienst – Professionell auf dem Weg"

mit Beiträgen zu Aktivitäten und Projekten aus der Jugendzahn-pflege und aus der Betreuung anderer Zielgruppen (z.B. Pflegebedürftige), mit wissenschaftlichen Vorträgen aus der Präventiv-zahnmedizin und Kinderzahnheilkunde sowie Diskussion zu berufspolitischen Fragestellungen.

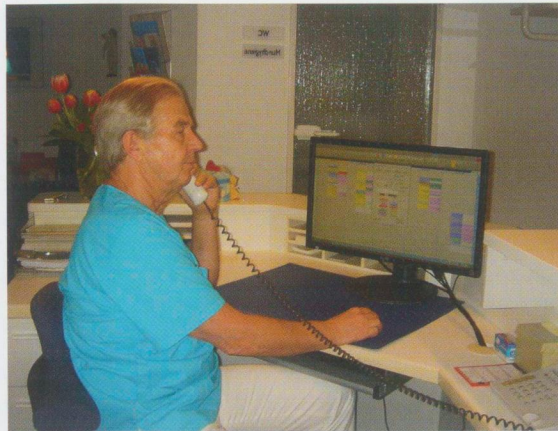
Programm und Registrierung unter www.bvoegd.de

Meine Praxis ist Tag und Nacht geöffnet – Erfahrungen mit einer Praxis-Website

Der Anamnesebogen ist in einer Zahnarztpraxis ein wesentlicher Bestandteil bei der Neuaufnahme eines Patienten. Neben den persönlichen Daten interessieren mich seine allgemeinen und speziellen Erkrankungen und Wünsche zur zahnärztlichen Behandlung. Mit großem Interesse lese ich aber auch, aufgrund welcher Empfehlung dieser neue Patient gerade meine Praxis aufgesucht hat. Vater, Mutter, Onkel und Tante, fast sämtliche möglichen Verwandtschaftsbeziehungen werden aufgeführt. Eine führende Rolle spielen die Weiterempfehlungen aus dem Bekanntenkreis, ganz selten wird das Praxisschild erwähnt. Und noch seltener fand ich früher den Begriff „Internet“. Ein gezieltes Nachfragen klärte auf, dass diese Patienten bei ihrer Zahnarzttsuche oft die Suchmaschinen der Zahnärztekammer oder KZV genutzt haben, um eine Zahnarztpraxis in der Nähe ihrer eigenen Postleitzahl zu finden.

Seit einigen Jahren verfüge ich nun über eine eigene Homepage. Ich habe dem Druck und den Möglichkeiten eines Unternehmens nachgegeben, das mir entgegen meiner eigenen Überzeugung nahe legte, dass man dem Zeitgeist folgen müsse; eine Homepage sei heute ein Muss im Leben eines Zahnarztes. Das Ausfotografieren der Praxis samt Personal und das Nachstellen von einzelnen Behandlungsvorgängen dauerten einen ganzen Tag. Die Tätigkeitsschwerpunkte und die dazugehörigen Texte in einem allgemein verständlichen Stil wurden vom Praxisteam entwickelt und ins Internet eingestellt.

Für meine Homepage habe ich bald viel Anerkennung erfahren. Dabei kamen die Meinungsäußerungen zuerst gar nicht von meiner Zielgruppe, den Patienten, sondern von vielen Außenstehenden. Ich habe mich gewundert, wie viele Menschen offensichtlich planlos oder gezielt im Internet surfen und über Netzwerke zu meiner Zahnarztpraxis geführt werden, ohne



tatsächlich einen Zahnarzt zu suchen. In der letzten Zeit erlebe ich häufig, dass neue Patienten die Praxis zuerst über das Internet kennen lernen. Ich hinterfrage natürlich, wie die Patienten letztendlich auf mich gestoßen sind. Dem allgemeinen Trend der Zeit folgend bewegen sich die Menschen in zahlreichen Lebensbereichen online. Sie kaufen online ein, sie bilden sich online, sie lesen die Zeitung und Bücher online, und sie informieren sich auch im Gesundheitswesen online. Sie suchen ihre Ärzte und Zahnärzte im Internet.

Diese Tatsache hat meine Meinung über die Bedeutung einer Homepage im Internet revidiert. Eine Zahnarztpraxis sollte heute im Internet auffindbar sein und dem Patienten schon auf diese Weise Informationen zur Verfügung stellen. Umgekehrt kann auch der Zahnarzt bereits im Vorfeld Informationen über seinen zukünftigen Patienten erlangen, wenn er den Anamnesebogen online ausfüllen und übersenden lässt. Terminabsprachen oder auch Terminabsagen erfolgen heute vielfach über das Internet. So ist meine Zahnarztpraxis eigentlich Tag und Nacht geöffnet.

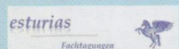
Sollten Sie sich für die Erstellung einer Homepage entscheiden, kann ich Ihnen jedoch nur raten, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Sie sollten die Kostenfrage eingehend prüfen und hinterfragen, welche Ausgaben für eine kontinuierliche Weiterbetreuung der Homepage entstehen und ob es Ihnen möglich ist, redaktionelle Veränderungen ohne fremde Hilfe durchzuführen. Selbstverständlich brauchen Sie auch Rechtsicherheit, wenn es darum geht, welche Aussagen Sie auf Ihrer Homepage treffen dürfen und welche Verlinkungen möglich sind, ohne sehr bald die erste Abmahnung zu erhalten. Bei all diesen Fragen helfen die Profis weiter. Viel Spaß mit Ihrer Website wünscht

Dr. Peter Nachtweh, Berlin

Partner:



Kooperation:



Die Tagungsreihe zum Datenschutz

Update-Bundesdatenschutzgesetz



Datenschutz in der Medizin - Update 2014 I

München - 27.05.2014
Maritim-Hotel, 9-17 Uhr

Weitere Details und Anmeldung unter
www.update-bdsg.com

Auszug aus dem Programm:

- **Datenschutz in der Medizin - ein Novum?**
Thomas Richter, Präsident der Stiftung Datenschutz
- **Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz in der täglichen Praxis:**
Rechtsanwalt Dr. Sebastian Kraska, IITR GmbH
- **Die Orientierungshilfe Krankenhausinformationssysteme (KIS) im Krankenhaus:**
Nikolaus Schrenk, KBO Oberbayern
- **Die elektronische Patientenakte - eine datenschutzrechtliche Herausforderung?**
Hugo Thiel, Caradigm Deutschland Ltd
- **Scannen und/oder Entsorgen medizinischer Unterlagen:**
Thomas Kranig, Präsident des Bayerischen Landesamtes für Datenschutzaufsicht
- **Boyd in medizinischen Betrieben:**
Dr. Christian M. Borchers, Datenschutz Süd GmbH
- **Zuweisportal-Model der Uniklinik Ulm:**
Peter Kuhn, Uniklinik Ulm

Dr. Rolf-Peter Schulz
Die Praxis für Ihre Zahngesundheit
www.schulz-koeln.de



WEBSEITEN MASSGESCHNEIDERT FÜR ZAHNÄRZTE

Moderner Patientenservice und
bequeme Verwaltungsfunktionen

Homepage und Online-Dienste
entlasten das Praxispersonal


Verknüpfungen mit der Praxissoftware
sichern Informationsaustausch

Online-Formulare für Termine und Über-
weisungen reduzieren Aufwand

Einsatzbereite Stellenangebote unter-
stützen die Personalsuche im Internet

Faire Preise, ohne Risiko

Information & kostenfreier Rückruf:

 web4business.de/aerzte

 030/609 88 01 30

 info@web4business.de



WEB4 BUSINESS

Besser mit dem Branchenkenner

Kurzinformationen – Kurzinformationen – Kurzinformationen – Kurzinformationen

Frühkindliche Karies eindämmen: Aufsuchende Hilfen erforderlich!

Die frühkindliche Karies (early childhood caries = ECC), nach ihrer Verursachung durch schädliche Trinkgewohnheiten auch als Nuckelflaschenkaries bezeichnet, ist trotz aller Aufklärungsaktivitäten in den letzten Jahren nicht zurückgegangen – im Gegenteil. Mit einer Pressekonzferenz am 07.02.2014 haben die zahnärztlichen Spitzenorganisationen im Verbund mit der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und dem Deutschen Hebammenverband eine Offensive zur Bekämpfung der ECC gestartet. Da das Problem – wie auch die Karies in späteren Lebensjahren – gehäuft in solchen Familien auftritt, die von vielfältigen Schwierigkeiten belastet sind und sich wenig um Prävention kümmern, sind allerdings die direkten Einwirkungsmöglichkeiten der Zahnärzte begrenzt. Eine frühe zahnärztliche Untersuchung ist eine sinnvolle Maßnahme, der Ausbau der Gruppenprophylaxe für unter Dreijährige unbedingt voranzutreiben. Aber gerade die am stärksten von ECC bedrohten Kleinkinder gehen nicht in eine Kita, gelangen nicht in eine Zahnarztpraxis und können nur über andere Berufsgruppen wie Hebammen und Sozialarbeiter und über ihr soziales Umfeld erreicht werden. Ähnlich wie bei der Förderung der Mundgesundheit pflegebedürftiger Menschen kommt den Zahnärzten in erster Linie die Rolle zu, die Öffentlichkeit auf die Problematik aufmerksam zu machen, der Politik und den jeweils Zuständigen fachliche Informationen zu liefern und Menschen zu schulen, die im direkten Kontakt mit den betroffenen Familien diese über Prävention aufklären, gesundheitsgerechtes Verhalten einüben und auch zum Zahnarztbesuch motivieren. Zum Teil bestehen bereits länderspezifische Gesundheitsförderprogramme mit aufsuchenden Hilfen, die um Maßnahmen zur Vermeidung von Nuckelflaschenkaries erweitert werden können. Das gesunde Aufwachsen von Kindern ist solches Engagement wert. Umfangreiche Informationen zum Thema ECC finden sich auf den Internetseiten der Bundeszahnärztekammer:

www.bzaek.de/presse/presseinformationen/presseinformation/bzaek/07/02/2014/nuckelflaschenkaries-eindaemmen.html

BUND warnt vor Umweltschäden durch Mikroplastik in Zahnpasta

Der Bund für Umwelt und Naturschutz in Deutschland macht auf die weite

Weniger ist Meer!



Verbreitung von Plastikmüll in der Umwelt und die Folgen für Mensch und Tier aufmerksam, u.a. mit seiner Kampagne „Plastik – weniger ist Meer“. Jährlich werden 250 Mio. Tonnen Plastik produziert, die zu einem beträchtlichen Anteil in die Meere gelangen und dort für Hunderte von Jahren verweilen. Dabei geht es nicht nur um große Plastikteile – auch Mikroplastik (Durchmesser < 5mm) stellt ein zunehmendes Problem dar. Insbesondere in Kosmetikprodukten sind vielfach solche Teile enthalten, wobei hier die Partikel noch deutlich kleiner sind und sich im Mikro- oder Nanometerbereich bewegen. Sie gelangen ins Wasser, ziehen Schadstoffe an und werden von Meerestieren gefressen, die diese Substanzen nicht ausscheiden können und sie über die Nahrungskette weitergeben – auch an die Menschen. Je kleiner die Partikel, umso größer ist das Risiko der Verbreitung. Einmal in die Umwelt gelangt, können sie nicht wieder eingesammelt werden. Der BUND sieht bereits jetzt den Zustand der Meere als besorgniserregend an und mahnt dringend, wo immer möglich auf Mikroplastik zu verzichten. Hier können die Verbraucher Einfluss nehmen, denn in den meisten Fällen haben sie Alternativen zur Verfügung. Winzige Plastikteile finden sich auch in verschiedenen Zahnpasten – der Zahnarzt kann hier Aufklärung leisten. Weitere Infos und eine Liste mit Reinigungsmitteln und Kosmetika, darunter Zahnpasten, die Mikroplastik enthalten, bietet der BUND auf seiner Webseite an:

<http://www.bund.net/index.php?id=18812>

Selbsthilfe profitiert vom Internet

Eine Selbsthilfegruppe kann chronisch kranken und behinderten Menschen enorm bei der Bewältigung ihrer Situation helfen – jedoch steht gerade das gesundheitliche Handicap oftmals der Suche nach einer solchen Gruppe und der Beteiligung an Zusammenkünften im Wege, zumal bei selteneren Erkrankungen und Behinderungen, zu denen keine Selbsthilfeangebote in der Nähe existieren. Hier bietet sich das Internet als Ausweg an. Um gerade kleinen Organisationen den Aufbau einer Website zu ermöglichen, stellt die AOK hierfür Mittel aus dem Topf für Selbsthilfeförderung zur Verfügung, zu der die Krankenkassen seit 2008 gem. § 20c SGB V gesetzlich verpflichtet sind. 2013 erhielt die Selbsthilfe durch die pauschale und individuelle Förderung bundesweit ca. 42 Mio. € von den Kassen insgesamt, von der AOK ca. 15 Mio. €.

Hospitationspraxen gesucht!

Verschiedene Verbände, auch der DAZ, bieten Studierenden Hospitationsmöglichkeiten in Praxen an. Hier suchen wir noch nach weiteren teilnehmenden Praxen (wobei der Zahnarzt / die Zahnärztin nicht unserem Verband angehören muss). Bitte melden Sie sich bei **Dr. Celina Schätze, Tel. 030/78955995, celina.schaetze@web.de**

Fluorid wichtig zur Kariesvorbeugung – IfK bietet Infos an

Seit 1991 betreibt die vom DAZ initiierte Informationsstelle für Kariesprophylaxe (IfK) Öffentlichkeitsarbeit für zahnmedizinische Prophylaxe, insbesondere für Breitenprophylaxe mit fluoridiertem Speisesalz. Die regelmäßig überarbeiteten Materialien für Endverbraucher und Multiplikatoren werden kostenlos an (Zahn)Arztpraxen, Kliniken, Schulen usw. abgegeben und können z.B. auch beim alljährlichen Tag der Zahngesundheit zum Einsatz kommen. Einen Überblick über die Infoblätter und eine Bestellmöglichkeit bietet die IfK-Website www.kariesvorbeugung.de. IfK, Leimenrode 29, 60322 Frankfurt/Main, Tel. 069/24706822, daz@kariesvorbeugung.de

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 Heimbesuche 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 **Aseptico 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.

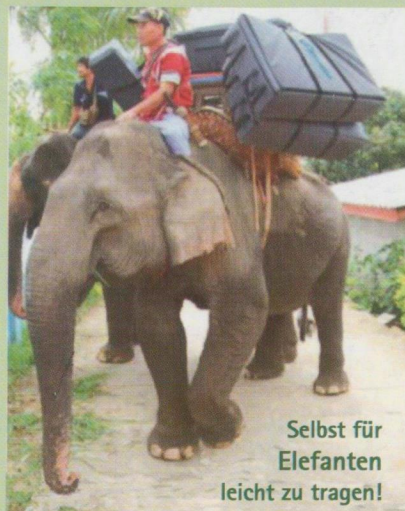
Sachkundige Beratung durch **Metis-Dental**, Anpassung der Ausstattung an Ihren Bedarf und Testmöglichkeiten sind selbstverständlich. Alle Geräte sind für den deutschen Markt zugelassen; der technische Support und die Möglichkeit zur Reparatur in Deutschland sind garantiert.

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!

waterpik®

Mundduschen

mit dem GPZ-Qualitätssiegel und der Service-Garantie der intersanté.



€ 119,95*
PZN 06414599

Munddusche
Ultra Professional WP-100E4



€ 130,00*
PZN 08800987

Munddusche
Traveler WP-300E



€ 199,00*
PZN 09778646

Dental-Center
Complete Care WP-900E



€ 109,95*
PZN 00729244

Munddusche
Classic WP-70E

In Ergänzung zum täglichen Zähneputzen,
unverzichtbar zur wirkungsvollen Vor- und Nachsorge
bei Zahnfleischentzündungen, Zahnfleischtaschen,
Parodontitis und Periimplantitis.

Waterpik® – die Nr. 1 unter den Mundduschen.

Mehr vom deutschen Exklusiv-Vertriebspartner:


intersanté GmbH
Wellness, Health & Beauty

Berliner Ring 163 B
D-64625 Bensheim
Tél. 06251 - 9328 - 10
Fax 06251 - 9328 - 93
E-mail info@intersante.de
Internet www.intersante.de



* unverb. Preisempfehlung



Neue Besen kehren gut – aber die alten kennen die Ecken

So oft der Volksmund mit seinen Weisheiten Recht hat, so oft liegt er auch daneben. Nicht nur in vielen Fällen beim Trainerwechsel in der Bundesliga, sondern auch beim neuen Vorstandsteam des BVAZ.

Der neue Besen ist gar kein komplett neuer, sondern besteht zum Großteil aus Mitgliedern, die schon seit Vereinsgründung vor 9 Jahren in München dabei gewesen sind. Der Wechsel an der Vorstandsspitze wurde erforderlich, weil unsere langjährige Präsidentin Dr. Dr. Marianne Grimm ihre aktive Praxistätigkeit beendet und zeitgleich die Vereinsführung niedergelegt hat. Frau Kollegin Grimm begründete ihren Rückzug aus dem Vorstand mit den gleichen Gründen, die für die Mitgliederversammlung auch zur Wahl ihres Nachfolgers als Blaupause dienten: Der Berufsverband sollte von jemandem geführt werden, der mit beiden Beinen und voller Arbeitszeit im Berufsleben steht und weiß, wovon er redet, wenn es um die Belange der Allgemeinzahnärzte in Deutschland geht. In anderen Verbänden finden sich zuweilen Funktionäre, die schon seit vielen Jahren nicht mehr in der eigenen Praxis arbeiten und bei deren Arbeitsergebnissen sich oft der Eindruck aufdrängt, dass sie mit Aufgabe ihrer zahnärztlichen Berufstätigkeit auch die Berührung mit den Problemen der Basis verloren haben. Und das darf nicht sein!

Wichtige seinerzeit bei der Gründung des Verbandes formulierte Primärziele der Vorstandsarbeit sind erreicht:

- ✓ **Der BVAZ ist als Berufsverband anerkannt.**
- ✓ **Der Bolognaprozess mit Bachelor und Masterstudium ist für Zahnmedizin in Deutschland vom Tisch.**
- ✓ **Selektivverträge mit einzelnen Spezialistengruppen sind von der Tagesordnung abgesetzt.**
- ✓ **Die Bemühungen, die Zahnheilkunde in viele Fachzahnarztgruppen aufzuteilen und damit die Zahnärzteschaft zu spalten und zu schwächen, wurden auf Eis gelegt.**

Dennoch gibt es weiterhin viel zu tun, und diese Aufgaben werden wir in den nächsten Jahren weiterhin mit viel Elan verfolgen.



Auf der Suche nach dem „besten“ Mittel zur Wurzelkanalinfektion sind wir noch nicht am Ziel. Weder NaOCl noch ChKM noch Jodoform noch CHX noch EDTA haben sich als omnipotentes Desinfektionsmittel erwiesen. Einige Spezialisten sind aufgrund technischer Hochrüstung nun mittlerweile in der Lage, 60% der Kanallumina hochpreisig mechanisch zu reinigen, den kompletten Rest muss aber die Desinfektion und zugegebenermaßen die Körperabwehr leisten. Aussagefähige und belastbare Vergleichsstudien müssen dazu von wissenschaftlicher Seite erstellt werden. Offensichtlich haben die deutschen Hochschulen an einem solchen Thema wenig Interesse (oder keine Ressourcen?).

Daher wird der BVAZ mit ausländischen Universitäten kooperieren, um dem Allgemeinzahnarzt Empfehlungen an die Hand zu geben, wie langfristig erfolgreiche und bezahlbare Endodontie betrieben werden kann. Die Universität Witten-Herdecke beispielsweise hat für ihr DentCare-Programm in Gambia eine sogar in Entwicklungsländern mit minimaler technischer Ausstattung anwendbare Form der Wurzelkanalbehandlung (Basic Root Treatment = BRT) entwickelt und mittels begleitender Studien schon ansatzweise zeigen können, dass es möglich ist, mit einfachen Mitteln auch mittel-

fristig und sehr kostengünstig endodontische Erfolgsraten von über 90 % zu erzielen und damit den Wirkungsgrad von Walkhoff von vor 120 Jahren zu erreichen. Umso besser müssen die Ergebnisse sein, wenn die Arbeitsbedingungen einer modernen Praxis zur Verfügung stehen.

Der BVAZ wird sich weiterhin dafür stark machen, dass von der Universität berufsfähige und (!) berufsfertige Zahnärzte kommen, junge Leute mit einem hervorragenden Wissen, aber auch mit bereits trainierten Fertigkeiten. Einige wenige Mitglieder der Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VHZMK) e.V., haben einen Novellierungsvorschlag für eine neue Approbationsordnung erarbeitet, der nun in den Schubladen der Bundesländer liegt. Da er mit großer Geheimnistuerei hinter verschlossenen Türen entwickelt wurde, ist zu befürchten, dass auch die neue Approbationsordnung nicht geeignet sein wird, die Zahnmedizin in Deutschland für die Zukunft zu rüsten.

Eine Approbationsordnung hat in der Regel viele Jahrzehnte Gültigkeit und stellt die Weichen für die zahnärztliche Versorgung der deutschen Bevölkerung, da gehören sämtliche Berufsverbände, Politik und Interessensgruppen mit ins Boot. Im Gegensatz zu einer Änderung einer Gebührenordnung, bei der es im Wesentlichen um eine angemessene und angepasste Bezahlung geht, ist eine Änderung der Approbationsordnung eine Änderung am Fundament. Transparenz und Mitarbeit ALLER sind hier gefordert.

Der BVAZ hat auf der letzten Jahreshauptversammlung ein neues, aber bewährtes Vorstandsteam gewählt:

- **Präsident: Dr. Andreas Bien**, Herzogenrath
- **Vizepräsident: Dr. Roland Kaden**, Heide
- **Geschäftsführer: Dr. Dr. Rüdiger Osswald**, München
- **Schriftführerin: Sylvia Stang**, Darmstadt
- **Schatzmeister: Michael Menges**, Raubach

Wir alle danken für das geschenkte Vertrauen und haben uns für die nächsten Jahre vorgenommen, einige weitere Probleme anzupacken, die es im Sinne der Allgemeinzahnärzte zu lösen gilt. Dabei hoffen wir auf die Unterstützung möglichst vieler Kolleginnen und Kollegen.

BVAZ, mehr als nur Spezialisten

Andreas Bien, Herzogenrath
Präsident des BVAZ

Vorankündigung

**Die BVAZ-Hauptversammlung 2014
findet statt am 29.11.2014
im Marriot-Hotel in München**

Kindesmisshandlung in Deutschland: auch Zahnärzte können zur Aufklärung und Verhinderung beitragen



Laut offizieller Polizeistatistik sterben in Deutschland jede Woche drei Kinder an den Folgen von Misshandlungen, denen sie nicht einmal, sondern wiederholt, teilweise jahrelang ausgesetzt sind. Die Dunkelziffer wird ebenso hoch oder noch höher geschätzt. Jahr für Jahr werden in Kliniken ca. 3.600 schwerst gepeinigte und vernachlässigte Kinder aufgenommen, die nicht selten für den Rest ihres Lebens behindert sind und in jedem Fall schwere seelische Schäden davontragen. Solche und weitere Zahlen berichten die Rechtsmediziner Michael Tsokos und Saskia Guddat in ihrem kürzlich erschienenen Buch „Deutschland misshandelt seine Kinder“ und schildern erschütternde Fallbeispiele – keineswegs die schlimmsten, wie sie im Interview erläutern. Es geht ihnen besonders darum, das Versagen der zuständigen Schutzsysteme aufzuzeigen und Vorschläge für deren Verbesserung zu machen. Die Misshandlungen und Tötungen gehen nicht auf das Konto von Fremden – vielmehr passieren sie im engsten Familienkreis und sind Teil des umfassenderen Problemkomplexes „Häusliche Gewalt“, zu dem auch sexueller Missbrauch und psychische Drangsalierung gehören und mit dem nicht nur Kinder konfrontiert sind.

Eine ganz wichtige Rolle bei der Aufdeckung von Misshandlungen und dem Einschalten von Hilfen kommt den Ärzten zu. Dass hier auch die Zahnärzte gefordert sind, wurde inzwischen erkannt; von einigen zahnärztlichen Körperschaften und im Kinderschutz Engagierten wurden besondere Initiativen und Fortbildungsangebote zu der Thematik entwickelt. Neben allgemeinen Ratgebern stehen Zahnmedizinern inzwischen fachspezifische Checklisten mit problematischen Symptomen und spezielle Befundbögen zur Verfügung. Viele hilfreiche Informationen können aus dem Internet geladen werden:

- **Ärztlicher Leitfaden Kinderschutz aus Niedersachsen (2013):**
<http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/511106/Datei/71009/C3%84rztlicher%20Leitfaden%20Kinderschutz%20Niedersachsen.pdf>
- **Brandenburger Leitfaden (2013) „Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche“:**
<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/leitfadenkinderschutz2013.pdf>
- **Interview der „Zahnärztlichen Mitteilungen“ mit Michael Tsokos:**
http://www.zm-online.de/starter/brennpunkt/Misshandelt-Deutschland-seine-Kinder_182449.html
- **BZÄK-Infoangebote, u.a. Dokumentationsbogen „Zahnärztliche Dokumentation bei interpersoneller Gewalt“,**
<http://www.bzaek.de/presse/medienarchiv/broschueren-und-publikationen/haeusliche-gewalt.html>
- **Wieder lachen e.V., Initiative, die mit Industrie-Hilfe die zahnärztlich-prothetische Versorgung von Gewaltopfern unterstützt:**
<http://www.wieder-lachen.com/main.html>
- **Wissenschaftliche Expertise im Auftrag der Bundesärztekammer zur Rolle von Ärzten und Zahnärzten bei der Prävention von Kindesvernachlässigung und -misshandlung (2009):**
<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Kindesmisshandlung.pdf>
- **Hochschule Fulda: „Gesundheitsschutz bei interpersoneller Gewalt“:**
http://www.fh-fulda.de/index.php?id=stopp_violence

Das o.a. Buch der Forensiker Tsokos und Guddat wurde herausgebracht von der Verlagsgruppe Droemer und Knauer Febr. 2014, es hat 256 Seiten, kostet 19,99 Euro, als E-Book 17,99 Euro, ISBN: 978-3-426-27616-7.

Irmgard Berger-Orsag, Troisdorf

Der (be)strafbare Zahnarzt

Strafrechtsänderungsgesetz: Notwendigkeit oder politische Phantomdiskussion

von Dr. Michael Loewener, Wedemark

Bekennnis zur Freiberuflichkeit, aber ...

Unter der Überschrift „Deutschlands Zukunft gestalten“ hat die Große Koalition auf 11 von insgesamt 185 Seiten diejenigen Gedanken zum Thema Gesundheit und Pflege niedergelegt, die nicht mit denen des „Partners“ kollidieren. Auf den wenigen Seiten wird allerdings deutlich, dass der Hang zur weiteren Bürokratisierung fortbesteht – bis hin zur Schaffung einer neuen Behörde. Immerhin gibt es auch ein klares Bekenntnis zur Freiberuflichkeit als „unverzichtbares Element für die flächendeckende ambulante Versorgung“, die ein „Garant für die Diagnose- und Therapiefreiheit und für die freie Arztwahl“ sei.

Neben den Wahlversprechen gehört erfahrungsgemäß auch deren Bruch zum Selbstverständnis parteipolitischen Taktierens. Heißt es im Koalitionsvertrag: „Die Neuverschuldung wollen wir dauerhaft stoppen ...“, so ist wenige Tage nach der Wahl von einer Neuverschuldung für 2014 um weitere rund acht Milliarden Euro die Rede. Da die „GROKO“ einen solchen Vertrag lediglich als unverbindliches Wunsch-Dir-Was-Programm betrachtet, ist auch im gesundheitspolitischen Bereich nicht auszuschließen, dass SchwarzRot die Asservatenkammer öffnet, um den ungeliebten (weil bei der Bevölkerung geachteten) ärztlichen Berufsstand mit bekannten Folterinstrumenten zu konfrontieren. Ein Strafrechtsänderungsgesetz gehört zweifellos dazu.

Angeblich rechts- und sanktionsloser Zustand

Kulminationspunkt der Diskussion um die Bestechungsproblematik war ein Beschluss des Großen Senats für Strafsachen des Bundesgerichtshofs, nach dem niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte weder als Amtsträger im Sinne von § 11 Absatz 1 Nummer 2c StGB noch als Beauftragte der gesetzlichen Krankenkassen im Sinne von § 99 StGB anzusehen sind. Dass dieses Urteil nicht den Interessen der Krankenkassen entspricht, war absehbar. Einzelne, aber umso gravierendere Bestechungs- und Betrugsfälle im ärztlichen Bereich haben Medien und Politik zusätzlich beflügelt, nachdrücklich ein eigenes Strafrechtsänderungsgesetz zu entwerfen. Wörtlich und in Unkenntnis der bereits bestehenden Sanktionsmaßnahmen heißt es dazu in einer Erklärung der Hamburger Gesundheits-Senatorin vor dem Bundesrat: „Der derzeitige rechts- und sanktionslose Zustand ist nicht hinnehmbar“. Durch eine eindimensionale und verkürzte Berichterstattung (z. B. stern.de: „Gier-Ärzte kommen weiter davon“) ist zudem in der Öffentlichkeit ein Bild entstanden, wonach Bestechung und Bestechlichkeit im ärztlichen Berufsstand zur Normalität zählen, und daher müsse im Interesse der Patienten mit aller Härte bis hin zur Haftstrafe gehandelt werden.

Bereits Mitte letzten Jahres haben sich die Länder Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Rheinland-Pfalz sehr viel Mü-



Foto: ©Loewener

he mit einem Entwurf eines Strafrechtsänderungsgesetzes zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen (StrÄndG) gemacht. Danach soll dem § 299 Strafgesetzbuch ein § 299a „Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen“ hinzugefügt werden. In Auszügen:

„Wer als Angehöriger eines Heilberufs ... im Zusammenhang mit der Ausübung dieses Berufs einen Vorteil für sich oder einen Dritten als Gegenleistung dafür fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, dass er bei dem Bezug der Verordnung oder der Abgabe von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten oder bei der Zuweisung von Patienten ... einen anderen im inländischen oder ausländischen Wettbewerb bevorzugt oder sich in sonstiger unlauterer Weise beeinflussen lasse, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft“. „Ebenso wird bestraft, wer einem Angehörigen eines Heilberufs ... im Zusammenhang mit dessen Berufsausübung einen Vorteil für diesen oder einen Dritten als Gegenleistung dafür anbietet, verspricht oder gewährt ...“.

Nicht genug damit; in einem Aufwasch soll auch das Grundrecht des Briefgeheimnisses sowie des Post- und Fernmeldegeheimnisses (Artikel 10 des Grundgesetzes) eingeschränkt werden.

Vertrauen zu Ärzten – manchem ein Dorn im Auge?

Erst kürzlich regte ein Mitglied des Deutschen Ethikrates in einem Vortrag an, dass der Berufsstand selbst nach erweiterten Ermittlungsbefugnissen rufen möge. Auch war von einem mit staatsanwaltlichen Kompetenzen ausgestatteten „Untersuchungsführer“ und von Durchsuchungs- und Beschlagnahmemöglichkeiten im Auftrag der Körperschaften die Rede. Die Vorstellungen gipfelten schließlich in dem voluminösen Fazit, dass die Berechtigung der vertrags(zahn)ärztlichen Selbstverwaltung mit ihrer Effektivität bei der „Reinhaltung des Berufsstandes“ stehe und falle. Ein hehrer Anspruch, der allerdings bei Anwendung auf alle gesellschaftlichen Gruppierungen Ödnis hinterlassen würde. Sensible Menschen könnten hinter solcher Absolutheit auch die generelle Infragestellung der Selbstverwaltung erkennen. Man solle durch diese Bestrebungen die Deutungshoheit richtigen bzw. falschen Verhaltens zurückgewinnen, lautete das Credo des Jura-Professors.



Foto: Loewener

Fragt sich allerdings, ob denn überhaupt und, wenn es denn zutrifft, auf welchem Wege dem Berufsstand diese Deutungshoheit abhanden gekommen ist? Wird bei dieser Einschätzung eine Realität mit mangelndem Interesse der Körperschaften an der Verfolgung von Korruption und Betrug in den eigenen Reihen abgebildet oder nur einem gemeinsam von Politik, Krankenkassen und Medien kolportierten Bild des korruptionsanfälligen Arztes gefolgt? Wo bleibt das belastbare Zahlenmaterial, das die gegenwärtige, von Paranoia getragene Hatz gegen Zahnärzte begründen könnte?

Oder genügt am Ende das von den Körperschaften pflichtgemäß gelieferte Datenmaterial nicht den negativen Erwartungen der Politik? Gibt es nicht vielmehr in jedem Berufsstand, beispielsweise bei Rechtsanwälten, Architekten, Bäckern und Behördenmitarbeitern einen festen und, solange es Menschen gibt, unvermeidbaren Bodensatz an Betrugern und Vorteilsgebern und -nehmern? Gibt es Gründe, weshalb nicht über andere Freiberufler die Verdachtswelle des Betrugers und der Vorteilsannahme schwappet? Weshalb sind es ausgerechnet die Gesundheitsberufe, die eines eigenen Straftatbestandes würdig sind?

Fragen über Fragen, die Philosophen und Psychoanalytiker möglicherweise zum Schrecken der Politikbetreiber beantworten könnten. Sind es möglicherweise das ungestörte Vertrauen zwischen Arzt und Patient oder die vitale Kompetenz, die Missgunst und schlimmstenfalls Neid bei den von der Bevölkerung eher Ungeliebten entstehen lassen? Schließlich heißt es bei Arthur Schopenhauer: „Der Neid ist Übelwollen, erregt durch fremdes Glück, Besitz oder Vorzüge“, während sein Zeitgenosse Wilhelm Busch mit der Bemerkung Mut macht, dass es sich bei Neid um die aufrichtigste Art der Anerkennung handele.

Körperschaften besitzen ausreichende Sanktionsmöglichkeiten

Während von der Politik mit einem Strafrechtsänderungsgesetz Kanonen in Stellung gebracht werden sollen, um Spatzen

zu erschießen, bleibt der Blick auf die tatsächlichen und weitreichenden Möglichkeiten der Körperschaften verstellt, mit denen Korruption und betrügerisches Verhalten in den eigenen Reihen durchaus und nachhaltig bekämpft werden können und auch bekämpft werden. Apropos Korruption: Man muss die Vorstellungskraft schon sehr strapazieren, um Möglichkeiten korruptiven Verhaltens von Zahnärzten zu konstruieren. Weder werden sie von Depots zum Hochseeangeln eingeladen, noch lädt man sie in bezahlte Nobelherbergen ein (was bei Politikern als sozial angemessen gilt). Das Niveau der „Korruption im zahnärztlichen Bereich“ spielt sich auf der Kugelschreiberebene ab. Im Übrigen sind Rabattgesetz und Norm für Skontogewährung bereits erfunden, und deren Nichtbeachtung steht unter Strafe. Und wenn Zahntechniker Korruption im Verhältnis zu ihren Auftraggebern sehen, dann sollten sie unbedingt auch Ross und Reiter nennen und das Fehlverhalten zur Anzeige bringen. Das würde dem zahnärztlichen Berufsstand mehr helfen, als dumpfe Anschuldigungen bei scheinbar günstiger Gelegenheit.

In der Realität jedoch hat es bezüglich aktiver und passiver Bestechung im ärztlichen Berufsrecht niemals einen rechtsfreien Raum gegeben.

Im § 2 der Berufsordnung (Niedersachsen) heißt es u. a.:

„(7) Dem Zahnarzt ist es nicht gestattet, für die Verordnung, die Empfehlung oder den Bezug für Patienten von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln sowie Medizinprodukten eine Vergütung oder sonstige vermögenswerte Vorteile für sich oder Dritte versprechen zu lassen oder anzunehmen.

(8) Es ist dem Zahnarzt nicht gestattet, für die Zuweisung und Vermittlung von Patienten ein Entgelt zu fordern oder andere Vorteile sich versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.“

Für Verfehlungen sieht das Kammergesetz für die Heilberufe (HKG) berufsrechtliche Verfahren vom Verweis über Geldstrafen bis maximal 100.000 Euro bis zum Berufsverbot vor. Im Übrigen sind bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gemäß §§ 81a, 197a SGB V die „Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ angesiedelt. Auch diese besitzen mit ihren Disziplinarausschüssen scharfe Sanktionsmittel und liefern regelmäßig Berichte an die aufsichtführenden Behörden. http://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5/_81a.html

Wer im Glashaus sitzt ...

Zurück zur Politik. Tatsache ist, dass bereits 165 Staaten dieser Erde ein UN-Abkommen für strengere Regelungen gegen Korruption in der Politik unterzeichnet haben, während der Deutsche Bundestag für Deutschland - in bester Gesellschaft mit Syrien, Nordkorea und Saudi Arabien - seit zehn Jahren den Beitritt verweigert. Transparency International listet die Bundesrepublik in ihrem Korruptionsindex auf Platz 14 von 180. Der Widerstand des Bundestages muss wertvolle

Gründe haben. Weshalb wohl, fragt sich der rechtstreue Bürger, soll es, abgesehen von der albernen Provinzposse um den ehemaligen Bundespräsidenten, der politischen Führungsriege bei Straflosigkeit möglich bleiben, für ebenso inhaltsbefreite wie abgedroschene Reden vor Wirtschaftsverbänden und Bankern nebenberuflich vierstellige Beträge einzusammeln. Viele Abgeordnete verdienen sich ein Zubrot in Aufsichtsräten, bei denen „guter Rat“ wirklich teuer ist. Dafür nennt die FAZ in einer langen Liste unzählige Namen aus allen Fraktionen, die im Nebenerwerb bis zu neun Aufsichtsratsposten bekleiden. Dabei handelt es sich oft um dieselben Menschen, die lautstark nach einem Sonderstrafrecht für den Medizinbetrieb rufen!

Während Großspenden aus der Industrie an politische Parteien im Jahr 2013 um 160 % zugelegt haben und die Automobilindustrie an die Partei der Kanzlerin – unmittelbar vor EU-Entscheidungen über Abgas-Grenzwerte – rund 690.000 Euro spendete, sehen die großen Parteien keinen Anlass, diese obszöne Parteispendenpraxis per Gesetz oder gar durch einen eigenen Straftatbestand zu sanktionieren.

Die Beispiele ließen sich mehren

Diverse Abgeordnete oder Minister nehmen ohne Zwischenstopp ihre Aktenkoffer aus dem Ministerium mit, um ohne jede Scham- oder Karenzfrist fortan in den komfortablen Fauteuils diverser Weltfirmen zu kuscheln. Wissen bedeutet nicht nur Macht, sondern heutzutage vor allem Geld. Einige Beispiele: <http://www.rp-online.de/politik/deutschland/diese-ex-politiker-wechselten-in-die-wirtschaft-bid-1.568535> Gerhard Schröder (Gazprom-Tochter), Joseph Fischer (Siemens, BMW, RBW), Matthias Wissmann (Verband der Deutschen Autoindustrie), Otto Wiesheu (DB), Eckart von Klæden (Daimler), Kurt Beck (Boehringer), Stefan Mappus (Merck), Roland Koch (Bilfinger Berger), Dieter Althaus (Autozulieferer Magna), Werner Müller (Evonik, Ruhrkohle AG) usw..

Ach, und da ist ja noch der feinsinnige ehemalige Kanzleramtsminister Ronald Pofalla, für den die Kanzlerin keine Verwendung mehr findet. Seinen Trennungsschmerz soll in absehbarer Zeit ein wärmendes Plätzchen im Vorstand der Deutschen Bundesbahn lindern, hört man und spricht dabei

von einer Mio. Euro Jahressalär. Um keinesfalls missverstanden zu werden: Das alles hat natürlich nicht einmal ansatzweise etwas mit Korruption oder Vorteilsannahme oder –gewährung oder gar mit Vetternwirtschaft oder Gier zu tun, sondern ausschließlich mit der Verwertung wertvoller Ressourcen im Dienste der deutschen (Volks)Wirtschaft! Die Gedanken sind frei!



Ein Problem bleibt

Trotz aller Regelungsdichte bleibt ein generelles Problem auf allen gesellschaftlichen Ebenen bestehen. Wo endet das menschliche Dankeschön, und wo beginnt die listige Vorteilsannahme? Liegt die Grenzziehung zwischen dem Bleistift und dem Edelfüller oder beispielsweise erst jenseits der Einladung zum Opernball?

Bleibt die Hoffnung, dass der Gesetzgeber erkennt, dass die (zahn)ärztlichen Körperschaften mit ausreichenden Mitteln ausgestattet sind, um Fehlverhalten im zahnärztlichen und ärztlichen Bereich zu bekämpfen und zu ahnden. Sie tun dies, und zwar auch im eigenen Interesse, um rechtstreue Kolleginnen und Kollegen vor einzelnen „Entgleisern“ zu schützen. Es bedarf keiner selektiven und populistisch erscheinenden Sonder-Strafgesetzgebung; es sei denn, es besteht ein Interesse daran, einen ganzen Berufsstand fort-

gesetzt zu stigmatisieren. Selbstverständlich darf auch der Berufsstand nicht in der konsequenten Verfolgung und Ahndung von Korruption und Betrug in den eigenen Reihen nachlassen, um glaubhaft zu sein, und zwar nicht wegen, sondern trotz der ständigen Angriffe und aus seinem ethischen Selbstverständnis freiberuflicher ärztlicher Tätigkeit heraus.

Dr. Michael Loewener,
Wedemark

„Ein Politiker teilt die Menschen in zwei Klassen ein:
Werkzeuge und Feinde.“ (Friedrich Nietzsche)

Obiges Foto stammt von einer Aktion der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft vor dem Reichstagsgebäude in Berlin.
Bildquelle: obs/Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft (INSM)



Nach 24 Jahren wurde zum 01.01.2012 die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) novelliert. Statt einer wissenschaftlichen Beschreibung der Zahnheilkunde und adäquater Bewertung jeder einzelnen Leistung fand lediglich eine notdürftige Kaschierung der in die Jahre gekommenen GOZ 88 statt. Diese Kompromisslösung ist Ursache vieler gebührenrechtlicher Streitpunkte zwischen Erstellerstellen und Zahnärzten. So unterblieb der große Wurf infolge einer Kompromisslösung. Einzelne gebührenrechtliche Streitpunkte wurden beigelegt, andere entstanden. Es gibt weiterhin Abrechnungsprobleme, weil Leistungen nicht in der GOZ beschrieben bzw. interpretationsbedürftig sind.

GOZ-Kommentar der Bundeszahnärztekammer

Bereits kurz nach der GOZ-Novellierung veröffentlichte die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) einen bundeseinheitlichen GOZ-Kommentar. Dieser soll als Standardwerk des zahnärztlichen Gebührenrechts Krankenversicherungen, Beihilfestellen und Zahnärzten zur Bewertung gebührenrechtlicher Fragen dienen. Die Zahl der Zugriffe auf diesen Kommentar zeigt, dass das Ziel einer Zusammenstellung aller Fragen des zahnärztlichen Gebührenrechts mit der Veröffentlichung und ständigen Aktualisierung dieses Kommentars erreicht wurde. So entstand eine Leitlinie für die Auslegung der GOZ und damit eine Basis für gebührenrechtliche Gutachten, die in Gerichtsentscheidungen einfließen werden. Der GOZ-Kommentar entstand unter Mitwirkung der Länderzahnärztekammern und Einbeziehung wissenschaftlicher Gesellschaften. In ihn ist der gesamte Sachverstand der Zahnärzteschaft eingeflossen, deshalb hat er die Qualität einer sachverständigen Verlautbarung.

PKV-Verband spricht BZÄK-GOZ-Kommentar Rechtsrelevanz ab

Seit Erscheinen dieses BZÄK-Kommentars bezog der Verband der Privaten Krankenversicherungen (PKV) in der Beilage sei-

GOZ-Kommentar der PKV – cui bono?

ner Verbandszeitschrift „PKV Publik“ Stellung zu verschiedenen Positionen des GOZ-Kommentars. Der Verband ist der Ansicht, dass der GOZ-Kommentar der BZÄK keine Rechtsverbindlichkeit hätte, sondern lediglich eine Meinungsäußerung darstelle. Maßgeblich ist nur die im Rang einer Rechtsverordnung stehende GOZ. Die GOZ ist – wie jeder Rechtssatz – grundsätzlich interpretationsfähig. An dieser Auslegung kann sich, so der PKV-Verband, die BZÄK als Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V., aber auch der PKV e.V. beteiligen, keinem käme hierbei eine Deutungshoheit zu. Nur den höchsten Gerichten kommt die entscheidende Kompetenz zu, die GOZ rechtsverbindlich auszulegen. Demzufolge weisen nach Ansicht des PKV-Zusammenschlusses Äußerungen der BZÄK keine Rechtsrelevanz auf. Hier wird der o.g. zahnärztliche Sachverstand negiert. Zahnärztliche Sachverständige sind gerichtlich akzeptierte objektive Gutachter bei fachlichen und gebührenrechtlichen Fragen. Die an der Erstellung der BZÄK-Kommentierung beteiligten Länderzahnärztekammern sind als Körperschaften öffentlichen Rechts der Neutralität verpflichtet.

Amtliche Begründung des Verordnungsgebers hat keine Rechtsrelevanz

Der PKV-Verband weist beim restriktiven Erstattungsverhalten seiner Mitglieder bei unklaren Formulierungen auf die amtliche Begründung zur GOZ hin. Da diese Begründungen oft nicht in den Verordnungstext übernommen wurden, sind sie als Absichtserklärung nichtig. Die Erstattungskürzungen infolge der Interpretationsmöglichkeiten betreffen vorwiegend die Auslegung des Paragraphenteils der GOZ. Das bezieht sich auf die Analogberechnung nach § 6 Abs. 1, die medizinische Notwendigkeit nach § 1, die Steigerungsfaktorbegründungen nach § 5 und die nichtvertragsgemäße Erstattung von Laborkosten nach § 9. Sowohl bei der Berechenbarkeit einzelner Leistungen als auch bei der analogen Berechnung und der Wahl des Steigerungsfaktors sind einzig die Regelungen im allgemeinen Teil und im Leistungsverzeichnis der Verordnung relevant. Nur bei Unklarheiten sind andere Auslegungskriterien heranzuziehen. Das heißt, die amtliche Begründung des Verordnungsgebers hat, sofern sie nicht in den Text der Verordnung aufgenommen wurde, keine Rechtsrelevanz.

GOZ-Kommentar des PKV-Verbandes

Der PKV-Verband hat im September 2013 ebenfalls eine umfangreiche „Kommentierung der PKV zur Gebührenordnung für Zahnärzte“ herausgegeben. Zunächst beschränkt sich die Kommentierung auf den Leistungsteil, die Kommentierung des Paragraphenteils wird folgen. Im Zahnheilkundengesetz § 15 wird festgelegt, dass in der Gebührenordnung Mindest- und

Höchstsätze für die zahnärztlichen Leistungen festzusetzen sind. Dabei ist den berechtigten Interessen der Zahnärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen. Dieses Ziel des fairen Ausgleichs verfolgt, so Dr. Volker Leienbach in der Präambel, die PKV-Kommentierung. Inwiefern ausgerechnet der PKV-Verband mit seinen an marktwirtschaftlichen Interessen orientierten Mitgliedern diesen Interessenausgleich erreichen will, erschließt sich nicht. Privatpatienten, Beihilfeberechtigte und Patienten mit Zusatzversicherungen werden benachteiligt, wenn o.g. vertragswidrige Erstattungskürzungen vorgenommen werden. Im Vorwort dankt der Verbandsvorsitzende Dr. Volker Leienbach den Mitwirkenden an der Kommentierung für ihren besonderen persönlichen Einsatz. Sind es anerkannte zahnmedizinische Experten oder namenlose Sachbearbeiter? Warum werden sie nicht genannt? Schon nach diesem Vorwort fragt man sich nach dem Sinn dieses Werks. Soll es wirklich dem Interessenausgleich zwischen Zahnärzten und Patienten Rechnung tragen oder ist es ein Teil des Systems der Kostenminimierung Privater Krankenversicherungen?

Inhaltlich-struktureller Unterschied der GOZ-Kommentare von BZÄK und PKV

Der PKV-Kommentar beinhaltet eine synoptische Gegenüberstellung der GOZ 1988 zur GOZ 2012. In der Rubrik Leistungsinhalt wird versucht, die Leistungsinhalte für Laien anschaulich darzustellen, während im Anschlusskatalog die Nebeneinanderberechnungsfähigkeit verschiedener Gebührenpositionen dargestellt wird. Die abschließende Bewertung erfolgt unter dem Punkt Erläuterungen. „Hier wird dargelegt, wie mit den einzelnen Gebührenpositionen bei der Rechnungsstellung umzugehen ist. ... Besondere Berücksichtigung findet auch die Amtliche Begründung, die den Willen des Verordnungsgebers widerspiegelt.“ Die Analogliste der BZÄK oder der in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie entwickelte Katalog zum Knochenmanagement finden im PKV-Kommentar keine Berücksichtigung. Eine Auseinandersetzung mit dem fachlichen GOZ-Kommentar der BZÄK findet gar nicht statt.

Einige Beispiele

Einige große Private Krankenversicherungen haben schon bekundet, sich künftig bei ihrer Nichterstattung an dem PKV-Kommentar zu orientieren. Eine Orientierung und gezielte Suche in der Kommentierung fällt schwer. Schaut man sich den Kommentar an, so ist er zwar mit bunten Balken abgegrenzt, aber in sich ziemlich unübersichtlich. Die grüne Markierung gibt die amtlichen Begründungen zur Gebührenordnung wieder, die, wenn sie der Verordnungsgeber gewollt hätte, in die Leistungsbeschreibung eingeflossen wären. Interessant wird es beim blauen Balken, der die Erläuterungen zur „Nichterstattung“ abgibt. Reichlich nebulös wird da beispielsweise bei den Heil- und Kostenplänen (GOZ-Nr. 0040) darüber resümiert, dass wegen der Zusammenfassung von funktionsanalytischen, -therapeutischen und eines kieferorthopädischen Heil- und Kostenplans unter einer Gebührenziffer wohl davon auszugehen sei, dass nur besonders umfangreiche Behandlungen davon abgebildet seien. Das heißt wohl, dass in der Regel funktionsanalytische und -therapeutische Leis-

tungen unter der niedriger bewerteten GOZ-Nr. 0030 subsummiert sein sollen.

Für die GOZ-Nr. 0010 wird im Leistungsinhalt festgelegt, dass „die Messung der Zahnfleischtaschentiefe mit sogenannten Parodontalsonden ... eine millimetergenaue Messung erlaubt“, die „nachvollziehbar dokumentiert“ werden soll. Das weitet den Leistungsinhalt der zahnmedizinischen Grunduntersuchung, deren Bewertung schon als durchschnittliche Leistung unterhalb der Honorierung des vertragszahnärztlichen Bereichs liegt, deutlich aus.

Um was es wirklich geht

Für den speicheldichten temporären Verschluss nach der GOZ-Nr. 2020 wird festgestellt, dass diese Leistung nach dem Zielleistungsprinzip in anderen Leistungen enthalten ist, aber nun bei endodontischen Maßnahmen extra berechnet werden dürfte. Ein solcher speicheldichter Verschluss wird „in der Regel nicht in Adhäsivtechnik ausgeführt. Wird also neben der GOZ-Nr. 2020 die GOZ-Nr. 2197 abgerechnet, so stellt sich die Frage nach der medizinischen Notwendigkeit.“ Dem fachkundigen Leser des PKV-Kommentars stellt sich aber an dieser Stelle die Frage, wer die zahnmedizinische Notwendigkeit einer Leistung nach dem Zahnheilkundengesetz beurteilen darf! Es kann durchaus zahnmedizinisch notwendig sein, bei schwieriger Retention, um eine Reinfektion des endodontischen Hohlraums zu vermeiden, den temporären Verschluss adhäsiv zu befestigen. Spätestens hier weiß der PKV-Kommentarleser, warum der PKV-Verbandsvorsitzende Dr. Leienbach zwar den Mitwirkenden an der Kommentierung für ihren Einsatz gedankt hat, ihre Namen und Funktionen aber verschweigt. Statt eines Interessenausgleichs geht es dem PKV-Verband mit seiner Kommentierung um die Kommentierung seiner Erstattungsrichtlinien, um die pekuniären Interessen seiner Mitglieder zu befriedigen. Spätestens jetzt wird klar, man kann keinen Kommentar zum Kommentar angeben.

Der PKV-Kommentar zur GOZ ist in sich fachlich und sachlich nicht fundiert und spiegelt die Sicht der Ersteller auf die GOZ dar. Die Interessen eines Lobbyverbands stehen im Vordergrund und stehen den Interessen der Versicherten diametral gegenüber.

In einem hat der PKV-Verband allerdings Recht. Eine endgültige Klärung einzelner Auslegungsmöglichkeiten werden in vielen Fällen leider nur Gerichte herbeiführen können.

Dr. Roland Kaden, Heide
Vizepräsident des BVAZ

GOZ-Kommentar der PKV

<https://www.pkv.de/w/files/goz-kommentierungfaq/gebuehrenteil-stand-29.01.2014.pdf>

GOZ-Kommentar der BZÄK

<http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz-kommentar-bzaek.pdf>

Funktionsstörungen erkennen und behandeln

Vortrag von Siegfried Leder bei der BVAZ-Jahrestagung 2013 in Berlin

zusammengefasst von Dr. Claus Nordmeyer, Hannover



Leders Vortrag ließ keine Langeweile aufkommen

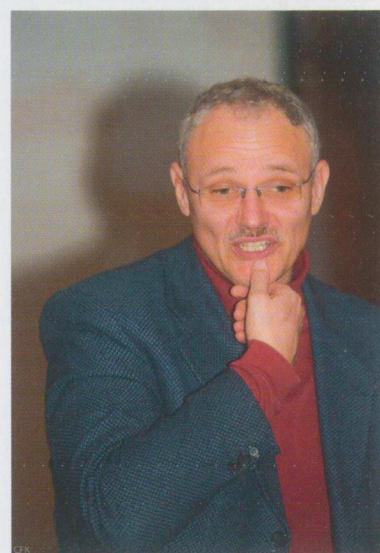
Die Diagnose und Therapie der Funktionsstörungen des orokranio-fazialen Systems haben in Deutschland eine auffallend andere Bedeutung als in der übrigen dentalen Welt. Hört der deutsche Zahnarzt von CMD (cranio-madibuläre Dysfunktion), erscheint ihm vor dem geistigen Auge eine Collage aus Gesichtsbögen, Artikulatoren, Okklusionsfolie und Keramikoverlays, wogegen schon in der Schweiz eher zum Rezeptblock gegriffen wird und Physiotherapie oder Antidepressiva verschrieben werden.

Schön und gut, ganz so simpel und drastisch ist es zum Glück nicht. Auch in Deutschland hat die Beachtung des multikausalen Ursprungs der Probleme, die uns so oft vor ungewohnte, zahnarztuntypische Entscheidungen stellen, Fuß gefasst. Frei nach dem Motto „hat man nur einen Hammer, sieht alles aus wie ein Nagel“ therapiert wohl auch der deutsche Zahnarzt im Jahre 2013 nicht mehr ausschließlich mit der Turbine seine Patienten mit untypischen Schmerzproblemen. Die Okklusion als Ursache allen Übels ist aber noch immer eine weit verbreitete Ansicht zwischen Ostsee und Alpen. Die Nordsee bewusst ausgeklammert, da in den Niederlanden eine viel zeitgemäßere, den internationalen Erkenntnissen Rechnung tragende Sichtweise besteht. Woran mag das liegen? Bilden wir uns nicht ein, hier im GKV-Paradies, dem Schlaraffenland der Zahnärzte, wo dank Krankenversicherungskarte und Zusatzversicherung der soziale Status nicht am Gebiss abzulesen sein darf, die höchstklassige Zahnersatzversorgung der Welt durchzuführen? Und dennoch hat „CMD“ wie eine Seuche, wie seinerzeit „Magen“, „Migräne“ oder „Rücken“, die Gesellschaft durchdrungen, werden populärwissenschaftliche Abhandlungen in der Laienpresse präsentiert und beim Sekttempfang mit der Nachbarin Empfehlungen wie „...mal ein MRT machen lassen...“ oder „...meine letzte Axiographie wäre schon deutlich besser, sagt er ...“ diskutiert. Modekrankheit? Böse Übertreibung? Na ja, vielleicht ein wenig. Jedoch ist das Wissen um ei-

ne mögliche Erkrankung der Kiefergelenke, die dann auch noch die Wirbelsäule hinabwandert, fast schon Volkswissen. Der Allgemeinzahnarzt ist natürlich auch davon betroffen, vielleicht sogar an vorderster Front. Denn zu ihm kommen die Patienten gezielt oder er gerät in Kontakt damit, weil seine Arbeit tatsächlich Einfluss auf das Problem hat.

Doch was soll er denn nun tun oder lassen? Die Fachzeitschriften – besonders die kostenlos in den Briefkasten flatternden – sind voll von guten Ratschlägen. Neben notwendigen Testformularen, Auswertungsprogrammen und Informationsfoldern braucht man digitale Gesichtsbögen, Elektromyographen und Streifenlichtscanner, um das pathologische oder nur lästige Gelenkgeräusch als therapiebedürftiges Symptom zu entlarven und mittels CAD/CAM-kreierten Hightech-Restorationen zu kurieren.

„Muss das wirklich so sein?“ fragte Siegfried Leder zuerst sich und dann eine Menge hochkarätiger Fachspezialisten mit faustischer Gründlichkeit. Er wollte endlich wissen, was nun wirklich hinter diesem Mysterium steckt. Seine Vita liest sich wie eine Tour durch deutsche Universitäten und Fortbildungsinstitute mit dem Ziel, hinter das Phänomen CMD zu blicken, und er ist nicht (nur) so klug als wie zuvor. Seine Erkenntnisse hat er gesammelt, geordnet und zu einem Konzept zusammengefasst, das dem Allgemeinzahnarzt die Werkzeuge in die Hand gibt, die er für eine erfolgreiche Behandlung seiner funktionsgestörten oder an chronischem Schmerz leidenden Patienten benötigt. Das hat er bei Spitta in Buchform veröffentlicht (s.u.) und ist bereit, es interessierten Kolleginnen und Kollegen sehr eindringlich und kurzweilig beizubringen.



Wer Gutowski erlebt hat, wird sich nicht nur in Bezug auf Leders prothetische Ansichten an ihn erinnern. Funktionstherapeutisch distanziert er sich aber klar von dem Altmeister lebhafter Fortbildungserlebnisse. Kritik an einem Großteil der deutschsprachigen Lehrmeinungen bringt er ebenso lautstark zu Gehör. Jens Türp, Basel, hat nicht nur ein Vorwort in Leders gut gegliedertem, mit vielen Bildern und Tabellen illustriertem

Lehrbuch eingebracht. Er hat Leder auch maßgeblich geprägt und damit das umfangreiche Literaturverzeichnis mit zu verantworten. Wie auch Türp scheut Leder nicht den Blick in die Quellen des Wissens. Internationalität bezeugt Charles Green, Chicago, der das zweite Vorwort beiträgt. Nicht nur damit wird Leder geadelt als Kenner des Metiers auf internationalem Level. Er weiß, was er sagt, hat es geprüft und kann es belegen – weit mehr, als so viele phantasiebegabte Konstrukteure der Dentalindustrie. Evidenz ist die Basis seiner Empfehlungen, und darum greift er zu bewährten und anerkannten Therapieverfahren. Der Zahnarzt hat seinen Anteil an der Therapie der CMD, aber der beschränkt sich auf bewährte Verfahren zur Entspannung wie die NTI- und Michigan-Schiene. Die Einfachheit seines Konzepts ist ein ebensolcher Lichtblick wie die gut strukturierte und für den Allgemeinzahnarzt vollwertig in die tägliche Praxis zu integrierende Timbuktu-Endodontie von Rüdiger Osswald. Lediglich in Bezug auf die Axiographie als notwendige Maßnahme zur Artikulatorprogrammierung – so nennt man heute das Einstellen der Gelenkbahnneigung – scheint ein Entgegenkommen an die Gnathologie der alten Schule zu sein. Nun ja, es schadet ja nicht – "primum nihil nocere" ist sein erklärtes Motto. Die Anwender der kostengünstigeren Checkbissmethode werden in der täglichen Praxis die Elektronik nicht wirklich vermissen. Es kommt halt auf die individuelle Marketingstrategie an.

Die Behandlung der Krankheitsursache sieht er in der Beeinflussung der Muskulatur, und dafür erscheint Leder das Biofeedback der Schlüssel zum Erfolg. Macht man sich klar, dass die Wurzel allen Übels die „schlechten Angewohnheiten“ sind, so folgt schlüssig, dass selbiges auch für den Patienten gilt. Dieser muss durch Selbstbeobachtung und Selbsterkenntnis sein Schicksal in die eigenen Hände nehmen – ja, auch physiotherapeutische Selbstmassagen gehören dazu. Der Blick in Leders 250-seitiges Kompendium, auf das er in seinem Vortrag ausdrücklich verweist, bringt ein weit gefächertes Spektrum an Diagnostik und Therapie.

In den meisten Punkten stimmt der Autor dieses Beitrags Leder voll und ganz zu, jedoch gibt es – zum Glück, das Leben wäre langweilig – auch Ansätze zur Kritik. Oder nennen wir es einfach viele Wege zum Ziel. Da war schon die Artikulatoreinstellung angesprochen, ein weiterer Punkt ist der Einsatzort der Schiene. So wird der „Klassiker“ aus Michigan im Oberkiefer getragen und hat dort auch weltweit akzeptierte Funktion. Als Basis kann eine Tiefziehfolie dienen, die problemlos mit Acrylat ergänzt werden kann. Der Vorteil liegt in der Kombination aus Deprogrammierung durch einen Frontaufbiss (NTI) auf der Folie und gleichzeitiger Verwendung als Registrierschablone nach nächtlicher Relaxation. Komplettiert mit Acrylat erhält man auf einfachem Weg eine passgenaue Ex-/Zentrikschiene, die nach physiotherapeutischer Relaxation in der Praxis feinkorrigiert und mit Front-Eckzahn-Führungsflächen korrigiert werden kann. Wer möchte, kann auch Doppelfolien mit weicher Innenseite einsetzen – was jedoch auch auf Ablehnung stößt.

Leder wählt für die Registrierung eine aufrecht sitzende Position des Patienten. Warum er das macht, erklärt er nicht. Diese Frage durchzieht die Zahnheilkunde seit Beginn der Bissnahme. Die Muskulatur – selbst funktionsgesunder Menschen – führt den Unterkiefer in unterschiedlichen Positionen gegen den Oberkiefer, so dass die habituelle Okklusion bei jedem Menschen variiert. Bei welcher Körperhaltung soll denn nun

die Muskulatur die bestmögliche okklusale Fixierung finden? Akzeptieren wir oro-kranio-faziale Parafunktionen bis zu einem gewissen Grad als physiologisch oder gestehen dem Pa-



Tastbefund – am eigenen Beispiel demonstriert

tienten – vor seiner Pathologie resignierend – parafunktionell muskuläre Hyperaktivitäten zu, so wird er diese während des Schlafes sicher nicht in aufrecht sitzender Position vollführen. Folglich wäre eher eine Bissnahme in liegender Position sinnvoll. Wollten wir auch noch andere Schlafgewohnheiten berücksichtigen, so kämen wir mit unserer Theorie gehörig „ins Schwimmen“. Und wie hält es „Mutter Natur“? Wer weiß das schon, denn da müsste man erst einmal Probanden mit gesunden Verhältnissen in statistisch relevanter Zahl finden und untersuchen. Bis dahin scheint der Kompromiss sinnvoll – halbliegend.

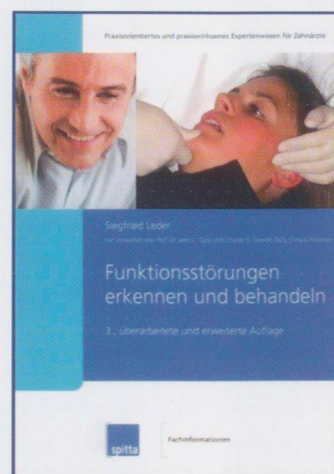
„Wichtig ist auf dem Platz!“, wie schon eine alte Fußballerweisheit verkündet, will heißen: eine stabile okklusale Abstützung des Unterkiefers, um der Muskulatur einen eindeutigen Referenzwert zu bieten. Und da hat „halbliegend“ noch einen praktischen Vorteil: die Korrektur der Okklusion fällt am halbsitzenden Patienten erheblich leichter, als am aufrecht sitzenden.

Doch diese kleinliche Kritik soll die Leistung Siegfried Leders nicht schmälern. Sein Gesamtkonzept ist durchdacht und wissenschaftlich unterlegt. Es ist in der Praxis des Allgemeinzahnarztes komplett problemlos integrierbar und damit ein wichtiger Beitrag für eine zeitgemäße Zahnheilkunde.

Der Autor dieses Beitrags, Dr. Claus Nordmeyer, ist Allgemeinzahnarzt mit CMD-Interessen-Schwerpunkt, niedergelassen in Hannover.

Buchtipps

Siegfried Leder:
„Funktionsstörungen erkennen und behandeln“,
Spitta 2012
ISBN 9783941964174
Mit CD-Rom und Fragebogen zum Erwerb von Fortbildungspunkten



Die indikationsgerechte Behandlung der bakteriellen Endodontitis

Das „Timbuktu-Protokoll“^(*) Teil 1: der sicher vitale Zahn



von Dr. Dr. Rüdiger Osswald, München

In dieser und den kommenden vier Ausgaben des „Forum für Zahnheilkunde“ veröffentlichten wir auf vielfachen Leserwunsch hin das „Timbuktu-Protokoll“ des Münchner Allgemeinzahnarztes Dr. Dr. Rüdiger Osswald in einer systematischen und zugleich praxisnahen Form. Über Osswalds Vorgehen und die wissenschaftlichen Studien und die Erfahrungen, die seinem Behandlungskonzept zu Grunde liegen, wurde im „Forum“ seit 2006 schon mehrfach, z.T. auch in Gegenüberstellung zu anderen Konzepten, berichtet (eine Liste findet sich unter www.daz-web.de/Lesetipps/docs/Endo-Kontroverse_2006-2013.pdf). Kollege Osswald wird sein Endodontie-Protokoll für aus seiner Sicht fünf unterschiedliche klinische Befunde/Behandlungssituationen

detailliert beschreiben und flankierend dazu seine persönlich bevorzugte Aufbereitungs- und Wurzelkanalfüllungstechnik wie auch sein benutztes Instrumentarium und Material darstellen, jeweils garniert mit zahlreichen praktischen Tricks und Tipps.

Wir sind uns bewusst, dass Osswalds Endodontie-Protokoll im Kollegenkreis nicht unumstritten ist. Vielfach wurde den von ihm benutzten Medikamenten eine besondere „Schädlichkeit“ unterstellt, die diese aber, wie viele andere, von Anhängern des sogenannten „Goldstandards“ der Endodontie propagierten Medikamente auch haben müssen, um überhaupt gegenüber den für den menschlichen Körper pathogenen Keimen erfolgreich schädigend, also bakterizid (= den Zelltod irreversibel einleitend) wirken zu können. Zudem gibt der Münchner Arzt und Zahnarzt Osswald eine Erfolgsquote seiner endodontisch behandelten Fälle an, die deutlich über derjenigen liegt, die in der wissenschaftlichen Literatur für vergleichbare, jedoch nach dem „Goldstandard“ behandelte Fälle angegeben wird.

Wägt man nach Studium des Osswaldschen Behandlungsprotokolls Aufwand, Risiken, Nutzen und Erfolgsaussichten gegeneinander ab, so stellt sich – zumindest für viele schon nach dem „Timbuktu-Protokoll“ erfolgreich arbeitende Praktiker – dieses Behandlungsschema als auch im Rahmen des vertragszahnärztlichen Behandlungsspektrums effektivste endodontische Therapie selbst in schwierigen Fällen dar. Gründe genug für unsere Redaktion, Ihnen als unseren Lesern – zum Wohl Ihrer Patienten – durch Abdruck des Behandlungsprotokolls die Möglichkeit zu geben, es in ihr therapeutisches Repertoire aufzunehmen. (Die Redaktion)

Der Endofall – Mosaik und Mischformen

Im klinischen Bild gibt es in der Endodontie keine eindeutig zu klassifizierenden Befundfälle. Es liegen vielmehr reichlich Mischformen und Mosaik vor. In der Folge kann ich Ihnen nicht versprechen, dass Sie – wie bei jedem etwas komplexeren Protokoll – ohne jegliche Lernphase auskommen. So kann es anfangs beispielsweise vorkommen, dass der Patient erneut mit Beschwerden auftaucht, weil die klinische Situation eine andere als von Ihnen eingeschätzt war. Das Tolle an diesem Protokoll ist jedoch, dass dadurch nichts anbrennt, weil Sie zu jedem Zeitpunkt einfach einen Behandlungsschritt zurückgehen und es (mit mehr Geduld) erneut versuchen können. Im Laufe der Zeit werden die Fälle, in denen Sie die Situation falsch eingeschätzt haben, immer seltener auftreten, weil sie relativ schnell lernen werden, welcher Zahn in welcher individuellen Behandlungssituation welche Therapie und Medikation benötigt.

Das ist ein Versprechen, das ich halten werde

Wenn Sie sich ganz exakt an dieses Protokoll halten, kann ich Ihnen jedoch Zweierlei versprechen: Zum einen wird die Lernkurve sehr steil sein. Dies im Übrigen ganz im extremen Gegenteil zu der Behandlung unter einem Dentalmikroskop, bei der sie unendlich flach und mit vielen Komplikationen und Zeitverlust behaftet ist. Und zum anderen werden Ihre Behandlungsergebnisse in allen unterschiedlichen klinischen Situationen sehr deutlich besser ausfallen als diejenigen, die in der Literatur angegeben sind. Falls Sie sich bisher an das aktuell gelehrtete Behandlungsprotokoll gehalten haben, werden Sie dies auch nicht erst in ferner Zukunft, sondern vielmehr

unmittelbar bemerken: Sehr wenig bis kein Theater mit Patienten wegen Exazerbationen, sondern schnelle und anhaltende Beschwerdefreiheit. Und dies bei stark reduzierten Schmerzmittel- und Antibiotikaverordnungen, die beide gegen Null tendieren werden.

Gibt es ein Wundermittel?

Wenn sich die Endodontologen mit meinem Protokoll beschäftigen, dann reduzieren sie es – sofern sie nicht sogar ChKM mit Formaldehyd verwechseln – regelmäßig auf die Behauptung, ich würde lehren, man müsse nur ein „Wundermittel“ in den Zahn geben, und schon würde alles gut. Das trifft es nicht, und das habe ich auch zu keinem Zeitpunkt behauptet. Richtig ist vielmehr, dass sich mein Behandlungsprotokoll in allen drei Behandlungsabschnitten sehr deutlich von der aktuell leider immer noch dogmatisch – und in meinen Augen inzwischen wider besseres Wissen – verkündeten Lehrmeinung unterscheidet. Will heißen, ich bereite in bestimmten klinischen Situationen anders auf, ich desinfiziere in allen Fällen anders, und ich fülle auch immer anders ab.

Die Mechanik ist (nur) der Diener der Desinfektion!

Zur mechanischen Aufbereitung ist grundsätzlich zu sagen, dass es prinzipiell egal es, mit welchen mechanischen Hilfsmitteln man aufbereitet. Hauptsache, man tut es und macht es „ordentlich“. Ordentlich heißt für mich, dass man alle Hauptkanäle, die man nach sorgfältigem Suchen gefunden hat, so vollständig wie möglich bis zum Apex mechanisch säubert und dabei erweitert. Je weicher das Dentin, desto

weiter kann und muss man – immer natürlich ohne sich zu verkünsteln – aufbereiten. Ziel der Erweiterung ist, ein Stadium zu erreichen, in dem trockene Späne fliegen. Denn das bedeutet, dass die Nebenanäle und Tubuli eröffnet sind und damit der Weg frei ist für das oder die Desinfektionsmittel. Ganz im Sinne von Otto Walkhoff, der weiland anmerkte: „Die Mechanik ist der Diener der Desinfektion!“ Ich bemühe mich, apikal bis mindestens ISO 35 aufzubereiten. Dabei verwende ich als letztes Instrument jedoch immer eine 60er-Feile, um Raum für reichlich Desinfizienz zu schaffen. Dass ich mit den letzten Feilen immer weniger weit nach apikal vordringe, versteht sich dabei von selbst.

In Fällen von röntgenologisch gesicherter Diagnose einer apikalen Ostitis bemühe ich mich, eine 15er Feile über den Apex hinaus und in die Aufhellung hinein zu schieben. Dies zum einen, um erst einmal überhaupt feststellen zu können, ob sich nicht vielleicht Sekret entleert (beginnende/manifeste Abszessbildung, Zyste). Also ganz im Sinne von Hippokrates, der 400 Jahre vor Christus den heute immer noch gültigen medizinischen Lehrsatz geprägt hat. „Ubi pus, ibi evacua!“ Zum anderen aber auch, um den eingesetzten Desinfektionsmittel – wie das „itis“ bei Ostitis ja schon sagt – den Zugang zum in diesen Fällen (praktisch) immer bakteriell infizierten Periapex und Knochen zu erleichtern.

Ich selber verwende in einem ersten Schritt Handinstrumente (bis ISO 25/30) und anschließend eine Giromatik (rotiert selbstständig im schnellen Wechsel lediglich viertelkreisig, während der Behandler feilt), in schwierigen Fällen auch beide abwechselnd. Lediglich bei Revisionen bereite ich das erste Drittel rotierend auf. Dabei feile ich – wie ein Feinmechaniker das lernt, also rundherum und immer schön an der Wand lang – mit dem einen Instrument so lange, bis sich das nächste ohne Kraftanwendung einführen lässt. In Fällen, in denen ich die erste Feile (in der Regel eine ISO 15) nicht problemlos bis zum Apex (oder darüber hinaus) vorschieben kann (oder auch wenn ich aufgrund der Lage des Kanals mit den Fingern einfach nicht gut oder gar nicht herankomme), nehme ich auch gleich die Giromatik (mit einer dann nagelneuen Feile!). Dann gelingt es fast regelmäßig, und es kann im gewohnten Arbeitsfluss weitergehen.

Gegen die Verwendung rotierender NiTi-Feilen habe ich prinzipiell nichts. Ich denke aber dennoch, dass der Einsatz konventioneller Feilen sinnvoller ist. Dafür sprechen einige Gründe. So stellt sich die überwiegende Mehrzahl der Kanäle aus meiner „erfühlten“ Erfahrung alles andere als rund dar, sondern vielmehr eher oval und noch dazu mit Nischen und Ausläufern. Um solche Kanäle rotierend wirklich komplett zu reinigen, müsste man den betreffenden Kanal auf seiner ganzen Länge mit einem Feilendurchmesser passend für den größten Nischendurchmesser aufbereiten und damit die Wurzel deutlich mehr als nötig schwächen. Die Spezialisten finden beispielsweise im unteren Sechser ja gerne 4 Kanäle, 2 mesial und 2 weitere distal. Ich finde die anfangs häufig auch. In der deutlichen Mehrzahl der Fälle zeigt sich jedoch, dass die distalen Kanäle nach einigem Feilen plötzlich konfluieren, dass ich also den Isthmus des meist sanduhrförmigen distalen Kanals eliminiert habe. Das merkt man offensichtlich bei rotierender Aufbereitung unter Zurücklassung von allerhand Debris häufig gar nicht.

Ein weiterer Grund, warum ich lieber feilend aufbereite, liegt an der inflationären Zunahme von Längsfrakturen. Ich denke,

dass man rotierend aufbereitend deutlich mehr lateralen Druck auf die insbesondere apikal sehr dünnen Kanalwände ausübt. Und die Frakturen verlaufen ja praktisch immer von apikal nach koronal. Dieses Risiko wird natürlich noch deutlich größer, wenn man mit reichlich Natrium-Hypochlorit und EDTA spült, die beide die organischen Bestandteile aus dem Dentin herauslösen und es so nachhaltig schwächen. Und wenn man dann auch noch mit Druck lateral oder vertikal kondensiert, um die zähe Gutta-percha in die Seitenkanälchen zu treiben, muss man sich nun wirklich nicht länger die Wundermütze aufsetzen. Inzwischen gibt es auch reichlich Literatur, die die Richtigkeit dieser Überlegungen dokumentiert. Darüber hinaus stelle ich mir vor, dass bei der rotierenden Aufbereitung (die Instrumente sind ja sehr deutlich stumpfer als Stahlfeilen) deutlich mehr bakteriell infizierter Debris in die Seitenkanälchen und die Tubuli gepresst wird.



Grundsätzlich gilt: Je schlechter die mechanische Aufbereitung der Hauptkanäle gelingt, desto geduldiger muss man desinfizieren!

Auf der nächsten Seite folgen eine **Kurzfassung des Protokolls** für den sicher vitalen Zahn und ein **Fall-Beispiel**. **Teil 2 des Behandlungsprotokolls** wird in der Juni-Ausgabe des „Forums“ veröffentlicht. **Artikel von Dr. Osswald** u. a. Autoren zu Endo-Themen finden sich in den Forum-Ausgaben 86, 87, 90, 99-107, 109-112, 114 u. 117 – siehe Archiv unter www.daz-web.de.

(*) Warum „Timbuktu-Protokoll“? Der Name hat sich aus einem Statement Dr. Osswalds in einer Internetmailingliste ergeben, als er, nach seiner speziellen Technik und „Mechanik“ befragt, sinngemäß antwortete: „Man gebe mir irgendeine marktgängige Feile und ein potentes Desinfektionsmittel und ich behandle (fast) jeden Wurzelkanal erfolgreich, zur Not auch mitten in Timbuktu!“

Zum Autor:

Nach seinem Medizinstudium in Paris, Bochum und Münster mit Approbation 1976 absolvierte Rüdiger Osswald zunächst eine Ausbildung zum praktischen Arzt. 1982 begann er in München sein Zahnmedizinstudium und ließ sich 1987 in eigener Praxis in Schwabing nieder. Osswald hat die jeweils aktuellen Entwicklungen in der Zahnheilkunde in zahlreichen Veröffentlichungen und Vorträgen kritisch begleitet und schließlich 2005 zusammen mit Kollegen den Berufsverband der Allgemeinzahnärzte Deutschlands gegründet, dessen Geschäftsführer er seitdem ist. Sein besonderes Interesse gilt seit jeher der sicher voraussagbaren Zahnerhaltung auch in schwierigen Fällen. Auf seiner Website stellt er seine Positionen und Fälle zur Diskussion – siehe www.tarzahn.de.





Klinische Diagnose: sicher vitaler Zahn ohne klinische Symptomatik Definitives Abfüllen in erster Sitzung

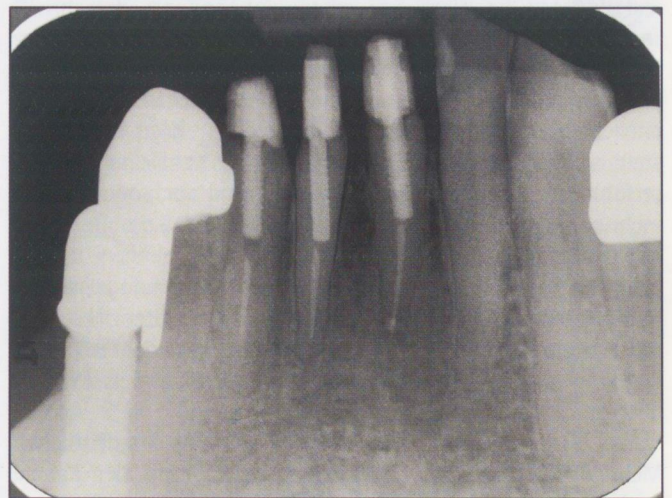
- Nur bei präoperativ sicher vitalen Zähnen ohne klinische Symptomatik
- Also praktisch nur bei akzidenteller Eröffnung der Pulpa im Rahmen einer prothetischen Präparation, wenn das Risiko für eine direkte Überkappung zu hoch erscheint. Bei Kons und Einzelkronen (langes semi-permanentes Eingliedern) bei nicht zu großer Pulpeneröffnung natürlich direkte Überkappung
- Nur wenn eine komplikationslose weite Aufbereitung bis zum Apex möglich ist
- Stellt in diesem Sinne die Ausnahme von der Regel dar
- Wenn es nicht eindeutig ist, ob die Karies zum Zeitpunkt der Eröffnung bereits völlig eliminiert war, lieber eine Zwischeneinlage mit Jodoformpaste (nach Walkhoff), Abdruck und Provisorium. WF beim Einsetzen der Prothetik
- Ruhigstellung durch gutes Außer-Kontakt-Schleifen, insbesondere bei den Lateralbewegungen (Powerzentrik)
- Nach (fast) jeder Feile drucklose Spülung mit 3%igem H₂O₂
- Abfüllen mit Endomethasone N mittels Pastinjekt in Einstifttechnik

Fall-Beispiel

Natürlich gibt es Fälle eindeutig vitaler Zähne, in denen man ein Abfüllen in erster Sitzung nicht vermeiden kann. So beispielweise die, in denen der Patient sich mit einem auf Schleimhautniveau frakturierten Schneidezahn vorstellt, bei dem nicht mehr genug Substanz für eine gesellschaftsfähige Versorgung vorliegt, so dass man um einen Stiftaufbau nicht herumkommt. In solchen Fällen befülle ich den Kanal nach jeder Feile mit ChKM (Kollegentip!). Die Vorstellung dabei ist, dass ChKM während der Aufbereitung in die Seitenkanäle und Tubuli vordringen und dort seine Arbeit (insbesondere die Imprägnierung des dort befindlichen abgestorbenen organischen Gewebes zum Schutz vor einer Reinfektion über den PAR-Spalt) verrichten kann. Bei nicht zweifelsfrei vitalen oder gar gangränösen Zähnen versorge ich natürlich mit einer Interimsprothese und fahre vor dem definitiven Verschluss das für solche Fälle vorgesehene Desinfektionsprotokoll.



Rö-Bild 1: Zustand nach Chemotherapie und Radiatio mit Kariesexplosion. Die prothetische Versorgung war bereits geplant und der zugehörige Heil- und Kostenplan beim Gutachter, als „etwas Hartes zwischen die Zähne“ kam mit der Folge von Kronenfrakturen der Zähne 31 und 41. Nach Kariesentfernung waren, genau wie am Zahn 42, nur noch die Zahnwurzeln erhaltungswürdig.



Rö-Bild 2: Da die erhaltungswürdige Restzahnschubstanz sich teilweise unter Schleimhautniveau befand, war eine Versorgung mit praxiserstellten Provisorien nicht möglich. Weil zudem der Patient als Geschäftsmann unmittelbar gesellschaftsfähig versorgt werden musste, erfolgte unter ChKM-Sättigung die Aufbereitung mit Wurzelfüllung und Schraubenaufbau wie im Text beschrieben in einer Sitzung.



Leserbrief zum Editorial in Forum 117

Der hier wiedergegebene Brief war privat gedacht - sein Inhalt ist es nicht. Ist er doch als Aufruf zu lesen, die endodontologische Forschung und Lehre und die Versorgung mit endodontischen Leistungen endlich in sichere Bahnen zu lenken. Der Verfasser skizziert seine endodontologische Biographie, die versorgungspolitisch brisant und zugleich typisch ist, wie wir aus vielen ähnlichen Briefen und mündlichen Äußerungen wissen: Sie gibt das Desaster der endodontologischen Forschung und Lehre hierzulande, die mangelhafte Versorgung mit endodontischen Leistungen und zudem die Abhängigkeit beruflicher Erfüllung und Zufriedenheit von der Sicherheit einer guten Behandlungsprognose sehr plastisch zu erkennen. Der Text möge ein weiterer Anstoß werden, endlich das Notwendige zu tun, damit die desaströse (Miss-)Erfolgsrate endodontischer Behandlungen hierzulande von ca. 50%¹⁾ sehr deutlich angehoben werden kann. Deshalb drucken wir ihn, leicht gekürzt, mit Einverständnis des Verfassers, dem wir danken.

Sehr geehrter Kollege Osswald!

Erlauben Sie mir, Ihnen ein paar aufmunternde Worte zukommen zu lassen. In Ihrem letzten Artikel, den ich las (im Forum für Zahnheilkunde 117), hatte ich den Eindruck einer leichten Diskrepanz zwischen Ihrem fröhlichen Gesicht, abgedruckt am Anfang des Artikels, und der doch leicht resignierenden Wortwahl im Verlaufe Ihrer Ausführungen.

Erlauben Sie mir, in kurzen Zügen meine "Endo-Laufbahn" zu erzählen: Nach dem Studium der Zahnheilkunde in Heidelberg (6 Jahre Wartezeit füllte ich mit einer Zahntechnikerlehre) begann ich Mitte der 80er Jahre als Assistent in einer kleinen Praxis in Illingen bei Stuttgart, mit der Absicht, dieselbe nach meiner Assistenzzeit zu übernehmen. Der Praxisinhaber, ein sog. "Dentist", praktizierte Endodontie dahingehend, dass er in den bestauffindbaren (beileibe nicht in allen anatomisch vorhandenen) Wurzelkanälen mit einer Headstroemfeile solange rührte, bis Papierspitzen mit ChKM getränkt eingeführt werden konnten. Diese verblieben dann einige Wochen im Zahn. Anschließend wurden die Papierspitzen entfernt und die Kanäle ohne weitere Trocknung oder Aufbereitung mit N₂ abgefüllt. Ich darf noch erwähnen, dass ich ausdrücklich darauf aufmerksam gemacht wurde, dass das Ziel der Aufbereitung (und Abrechenbarkeit) mit dem Erreichen des apikalen Drittels erreicht war! (Dieses Ausrufezeichen sei mir jetzt erlaubt.)

Dem Einser-Examenskandidaten Chluba sträubten sich zwar die Haare, aber der Chef verwies auf seine (gefühlte) Erfolgsstatistik von fast 100% und 35 Jahre Berufserfahrung und verlangte 100%ige Umsetzung seines Protokolls! Immerhin wurde mir erlaubt (da auch abrechenbar), mehr Wurzelkanäle und etwas weiter Richtung Apex aufzubereiten und abzufüllen. Da die Erfolgsstatistik sich nicht änderte, gab es während meiner Assistenzjahre auch keinerlei Probleme.

Kurz nachdem ich die Praxis übernommen hatte, lernte ich im Rahmen einer Fortbildung über Totalprothetik Herrn Dr. Gutowski kennen. Sein Einfluss auf meine gesamte zahnärztliche Tätigkeit war sicher prägend, und folgerichtig besuchte ich auch mehrere Endo-Fortbildungen, welche Axel zusammen mit einem amerikanischen Endodontisten in München organi-

sierte. Von da an ging's bergab, zumindest was die Erfolgsstatistik in der Endo anging: Ca(OH)₂ in Ehren, trotz Feilen bis zum Abwinken und zunehmender chirurgischer Erfahrung mit Resektionen bis zum 7er. Die Erfolgsstatistik schmolz zusammen wie ein Schneemann in der Sonne, und trotz aller Bemühungen sah ich mich statistisch irgendwann, wenn überhaupt, dann gefühlt, nur unwesentlich besser als den Durchschnitt aller Kollegen. Endo machte keinen Spaß mehr! Trotz Schwielen an den Fingern und häufigem Auffinden von 4 Kanälen an Sechsern und exaktem Umsetzen des sog. "Goldstandards" wurde die Statistik nicht besser.

In dieser kritischen Phase meiner zahnärztlichen Laufbahn las ich irgendwo etwas von einer "Timbuktu-Methode". Wann genau das war? So etwa vor 10 Jahren. Einmal besuchte ich eine kurze Veranstaltung in Ludwigsburg im Krauthof, in der Sie, werter Herr Kollege Osswald, voller Begeisterung und für mich völlig plausibel darstellten, was in der Endo warum und wie lief. Unter Ihrem Blickwinkel wusste ich auch das Behandlungskonzept und die Erfolge meines Praxisvorgängers neu einzuschätzen. Das Ereignis, Sie zu erleben vor dem Hintergrund meiner eigenen Erfahrungen, bedeutete einen sofortigen Schwenk in der Praxis! Wenig wurde anders, aber alles besser!

Ich will es kurz machen: Inzwischen auch noch Besitzer eines Reziproc-Gerätes habe ich keinerlei Endo-Schwielen mehr an den Fingern und seit dem Umsetzen Ihres Protokolls wieder eine Endo-Statistik "wie in alten Zeiten"! Endo war schon vor Reziproc absolut vorhersehbar und sicher, jetzt ist es die reine Freude!

Zur Ergänzung: Ich habe öfter mit Kollegen zu tun, die sich nach mehrjährigen Fortbildungen zum „Spezialist für Endodontiebehandlungen“ qualifiziert haben. Trotz dieses Spezialistentums ist ihre "Statistik" durchschnittlich, d.h. die übliche Misserfolgsquote. Ich habe natürlich gleich nach dem Kurs bei Ihnen von Ihnen erzählt. Aber kein kollegiales Gespräch, das ich in den letzten Jahren über Endo geführt habe, hat meines Wissens bewirkt, dass ein Kollege oder eine Kollegin sein bzw. ihr bisheriges Behandlungsprotokoll überprüft oder sogar verändert hätte, außer die bei mir beschäftigten Assistentinnen und Assistenten, die sich persönlich überzeugen konnten. Geht einer meiner Patienten während meines Urlaubs mit Schmerzen zu einem der genannten Kollegen, so werden die Kanäle mit Ca(OH)₂ aufgefüllt und ein Antibiotikum verordnet, was in der Regel für mich vorhersehbare Auswirkungen für den Patienten hat. Während des Studiums erworbenes Wissen (Konditionierungen!) unterliegt offensichtlich einer sehr langen Halbwertszeit. Es heißt zwar, steter Tropfen höhlt den Stein, aber aus was für Stein einige unserer Kollegen sind, kann (und will) ich mir nicht (mehr) erklären.

Langer Rede kurzer Sinn: Ich danke Ihnen und ich möchte Sie bitten, weiter zu machen, denn wie sagte ein kluger Mann angeblich vor längerer Zeit: Wie lange dauert ein Paradigmawechsel in der Medizin? Zwei Generationen! Eine Generation, bis die Professoren tot sind, und eine weitere, bis deren Schüler ausgestorben sind.

In diesem Sinne grüßt Sie: **Fritz Chluba**

¹⁾ Bauer / Neumann / Saekel, Zahnmedizinische Versorgung in Deutschland, Bern 2009, Seite 129



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 ausgewogene Ernährung. Fluorid trägt zur Erhaltung der Zahnmineralisierung bei.

www.bad-reichenhaller.de



Bad Reichenhaller MarkenJodSalz + Fluorid + Folsäure ist von der Aktion zahnfreundlich e.V. mit dem Zahnmaennchen ausgezeichnet. www.zahnmaennchen.de

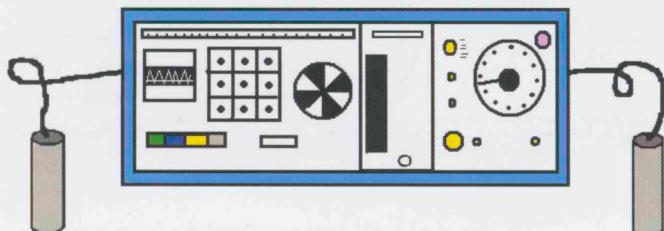


Magische Heilmethoden Teil 5: Bioresonanz

von Mandy Himmelblau – ganzheitliche Erklärfee

Unser Körper schwingt und strahlt

Die Bioresonanz ist ein Verfahren, mit dem krankmachende Informationen gemessen und in gesundmachende umgewandelt werden können. Das wird mit einem Gerät bewerkstelligt, das ungefähr so aussieht:



Die Hersteller und Anwender solcher Geräte beschreiben die Funktionsweise folgendermaßen:

Die Zellen unseres Körpers geben Signale in Form von Schwingungen, Energiefeldern, Strömen, Lichtblitzen oder Photonenstrahlung (so genau sind sich die Anwender da nicht einig) ab und tauschen Informationen über bestimmte Frequenzen aus. Ein Bioresonanzgerät kann diese Schwingungen oder was auch immer messen und über ein Elektrokabel in das Gerät leiten. Im Gerät werden negative Schwingungen mit passenden Frequenzmustern behandelt und in positive Schwingungen umgewandelt. Der Patient hält 2 röhrenförmige Elektroden in der Hand (sieht so ähnlich aus wie der E-Meter, auch bekannt als Lügendetektor, von Scientology), die eine nimmt die Signale auf, die andere gibt die umgewandelten Signale wieder ab.

Ich habe einen befreundeten Elektriker gefragt, wie so ein Gerät funktionieren könnte. Er hat es sich angesehen und meinte, es sieht aus, wie ein Ohmmeter. Er glaubt, dass das Gerät lediglich den Hautwiderstand der behandelten Person misst, also je nach Dicke, Feuchtigkeit und Andruck ist der Hautwiderstand unterschiedlich. Den gemessenen Wert des Stromdurchflusses kann man dann auf einem Zeigerausschlag auf dem Display sichtbar machen.

Da kann man mal sehen, was so ein ganz normaler Handwerker doch für eine begrenzte Denkweise hat, er interessiert sich nur für Fakten und logische Zusammenhänge. Kein Gespür für Magie und geheimnisvolle Erscheinungen. Ich stelle mir nämlich die Funktionsweise so vor:

Ich hätte z.B. eine Amalgamallergie, von der Elektrode in meiner Hand würden die Schwingungen meiner Körperzellen mittels quantenbiologischen Übertragungssystemen in das Gerät geleitet, am Eingang stünden kleine Kobolde, quasi als Türsteher, und sortierten die guten von den bösen Schwingungen. Die guten ließen sie durch und die bösen kämen in die Umpolungskammer. Dort säßen kleine Feen und bearbeiteten die bösen Schwingungen mit einem winzigen goldenen Frequenzhäm-

merchen und klopfen solange, bis die Schwingungskurven genau umgekehrt wären. Erst dann würden sie wieder in die Freiheit entlassen und könnten mir über die zweite Elektrode wieder eingeführt werden. Ab sofort wäre ich von meiner Amalgamallergie geheilt.

Falls Sie jetzt denken, ich hätte zu viel Fantasie, haben Sie Recht. Aber ich habe trotz intensiver Recherche nicht herausbekommen, wie das Gerät in Wirklichkeit funktioniert und was da genau passiert, die Bauteile und der Schaltplan werden nirgends genannt. Ich habe sogar Kontakt zu einem Physikprofessor aufgenommen, er konnte es mir auch nicht erklären.

Wenn Sie erfahren möchten, wie Bioresonanz in der Zahnarztpraxis eingesetzt werden kann, empfehle ich Ihnen: Geben Sie „Bioresonanz“ und „Zahnarzt“ bei google ein. Da werden Sie auf die Seiten von besonders begabten Kollegen geführt, die Ihnen das alles viel besser erklären können als ich.

Quellen

<http://regumed.de/>

Bessere Quellen

<http://de.wikipedia.org/wiki/E-Meter>

http://www.zeit.de/zeit-wissen/2006/02/Essay_Lambeck

<http://www.gwup.org/component/content/article/689-wiw-martin-lambeck>

Martin Lambeck „Irrt die Physik?“ Über alternative Medizin und Esoterik, Verlag C.H. Beck, 2. Auflage 2005

Martin Lambeck: Die Komplementärmedizin an der Universität Frankfurt/Oder

http://www.gwup.org/images/stories/pdf/skeptiker/2010/2010_12%20IntraG%20Teil%201%20Skeptiker%20Lambeck.pdf

http://www.gwup.org/images/stories/pdf/skeptiker/2010/2010_12%20IntraG%20Teil%202%20Skeptiker%20Lambeck.pdf

Noch ein Lesetipp

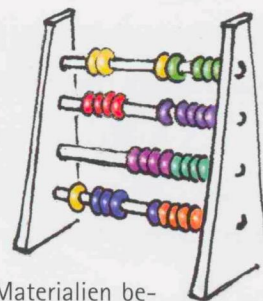
2013 ist als Nr. 4 der Reihe SPIEGEL WISSEN ein Heft zum Thema „Natürlich heilen“ herausgekommen, in dem eine große Palette alternativmedizinischer Ansätze und Methoden vorgestellt und kritisch hinterfragt wird:

<http://www.spiegel.de/spiegel/spiegelwissen/index-2013-4.html>



Ohne Moos nix los: Die Abrechnung nach der – nicht mehr ganz so – neuen GOZ in der täglichen Routinepraxis

Knackpunkte (2): Die Berechnung von Materialkosten



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

regelmäßig entstehen Probleme im Zusammenhang mit der „neuen“ GOZ nicht nur bei der Umsetzung von Abrechnungspositionen, sondern auch bei der Materialkostenberechnung. Denn auch hier gibt es Unterschiede zur GOZ 88 und besonders auch zum BEMA, wobei wie bei den Abrechnungsziffern auch hier wieder die weit häufigere BEMA-Abrechnung im Unterbewusstsein die Privatabrechnung zu beeinflussen scheint. Als grundlegende Aussage zur Materialkostenberechnung kann der §4 GOZ („Gebühren“) gelten, in dem es unter Absatz 3 heißt:

„Mit den Gebühren sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungs-material, für den Sprechstundenbedarf, für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten sowie für Lagerhaltung abgegolten, soweit nicht im Gebührenverzeichnis etwas anderes bestimmt ist.“

Neu ist im Vergleich zum Text der alten GOZ hierbei, dass explizit bestimmt wird, dass Kosten für Lagerhaltung von Materialien nicht gesondert berechnungsfähig sind. Im Teil A, Satz 2 der GOZ (Allgemeine Bestimmungen) findet sich unverändert die Regelung, dass das bei den Leistungen verwendete Abformmaterial gesondert berechnungsfähig ist. Ebenso regelt §9 den Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen.

Generell kann man sagen, dass Materialien, die in der GOZ nicht als gesondert berechnungsfähig erwähnt werden, auch nicht gesondert berechnet werden dürfen! Dies galt schon in der alten GOZ und folgt aus dem BGH-Urteil AZ: III ZR 264/03 zum Auslagenersatz vom 27.05.05.

Weiterhin ist bei der Abrechnung zu beachten, dass nach §10 Abs.2 Ziffer 5 GOZ kein Sammelposten (wie z.B. „Kleinmaterial“) für Materialkosten angesetzt werden darf. Ausdrücklich als berechnungsfähig gelten nun Nickel-Titan-Instrumente zur Wurzelkanalauf-

bereitung, unter der Voraussetzung, dass es sich um „nur einmal verwendbare“ Instrumente handelt (Abschnitt C, Allgemeine Bestimmungen).

So löblich die Berechenbarkeit von einmal verwendbaren Wurzelkanalinstrumenten im beiderseitigen Interesse von Patienten und Zahnarzt auch ist, bleibt die Einschränkung auf Nickel-Titan-Instrumente doch für den Allgemeinzahnarzt nicht gut nachvollziehbar, denn auch bei der einmaligen Verwendung von Stahlfeilen, die besonders in den kleinen ISO-Größen 6,8 und 10 de facto als Einmalinstrumente zu betrachten sind, entstehen nicht unbeträchtliche Kosten. Warum *diese* Instrumente nicht weiterberechnet werden dürfen, entzieht sich der Logik.

Ähnlich inkonsequent ist die Regelung bei den Provisorien (GOZ 2260 u.2270): ein konfektioniertes Provisorium ist wie bei der konfektionierten Krone (GOZ 2250) berechenbar; das verbrauchte Material zur Herstellung eines Provisoriums ist –anders als im Bereich der BEMA-Abrechnung– nicht berechenbar.

Direkt im Leistungstext der GOZ-Nummern 0090 und 0100 findet man die Aussage, dass *die Kosten der verwendeten Anästhetika gesondert berechnungsfähig* sind. Die Berechnung der Materialkosten für die verwendeten Anästhetika wurde im Verlauf der Auslegung der alten GOZ unterschiedlich gehandhabt und war die letzten Jahre nicht gestattet. Diese Klarstellung liegt also im Interesse der Zahnärzte. Doch auch hier fehlte dem Ordnungsgeber die letzte Konsequenz: Die Kosten für verbrauchtes Oberflächenanästhetikum sind ebenso wenig berechenbar wie die Kosten für Einmalkanülen und Einmalspritzen.

Besonders wichtig in der täglichen Praxis ist die nun eindeutige Berechenbarkeit von atraumatischem Nahtmaterial, dessen Berechnung in der GOZ 88 in den letzten Jahren ebenfalls nicht möglich war. Weiterhin können an chirurgi-

schen Einmal-Materialien berechnet werden: Knochenersatzmaterial, Material zur Förderung der Blutgerinnung, Material zur Förderung der Geweberegeneration (z. B. Proteine, Membranen) und zum Verschluss von oberflächlichen Blutungen sowie Einmal-Explantationsfräsen. Dazu kommen die implantatspezifischen Materialien wie Implantate, Implantatteile und nur einmal verwendbare Implantatfräsen, aber auch Implantatschablonen.

Aus dem Bereich der Parodontologie sind insbesondere GTR-Membranen als berechenbar erwähnenswert sowie die verwendeten antibakteriellen Materialien bzw. Medikamente bei der subgingivalen medikamentösen antibakteriellen Lokalanplikation (GOZ-Nr. 4025).

Aus der Kieferorthopädie seien in diesem Zusammenhang exemplarisch Hilfsmittel wie Headgear oder Kopf-Kinn-Kappe genannt.

Bei den Funktionsanalytischen und Funktionstherapeutischen Leistungen sind neben den Laborkosten die Materialkosten für die Bissnahme und das Stützstiftbesteck sowie für die Einstellung des Ober- und Unterkiefermodells in den (halb) individuellen Artikulator gesondert berechnungsfähig.

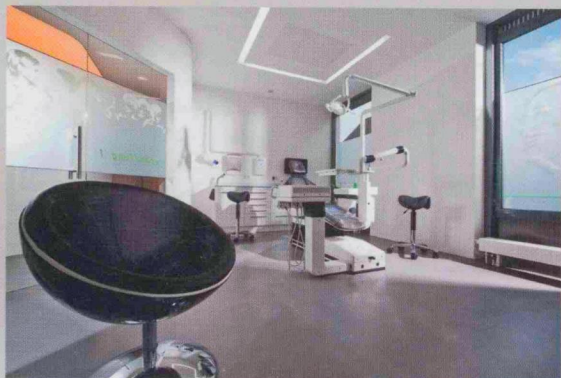
Zum Abschluss dieses Beitrages sei an die „Zumutbarkeitserwägung“ erinnert, die sich aus dem eingangs erwähnten BGH-Urteil zum Auslagenersatz vom 27.05.05 ergibt und die sich nach Auffassung der Bundeszahnärztekammer auch auf die neue GOZ übertragen lässt. Danach gilt:

Materialien, die das Honorar zu mehr als 75 % (bezogen auf den 2,3fachen Satz der Leistungen, bei der sie anfallen) aufzehren (Unzumutbarkeit), sind berechnungsfähig, auch wenn ihre Berechenbarkeit nicht explizit in der GOZ genannt wird.

Dr. Jürgen Simonis, Hinterweidenthal
drjsimonis@googlemail.com



Zahnpasta war gestern.



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