



33. Jahrgang
Juni 2014

Ausgabe 119

Forum für Zahnheilkunde

Zeitschrift des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde
und des Berufsverbandes der Allgemeinzahnärzte



B
V
A
Z

Mikromaster: Magische
Vervielfältigung von
Studienabschlüssen

DAZ-VDZM-
Frühjahrstagung:
große Koalition –
große Reformen?

Serie zur indikations-
gerechten Endo
Teil 2: akute Pulpitis

Fallbeispiel:
Missbrauch des
Patientenvertrauens

Magische
Heilmethoden:
Zaubermedizin an
deutschen Hochschulen

Mundhygiene im
Pflegeheim realisierbar
machen

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

Endodontie: nicht indikationsgerecht und nicht für alle erschwinglich –



dafür aber vom „Meister“



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

Neue Patienten für Sie?



Sie wollen auch Deutschen Qualitäts-
ZahnErsatz zu Importpreisen??

ZE-DISCOUNT Einfach gut.

Für jeden bezahlbar

und mit 5-Jahres - ZE - Garantie!



German - CAD

mehr Praxisumsatz
garantiert!



ZE-DISCOUNT

Premium Qualität - knallhart kalkuliert



Sie wollen auch Deutschen
Qualitäts-ZahnErsatz zu Importpreisen?

und mit der sicherheitsbewußten 5-Jahres-Garantie?

z.B. Ästhetisches **ZE-DISCOUNT** - Zirkon € 95,-
(zzgl. Versand)

Steigerung
ca. + 5 %

deutlich bessere
Praxisrendite

mehr Patienten

mehr erfolgreiche HKP's

Aktion: Wollen Sie von uns empfohlen werden? Machen Sie mit!

ZE-Discount® ist ein Produkt
der German-CAD® Ltd. & Co. KG
50181 Bedburg & 50999 Köln

sparen@ze-discount.de

FON 02272 - 911 413

Editorial:

Kosten senken nicht vergessen!

Mittelständische Unternehmen, die auf der Einnahmeseite unter Druck geraten, reagieren mit Rationalisierungs- und Kostensenkungsprogrammen, da ihre Möglichkeiten, kurzfristig die Einnahmeseite zu verbessern, eingeschränkt sind. Noch dazu bergen Preiserhöhungen in wirtschaftlich angespannten Situationen die Gefahr, aus dem Markt katapultiert zu werden. Die Konkurrenz schläft nie. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, warum zahnärztliche Unternehmen fast ausschließlich auf die Einnahmeseite fokussieren, die Kostenseite jedoch weitgehend ausblenden.

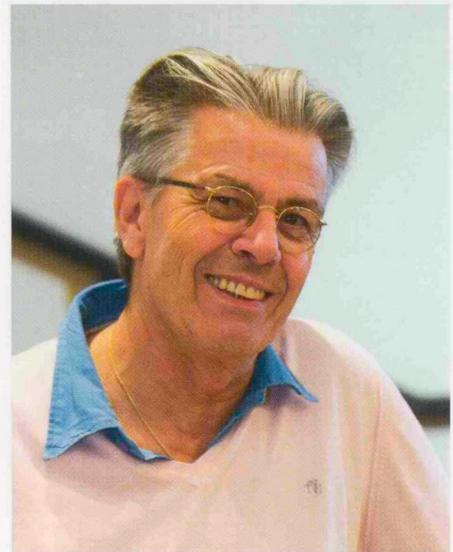
Ein Blick in die Statistik zeigt, dass die Mehrzahl der Kollegen immer noch als Einzelkämpfer unterwegs ist, mithin in Strukturen, in denen schon ihre Großväter praktizierten. Von Rationalisierung durch Verlängerung der Maschinenlaufzeiten ist wenig zu bemerken. So wählte bei den Neugründern im Jahr 2011 nur rund ein Drittel eine Berufsausübungsgemeinschaft, und sogar unter den sehr jungen Gründern unter 30 Jahren war es nur knapp die Hälfte. Fast alle Praxen setzen zur Abrechnung Computer ein. Die erdrückende Mehrzahl arbeitet jedoch noch immer nicht karteikartenlos und generiert damit Doppelarbeit, obwohl die technischen Voraussetzungen seit 30 Jahren gewährleistet sind.

Dabei eröffnet die Investition in eine Mehrplatzanlage erhebliche Kostensenkungspotentiale, da sie – in einer kleineren Berufsausübungsgemeinschaft und in der Einzelpraxis erst recht – die von fast allen Praxen beschäftigte Abrechnungshelferin einsparen kann, die die Kostenseite erheblich belastet. Dies um so mehr, als sie die einzige Fachkraft in der Praxis ist (sein sollte), die keinen Umsatz generiert: Bei einem Bruttoverdienst von beispielsweise € 3000,- errechnet sich eine jährliche Arbeitgeberbelastung von € 44.416,-. Dabei sind die Kosten für Urlaubs- und Krankheitstage nicht einmal berücksichtigt. Rechnen Sie lieber nicht aus, wie viel Prozent Ihrer Arbeitszeit und –kraft Sie einsetzen müssen, um zunächst einmal nur diese Kosten durch das Legen von Füllun-

gen zu erwirtschaften, ehe Sie selbst den ersten Euro verdienen. Und rechnen Sie das um Himmels Willen nicht auf die Gesamtzeit Ihrer Niederlassung hoch. Es könnte Ihnen sonst schlecht werden. Wir beschäftigen in unserer Gemeinschaftspraxis keine Abrechnungshelferin und wenden – bei entsprechend guter Organisation und Kenntnis der Abrechnungsziffern und –modalitäten – jeder täglich höchstens eine halbe Stunde dafür auf. Nach relativ kurzer Zeit kann man das nämlich nicht nur besser, sondern auch deutlich schneller als jede Helferin. Noch dazu lassen sich die meisten Abrechnungsarbeiten zwischendurch und bei gelegentlichem Leerlauf erledigen. Man darf sich natürlich nicht scheuen, auch einmal selbst ans Telefon zu gehen. Die entspannendsten Momente sind schließlich die, in denen man die Rezeption bedient und Rechnungen schreibt, während in allen Behandlungszimmern gearbeitet wird. Angst vor Ziffern? Warum denn das? Sie haben doch ein Hochschulstudium absolviert. Keine Lust? Schauen Sie schnell noch einmal auf die 44.000 Euro, die Sie zukünftig in die eigene Tasche wirtschaften werden. Dann kommt die Lust von selbst! Mal ehrlich: Wie viel Prozent Ihres Einnahmeüberschusses sind das?

Sind die neuen Strukturen einmal etabliert, eröffnen sich weitere Möglichkeiten zur Kostensenkung. Ein leicht zu bedienendes Buchhaltungsprogramm spart und verschafft ganz nebenbei den genauen Überblick über die wirtschaftliche Praxis-situation zu jedem Zeitpunkt. Zeitaufwand? Nicht mehr als 20 Minuten pro Tag, wenn man es beherrscht. Ein weiteres Programm erledigt die Personalbuchhaltung mit einem Aufwand von rund einer Stunde im Monat, wenn es einmal läuft. Lexware ist neben anderen eine gute Adresse. Keine Lust, sich mit solchem Kram zu beschäftigen? Das kostet! Schauen Sie einmal nach, wie viel von Ihrem sauer verdienten Geld Sie im letzten Jahr an Ihren Steuerberater überwiesen haben.

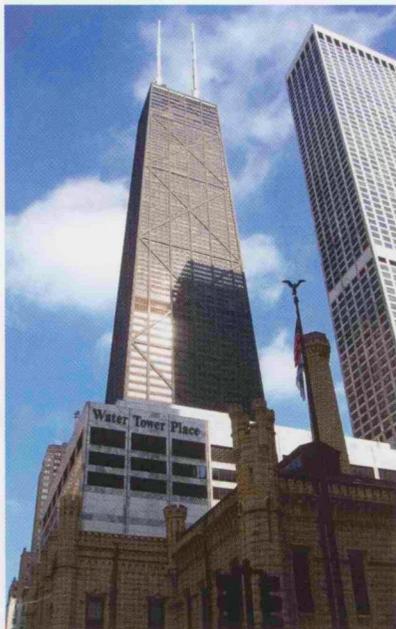
Keine Zeit? Natürlich haben Sie die. Mehr als genug. Nehmen wir beispielsweise an,



Sie behandeln in der Woche 36 Stunden in zwei Zimmern, wie das verbreitet ist. Und jetzt stellen Sie sich vor, Sie würden in einer Berufsausübungsgemeinschaft mit drei oder gar vier Behandlungszimmern im wechselnden Schichtdienst arbeiten, also in der einen Woche von 7 Uhr 30 bis 14 Uhr 30 und in der anderen von 12 Uhr 30 bis 19 Uhr 30, wobei der Freitag für denjenigen, der jeweils die Spätschicht hat, frei ist. Da außerhalb der Überlappungszeit mehr Behandlungszimmer zur Verfügung stehen, errechnet sich bei erheblich entspannter Behandlungssituation und daraus folgendem Mehrumsatz eine Behandlungszeit von durchschnittlich 31,5 Stunden pro Woche. Da haben Sie die notwendige Zeit: Ganze Viereinhalb Stunden pro Woche für sonstige Tätigkeiten, jede zweite Woche ein langes Wochenende von Donnerstag 14 Uhr 30 bis Montag 12 Uhr 30. Dazu noch das Gefühl – so behaupten es jedenfalls die Patienten – nur halbtags zu arbeiten. Mehr als 4,5 Stunden pro Woche wendet keiner von uns beiden Praxispartnern für die geschilderten Arbeiten auf. Dies bei verringerten Fixkosten, von denen ja nicht nur die Miete und viele weitere Ausgaben geteilt werden, sondern auch der Aufwand für die zu erledigenden Nebentätigkeiten.

Jedes Jahr, wenn wir in den ZM lesen, wie exorbitant der durchschnittliche Kostenanteil am Umsatz in deutschen Zahnarztpraxen ist, staunen wir ungläubig und wundern uns, dass wir „alten Säcke“ unseren Kostenvorteil gegenüber der Mehrzahl unserer Mitbewerber auch noch nach 30 Jahren behaupten.

Ihr
Rüdiger Osswald, München



USA – Mekka der Zahnmedizin?

Am Ende dieser Ausgabe finden Sie mal nicht nur die gewohnten Abrechnungstipps, sondern auch einen bebilderten Bericht aus dem Land, das die weltweit größten Zahnmedizin-Kongresse aufzuweisen hat und in dem viele Global Player der dentalen Welt Ihren Sitz haben, dessen Durchschnittsbürger jedoch gleichzeitig mit einer weitaus bescheideneren, zahnmedizinischen Versorgung als in Deutschland, zum Teil eher mit gar keiner, zurecht kommen müssen. Lassen Sie sich überraschen – auf den Seiten 30–33.

Bildnachweis:

**Redaktionsschluss
für Forum 120: 15. Juli 2014
Erscheinen: September 2014**

Cover, Seite 4: Wikipedia, Cover sowie Seiten 4, 20, 22, 23: K. Mentzendorff, www.mdorff.de; Seite 3: Christoph Kaden, www.campus-arts.de; Seite 5: Jörg Pompetzki; Seite 6: Riva Verlag; Seite 7: Bernd Bittenbinder; Seite 8, 10: Peter Scharf; Seite 9: Page und Komman; Seite 11: Dr. Eberhard Riedel; Seite 14: Prof. Dr. Christoph Hommerich; Seite 16: Dr. Ulrich Happ; Seite 17: www.forumzahnundmundgesundheits.de; Seite 17: Ursula Roseeu; Seite 19: Peter Bagdons; Seite 24: Klaus Nather, www.metaplan.de; Seite 26, 27: Diana Bernardi; Seite 28: Melanie Neumann; Seite 28: DAHZ, www.dahz.org; Seite 30, 31, 32, 33: Dr. Andreas Bien; Seite 34: Vera Orsag

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

Inhaltsverzeichnis

Forum für Zahnheilkunde 119 –2014

- 03 Editorial: Kosten senken nicht vergessen! – von Dr. Dr. Rüdiger Osswald
- 04 Impressum, Bildnachweis

DAZ-Teil

- 05 DAZ-VDZM-Frühjahrstagung: Große Koalition – große Reformen? – Positionen der BARMER GEK dargestellt und kommentiert von Dr. Celina Schätze
- 06 Murks im Mund – ein Buch, von dem man mehr als nur den Titel lesen sollte – von Dr. Celina Schätze
- 07 DAZ-VDZM-Frühjahrstagung – Pressemeldung
- 07 Die aktuellen Gehaltslisten von Körperschaftsvorständen – DAZ-Pressemeldung
- 08 DAZ-VDZM-Frühjahrstagung: Parodontaltherapie in meiner Praxis – Vortrag von Dr. Claudia Christan, zusammengefasst von Dr. Gunnar Frahn
- 11 Missbrauch des Patientenvertrauens durch marketingorientierte gewinnmaximierende Praxisführung – von Dr. Eberhard Riedel
- 14 Wohin führt die Ökonomisierung in der Medizin? – von Dr. Eberhard Riedel
- 15 Wie kann die Versorgung verbessert werden – sind Selektivverträge ein geeignetes Instrument? – von Dr. Celina Schätze
- 16 Mundhygiene im Pflegeheim realisierbar machen – von Dr. Ulrich Happ
- 17 Forumzahnundmundgesundheits erhebt Forderungen zur Versorgung Pflegebedürftiger und Behinderter – von Dr. Gunnar Frahn und Irmgard Berger-Orsag
- 17 Vorankündigung der DAZ-IUZB-Jahrestagung am 20.09.2014 in Berlin

BVAZ-Teil

- 19 Burnout – auch ein Thema für Zahnärzte? Einladung zur BVAZ-Jahrestagung 28./29.11.2014 – von Dr. Andreas Bien
- 20 Indikationsgerechte Behandlung der bakteriellen Endodontitis – Das „Timbuktu-Protokoll“ Teil 2 – akute Pulpitis – von Dr. Dr. Rüdiger Osswald
- 24 Die Mikromaster: Die magische Vervielfältigung von Studienabschlüssen – von Prof. Dr. Stefan Kühl
- 26 Serie Personal, Teil 1: Am Anfang steht die Stellenausschreibung – von Diana Bernardi und Melanie Neumann
- 28 Kurzinfos zu Hygieneplänen, Social Media, Nutzung v. Gesundheitsinfos im Web
- 29 Magische Heilmethoden Teil 6 – Zaubermagie an deutschen Universitäten
- 30 MWM – ein Akronym, das man kennen muss? – von Dr. Andreas Bien
- 34 Ohne Moos nix los – GOZ 2012–Knackpunkte (3) – von Dr. Jürgen Simonis

Impressum

Herausgeber/Redaktion/Mediadaten:

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) e.V.

Kaiserstr. 52=Kronenstr. 51, 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.

DAZ-VDZM-Frühjahrstagung: Große Koalition – große Reformen?

Gesundheitspolitischer Vormittag mit Kassenvertreter Dr. Schlenker
von Dr. Celina Schätze, Berlin

Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der BARMER GEK Dr. Rolf-Ulrich Schlenker stellte sich nach einem Übersichtsreferat zu aktuellen Entwicklungen in der Gesetzgebung den Fragen der Zuhörer.

Keine „großen“ Reformen

Am Anfang des Referates stand die Feststellung, dass es in dieser Legislaturperiode keine Änderungen systematischer Art im dualen Versicherungssystem geben wird. Danach wurden einige wichtige Neuerungen innerhalb des bestehenden Systems vorgestellt, von denen einige hier wiedergegeben werden.

Steigende Belastung der Versicherten

Die bedeutendste Veränderung ist sicherlich die gesetzliche Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags zur gesetzlichen Krankenversicherung auf 14,6%. Künftige Steigerungen des Beitragssatzes werden über prozentuale Zusatzbeiträge allein



Dr. Schätze

von den Versicherten zu tragen sein. Dr. Schlenker äußerte in diesem Zusammenhang die Einschätzung, dass nach der Auflösung der im Moment vorhandenen Überschüsse für alle Kassen ein Beitragssatz von 15,5% erforderlich sein werde – mit jährlichen Steigerungen von ca. 0,5%, worin die Pflegeversicherung noch nicht enthalten sei. Er wundere sich, dass in der Öffentlichkeit diese zu erwartenden Be-

lastungen kaum angemessen thematisiert würden. Er habe nur in der TAZ und dem Neuen Deutschland entsprechende Kommentare gelesen. Auch die Kassen selbst würden momentan nicht mit Kritik an dieser mit dem Solidarprinzip in Konflikt stehenden Regelung an die Öffentlichkeit treten, da die Auswirkungen des Gesetzes wegen der vorhandenen Überschüsse noch nicht spürbar wären und die Kommunikation komplexer zukünftiger Entwicklungen als zu schwierig erscheinen würde.

Die Überschüsse der GKV werden nach Angabe des Referenten nicht lange als Puffer dienen können. Im Fall der BARMER GEK seien sie z.B. geringer als eine Monatsausgabe für Leistungen.

Pflegefonds im Zugriff der Politik

Eine weitere wichtige Neuerung ist die Einrichtung eines Pflegefonds von 1,2 Mrd. Euro. Der Fond soll bei der Bundesbank angesiedelt werden und bei seiner Auflösung den Beitragsanstieg in der Pflegeversicherung vermindern. Dr. Schlenker kritisierte diese Konstruktion, da das Geld bei der Bundesbank dem Zugriff der Politik ausgeliefert bleibe und die Summe so gering sei, dass damit nicht mehr als 0,1 Prozentpunkte Beitragssenkung zu erreichen seien. Der Beitrag zur Pflegeversicherung wird jetzt um 0,3 Prozentpunkte (paritätisch) angehoben und einige Leistungsverbesserungen werden in Aussicht gestellt.

Echte Qualitätssicherung oder mehr Bürokratie?

Als wichtig bewertet wurde auch die gesteigerte Bedeutung, die der Qualitätssteuerung im Gesundheitswesen zugemessen werden soll. Es wird ein neues Qualitätsinstitut zur Untersuchung von sektorübergreifender Prozess- und Strukturqualität eingeführt. Darüber hinaus sollen Honorarsysteme entwickelt werden, die an bestimmte Qualitäts- oder Qualifikationsvorgaben gebunden werden sollen. Der Referent äußerte Befürchtungen, dass durch zusätzliche Bürokratie Qualität nicht zu



Dr. Schlenker

fördern sein werde und dass die Besserhonorierung von spezialisierten Leistungen die Grundversorgung belasten könnte mit der Gefahr der Etablierung von „Schlechtleistungen zu Dumpingpreisen“. Er sprach sich in diesem Zusammenhang für kollektivvertragliche Qualitätssicherung aus und wollte Selektivverträge nur in einem experimentellen Rahmen nutzen.

Kritik äußerte Dr. Schlenker an der aus seiner Sicht zunehmenden Zentralisierung der Entscheidungsfindung im Gesundheitssystem, speziell der stark gestiegenen Bedeutung des Gemeinsamen Bundesausschusses, dem immer mehr Kompetenzen zugewiesen würden – so auch im Bereich der Qualitätsarbeit.

Versorgungsforschung stärken

Als wichtiges Mittel der Qualitätsarbeit nannte Dr. Schlenker die Versorgungsforschung, auf die in Deutschland leider zu wenig Wert gelegt werde. Auch sei häufig eine unangemessene Industrieabhängigkeit zu verzeichnen, der mühsam mit einigen Transparenzregelungen entgegen zu wirken versucht werde. Im Rahmen des Koalitionsvertrages sind Mittel für Versorgungsforschung von 75 Mio. Euro vorgesehen. Diese Summe sei allerdings zu gering und es wäre dort völlig unzureichend definiert, was als Versorgungsforschung zu verstehen sei.

Als eigenen Beitrag auf diesem Gebiet verwies er auf die von seiner Kasse herausgegebenen Medizinreports, die regelmäßig von externen, unabhängigen Wissenschaftlern erstellt werden. Der neueste, soeben erschienene Zahnreport kommt zu dem Ergebnis, dass Wurzelkanalbehandlungen, die über die BARMER GEK abgerechnet

wurden, in drei Jahren eine über 80%ige Erfolgsrate haben. In diesem Zusammenhang wurde aus dem Auditorium mehrheitlich die Forderung nach Abschaffung der Indikationseinschränkungen für die Molarenendodontie erhoben, die eine Verlagerung vieler Behandlungen in den privaten Sektor ermöglichen.

Auf die aus dem Auditorium vehement vorgebrachte Forderung nach Qualitätskontrolle durch mehr Beratung und Begutachtung reagierte Dr. Schlenker wohlwollend, aber mit der Einschränkung, dass dafür die personellen Ressourcen sowohl qualitativ als auch quantitativ fehlen würden.

GKV will mehr Daten über Behandlungen

Trotz der zugegebenen personellen Engpässe sprach sich der Referent für einen besseren Zugang der GKV zu den Daten über die bei gesetzlich Versicherten erbrachten Privatleistungen aus. Nur so könnte die GKV einen Überblick über die Belastungen der Patienten bekommen, diese beraten und vertreten und ggf. auch die Sozialgesetzgebung beeinflussen. Auch die Datenbasis der Versorgungsforschung würde so verbreitert und damit sicherer werden. Aus dem Auditorium kam die Empfehlung, einen dringlichen Aufruf an die Versicherten zu richten, auf freiwilliger Basis alle ihre Abrechnungsunterlagen an die Kassen zu geben.

Ausreichende Sachleistungen erhalten

Tendenzen zur Ausweitung des Festzuschussystems erteilte er eine Absage. Er sei für eine solide GKV mit einem ausreichenden Sachleistungsangebot. Das Festzuschussystem im Zahnersatzbereich habe über steigende Eigenanteile zu immer größeren Belastungen der Patienten geführt. Er sprach sich auch gegen eine stärkere Ausweitung der von vielen propagierten privaten Zusatzversicherungen zum Auffangen dieser Belastungen aus. Die Belastungen der Patienten müssten insgesamt verringert werden. Die GKV-Leistungen dürften nicht rudimentär werden. Allerdings musste der Referent konzedieren, dass eine bessere Ausstattung mit Expertenwissen notwendig wäre, um die Patienten beraten und evtl. schützen zu können. Wegen der Festzuschüsse sei leider ein fehlendes Eigeninteresse der Kassen an den Kosten von Überversorgung zu bemerken.

Auf die Verärgerung einiger Zuhörer wegen der Bezuschussung von nicht medizi-

nischen Leistungen, Bonuszahlungen und Beitragsrückerstattungen erklärte der Referent, dass die Zuschüsse sich in einer Größenordnung von unter 3 Euro pro Versichertem bewegen würden und dass die Rückerstattungen einiger Kassen zur Auflösung des gesetzlichen Limit übersteigernder Überschüsse erforderlich seien.

Nutzen der PZR kontrovers diskutiert

Eine rege Diskussion entstand zum Thema professionelle Zahnreinigung, zu der der Referent erklärte, dass sie eine Leistungsmöglichkeit für die gesetzlichen Kassen sei. Fast einstimmig wurde von den Zuhörern eine Übernahme/Bezuschussung der PZR im Rahmen der Vor- und Nachbehandlung bei Parodontaltherapien gefordert.

Zu dem Einwand, dass es keine Evidenz für den Nutzen von PZR im Sinne von Prophylaxe gäbe, wurde darauf hingewiesen, dass in anderem Zusammenhang das Motto „ein sauberer Zahn wird nicht krank“ als unumstritten richtig akzeptiert ist. Die überwiegende Mehrheit der Zuhörer befürwortete die Wiedereinführung der Möglichkeit einer mehrmaligen Abrechnung der Position „Zst“ (Zahnstein entfernt) im Jahr. Die teilweise/vollständige Finanzierung von klar definierten Leistungen der Individualprophylaxe wäre noch besser. Dr. Schlenker erklärte sich bereit, die Anregungen ernsthaft zu bedenken.

Nach 3 Stunden musste die lebhafte Diskussion leider zu Gunsten der nachfolgenden Veranstaltung abrupt abgebrochen werden. Von allen Seiten war zu hören, dass die Veranstaltung als gewinnbringend erachtet wurde.

BARMER GEK Zahnreports

Seit 2011 bringt die mitgliederstärkste deutsche Kasse (8,6 Mio Versicherte) jedes Jahr eine umfassende Analyse ihrer auf zahnmedizinische Behandlung bezogenen Daten heraus. Dabei gibt es jeweils Schwerpunktthemen: Endodontie 2014, Prothetik 2013, Lücken in der Prophylaxe 2012, Differenzen bzgl. Geschlecht und Ost/West 2011. **Weitere Infos:**

<http://www.barmer-gek.de> oder direkt:
<http://tinyurl.com/mssbxub>

Murks im Mund – ein Buch, von dem man mehr als nur den Titel lesen sollte



Das Buch "Murks im Mund" der Düsseldorfer Medizinjournalistin Tanja Wolf kann als Ratgeber für Patienten empfohlen werden. Nach dem ersten Schreck über die Dramatik und Alarmrhetorik am Beginn war ich sehr angetan von der Sorgfalt der Recherche und der für Laien gut lesbaren Darstellung. In einfachen Worten wird beschrieben, welche Problembereiche von Übertherapie, Maßlosigkeit, Schlamperei, schlechter und falscher Beratung und in einigen Fällen sogar Untertherapie es gibt. Nach den Problemdarstellungen wird der Leser auch mit Vorsichtsmaßnahmen und Vorschlägen für Beurteilungskategorien versorgt.

Allein die Schaffung von Problembewusstsein ist verdienstvoll. Hier ist allerdings besonders hervorzuheben, dass nach dem "lauten" Anfangsteil – anders als sonst beim allgemeinen Zahnärzte-Bashing – die Probleme konkret im Einzelnen aufgezeigt und beschrieben werden.

Dem Buch ist zu wünschen, dass es nicht nur von Patienten gelesen wird, sondern auch von Kollegen und Gesundheitspolitikern. Es ergibt sich Diskussions- und wohl auch Handlungsbedarf.

Dr. Celina Schätze, Berlin

Das Buch ist 2014 im Riva Verlag München erschienen, 224 Seiten., 19,99 Euro, ISBN Print 978-3-86883-364-5

DAZ-VDZM-Frühjahrstagung: Pressemeldung zur Tagung Gesundheitspolitik, Zahnmedizin, Rolle der Krankenkassen

19.05.2014 - Große Koalition - große Reformen? „Nein“, so jedenfalls das Fazit von Dr. Rolf-Urich Schlenker, stellvertretender Vorsitzender der BARMER GEK, auf der gemeinsamen Frühjahrstagung der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM) und des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde (DAZ). Zukünftige Entwicklungen im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Allgemeinen und der Zahnheilkunde im Besonderen standen zur Diskussion. Dass die Politik so wenig Reformbedarf sehen würde, liege nicht zuletzt an den Krankenkassen - so der Vorwurf der Teilnehmer/innen. Die Krankenkassen hätten in der Vergangenheit zugelassen, dass immer mehr Bereiche der Zahnheilkunde außerhalb der GKV abgerechnet würden. Anliegen einer zukünftigen Gesundheits- und Kassenpolitik müsse sein, dass die GKV (wieder) entschiedener die Interessen ihrer Versicherten vertritt.

Dr. Rolf-Urich Schlenker hatte sein Referat unter das Motto gestellt „Große Koalition - große Reformen?“. Die Auswertung des Koalitionsvertrages lasse nur geringe Absicht zu notwendigen Reformen erkennen. Wichtige Themen haben die Koalition

sparteien ausgeklammert, z. B. das strittige Thema „Bürgerversicherung“ oder die Neuordnung des Bereiches Private und Gesetzliche Krankenversicherung. Lediglich im Bereich der Pflege erwartet Schlenker umfangreichere Neuerungen. Sehr bedenklich findet er die geplante Festschreibung des paritätisch finanzierten Beitragssatzes auf 14,6%. Er geht davon aus, dass viele Kassen - wenn die Rücklagen aufgebraucht sind und die Wirtschaftslage sich weniger günstig entwickelt - damit nicht auskommen werden. Aufgrund der wieder eingeführten Beitragssatzautonomie müssten dann die Kassen ihrem Finanzbedarf entsprechend den Beitrag wieder anheben, diese Erhöhung ginge aber allein zu Lasten der Versicherten.

Für viele Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen werden im zahnmedizinischen Bereich die Probleme immer deutlicher. Bei allen Versorgungsformen, seien es die Kunststofffüllung, die Wurzelkanalbehandlung, die kieferorthopädische Behandlung oder Zahnersatz, überall sind



Dr. Schlenker

die privaten Zuzahlungen weiter ausgedehnt. Damit werden Teile der Bevölkerung von einer sachgerechten Versorgung ausgegrenzt. Hier muss sich die Krankenkasse wieder stärker in der Pflicht sehen, durch fachgerechte Beratung und auch im Streitfall mit juristischer Kompetenz ihre Versicherten zu unterstützen. Eine „weiße Liste“ (Patientenbefragung im Internet) reicht da nicht, und Zahnersatz aus China ist auch nicht der richtige Weg. Begrüßenswert ist immerhin, dass sich die BARMER GEK verstärkt um die Versorgungsforschung kümmern will. Aber Ziel muss bleiben, wieder einen verlässlichen Leistungskatalog zu etablieren, der allen Versicherten den Zugang zu einer fachlich fundierten Regelversorgung und zu grundlegenden Prophylaxeleistungen ohne Zuzahlung garantiert.

Dr. Celina Schätze, DAZ-Vorsitzende
Dr. Jochen Bauer, VDZM-Vorsitzender

Repräsentanz und Repräsentierte DAZ betrachtet die aktuellen Gehaltslisten von Körperschaftsvorständen

Vor Kurzem konnte man wieder die regelmäßigen Veröffentlichungen der Bezüge von Vorständen der Körperschaften des öffentlichen Rechtes im Gesundheitswesen einsehen. Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) weist in diesem Zusammenhang auf den Abstand zwischen den Einkommen der (zahn-)ärztlichen Spitzenfunktionäre und dem der Mehrzahl der von ihnen vertretenen Körperschaftsmitglieder hin. Dieser Abstand birgt die Gefahr der Entfremdung - wenn diese nicht schon längst stattgefunden hat. Darüber hinaus ist eine Schwächung der Glaubwürdigkeit aller Forderungen nach nötigen Verbesserungen der Einkommenssituation in den die Versorgung der Bevölkerung tragenden

Arzt- und Zahnarztpraxen die notwendige Folge. Ärzte, die ihre Repräsentanten so fürstlich bezahlen, können ja wohl keine finanziellen Probleme haben.

Selbst wenn man die Vergütungen der Körperschaftsfunktionäre, die oftmals noch durch beträchtliche Zuschläge, Übergangsgelder, Versicherungsprämien angereichert werden, nicht an den Einkommen der meisten Körperschaftsmitglieder orientieren wollte, wären die zurzeit gezahlten Beträge auch nicht in den Rahmen vergleichbarer gesellschaftspolitisch wichtiger Funktionen einzuordnen. Warum können nicht ein Staatssekretärs- oder vielleicht ein Ministergehalt als Maßstab dienen? Manager in der freien

Wirtschaft sind sicherlich keine Bezugsgröße in einem Amt, das eine starke gesellschaftspolitische, wenn nicht sogar ethische Rückbindung haben sollte.

Der DAZ setzt sich seit seiner Gründung für qualitativ gute, am Versorgungsbedarf orientierte Zahnheilkunde ein und fordert eine angemessene finanzielle Ausstattung für diese Versorgung. Die Vertretung der Interessen von Zahnärzten und Patienten wird seines Erachtens durch öffentliche Maßlosigkeit von Funktionären in Glaubwürdigkeit und Durchsetzungskraft geschädigt.

Dr. Celina Schätze, DAZ-Vorsitzende
Quelle:
DAZ-Pressemeldung 18.03.2014

DAZ-VDZM-Frühjahrstagung: Parodontaltherapie in meiner Praxis: Welcher Cocktail darf es sein?



Dr. Claudia Christan, eine ausgewiesene Expertin auf dem Gebiet der Parodontologie, hat sich nach mehreren Jahren Forschungs- und Lehrtätigkeit in der Abteilung für Parodontologie und synoptische Zahnheilkunde der Charité in eigener Praxis in Berlin niedergelassen. Wie bereits bei ihrer wissenschaftlichen Arbeit beschäftigt sie sich auch in ihrer Praxis hauptsächlich mit der Diagnostik und Therapie der aggressiven Formen der Parodontitis (PA).

Bei der gemeinsamen Frankfurter Frühjahrstagung des DAZ und der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM) hielt Frau Dr. Christan einen Fachvortrag über klinisch relevante Fragestellungen zur Diagnostik und Therapie von Parodontalerkrankungen aus der Sicht einer Praktikerin. Sie stellte klar, dass auf Grund der hohen Prävalenz dieser Erkrankung zahlreiche Patienten in der alltäglichen Praxis mehr oder weniger betroffen sind. Häufig können sie schon in der Eingangsunters-

chung durch das Erfragen allgemeine Risikofaktoren für parodontale Probleme vom Zahnarzt identifiziert werden. Aus den Ergebnissen der Mundgesundheitsstudie DMS IV 2005 ist beispielsweise bekannt, welchen Einfluss Alter, Geschlecht, andere Erkrankungen und der soziale Status bei dieser Erkrankung haben:

- **Alter:** 73% (35-44J.) und 88% (65-74J.) – Je älter die Patienten, desto höher die Wahrscheinlichkeit, dass PA auftritt.
- **Sozioökonomischer Status:** Erwachsene mit niedrigem Bildungsgrad erkranken 2,5-mal so häufig an PA.
- **Geschlecht:** Männer erkranken häufiger an schwerer PA als Frauen.
- **Erkrankungen:** Diabetes, Rheuma, KHK, Immunerkrankungen, Osteoporose, genetische Defekte
- **Äußere Einflüsse** wie Rauchen, Stress, mangelnde Mundhygiene erhöhen das Risiko parodontaler Erkrankungen.

Insgesamt wurde in den Jahren von 1997 bis 2005 ein Anstieg der mittelschweren und schweren Verlaufsformen in allen Altersgruppen beobachtet. Im internationalen Vergleich ist die Prävalenz der schweren Parodontitis (PA) in Deutschland sehr hoch (WHO 2006).

Insbesondere die Wechselwirkungen zwischen Diabetes und Parodontitis sind hinreichend bekannt:

- Diabetes erhöht das Risiko für PA um das 3-fache, bedingt durch die herabgesetzte Infektionsabwehr sowie durch Störungen des Kollagenstoffwechsels.
- Bei schlechter glykämischer Kontrolle ist der Schweregrad der PA größer.
- Ist der HbA_{1c} Wert > 6,5, treten vermehrt Therapieresistenzen auf.
- Umgekehrt senkt eine erfolgreiche PA-Therapie diesen Wert bei Typ2 Diabetikern.
- Im langfristigen Recall haben Diabetes-Patienten schlechtere Erfolgsraten.
- PA erhöht das Risiko für diabetische Komplikationen.

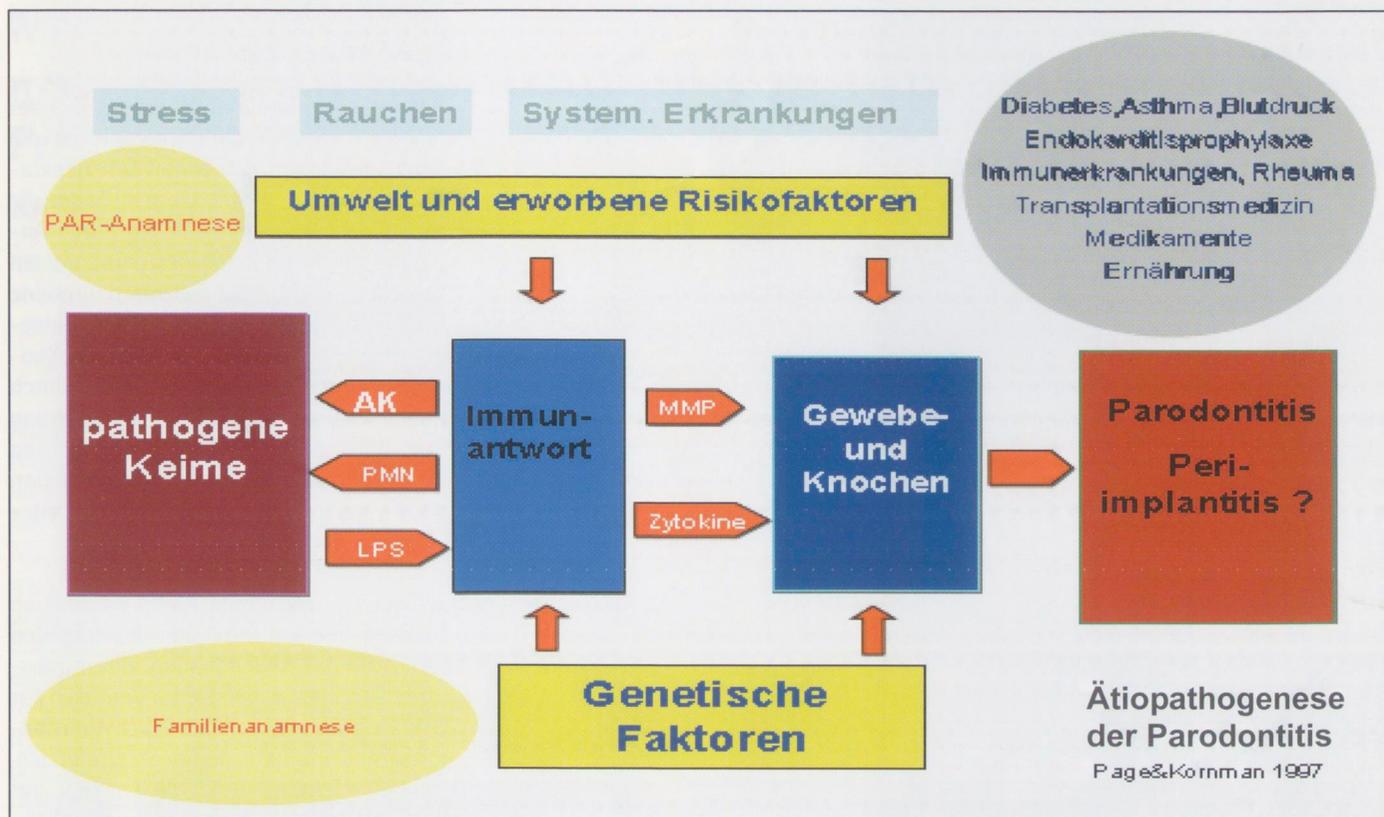
Parodontitis wurde ebenso als Risikoindikator für Herz-Kreislaufkrankungen erkannt (Persson et al. 2008, Tonetti 2009):

- Parodontalpathogene Keime wurden in atherosklerotischer Plaque isoliert.
- Das Hirninfarktrisiko ist bei aktiver PA erhöht.

Auch äußere Einflüsse wie das Rauchen und Stress sowie mangelnde Mundhygiene führen bekanntermaßen zu schweren Formen von Parodontitis und beeinträchtigen die Behandlung:

- Raucher haben ein 2- bis 5-fach höheres Risiko für eine Parodontitis bzw. Zahnverlust.
- Rauchen hat lokal und systemisch einen negativen Einfluss auf die Parodontitis.

Raucher weisen die schlechteren Therapieergebnisse und höhere Implantatverlusten (starkes Rauchen bis 30%, Sanchez-Perez 2007) auf!



- Mangelnde Mundhygiene erhöht das Risiko für eine Parodontitis.
- Stress wirkt indirekt über den Einfluss auf das Immunsystem, Stoffwechsel und Verhalten wirken direkt auf die parodontale und die periimplantäre Situation.
- Der subgingivale Biofilm ist wesentlich verantwortlich für die Progression einer Parodontitis bzw. für Rezidive.

Aus dieser Kenntnis heraus stellt sich die Frage, wie ein PA-Risikopatient in der Praxis wirklich erkannt werden kann. Sind vielleicht mikrobiologische und/oder serologische Tests dazu nötig? Dazu trug Dr. Claudia Christan folgende Forschungsergebnisse vor:

- Der Keim *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (A.a.) weist 6 Serotypen a-f auf.
- Bei der chronischen PA finden wir hauptsächlich Typ a, bei der aggressiven PA Typ b, und bei gesunden Probanden tritt der Typ c in Erscheinung, der eine hohe Prävalenz bei den Asiaten hat.
- Ca. 18% der Europäer, 16% Kinder (Finnland) und ca. 78% Chinesen sind von diesem Keim betroffen, ohne an einer Parodontitis zu leiden.
- Allerdings sind bis zu 50% der Patienten aus Europa / Amerika und über

90% der Asiaten mit einer chronischen Parodontitis durch diesen Keim infiziert.

- Der Serotyp b der Klonlinie JP2 ist stets mit einer aggressiven Parodontitis assoziiert, wobei hier nur Araber, Berber und Westafrikaner davon betroffen sind.

Insgesamt stellte die Referentin fest, dass sowohl mikrobiologische als auch serologische Tests keine zusätzlichen Erkenntnisse zur

- Virulenzbestimmung
- Subspezieserkennung
- quantitativen und
- Resistenzbestimmung

bei einer Parodontitis liefern. Einen Nutzen haben sie lediglich bei der Verlaufskontrolle und bei der Patientenmotivation.

In Verbindung mit der Implantologie ist die serologische Bestimmung des IL1 aus forensischen Gründen manchmal ganz sinnvoll, da dieser Genotyp häufig vorkommt und besonders in Kombination mit dem Rauchen ein erhöhtes Risiko für periimplantäre Komplikationen darstellt. Da er therapeutisch nicht beeinflussbar ist, das Recall allerdings schon, ist der IL-1-Test nur als adjuvante Risikobeurteilung empfehlenswert und erübrigt sich häufig in der Summenbestimmung von anderen Risikofaktoren (Berner Spinne).

Unten stehende Tabelle zeigt den Zahnverlust nach aktiver PA-Therapie: Vergleich patientenabhängiger Faktoren und IL-1 (100 Pat., 10J, Eickholz et al.2008). Patienten mit Genotyp IL1-β haben ein 7-fach höheres Risiko, an Parodontitis zu erkranken, ein 1,8-fach höheres Risiko für Zahnverlust!

IL-1 u. div. Risikofaktoren / Zahnverlust	
○ Recall unregelmäßig	3,2
○ Diagnose aggressive PA	2,3
○ IL-1-positiv	1,8
○ Rauchen	1,8
○ Plaque	1,5
○ Gender weiblich	1,4
○ Alter	1,05
○ Diabetes	1,47

Nach Ramseier et al. (2009) steigt das Parodontitis-Risiko in der Summation von einzelnen Risikofaktoren erheblich. Den von der Industrie beliebten aMMP8-Test empfiehlt die Referentin deshalb nur bei hohen Risikofaktoren ohne klinisch parodontal relevante Befunde.

Das Blutbild gibt einige Hinweise dafür, dass sich Parodontitis systemisch auf den Gesamtorganismus auswirkt. So können der CRP, der HbA 1C Wert bei Diabetikern und die Leukozyten bei Vorhandensein einer PA erhöht sein.

Sind klinischer Befund, Anamnese und Risikofaktoren in deutlichem Missverhältnis, dann sollte man an relevante Grunderkrankungen denken und zum Hausarzt überweisen!!!

PA-Patienten mit hohen Risikofaktoren für Diabetes und kardiovaskuläre Erkrankungen sollten jährlich zum Check-up!

Therapie

Antimikrobielle Therapie: Bei der antimikrobiellen Parodontaltherapie unterscheiden wir:

- Systemische Antibiose
- Lokale Taschenmedikation
- Photodynamische Therapie
- Full-mouth-desinfection
- Probiotische Therapie

Ziel all dieser Maßnahmen ist die Elimination oder Reduktion der Parodontalpathogene.

Systemische Antibiose: Bei sorgfältiger Indikationsstellung sind Amoxicillin und Metronidazol aufgrund ihrer klinischen und antimikrobiellen Wirkung bei generalisierter aggressiver Parodontitis (GAP) die erste Wahl bzw. der „Goldstandard“ (Christan 2000, Kaner 2004). Doxycyclin und Clindamycin sind unterlegen.

Alternativen? Metronidazol und Ciprofloxacin gg. A.a., Makrolide (Azithromycin, Clarithromycin) gg. A.a. werden diskutiert.

Das Timing der Antibiose wirkt sich auf den klinischen Erfolg aus. Tendenziell sollten Antibiotika die PA-Therapie zeitgleich flankieren, da hier eine Gesamtverbesserung besonders bei initialen Taschen zu beobachten ist (Kaner, Christan 2007).

Bei den **lokalen Taschenmedikationen** kommen folgende Wirkstoffe zur Anwendung: CHX- Lösung, Gel, Perio-Chip, Doxycyclin-Ligosan, Metronidazol-Elyzol, Prednisolon-Dontisolon.

Lokale Anwendungen zeigen laut Referentin nur kurzfristig klinische Verbesserungen, die über 3 Monateffekte kaum hinausgehen. Wichtig ist hierbei auch das klinische Handling bzw. die Applikationsform, insbesondere die Form der Kanülen.

Die Indikationen für die lokale Taschenmedikation wären:

- Erhalt des Therapieerfolges bei chronischer Parodontitis mit tiefen parodontalen Defekten

- längerfristiger Effekt bei Furkationsbefall
- Vermeiden/Hinauszögern chirurgischer Maßnahmen
- Therapieergänzung bei Risikopatienten
- lokales Rezidiv
- Adjuvans in der UPT

UPT: Die Erhaltung von Therapieergebnissen kann in der Regel nur erfolgreich mit einer unterstützenden Parodontaltherapie (UPT) erreicht werden. Sie beinhaltet eine Reevaluation der parodontalen Therapieergebnisse, eine professionelle Zahnreinigung (PZR) mit schonendem Biofilmmangement, eine Reinstrumentierung von



Resttaschen, eine Wurzelkariesprophylaxe und eine Patientenremotivation. Anscheinend sind das Recall und die Mundhygiene die wichtigsten Kriterien für die Zahnerhaltung. Es existiert ein 5,6-fach höheres Zahnverlustisiko bei inkonsequentem Recall (Checci 2002). Regelmäßiger Recall soll zudem die Patienten auch zufriedener mit Therapieergebnis machen (Eickholz 2008). Mit einer konsequenten UPT können nach eigenen Untersuchungen der Referentin auch Zähne mit starkem Attachmentverlust bis zu 6-7 Jahre erfolgreich erhalten werden (Christan 2007).

Die **photodynamische Therapie (PDT)** bewirkt eine kurzfristige Verbesserung der klinischen Verhältnisse bei chronischer PA (Betsy 2014). Die Wirkungen dieser Therapie sind bisher erst unzureichend untersucht. Sie ist keineswegs ein Ersatz zur antimikrobiellen Therapie.

Bei der **full mouth disinfection** kommen die bekannten Mundspüllösungen wie z.B. Listerine, Meridol, CHX-Lösungen usw. zur Anwendung.

Die **probiotische Therapie** unterstützt eine ausgewogene Flora vorwiegend durch Zusätze mit Lactobazillen (L.reuteri). In Form von Joghourt (Bulgar, Ayran), Kaugummi (Perio Balance von Butler Gum) wird der Speichelfluss gefördert und gleichzeitig die Keimzahl der Mutans-Streptokokken

gesenkt. Der Nutzen solcher Therapien bei Parodontitis ist fraglich.

Regenerative Parodontaltherapie: Ziel der regenerativen Parodontaltherapie ist die Regeneration des Parodonts statt Reparatation und Bildung von langem Saumeptithel. Dies kann man erreichen durch Anregung der Neubildung des parodontalen Gewebes durch Schmelzmatrixproteine (SMP), Isolation des Epithels und Bindegewebes von langsam wachsenden Knochen- und Desomodontalzellen durch Membransysteme (GTR), Stabilisierung des Blutkoagels durch Membran und Knochenersatzmaterial, Osteoinduktion und -konduktion durch Knochenersatzmaterial bzw. Wachstumsfaktoren.

Schmelzmatrixproteine (SMP) haben sich bewährt bei der Rezessionsdeckung und verbessern die Wundheilung. Bei intraosären Defekten zeigen sie im Vergleich zur GTR keinen Unterschied. **Wachstumsfaktoren** sind im Tierexperiment erfolgreich, bisherige Studien beschränken sich auf die Entwickler des Verfahrens (Anitua).

Abschließend ging die Referentin noch auf **komplexe Paro-Endo-Läsionen** ein und zeigte, dass bei exakter Diagnostik, konsequenter UPT sowie qualitativ hochwertiger Endodontie die Prognosen solcher Zähne deutlich verbessert werden können. Bisher mussten 60% der paro-endobehandelten Zähne nach 5-10 Jahren gezogen werden (Bauriedel, Eickholz 2007).

Zusammenfassung

Die Parodontitis ist ein zentrales Thema im Praxisalltag. Die Referentin zeigte auf, mit welchen einfachen Mitteln Diagnostik und Therapie erfolgen können und welche Bedeutung diese Erkrankung im interdisziplinären Umfeld hat. Leider wird von den Allgemeinmedizinern den Zusammenhängen zwischen PA und sonstigen Erkrankungen in der Praxis nicht immer Rechnung getragen. Umso wichtiger ist es, die komplexen Zusammenhänge und die Einflüsse auf den Gesamtorganismus den Patienten immer wieder verständlich zu machen und sich selber auf diesem Gebiet ständig fortzubilden. Nur so können wir als Zahnärzte dieser Volkskrankheit wirksam entgegenwirken, weitere Zahnverluste vermeiden und somit insgesamt zur Verbesserung der Lebensqualität unserer Patienten beitragen.

Dr. Gunnar Frahn, Berlin, frahn@gmx.de

Missbrauch des Patientenvertrauens durch marketingorientierte gewinnmaximierende Praxisführung

Krasses Fallbeispiel, diskutiert im AK Ethik der DGZMK

von Dr. Eberhard Riedel, München

Kennen Sie „Bioästhetik“? Gemeint ist die Frage durchaus in Bezug auf das zahnärztliche Behandlungsspektrum. Nein, Sie kennen zahnmedizinische „Bioästhetik“ nicht? Nun, das spricht eindeutig für Sie! Es macht aber durchaus Sinn, dieses Therapiekonzept einmal näher zu betrachten, um deutlich davor gewarnt zu sein und es danach gleich wieder zu vergessen. Lehrreich ist dieser Exkurs in die angeblich hohe Schule der Zahnmedizin allemal, weil er das Grundproblem des Missbrauches des Begriffs „Therapievielfalt“ und das Abgleiten in inakzeptable Therapiebeliebigkeit plastisch verdeutlicht. Dieses Beispiel zeigt, wie schwer es ist, seriöse Zahnheilkunde von unseriösen Machenschaften skrupelloser Behandler zu unterscheiden, und das nicht nur für den uninformierten Patienten, sondern auch für den Berufsstand selbst. Denn wissenschaftliche Aktivitäten zum Beweis der Unwirksamkeit einzelner Therapieformen, falls überhaupt erbringbar, können mit der Geschwindigkeit, mit der die neuen Therapien entstehen, oft nicht mithalten. Der nachfolgend beschriebene Fall wurde kürzlich im Arbeitskreis Ethik der DGZMK vorgestellt und diskutiert.

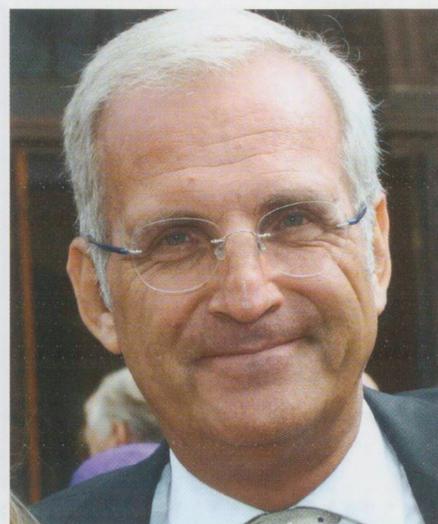
Das Konzept „Bioästhetik“

„Bioästhetik“ ist ein Konzept, welches bereits in den 60er und 70er Jahren des letzten Jahrhunderts von dem amerikanischen Zahnarzt, Biologen und Bakteriologen Dr. Robert L. Lee entwickelt wurde. „Bioästhetik“ wurde von ihm seinerzeit sehr allgemein und esoterisch anmutend als „Theorie der Schönheit lebender Objekte in ihren natürlichen Formen und Funktionen“ definiert. Den Bezug seiner Lehre zur Zahnmedizin sah Lee im Bereich der Funktion des Kauorgans als Ganzes. Durch Vergleich der Kiefergelenke funktionell auffälliger Patienten mit funktionell unauffälligen fand er verblüffenderweise heraus, dass bei allen unauffälligen Patienten die Gelenkwalze im Schlussbiss mittig in der Gelenkgrube positioniert war.

Lee ging davon aus, dass es tatsächlich ein allgemeingültiges „optimales biologisches Modell“ gäbe, von dem jeder neuzeitliche Mensch mehr oder weniger abweiche. Wo immer also Kaufunktionsstörungen diagnostizierbar waren, egal ob mit oder ohne Beschwerdeproblematik, war nach Lee das Zusammenspiel von Zähnen und Kiefergelenk gestört und damit behandlungsbedürftig. Die Fehlstellung der Zähne führe, so glaubte er, zu einer muskulären Hyperaktivität mit Schäden für die Zähne, das Kiefergelenk und die Halswirbelsäule. Der notwendige therapeutische Ausweg sei die Wiederherstellung eines harmonischen Kausystems im Sinne des „optimalen biologischen Modells“.

Aber damit nicht genug: Es wurde mit großem Aufwand die „OBI Foundation for Bioesthetic Dentistry“ gegründet, wobei OBI für „Orognathic Bioesthetics International“ steht. Dieses Institut unterrichtet interessierte Zahnärzte noch heute über die Geheimnisse der „Bioästhetik“ und macht sie in einem 4-stufigen Lernprozess zu zertifizierten Anwendern der bioästhetischen Behandlungskonzeptes. Regelmäßig werden wissenschaftliche Kongresse veranstaltet. Dieses Institut behauptet, ein „minimalinvasives“ Konzept zu vertreten. Behauptet wird ebenso ernsthaft, dass die bioästhetische Behandlung zur Verjüngung der Patienten führe (Age Reversing).

Bis hierhin mag man meinen, dass es sich bei der „Bioästhetik“ um sehr theoretische, idealistische Vorstellungen handelt, die in ihrer Sanftheit und Harmlosigkeit kaum einem Patienten schaden können. Verwundern mögen allenfalls der große Internetauftritt und die hohen Fortbildungskosten für die Zahnärzte. Als Partner der „OBI Foundation for Bioesthetic Dentistry“ wird aber auch ein „Center for Professional Development“ vorgestellt, welches einen ganz anderen Eindruck von



der „Bioästhetik“ erzeugt. Dort wird erklärt, dass dieses Center „ein andersartiges Managementmodell zum Betrieb einer Zahnarztpraxis“ vermittele, welches „sowohl erfüllend als auch profitabel“ sei. Im Ergebnis bedeute dieses „nicht nur einen grundlegenden Wandel der gebotenen Versorgungsqualität, sondern auch tief greifende Veränderungen der Lebensqualität des Zahnarztes, seiner Familie, seines Praxisteam und seiner Patienten“. Ja, Sie haben richtig gelesen: der Patient kommt bei all diesen Vorteilen tatsächlich auch vor, allerdings erst an allerletzter Stelle.

Ein Konzept als Passepartout

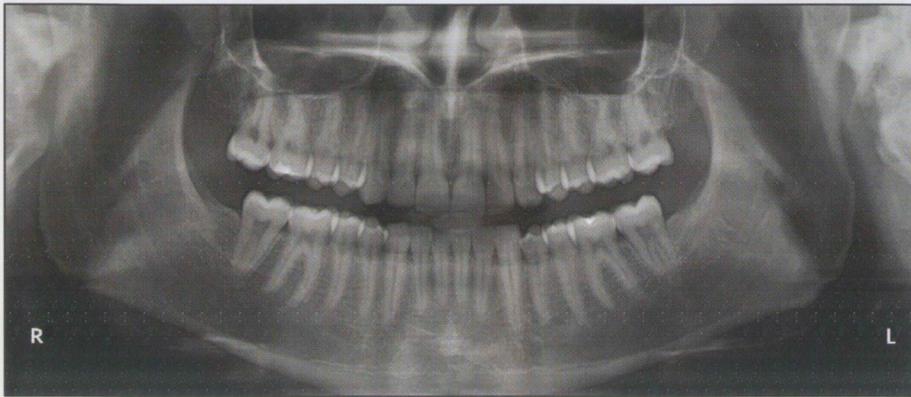
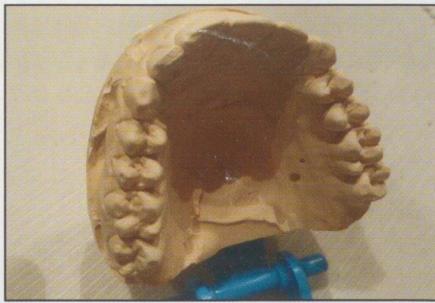
Es wird nicht verwundern, dass es auch in Deutschland eine Reihe von Zahnärzten gibt, die die Segnungen der „Bioästhetik“ für sich und ihr Praxiswohlergehen entdeckt haben. Aufmerksam wurde ich durch einen Gutachtenauftrag einer privaten Versicherung. Zu mir kam ein 27-jähriger Lehrer im aktiven Schuldienst, der sich als subjektiv vollkommen beschwerdefrei vorstellte. Er wies eine sehr gute Mundhygiene auf und war parodontal vollkommen unauffällig. Seine 28 Zähne waren weitestgehend naturgesund mit vereinzelt nur leichten Spuren von Attrition.

Funktionelle Befunde waren ansonsten keine vorhanden. Selbst der von der behandelnden Zahnärztin ausgefüllte Bogen zur Funktionsanalyse war überwiegend leer. Wenige knappe handschriftliche Einträge dort zeigten sich am Untersuchungstag bei mir zudem als unzutreffend.

Das Röntgenbild bestätigte die einwandfreien klinischen Befunde eindrucksvoll.

Im krassen Gegensatz dazu war dem Patienten der unten eingefügte Behandlungsplan überreicht worden.

Begründet wurde dieser Behandlungsumfang mit dem bioästhetischen Konzept: Zur „Rückführung des Kiefergelenks in die physiologisch richtige Lage“ müsse der Patient zunächst zwei sogenannte MAGO Schienen tragen (MAGO steht für „Maxil-



OK rechts	KM KM KM KM KM KM KM KM		KM KM KM KM KM KM KM KM	OK links
	-8--7--6--5--4--3--2--1--		1--2--3--4--5--6--7--8-	
UK rechts	KM KM KM KM KM KM KM KM		KM KM KM KM KM KM KM KM	UK links
Behandlungsplan				
E = zu ersetzender Zahn	H = gegossene Halte- u. Stützvorrichtung	KP = prov. Krone		
V = Kunststoffverblendung	B = Brückenglied	BP = prov. Brückenglied		
K = Krone	IN = Inlay	I = Implantat		
M = Metallkeramikverblendung	O = Verbindungsvorrichtung	R = Wurzelstiftkappe		

lary Anterior Guided Orthotic“). Dann müsse bis zur Beschwerdefreiheit gewartet werden, um danach abschließend sämtliche Okklusalfächen an den neuen Biss anzupassen, da ja nicht dauerhaft die Schiene getragen werden solle. Diese Anpassung geschehe mit Keramikkrone, denen zunächst Langzeitprovisorien vorzuzugehen haben.

Veranschlagte Kosten der gesamten Behandlung: 64.694,85. Euro

Für diesen Kostenaufwand könne der Patient aber auch Besonderes erwarten: Die Zahnärztin sichert nach Abschluss der Behandlung zu, dass der Patient dann über eine einwandfreie Kaufunktion verfüge und sämtliche Keramikrekonstruktionen eine hochwertige naturidentische Ästhetik hätten. Aber damit nicht genug: in einem Merkblatt versichert die Zahnärztin, dass eine vollständige Inanspruch-

nahme der Therapie eine „lebenslange“ Versorgung und Schmerzfreiheit „garantieren“.

Noch bevor die Versicherung die Begutachtung eingeleitet hatte, folgte der Patient dem Rat seiner Zahnärztin und begann mit dem nächtlichen Tragen der ersten Schiene. Beschwerden, die der Patient vorher nicht kannte, traten nun dergestalt auf, dass jeweils morgens die Bisslage verschoben und der Aufbiss schmerzhaft war, was sich im Laufe des Tages zumeist legte. Laufend bestellte die Zahnärztin den Patienten zum Nachschleifen der Schiene ein. Da dieses aber auch nach mehreren Monaten an der entstandenen Beschwerdeproblematik nichts änderte, trug der Patient die Schiene nicht mehr regelmäßig und begann schließlich, den Nutzen dieser Therapie anzuzweifeln. Die Begutachtung der Gesamtsituation bestätigte dann diese berechtigten Zweifel.

Ethische Bewertung

Bei den Mitgliedern im AK Ethik herrschte völlige Einigkeit zur Frage der Ablehnung des vorgelegten Behandlungskonzepts aus zahnmedizinisch-fachlicher Sicht. Aber auch meine grundlegende ethische Bewertung fand im AK keinen Widerspruch:

Mit der vorliegenden Behandlungsplanung täuschte die Zahnärztin eine de facto nicht gegebene Behandlungsbedürftigkeit vor und missbrauchte so das Patientenvertrauen. Das schablonenhafte Behandlungskonzept, das sie offenbar wie ein Passepartout für gut versicherte Patienten benutzt, war geeignet, dem Patienten einen erheblichen lebenslangen gesundheitlichen Schaden zuzufügen, ohne ihm zu nützen. Auch dem Kostenträger und damit der Versichertengemeinschaft wäre so ein erheblicher finanzieller Schaden zugefügt worden. Den eigentlichen Nutzen hätte nur die Zahnärztin selbst gehabt.

In gleich mehreren Aspekten handelte die Zahnärztin unärztlich: Weder ließ sie durch ihre Behandlungsplanung irgendeinen Respekt vor der natürlichen (hier nur höchst geringfügig gestörten) Kaufunktion noch vor der (in diesem Fall einwandfreien) Ästhetik natürlicher Zähne erkennen. Stattdessen wollte sie ein Konzept anwenden, das im Verhältnis zum tatsächlichen Behandlungsbedarf eine drastische Überversorgung dargestellt hätte und gesunde Körpergewebe ohne jegliche medizinische Indikation unwiederbringlich zerstört hätte. Dem Grundsatz des „nihil nocere“ wollte sie so auf krasse Weise zuwiderhandeln. Die Übernahme gar einer lebenslangen Garantie sowohl für Schmerzfreiheit als auch für die Funktion ihrer Zahnersatzmaßnahmen und damit der Versuch, sich mit ihren Fähigkeiten als Behandlerin derart zu überhöhen, ist an moralischer Verwerflichkeit kaum zu überbieten. Die vollkommene Naivität und fehlende Seriosität dieser Versprechen wurde vom Patienten zunächst nicht durchschaut.

Die Aufgaben des Gutachters in ethischer Sicht

Krasse Fälle wie dieser sind zum Glück zwar selten. Die dahinter stehende Denkweise des Behandlers, das eigene Wohl vor das Wohl des Patienten zu stellen, ist aber leider in deutlich zunehmendem

Maße bei der Zahnärzteschaft in Deutschland festzustellen. Neben den Beratungs- und Schlichtungsstellen der Körperschaften sind es die Gutachter, die von solchen Fällen Kenntnis erlangen und denen aus diesem Grunde ethische Probleme erwachsen.

Insbesondere stellt sich die Frage der Informationspflicht des Gutachters, und zwar sowohl gegenüber dem Patienten als auch gegenüber dem Kostenträger wie auch gegenüber der Zahnärztekammer, aber auch gegenüber dem betroffenen Zahnarzt. Die vielfach aus dem Kollegialitätsgebot abgeleitete Haltung von Gutachtern, eindeutig erkannte Fehl- oder Überversorgungen nicht als solche zu benennen, muss in diesem Zusammenhang sehr kritisch gesehen werden. Das Kollegialitätsgebot muss dort seine ethisch begründeten Grenzen haben, wo es mit anderen Berufspflichten kollidiert. So unterliegt auch der Gutachter einer Sorgfaltspflicht. Genauso erwachsen ihm immer auch eine Fürsorgepflicht und damit eine Wahrheitspflicht gegenüber dem ihm anvertrauten Patienten.

Das Kollegialitätsgebot darf also nicht wie ein genereller Maulkorb für den Gutachter interpretiert und gehandhabt werden, sondern muss unter einer alle Interessensphären würdigenden ethischen Betrachtung auf die Wahrung der Achtung des Kollegen reduziert werden. Unter dieser Prämisse muss eine sachliche Information des Patienten durch den Gutachter möglich sein, wenn diese nach Lage der Dinge zwingend und sachdienlich erscheint.

Auch und gerade in so kritischen Fällen offensichtlichen zahnärztlichen Fehlverhaltens sollte es, gerade im Sinne einer funktionierenden Kollegialität, üblich sein, dass durch den Gutachter eine fachliche Information an den begutachteten Kollegen ergeht. Ziel dessen sollte sein, dass nicht eine anonyme Atmosphäre des Richtens oder gar Strafens durch den Gutachter entsteht, sondern vielmehr die Möglichkeit eines fachlichen Austausches mit erläuternden und beratenden Inhalten geschaffen wird.

In den Fällen, wo offensichtlich das Patientenvertrauen missbraucht wurde, sollte eine weitere gutachterliche Informationspflicht gegenüber der zuständigen Zahnärztekammer bestehen. Der Kammer muss es dann vorbehalten bleiben, den

Vorfall berufsrechtlich zu würdigen und ihn im Wege einer vollständigen Patientenberatung ggf. auch einem zivilrechtlichen oder strafrechtlichen Verfahren zuzuführen. Hierbei muss der gerechtfertigte Patientenschutz grundsätzlich Vorrang vor einem ungerechtfertigten Kollegen-schutz haben.

Auch aus dem Teilnehmerkreis des AK Ethik erging der Vorschlag, dass solche Zahnärzte, die bei Gutachtern gehäuft negativ auffällig geworden sind, von den Gutachtern an die Zahnärztekammern gemeldet werden. Hier sollte dann eine frühzeitige individuelle Beratung dieser Zahnärzte stattfinden, um die offensichtlich vorhandenen Behandlungsdefizite auszumachen und möglichst abzustellen. Dieses würde gleichzeitig auch einen Schutz für die vielen Kolleginnen und Kollegen darstellen, die mit ausreichender Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit täglich ordentliche Zahnheilkunde zum Nutzen und Wohle ihrer Patienten abliefern.

Anstehende Aufgaben

Die zunehmende Ökonomisierung im Gesundheitswesen offenbart die wachsende Missachtung ethischer Grundwerte. Da sich eine solche Entwicklung nicht nur nachteilig für unsere Patienten, sondern wegen der Aushöhlung des Patientenvertrauens letztlich ruinös für den Ärztestand selbst auswirken würde, gilt es, ihr mit aller Kraft entgegenzuwirken. Werte geraten in Vergessenheit, wenn sie nicht ständig propagiert und gelebt werden. Berufsmoral muss zu einem proaktiv öffentlich und ernsthaft vertretenen Selbstverständnis der Zahnärzteschaft werden. Nur das legitimiert uns als Vertreter eines Heilberufs, die bedeutende Verantwortung für die Menschen übernehmen, die sich uns anvertrauen.

Wer kann diese übergeordnete Aufgabe für den Berufsstand übernehmen? Die bei den Kammern eingerichteten Ethikkommissionen haben die Aufgabe, vielfältige Detailfragen mit ethischer Relevanz zu bearbeiten. Deren Entscheidungen oder Empfehlungen erreichen aber keine weite Verbreitung und reichen oft nicht über den jeweiligen Kammerbereich hinaus, weshalb durch sie keine Wirkung in der Breite gegeben ist. Die angestrebte Übernahme ethischer Inhalte in Lernzielkataloge, die auch der AK Ethik verfolgt, ist sehr notwendig und sinnvoll, kann aber als Fernziel keine schnelle Wirkung entfalten.

Der hier vorgestellte Patientenfall, der, wenn auch selten in dieser krassen Form, immer häufiger vorkommt, ist ein deutliches Symptom einer Fehlentwicklung. Es sollten Beispiele wie diese sein, die bekannt gemacht werden müssen, um ohne Vorbehalte im Berufsstand in Bezug auf die Verletzung ethischer Grenzen diskutiert zu werden. Mein Vorschlag an den AK Ethik ist, die Fallbesprechungen, die dieser Arbeitskreis seit Anbeginn durchführt, auch auf solche Fälle offensichtlicher Verletzungen der Berufsmoral auszuweiten. Auf diese Weise können auch rein marketingorientierte Behandlungsformen besprochen und problematisiert werden.

Hierbei wird es entscheidend sein, dass ethisch begründete Empfehlungen hörbar an den Berufsstand gehen. Ethischen Botschaften dürfen nicht wie der Wald durch viele Bäume versteckt werden, indem sie nur schwer auffindbar in langen Abhandlungen vorkommen. Eine Wirkung können ethische Grundsätze erst entfalten, wenn sie der Berufsstand förmlich vor sich her trägt.

Nichts Geringeres als die Glaubwürdigkeit und die Seriosität der Zahnärzteschaft stehen auf dem Spiel. Die Aussprache hierüber hat gerade erst begonnen.

Kurzinfo zu Dr. Eberhard Riedel

1975 – 1980 Zahnheilkundestudium in Kiel
 1980 – 1982 Assistentenzeit in Klinik und Praxis in Kiel
 1983 – 1991 Niederlassung in eigener Praxis in Kiel
 seit 1991 in eigener Praxis in München
 1994 Standeskritische Buchveröffentlichung "Patient beim Zahnarzt"
 2003 – 2009 Vorsitzender des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde (DAZ)
 2004 Gründung des bundesweiten "Projekts Qualitätssicherung" des DAZ
 seit 2004 Mitentwicklung des Claridentis-Vertrages mit der AOK Bayern
 seit 2006 Beratungszahnarzt im Claridentis-Vertrag
 seit 2010 Mitglied im wissenschaftlichen Beirat der Informationsstelle für Kariesprophylaxe
 2011 Veröffentlichung der Studie "Die Qualität des zahnärztlichen Erstbefundes"
 Mitglied der DGZMK
 seit 2013 Mitglied des Arbeitskreises Ethik der DGZMK
 Vielfältige Gutachtertätigkeit für Gerichte und Kassen

Wohin führt die Ökonomisierung in der Medizin? Die Folgen nachlässiger Berufsmoral

von Dr. Eberhard Riedel, München

Der Eröffnungsvortrag beim diesjährigen Schleswig-Holsteinischen Zahnärztetag Ende März in Neumünster hatte es in sich. Es referierte kein Zahnarzt, sondern mit Prof. Christoph Hommerich aus Bergisch-Gladbach ein ausgewiesener Soziologe und langjähriger Berater von Freiberuflern. Als externer und neutraler Betrachter auch des (zahn-)ärztlichen Berufsstandes scheute er sich in keinem Moment, unbequeme Wahrheiten auszusprechen und dem Berufsstand einen glasklaren analysierenden Spiegel mit großer Detailschärfe vorzuhalten. Die Organisatoren des Zahnärztetages haben mit der Wahl dieses Referenten einen ausgesprochenen Glücksriff getan.

Ich zitiere und erläutere im Folgenden die wesentlichen Inhalte des Referates von Prof. Hommerich unter der Überschrift "Ökonomisierung vs. Vertrauensbildung". Zunächst räumte Hommerich mit der in Berufskreisen gemeinhin kolportierten Vorstellung von einem "mündigen Patienten" auf. Letzterer wird von interessierter ZahnArztseite gerne ins Feld geführt, wenn es darum geht, möglichst von der Politik unbeeinflusste direkte vertragliche Beziehungen zwischen Arzt und Patient zu fordern oder zu legitimieren.

Prof. Hommerich betonte, dass es beim Arzt-Patientenverhältnis tatsächlich niemals eine Beziehung auf vergleichbarem Niveau gäbe. Denn in Wahrheit stehen sich immer ein Experte und ein Laie gegenüber. Die sich daraus ergebende Wissensasymmetrie hinterlässt den Patienten insofern als unmündig, als es letzten Endes immer der Arzt ist, der für den Patienten die Entscheidung für den einzuschlagenden Behandlungsweg trifft. Ärztliche Beratung und Aufklärung, die natürlich selbstverständlich sind, werden immer, mehr oder weniger bewusst, von einer Vorentscheidung des Arztes geprägt. Dabei hat es der Behandler eindeutig in der Hand, die Patientenentscheidung in die ärztlich favorisierte Richtung zu beeinflussen. Letztlich folgt der Patient dem Rat des Arztes.

Ärztliche Leistungen sind somit keine marktfähigen Güter, weil sich bei der

Wahl dieser Leistungen keine gleichwertigen Marktpartner gegenüberstehen. Auch der Umstand, dass ärztliche Leistungen von Patienten weder vorher getestet noch bei Fehlerhaftigkeit umgetauscht werden können, macht sie zu einer nicht frei verhandelbaren Ware. Prof. Hommerich betont daher, dass ärztliche Leistungen vielmehr Vertrauensgüter sind.



Ein externer Mahner findet nicht selten mehr Gehör als Kritiker aus den eigenen Reihen: Prof. Hommerich hat schon mehrfach bei Zahnärztereveranstaltungen seine Einschätzungen zu den Folgen der Kommerzialisierung in den freien Berufen vorgetragen.

Auch der bestinformierte Patient ist bei der Inanspruchnahme einer ärztlichen Leistung darauf angewiesen, in deren Richtigkeit und Sinnhaftigkeit wie auch in die Fähigkeit und Erfahrung des die Leistung erbringenden Arztes zu vertrauen. Für einen Laien ist dieses Vertrauen aber naturgemäß eine "riskante Vorleistung" (Prof. Hommerich). In jedem Fall erwirbt sich jeder Patient durch diesen Vertrauensvorschuss ein ganz besonderes Schutzrecht.

Prof. Hommerich betont, dass es vor diesem Hintergrund zweier keinesfalls auf Augenhöhe agierender Vertragspartner einen schützenden Ordnungsrahmen geben muss. Auf der Seite der Ärzteschaft braucht es dazu unabdingbar die Aspekte der "Fachlichkeit" (also das Beherrschen des Faches und der speziell angewendeten Therapieformen) wie auch die Einhaltung von "Berufsmoral". Als eigentlichen

Konstrukteur dieses Rahmens sieht Prof. Hommerich den Staat, der die Ausführungsverantwortung in fachlicher Autonomie und Verantwortlichkeit an die Kammern überträgt. Nur innerhalb eines solchen Rahmens kann Vertrauen in Heilberufe entstehen.

Wegen der Besonderheiten ärztlicher Tätigkeiten muss der Staat mit Hilfe der Kammern Bedingungen schaffen, damit die Professionalität im Sinne höchster Fachlichkeit und Selbstbindung an moralische Regeln gewährleistet werden kann. Somit ist die vom Berufsstand stets geforderte Autonomie (Anm. d. Verf.: z.B. in Form des nie versiegenden Rufes der Standesvertreter nach dem Erhalt der Freiberuflichkeit) nicht voraussetzungs- und schrankenlos. Sie ist laut Prof. Hommerich vielmehr gebunden an höchste Fachlichkeit und eine Berufsethik, die jeglichen Missbrauch des zahnärztlichen Expertenwissens zu Lasten von Patienten ebenso untersagt wie die Unterwerfung unter fachlich nicht begründbare staatliche Regulation, ökonomische Vorgaben von Unternehmen oder fachlich nicht zu rechtfertigende Vorgaben oder Zumutungen von Patienten.

Auch die gerade für die Ärzteschaft unerwünschten Folgen weiter um sich greifender Ökonomisierung im Gesundheitswesen beschreibt und begründet Prof. Hommerich sehr nachvollziehbar. Eine reine Marktorientierung lässt nämlich ärztliches Tun zum Gewerbe werden. Wenn merkantile Überlegungen an die Stelle von therapeutischem Nutzen treten, würde dieses zu einer zunehmenden Differenzierung der Ärzteschaft führen und die Zentrifugalkräfte innerhalb des Berufsstandes erhöhen. Eine weitere Entsolidarisierung wäre die Folge.

Reine Marktorientierung würde das gesamte Gesundheitswesen auch aus Sicht der Patienten dramatisch verändern. Ökonomisierung verwandelt 'Gesundheit' vom allgemein verfügbaren zum differenziell zugeteilten Gut mit erheblichen Qualitätsdifferenzierungen, wodurch viele

Menschen von hochwertiger medizinischer Versorgung ausgeschlossen werden. Dadurch wird das öffentliche Vertrauen in die Ärzteschaft weiter gemindert.

Ökonomisierung würde zudem neue Risiken der Gesundheitsversorgung entstehen lassen. Zur Erlangung von Marktvorteilen könnten wirtschaftlich lukrativ erscheinende Therapieformen allein aus ökonomischen Gründen zu frühzeitiger Anwendung kommen, obwohl sie noch nicht ausreichend erprobt bzw. ausgereift sind. Andersherum wäre denkbar, dass an unwirksamen, aber profitablen Therapien allein aus kommerziellen Gründen zu lange festgehalten wird. Es ist ebenso zu erwarten, dass reine Marktorientierung zur Schrumpfung wenig profitabler, aber effektiver medizinischer Fachgebiete führen wird.

Prof. Hommerich schlussfolgert demzufolge eindeutig: Eine Marktkontrolle medizinischer Leistungen produziert Opfer unter Ärzten und Patienten. Der Markt ist somit kein akzeptables Regulativ der Versorgung oder gar der Qualitätskontrolle im Gesundheitsbereich.

Die Forderungen, die Prof. Hommerich an unseren Berufsstand richtet, werden vor diesen Hintergrund zu einer selten eindringlichen Mahnung: Wir Zahnärzte müssen uns unter Berufung auf unsere Fachlichkeit als vertrauenswürdige Experten "aktiv legitimieren". Erst diese aktive Legitimation sichert uns den Erhalt unserer Vertrauenswürdigkeit und schützt so ebenfalls vor weiterer Bürokratisierung durch immer neue Fremdeingriffe in unser Fachgebiet.

Für mich als staunenden Zuhörer, für den Hommerichs Analyse bestechend und richtig ist, stellte sich natürlich sofort die Frage nach der praktischen Umsetzbarkeit. Diverse interessierte zahnärztliche Kreise halten es bis heute für erstrebenswert, aus möglichst jedem Patienten einen Kunden zu machen, und übersehen dabei, wie sehr eine solche Haltung die Glaubwürdigkeit eines Heilberufers und, um es überdeutlich zu sagen, seine Daseinsberechtigung schlechthin gefährdet. Die Argumente werden ins Gegenteil verkehrt, wenn zur Rechtfertigung der Ökonomisierung der Kostendruck und die überbordenden bürokratischen Aufgaben ins Feld geführt werden. Da lässt sich dann manche Praxis nur noch nach stringenten betriebswirtschaftlichen Vorgaben betreiben, unter denen der Patient zum Wirtschaftsfaktor verkommt und seine

wahre Bedürftigkeit aus dem Fokus gerät. Diese Entwicklung umzukehren kommt allerdings einer Herkulesaufgabe gleich.

Die Landeszahnärztekammern stehen hier in erster Linie in der Pflicht. Ihren Präsidenten ist das kaum widerlegbare Gedankengut von Prof. Hommerich bestens bekannt. Aber es braucht viel Mut zum persönlichen Risiko und standespolitische Weitsicht, dass auch die Spitzen der Körperschaften hörbar die Stimme erheben und der Zahnärzteschaft die radikalen Folgen einer ungezügelter Ökonomisierung erklären und zur Umkehr mahnen.

Mehr noch als das müssen von den Körperschaften Strukturen angeregt bzw. unterstützt werden, in denen ein wirtschaftliches Überleben der Praxen möglich ist, ohne die ärztliche Berufsmoral und alle Seriosität opfern zu müssen. Hier wäre z.B. an die Förderung von Selektivverträgen zu denken, in denen eine überprüfbar gute zahnärztliche Leistung mit Zusatzhonoraren belohnt wird. Dabei helfen dann durchaus Prinzipien aus der Wirtschaft: So ist u.a. eine verlängerte Gewährleistungsfrist für Füllungen und Zahnersatz ein unbestechliches und dabei denkbar einfaches Qualitätskriterium, um ein Zusatzhonorar zu rechtfertigen. Bei den Krankenkassen führt dieses trotz höherer Einzelvergütung letztlich zu Einsparungen. Wirtschaftliche Vorteile haben genauso alle die Praxen, in denen ohnehin eine so große Sorgfalt selbstverständlich ist, dass auch verlängerte Gewährleistungszusagen in der Regel erreicht oder sogar deutlich übertroffen werden.

Fehlentwicklungen können am besten und schnellsten durch die Korrektur der Anreize gestoppt werden. Gute Zahnheilkunde muss gutes Einkommen sichern. Aber gute Zahnheilkunde muss deshalb auch nachweisbar belegt werden. Diese Verantwortlichkeit beginnt mithin bei jeder Zahnärztin und jedem Zahnarzt. Verantwortung für Patienten wirklich ernst zu nehmen ist die Bringschuld jedes einzelnen Behandlers und genau die "aktive Legitimation", die Prof. Hommerich von uns fordert.

Misstrauen in einer Gesellschaft belegt alle Erscheinungsformen wirtschaftlichen Handelns mit einer Art Steuer, die in Gesellschaften mit einem hohen Maß an sozialem Vertrauen entfällt. (F. Fukayama 1995)

Wie kann die Versorgung verbessert werden – sind Selektivverträge ein geeignetes Instrument?

In einem Selektivvertrag mit Qualitätsvorgaben und –überprüfungen bekommen diejenigen Kollegen, die vermutlich auch jetzt schon ordentlich arbeiten, mehr Geld für ihre Leistung. Das ist für diese Kollegen sicherlich von Vorteil. Für die Versorgung der Bevölkerung verbessert sich erst einmal nichts, da die Zahl der von diesen Zahnärzten versorgten Patienten nicht wesentlich steigen kann. Dass plötzlich viele Kollegen – nur wegen der etwas besseren Bezahlung – sich zur Sorgfalt bekehren werden, ist nicht sehr wahrscheinlich. Auch wird das Problem der Überversorgung durch diese Verträge nicht berührt. Dass sich das Problem der Überversorgung so nicht in den Griff bekommen lässt, musste die DKV bei ihrem GoDentis-Vertragsangebot auch für den privaten Sektor schmerzlich erfahren.

Darüber hinaus wird die Bezeichnung Selektiv/Gruppenvertrag für alle möglichen Konstruktionen verwendet. Die meisten der bisher auf den Markt gebrachten Verträge beinhalten leider – anders als von Dr. Riedel intendiert – keine nennenswerten Qualitätskontrollen, wodurch sie mehr als Geschäftsmodelle denn als Versorgungsplattformen zu verstehen sind. Auch begleitende Aufklärung über und Werbung für gute, am Gesundheitsnutzen orientierte Zahnheilkunde sind nicht zu sehen. Dabei könnten gerade solche Kampagnen das Gespräch über die in den vorstehenden Texten beschriebenen Missstände in Gang bringen und jenseits von plattem Alarmismus eine öffentliche Wertediskussion in der Medizin anstoßen.

Eine Besserung ist nur zu erhoffen – wenn überhaupt – über Bewusstseinsbildung, Öffentlichkeitsarbeit, Aufklärung der Patienten. In Kombination mit dem Reden über gute Zahnheilkunde und Qualitätsstandards muss es eine massive Ausweitung der Begutachtungen und unabhängige Beratungsangebote in großem Stil geben. Da wäre das Geld der Kassen, das in Boni, Rückzahlungen und Bürokratie fließt, für eine Verbesserung der Versorgung aller Patienten viel besser angelegt.

Dr. Celina Schätze, Berlin

Mundhygiene im Pflegeheim realisierbar machen

In den letzten Ausgaben des Forum (115-117, im Web unter <http://www.daz-web.de/dazforum/docs/archiv.htm> herunterzuladen) wurde viel geschrieben über eine bessere Mundhygiene im Alter und viel gefordert, insbesondere für pflegebedürftige, bettlägerige oder demenzerkrankte Patienten, die selbst keine ausreichende Mundpflege betreiben können. Sie mit diesem Problem allein zu lassen, ist aus zahnärztlicher Sicht unverantwortlich. Es werden bessere Schulungen des Pflegepersonals gewünscht und zum Teil durchgeführt.

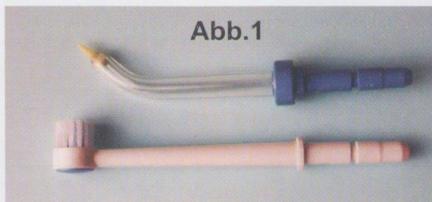
Zur Durchführung der Mundhygiene muss man sich die Situation im Pflegeheim konkret vorstellen: Viele Patienten sind nicht in der Lage, selbst effektiv die Zähne zu putzen. Vielleicht können sie noch nach dem Zähneputzen (oberflächlich) spülen. Bei Bettlägerigkeit wird die Pflegerin ihnen eventuell ein Glas Wasser anbieten oder an den Mund führen. Zum Ausspülen wird ihnen ein Nierenschälchen gereicht, das unter Umständen getroffen wird – aber oft wird Flüssigkeit das Kinn herunter laufen oder daneben gehen. Eine zusätzliche Reinigung des Umfeldes wird notwendig sein.

Die Mundpflege kann sich auch noch schwieriger gestalten, nämlich wenn eine häufiger auftretende Unfähigkeit des zu Pflegenden hinzukommt, überhaupt das Wasser gezielt im Mund zu bewegen, eventuell in Kombination mit Schluckstörungen. Dabei ist für die Pflegekraft die Zeit eng bemessen. Die „Orientierungswerte zur Pflegezeitbemessung“ geben vor:

„4. Zahnpflege: Für die Zahnpflege werden grundsätzlich 5 Minuten anerkannt. Ein Mensch ohne Zähne braucht für die Mundpflege allerdings auch weniger Zeit.“ (www.pflegestufe.info/pflege/koerperpflege.html)

Wie soll die Pflegekraft das mit den herkömmlichen Hilfsmitteln schaffen? Im Forum 115, Seite 5, wird auf einen japanischen Pflegeroboter hingewiesen und ein elektrisches Putzgerät von Michael Hoffmann, Hochschule Trier, vorgestellt (für dessen praxistaugliche Weiterentwicklung sich allerdings keine Firma gefunden hat). Meines Erachtens sind aber auch mit herkömmlichen Hilfsmitteln in leichter Modifikation schnell gute und individuelle Lösungen zu finden.

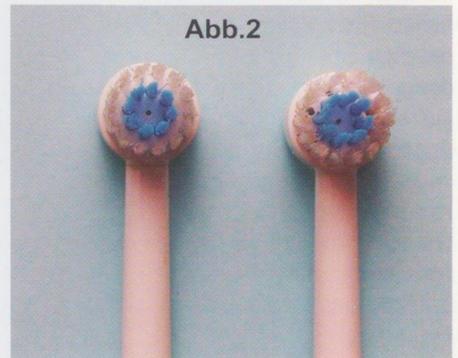
In Forum 116 habe ich eine einfache, mit wenig Kosten verbundene mobile Absauganlage vorgestellt. Sie ermöglicht es, einen mobilen Ultraschallscaler einzusetzen, um ambulant ein erfolgreiches Scaling durchzuführen, auch wenn der Patient in seinem Sessel sitzt oder im Bett liegt. Der Scaler bringt durch seinen eigenen Wassertank genug Spülwasser in die Mundhöhle, das wie in der zahnärztlichen Praxis durch die Absaugung gleich sauber entfernt wird. Der Scaler gehört aber in die Hand von zahnmedizinischen Fachkräften und nicht in die des Pflegepersonals. Das Scaling ist nach der Gebührenordnung auch auf jährlich eine Anwendung begrenzt. Die täglich mindestens 2x zu realisierende Mundreinigung erfordert andere Qualitäten und ist ggf. durch das Pflegepersonal durchzuführen.



Ein probates Mittel ist eine Handzahnbürste, eine elektrische oder auch eine Schallzahnbürste, die je nach Fähigkeit der Patient selbst führt, ggf. mit Hilfe, oder die ausschließlich von der Pflegekraft geführt wird. Schwerer zu managen ist je nach Behinderung und Mobilität des Patienten das gründliche Ausspülen, denn der zugereichte Wasserbecher ist, wie oben angeführt, in vielen Situationen keine zufrieden stellende Lösung.

Durch neue Aufsätze ist die mobile Munddusche von Waterpik (in Deutschland vertrieben von der Firma Intersante – www.intersante.de) mit ihrem Wassertank und verschiedenen Ansätzen in Verbindung mit einer mobilen Absaugung eine sehr wirkungsvolle Hilfe: Die Waterpik® Tooth Brush Tips TB-100 (Abb.1) eignen sich weniger zum Zähneputzen, aber mit diesen Aufsätzen lässt sich sehr gut zur abschließenden spülenden Reinigung die Mundhöhle säubern, und mit der mobilen Absaugung kann man alle Rückstände aus dem Mund entfernen. Die Waterpik-eigene Spritzgefahr wird durch das Borstenfeld (nun als Spritzschutz) abgemildert. Das Gerät sollte auf die kleinste Leistungsstärke eingestellt werden. Noch sauberer in

der Anwendung ist es, wenn man zwischen den beiden Borstenkränzen zusätzliche Löcher bohrt (Abb.2), sodass das Gerät wie eine sanfte Massagedusche durch



die Mundhöhle geführt werden kann und alle Rückstände herausgespült und abgesaugt werden können.

Interessant ist für die Anwendung (nicht nur) im Pflegeheim auch die neue Waterpik® Gingivaldüse Pik Pocket PP-100 (Abb.1), mit der sich nach zahnärztlicher Verordnung gezielt eine Taschenspülung mit einem Medikament wie z.B. Chlorhexamed bei Parodontitis oder Periimplantitis durchführen lässt, wobei auch hier der Überschuss gleich mobil abgesaugt werden kann. Waterpik bietet in seinem Programm zusätzlich weitere Bürsten-Ansätze an, die gut zur gründlicheren Reinigung der Zwischenräume (interdental und unter Brücken) und zur Säuberung von kompliziertem Zahnersatz benutzt werden können. Aber dafür reichen die oben angeführten maximalen 5 Min. sicherlich nicht mehr aus. Zur Säuberung von herausnehmbaren Zahnersatz noch ein Tipp, der parallel zur Mundpflege laufen kann: Im Elektrohandel gibt es kleine, kostengünstige Ultraschallgeräte (für ca. 35 Euro) zur Schmuckreinigung, die auch gut für Zahnersatz geeignet sind.

Dr. Ulrich Happ, Hamburg
drhapp@happ.org

Zur Hygiene:

Die vorgestellte Absauganlage lässt sich wie für die Zahnarztpraxis vorgeschrieben mit entsprechenden Mitteln durch Spülen säubern und desinfizieren. Als Absaugkanülen sollten im Pflegeheim 1x-Kanülen benutzt werden. Die Munddusche (z.B. Waterpik® Munddusche Ultra Professional WP-100E4 für 119,95 Euro) sowie die speziellen Ansätze (2 Stück 14,85 Euro) sollte jeder Patient für sich anschaffen.

Forumzahn- und Mundgesundheitsbezug erhebt Forderungen zur Verbesserung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität pflegebedürftiger und behinderter Menschen



2012 wurde – angeregt durch die europäische „Platform for Better Oral Health“ und mit Unterstützung durch die Firmen Wrigley Oral Health Care und Glaxo-SmithKline – in Berlin das Forumzahn- und Mundgesundheitsbezug gegründet mit dem erklärten Ziel, die Mundgesundheits aller Bürger/innen zu verbessern – vorrangig durch Beeinflussung der Gesetzgebung in diesem Sinne. Bei Arbeitssitzungen und Parlamentarischen Abenden sollen Bundestagsabgeordnete über Probleme und Projekte informiert und als Multiplikatoren und Unterstützer gewonnen werden. Thema der Sitzung im Mai 2014 war – passend zu den Beratungen im Bundestag über Änderungen des Pflegeordnungsgesetzes – die Situation pflegebedürftiger und behinderter Menschen.

In komprimierter Form (denn Politiker haben wenig Zeit) wurden Defizite dargestellt und Forderungen präsentiert, die manchen DAZler und andere an einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung Interessierte schon seit Längerem beschäftigen. Auch die Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ), deren Präsidentin Prof. Ina Nitschke neben den Forums-Gründern Prof. Stefan Zimmer (Uni Witten-Herdecke) und BZÄK-Vize Prof. Dietmar Oesterreich sowie Dr. Katrin Bekes (Uni Halle-Wittenberg) zum wissenschaftlichen Input beitrug, beschreibt seit Jahren Mängel in der Betreuung alter und gehandicapter Patienten.

Hier die bei der Forums-Sitzung aufgestellten Forderungen:

- Integration der Zahnmedizin in alle relevanten politischen Maßnahmen im Sinne eines interdisziplinären Ansatzes

- Stärkung der Bedeutung der Lebensqualität als besonderer Wert bei der Versorgung immobiler und pflegebedürftiger Patienten
- Verankerung der Prävention als wesentlicher Grundbaustein insbesondere in der Betreuung pflegebedürftiger Patienten
- Stärkung der mundgesundheitsbezogenen Kompetenz von Pflegekräften
- Schulungs- und Informationsangebote für pflegende Angehörige
- Ausbau der Aus- und Fortbildung im Bereich Seniorenzahnmedizin an Universitäten und Zahnärztekammern
- Unterstützung zahnärztlicher Initiativen und Modellprojekte
- Ausbau geeigneter Rahmenbedingungen zur Verbesserung der Prävention für besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen
- Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit im Rahmen von gemeinsamen Initiativen zur Gesundheitsförderung allgemeinmedizinischer und zahnmedizinischer Belange
- Schaffung von Rahmenbedingungen und Abrechnungsmöglichkeiten für notwendige zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen der Allgemeinanästhesie insbesondere für Patienten mit schweren Allgemeinerkrankungen unter stationären Bedingungen

Bleibt zu hoffen, dass die anwesenden Parlamentarier, Dietrich Monstadt (CDU) und Dirk Heidenblut (SPD), ihre Fraktions- und Ausschusskollegen von der Wichtigkeit des Themas überzeugen können. Und dass, nachdem reichlich Zeit vergangen ist, bis die Missstände öffentlich dargestellt und Konzepte zu ihrer Behebung formuliert wurden, die Politik nun nicht noch einmal so lange braucht, um die an sie herangetragenen Forderungen zu konkretisieren und umzusetzen. Denn einige Millionen pflegebedürftige und behinderte Menschen sind schon heute auf wirksame Hilfe angewiesen.

Dr. Gunnar Frahn, Irmgard Berger-Orsag

Weitere Infos:

www.forumzahnundmundgesundheitsbezug.de



DAZ-IUZB- Jahrestagung 20.09.2014 in Berlin

Wie bereits mehrfach in den letzten Jahren laden der DAZ und die Initiative Unabhängige Zahnärzte Berlin (IUZB) zu ihrer gemeinsamen Jahrestagung in die Alte Feuerwache in Berlin ein (Axel-Springer-Str. 40-41, 10969 Berlin-Kreuzberg, T. 030/253992-20, F. 030/253992-24, tagungshaus@alte-feuerwache.de).

Von 10.00 bis 13.00 Uhr steht eine Diskussionsveranstaltung zum Thema: „Gewinn-Maximierung in der Zahnmedizin am Beispiel der Kieferorthopädie: aggressives Marketing und ineffiziente Behandlung“ auf dem Programm. Referent ist Dr. Henning Madsen, Kfo-Fachzahnarzt aus Ludwigshafen, der schon mit verschiedenen Veröffentlichungen Anlass zu fachinternem Disput geboten hat.

Am Nachmittag finden die Jahreshauptversammlungen der beiden Vereine DAZ und IUZB statt. Eventuell wird noch eine Kurzpräsentation zur Website-Gestaltung für Zahnarztpraxen angeboten.

Nähere Infos gibt es bei der DAZ-Geschäftsstelle, Tel. 02241/9722876 oder kontakt@daz-web.de (Irmgard Berger-Orsag).

Gewählt wurden im Mai 2014:

Dr. Jochen Bauer (Lohmar), Dr. Angela Demmer (Berlin) und Dr. Kristina Schwigon (Dippoldiswalde) in den Vorstand der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM);

Dr. Michael Schäfer (Düsseldorf) und Dr. Claudia Sauerland (Unna) an die Spitze des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZÖG).

Der DAZ gratuliert!



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 Zahnmannchen ausgezeichnet. www.zahnmaennchen.de





BERUFSVERBAND DER ALLGEMEINZAHNÄRZTE



Burnout – auch ein Thema für Zahnärzte?

BVAZ-Jahrestagung

Wie in den Vorjahren möchte der Vorstand schon frühzeitig alle Mitglieder auf die BVAZ-Jahrestagung im November hinweisen. In diesem Jahr findet sie – nicht zum ersten Mal – in München im Marriott Hotel statt, in der Nähe des Olympiaparks (Berliner Str. 93, 80805 München, Tel. 089/360020, www.marriott-muenchen.de).

Workshop für BVAZ-Mitglieder

Während lange Zeit die Diskussion zum Thema Burnout eher kontrovers verlief und statt von einer depressiven Erkrankung oft auch von einer Modediagnose die Rede war, hat sich in den letzten Jahren auf der Basis umfangreicher Arbeitsplatzstudien und epidemiologischer Erhebungen die Sicht auf diese Problematik



BVAZ-Jahrestagung 28./29.11.2014 München

Am Vorabend (Freitag, dem 28.11.2014) gibt es ab 19.30 Uhr ein gemütliches Beisammensein im Tagungshotel, am Samstag (29.11.2014) ab 9.00 Uhr den nachfolgend kurz beschriebenen Workshop mit Dr. Mark Schmid-Neuhaus zum Thema „Burnout“, und nach der Mittagspause startet die vereinsinterne Mitgliederversammlung.

Bitte merken Sie sich den Termin schon mal vor. Das nächste „Forum für Zahnheilkunde“ bringt weitere Infos zu der Veranstaltung. Zudem erhalten alle Mitglieder noch eine separate schriftliche Einladung mit Tagesordnung und Anmelde-Formular.

Der BVAZ-Vorstand lädt alle Mitglieder ganz herzlich ein – auch an der Arbeit des BVAZ interessierte neue Kolleginnen+Kollegen sind willkommen (Infos+Beitrittsformular siehe www.bvaz.de)!

Mit kollegialen Grüßen
Ihr Andreas Bien, BVAZ-Präsident

verändert. Insbesondere der Situation am Arbeitsplatz wird inzwischen größere Aufmerksamkeit geschenkt. Es gilt, die Interferenz von persönlichen Gegebenheiten mit den Realitäten der modernen Arbeitswelt zu untersuchen und hieraus pragmatische Strategien abzuleiten. Bezogen auf Zahnärzte geht es um die Frage, wie sie ihre Berufsrealität so gestalten können, dass sie mit entsprechendem Know-how offensichtlichen Stressfallen besser begegnen können und dadurch weniger leicht Opfer einer der „großen Zeitkrankheiten der Moderne“ („Die erschöpfte Gesellschaft“) werden.

Dr. Mark Schmid-Neuhaus ist ein erfahrener Facharzt für Psychosomatische Medizin und gleichzeitig ein kompetenter Organisationsentwickler. Er möchte in einem interaktiven Workshop im Rahmen der diesjährigen BVAZ-Tagung mit den Teilnehmern die Frage erkunden, in welcher Form das Thema „Burnout“ auch für Zahnärzte Bedeutung hat und welche Möglichkeiten für eine wirksame Burnout-Prophylaxe für Zahnärzte bestehen.

Die indikationsgerechte Behandlung der bakteriellen Endodontitis Das „Timbuktu-Protokoll“^(*) Teil 2: akute Pulpitis



von Dr. Dr. Rüdiger Osswald, München

Nachdem eine erste Folge in „Forum“ 118 publiziert wurde, setzt der Münchner Allgemeinzahnarzt Dr. Dr. Rüdiger Osswald in dieser „Forum“-Ausgabe die systematische Darstellung seines „Timbuktu-Protokolls“ fort. Insgesamt beschreibt er fünf unterschiedliche klinische Befunde/Behandlungssituationen, schildert detailliert seine persönlich bevorzugte Aufbereitungs- und Wurzelkanalfüllungstechnik, sein benutztes Instrumentarium und Material und garniert seine Ausführungen mit praktischen Tricks und Tipps.

Behandlungsziele bei akuter Pulpitis

Weil es sich, wie der Name schon sagt, um ein meist plötzlich auftretendes und häufig sehr schmerzhaftes Krankheitsgeschehen handelt, sind die Patienten mit akuter Pulpitis in der Mehrzahl diejenigen, die die Praxis als Schmerz-Notfall aufsuchen. Das kurzfristige Ziel der Behandlung ist also das schnelle Erreichen von Beschwerdefreiheit. Gelingt dies, ist der Patient hochzufrieden, was das Renommee der Praxis fördert. Gelingt dies nicht regelmäßig, ist das in hohem Maße abträglich für den Ruf. Das langfristige Ziel der Primärbehandlung besteht hingegen darin, eine unmittelbare Notbehandlung, die den an diesem Tage geplanten Praxisablauf durcheinander bringt, in eine Regelbehandlung mit im Voraus festgelegten Terminen zu überführen. Notfallpatienten dürfen einmal den geplanten Praxisablauf durcheinander bringen, aber nicht mehrfach. Seltene Ausnahmen bestätigen auch hier – wie immer – die Regel.

Grundsätzlich gilt: Ein vitaler, schmerzender Zahn braucht Ledermix, ein devitaler hingegen ein möglichst potentes Desinfektionsmittel

Warum Ledermix?

Ledermix ist ein Kombinationspräparat aus Kortison (Triamcinolon) und einem Antibiotikum (Tetracyclin). Der in diesem akuten Fall therapeutisch relevante Wirkstoff ist das Kortison. Ein Zusatz von Tetracyclin schadet sicherlich nicht, er wurde jedoch vermutlich nur zugesetzt, weil immer noch der alte Lehrsatz gilt: Bei bakteriellen Infekten keine Kortisongabe ohne Antibiotikaschutz. Bakterien lieben nämlich Kortison! Deshalb ist eine Kortison-Anwendung bei der Gangränbehandlung auch kontraproduktiv.

Kortison wirkt unspezifisch auf das Immunsystem und daher entzündungshemmend. In der Folge wirkt es abschwellend auf das jede Entzündung begleitende Ödem (Entzündungszeichen: Rubor, Calor, Tumor [Schwellung durch Ödem], Functio laesa). Es greift direkt in die Kommunikation der Lymphozyten ein und hemmt die Ausschüttung bestimmter Hormone, die von Zellen des Immunsystems produziert werden, beispielsweise die Ausschüttung der Prostaglandine, die neben anderen Effekten die Schmerzempfindung verstärken.

Einige deutsche Hochschullehrer warnen eindringlich vor der Anwendung von Kortison. So berichten beispielsweise die ZM

über eine Fortbildungsveranstaltung in Braunlage (6), auf der Professor Dr. Edgar Schäfer aus Münster davor gewarnt haben soll, Ledermix im offenen Wurzelkanal anzuwenden. Lassen Sie sich davon nicht verrückt machen. Kortison ist ein wundervolles Medikament, und es besteht überhaupt kein Grund, unseren Patienten seine segensreichen Wirkungen vorzuenthalten. Auch hier gilt wie immer der alte Lehrsatz, dass die Dosis das Gift macht. Und diejenigen, die sich gegen die Anwendung von Ledermix aussprechen, würden ziemlich dumm aus der Wäsche schauen (und schwer erkranken), wenn ihre Nebenniere nicht alle fünf Minuten mindestens die Menge an Kortison ausschütten würde, die in einer Med (medikamentöse Einlage in einem Wurzelkanal) enthalten ist.

Was heilen soll, muss ruhig gestellt werden!

Das entzündliche Ödem besteht häufig bereits – sowohl im Zahn selbst als auch periapikal – wenn der Patient in die Praxis kommt. Die periapikale Schwellung übt von apikal her Druck aus und treibt den betroffenen Zahn aus der Alveole. Auf dem so „verlängerten“ Zahn (die Patienten geben ja häufig auch an, dass sich der betroffene Zahn „zu hoch“ anfühlt), entstehen zentrische und laterale Frühkontakte, die den Zahn zusätzlich traumatisieren. Hält dieser Zustand an, weil er vom Behandler nicht erkannt und beseitigt wird, ist dies zum Erreichen des primären Behandlungsziels „schnelle Schmerzfreiheit“ über die Maßen kontraproduktiv. Schließlich gilt auch hier einer der Hauptsätze der „Barfußmedizin“: „Was heilen soll, muss ruhig gestellt werden“. Langfristig kann ein anhaltender Zustand von Überlastung sogar zu Zahnlockerungen führen.

Nun kann man einen Zahn nicht wirklich völlig ruhigstellen, es sei denn, man schiebt ihn, man kann aber bereits bestehende Frühkontakte durch Einschleifen beseitigen, oder, wenn sie (noch) nicht manifest sind, ihrer Ausbildung vorbeugen. Besondere Beachtung sollten hier diejenigen Fehlkontakte erfahren, die sich bei den Lateralbewegungen auf Abhängen und Höckern manifestieren. Gerade Seitenzähne nehmen laterale Fehlbelastungen besonders übel. Am besten man lässt den Patienten fest (!)

^(*) 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!“



Bei der Erstuntersuchung im Oktober 1989 imponierten die Zähne 15 und 34 pulpitisches, Zahn 23 wies die Indikation zur Revisionsbehandlung mit Stiftaufbau vor prothetischer Versorgung auf, und Zahn 27 zeigte sich devital und gangränös.



20 Jahre nach festsitzender Erstversorgung sind im Dezember 2009 alle unter unterschiedlicher Indikationsstellung nach dem Timbuktu-Protokoll endodontisch behandelten Zähne sowohl klinisch als auch röntgenologisch unauffällig. Deutlich wird, wie sehr man auf die Voraussagbarkeit des Ergebnisses vertrauen kann, da nicht ein einziger Pfeiler verloren gehen darf, ohne die gesamte Arbeit zu gefährden.

auf Okklusionsfolie beißen und fordert ihn dann auf, unter Belastung in beide Richtungen nach lateral zu schieben (ein Kollege bezeichnete das einmal sehr treffend als „Powerzentrik“). Sie kennen alle folgende Situation: Sie haben eine schöne Füllung gelegt, den Patienten auf der Okklusionsfolie klappern lassen und dann die Okklusion sorgfältig eingeschliffen. Auf den ersten Blick scheinbar alles perfekt. Trotzdem sucht der Patient nach wenigen Tagen erneut Ihre Sprechstunde auf und beschwert sich, dass der Zahn nach Ihrer Behandlung kälteempfindlich geworden ist. Wenn Sie ihn jetzt die Powerzentrik ausführen lassen, werden Sie sehr häufig laterale Frühkontakte auf den Abhängen finden. Entfernt man diese, beruhigt sich der Zahn schnell (reversible, durch einen anhaltenden physikalischen Reiz hervorgerufene, abakterielle Pulpitis). Besser also, man lässt den Patienten die Powerzentrik gleich nach dem Legen der Füllung (oder Eingliederung der Prothetik) ausführen, dann erspart man sich einen zweiten Termin. Sind die Seitenwände des Zahnes aufgrund von ausgedehnter Kariesentfernung besonders schwach, sodass der Zahn in jedem Fall überkront werden muss, empfiehlt sich ein radikales Einkürzen, um Frakturen, die ja gerne keilförmig in die Wurzel verlaufen oder den Zahn sogar spalten, möglichst zuverlässig zu vermeiden. Die Überkronung wurzelkanalbehandelter Zähne ist (bis auf Zähne mit nur geringem Substanzverlust) eigentlich immer zu empfehlen, um sie körperlich zu fassen und damit zu stabilisieren.

Solange nur Malaisen eintreten, die Sie prophezeit oder als mögliche Entwicklungen geschildert haben, bleiben Sie der Gute. Andernfalls ändert sich die Meinung der Patienten leider sehr schnell.

Die gebotene Schonhaltung (Kauen auf der kontralateralen Seite) wird der Betroffene, zumindest wenn er schlau ist, wegen der Belastungsschmerzen von ganz allein einnehmen. Es schadet aber sicher nicht, ihn insbesondere zur Schonung des provisorischen Verschlusses explizit darauf hinzuweisen. Als unerlässlichen Selbstschutz vor Anrufen in der Nacht und am Wochenende empfiehlt sich die Aufklärung im Sinne der Anmerkungen im weiter unten detailliert beschriebenen Behandlungsprotokoll.

Wenn Sie den Patienten aufgeklärt haben und der Ausnahmefall eintritt, wird der Patient ruhig bleiben und sagen „Schau, jetzt passiert genau das, was der Doktor gesagt hat! Der kann es eben!“ Ohne Aufklärung wird er Angst bekommen, weil etwas passiert, womit er nicht gerechnet hat, und Sie in seiner Hilflosigkeit anrufen. Diese Anmerkungen mache ich behandlungszeit-sparend bereits in der letzten Phase der Aufbereitung, des Einrotierens von Ledermix und beim provisorischen Verschluss.

Warum überhaupt noch weitere Meds?

Die in diesem einfachsten aller Fälle mit klinischen Beschwerden notwendige erste medikamentöse Einlage (Med) mit Ledermix wird (fast) jedem Zahnmediziner einleuchten. Schwerer nachvollziehbar ist mit Blick auf die aktuell immer noch gültige Lehrmeinung die Notwendigkeit der weiter unten im Behandlungsprotokoll beschriebenen zusätzlichen Meds. Schließlich behauptet die bemüht als modern auftretende endodontische Lehre, dass im Falle der akuten Pulpitis der bakterielle Infekt auf die Pulpenkammer und allenfalls noch das koronale Wurzeldrittel beschränkt sei, die Bakterien also durch die Vitalexstirpation und die nachfolgende mechanische Aufbereitung zugänglicher Wurzelkanäle vollständig entfernt würden. Wenn ich das richtig erinnere, dann wurde sogar der Begriff „partielle Gangrän“ aus der Nomenklatur gestrichen.

Ein Blick in die alte und neue Literatur zeigt jedoch eindeutig, dass dem nicht so ist. So zeigen histologische Untersuchungen schon vom Anfang des letzten Jahrhunderts, dass es sich bei einer akuten Pulpitis sehr wohl auch um die Exazerbation einer bereits bestehenden partiellen Gangrän handeln kann. Otto Walkhoff⁽¹⁾ beschrieb histologisch gesicherte Fälle, die bereits partiell gangränös verändert waren und teilweise sogar regelrechte Mikroabszesse aufwiesen, die sich klinisch jedoch eindeutig als lupenreine

Vitalexstirpationen (VitE) manifestiert hatten, bei denen er, wie er sich ausdrückte, aufgrund seiner klinischen Voruntersuchung nie mit einem solchen histologischen Befund gerechnet hätte.

Und dann ist da die beispielhafte Studie von Gesi et al. ⁽²⁾ aus dem Jahr 2006. Er hatte 244 Patienten mit akuter Pulpitis in 2 gleiche Gruppen unterteilt, wobei die eine in einer einzigen Sitzung, die andere jedoch mit einer Zwischeneinlage von Ca(OH)₂ behandelt wurde. Gleichmäßig über beide Gruppen verteilt entwickelten rund 7 % der Patienten innerhalb von nur 1 bis 3 Jahren eine röntgenologisch diagnostizierbare apikale Ostitis. Gesi folgerte völlig richtig, dass eine medikamentöse Zwischeneinlage mit Ca(OH)₂ den Behandlungserfolg nicht zu beeinflussen scheint. Das heißt aber noch lange nicht, dass man bei akuten Pulpitiden einzeitig behandeln und auf Meds verzichten kann oder sollte. Zumindest dann nicht, wenn man in diesem einfachsten aller Endodontitisfälle eine Erfolgsquote sehr, sehr nahe an 100 % anstrebt, wie sie für eine einfache bakterielle Infektionskrankheit in einem seit 100 Jahren vollständig beschriebenen anatomischen Umfeld zu erwarten ist.

Sucht man eine Erklärung für das oben angeführte schlechte Ergebnis, findet man sie bei Walkhoff: Mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit lag in den Fällen, bei denen sich in relativ kurzer Zeit eine apikale Parodontitis entwickelte, eben genau diese partielle Gangrän vor, die er histologisch nachgewiesen hatte. Schlussfolgern kann man jedoch keinesfalls, dass man in diesen Fällen auf die Langzeitdesinfektion verzichten kann. Man muss vielmehr den Schluss ziehen, dass Ca(OH)₂ kein geeignetes Mittel zur Langzeitdesinfektion ist. Dass die Studie von Gesi kein Ausreißer ist, ist durch die Metaanalyse von Kojima et al. ⁽³⁾ aus dem Jahre 2004 belegt, deren Ergebnis in 2008 durch die Metaanalyse von Ng et al. ^(4,5) eindrucksvoll bestätigt wurde. Beide weisen für die Behandlung der akuten Pulpitis eine Misserfolgsquote um 10 % aus. Die genannten Metaanalysen belegen darüber hinaus, dass die Erfolgsraten für alle Stadien der bakteriellen Endodontitis trotz aller mechanischen Verbesserungen, die seither in die Endodontie eingeführt wurden, seit mehr als 60 Jahren unverändert (schlecht) sind.

Klar erwiesen: Kalziumhydroxid als Desinfizienz im Wurzelkanal nicht ausreichend wirksam.

Die Entwicklung einer apikalen Ostitis, die auch in deutschen Fachkreisen, die sich gern mit Anglizismen schmücken, ulkigerweise oft als „posttreatment disease“ („false treatment disease“ wäre sicherlich treffender) bezeichnet wird, führt zwar nicht in jedem Fall zum Zahnverlust, ist aber vermeidbar (und in der Folge die Revision und/oder die Wurzelspitzenresektion). Noch dazu ist es doch sinnlos, eine akute Infektion lediglich in eine chronische zu überführen, wenn man sie ausheilen kann. Man kann also auch in einem klinisch als akute Pulpitis imponierenden Fall nicht auf eine Langzeitdesinfektion verzichten. Man darf eben

nur kein Ca(OH)₂ zur Desinfektion verwenden. Dass man auf eine Ca(OH)₂-Anwendung ganz verzichten sollte, zeigen inzwischen unzählige Einzelstudien und Metaanalysen. Anders ausgedrückt: Wenn überhaupt irgendetwas in der Zahnmedizin mit der erforderlichen wissenschaftlichen Evidenz bewiesen ist, dann das, dass nämlich Kalziumhydroxid als Desinfektionsmittel in der Endodontie nicht ausreichend wirksam ist.

Vor dem Hintergrund dieser erdrückenden Belege ist es schon lange unverständlich, dass die aktuelle Lehrmeinung immer noch gültig ist und nachgerade dogmatisch an ihrem Behandlungsprotokoll festhält, das international bereits seit rund 10 Jahren als gescheitert gilt, ferner nicht bereit ist, andere, deutlich potentere Desinfektionsmittel wie die Original-ChKM-Lösung nach Prof. Walkhoff anzuwenden und zu erforschen, sondern vielmehr bemüht ist, diese vom Bundesamt für Arzneimittel zugelassenen Medikamente mit wissenschaftlich nicht belegbaren Argumenten geradezu zu verteufeln und ihre Anwender herabzusetzen.

Dr. med. Dr. med. dent. Rüdiger Osswald, München, www.tarzahn.de



Der 1. Teil von Dr. Dr. Osswalds Behandlungsprotokoll wurde publiziert im Forum für Zahnheilkunde 118 – März 2014, S. 32-34. Der 3. Teil wird in Forum 120 veröffentlicht, das im September 2014 erscheint.

Partner:



Die Tagungsreihe zum Datenschutz

Update-Bundesdatenschutzgesetz

Datenschutz in der Medizin – Update 2014

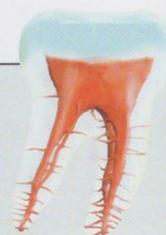
Hamburg – 27.06.2014 – Hotel Hafens, 9-17 Uhr
(8 Fortbildungspunkte)

Vorankündigung: Leipzig - 10.09.2014

Details und Anmeldung über 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



Klinische Diagnose: akute Pulpitis

Zahn ist nicht oder nur sehr leicht klopfempfindlich und röntgenologisch ohne Verdacht auf eine apikale Ostitis (apikale Parodontitis)

- Das ist einer der beiden Regelfälle mit 3 medikamentösen Einlagen
- **Ledermix (Einrotieren mit Pastinjekt), Watte, Cavit** für 1 bis 3 Tage, max. eine Woche (*)
- **ChKM (**), Watte, Cavit** für ca. 1 Woche, max. 2 Wochen
- **Jodoformpaste, Watte, Zement** für 2 – 4 Wochen, max. 3 Monate (***)
- Ruhigstellung durch gutes Außer-Kontakt-Schleifen, insbesondere bei den Lateralbewegungen (Powerzentrik)
- Nach (fast) jeder Feile Spülung mit 3 %igem H₂O₂. Sonst nichts.
- Wenn in einem der Stadien Beschwerden auftreten, einen Schritt zurückgehen und mehr Geduld beim Desinfizieren aufbringen. Beim ersten Stadium bedeutet das: Ledermix, Watte, (bedingt) offen für 1 Tag, dann ChKM, Watte, (bedingt) offen für 1 bis 2 Tage, so lange wiederholen, bis der Zahn nicht mehr bzw. kaum mehr klopfempfindlich ist.

Aufklärung des Patienten:

(*) Das kann heute noch etwas wehtun, ich habe an dem Zahn ja ordentlich manipuliert. Es kann sogar sein, dass Sie heute einmal eine Schmerztablette nehmen müssen, egal was für eine. Es muss aber morgen deutlich besser sein als heute sein und kontinuierlich besser werden. Wenn nicht, dann müssen Sie kommen, und wir müssen den Zahn (bedingt) offen behandeln. Solange es immer besser wird, ist alles in Ordnung! Sollten die Schmerzen in der Nacht oder am Wochenende entgegen meinen Erwartungen so stark werden, dass Schmerztabletten nicht wirklich helfen, dann können sie die provisorische Füllung auch mit einer starken Stopfnadel selbst entfernen, damit der entstandene Druck aus dem Zahn entweichen kann. Das passiert aber ausgesprochen selten, ich sage Ihnen das nur, damit Sie wissen, was Sie in diesem Falle tun können.

()** Das schmeckt jetzt stark nach Zahnarzt, aber es handelt sich um ein sehr wirksames Desinfektionsmittel. Das schmeckt man direkt. Wenn der Zahn aufbissempfindlich wird, müssen Sie kommen, und wir müssen ihn eine Zeit lang (bedingt) offen behandeln.

(*)** Wenn Sie Beschwerden bekommen, müssen Sie kommen, und wir müssen einen Schritt zurückgehen. Wenn Sie diese Probe-Wurzelfüllung allerdings beschwerdefrei tolerieren, wovon ich zuverlässig ausgehe, ist die Prognose für den langfristigen Zahnerhalt ausgezeichnet.

Literatur

1. Walkhoff, O.: Mein System der medikamentösen Behandlung schwerer Erkrankungen der Zahnpulpa und des Periodontiums. Verlag von Hermann Meuser, Berlin 1928.
2. Gesi, A., Hakeberg, M., Warfvinge, J., Bergenholtz, G.: Incidence of periapical lesions and clinical symptoms after pulpectomy – a clinical and radiographic evaluation of 1-versus 2-session treatment. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 101, 379 (2006).
3. Kojima, K., Inamoto, I.: Success rate of endodontic treatment of teeth with vital and nonvital pulps. A meta-analysis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 95, 97 (2004).
4. Ng, Y., Mann, V., Gulabivala, K.: Outcome of secondary root canal treatment: a systematic review of the literature. Int Endod J 41, 1026 (2008).
5. Ng, Y., Mann, V., Rahbaran, S., Lewsey, J., Gulabivala, K.: Outcome of primary root canal treatment: systematic review of the literature -- Part 2. Influence of clinical factors. Int Endod J 41, 6 (2008).
6. SP.: Lernen in Braunlage - Vom Apex bis zur Krone. ZM (466), (01.03.2014).

Die Mikro-Master: Die magische Vervielfältigung von Studienabschlüssen

von Prof. Dr. Stefan Kühl, Universität Bielefeld

Bei der Wahl ihres Studienabschlusses haben heutige Studierende die Qual der Wahl, müssen sie doch aus Tausenden von unterschiedlichen Studienfächern auswählen. Sie müssen sich zwischen Mastern in „Hospitality Management“ und „Hospital Management“ entscheiden, zwischen Mastern in „Governance“ und „Government“ oder zwischen Mastern in „Medienkommunikation“, „politischer Kommunikation“ und „Wirtschaftskommunikation“.



Sie müssen wählen zwischen „Change Management für kleine und mittlere Unternehmen“, „Global Change Management“ und „Change Management für alle“. Selbst in Fächern wie der Zahnmedizin, die sich der Bologna-Reform nicht angeschlossen haben und nach wie vor ein

einheitliches Staatsexamen als Abschluss vorschreiben, entstehen in wachsender Zahl Master mit unterschiedlichen Schwerpunkten.

Im Prinzip kann sich an den Hochschulen inzwischen jeder einzelne Professor „seinen“ ganz eigenen kleinen exklusiven Master zusammenbasteln und dafür Studierende rekrutieren. Man erklärt dafür einfach seinen eigenen persönlichen Forschungsschwerpunkt zu einem neuen Lehrschwerpunkt an seinem Fachbereich, gibt dem Master eine attraktive Bezeichnung, in der möglichst Worte wie international, innovativ oder integrativ vorkommen sollten, und lässt sich diesen dann von seinem Fachbereich genehmigen. Von der Hochschulleitung ist in den seltensten Fällen Protest zu erwarten, weil es als Auszeichnung betrachtet wird, wenn eine Fachhochschule oder Universität möglichst viele verschiedene Studiengänge anbietet, besonders wenn diese international, integrativ oder innovativ sind.

Wie ist es zu dieser – angesichts eher stagnierender Ressourcen an den Hochschulen – nahezu magisch wirkenden Vervielfältigung von Studiengängen gekommen?

Die aufwandsneutrale Schaffung neuer Studiengänge

Der Trick bei der Schaffung neuer Studiengänge ist simpel. In der deutschen Fassung der Bologna-Reform wird nicht nur verlangt, dass jede Veranstaltung, jede Prüfung und jedes Praxisseminar in Zeiteinheiten – den sogenannten ECTS-Punkten (ECTS = European Credit Transfer System) – festgelegt wird, sondern die in Zeiteinheiten verrechneten Veranstaltungen und Prüfungen müssen auch in sogenannten Modulen zusammengefasst werden. Bei

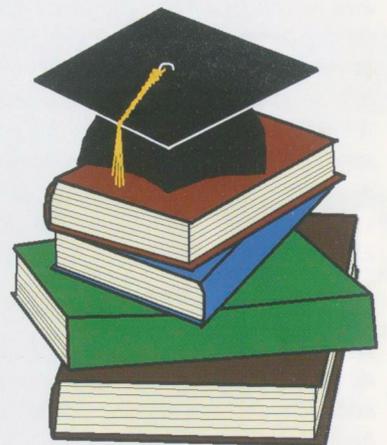
der Gestaltung eines neuen Studiengangs mischt man jetzt aus den sowieso in anderen Studiengängen angebotenen Veranstaltungen einige neue Module zusammen und kombiniert sie mit an der Hochschule bereits existierenden Modulen – fertig ist ein neuer Studiengang. Selbst kleine Hochschulen können so den Eindruck erwecken, dass sie ein äußerst vielfältiges Studienangebot für ihre Studierenden parat halten.

In solchen Mikro-Mastern könnten didaktische Chancen liegen, wenn ein einziger Lehrender einen Jahrgang im Klassenverband führt. Dieser Lehrende würde die Schüler seiner Klasse selbst auszuwählen, sie in ein Spezialgebiet einführen und sie dann als eine Art „Klassenlehrer“ in einer Reihe von aufeinander aufbauenden Veranstaltungen zu einem Abschluss führen. Die Kunst- und Musikhochschulen haben gezeigt, dass solche in Meisterklassen stattfindenden Ausbildungswege nicht die schlechtesten sind, weil die sich über mehrere Semester vertiefende Bindung zwischen Meister und Schüler zu einer engen Betreuung der Studierenden führt.

Die Mikro-Master als Mogelpackung

Aber auch wenn Master auf den ersten Blick nur die englische Übersetzung von Meister ist, hat ein Masterstudium mit dieser Form des Meisterstudiums kaum etwas zu tun. Schließlich muss ein Professor nicht nur die Studierenden seines Mikro-Masters betreuen, sondern seine Veranstaltungen müssen dann auch immer noch für eine ganze Reihe von Studierenden aus anderen Mikro-Mastern geöffnet werden. Letztlich sieht ein Professor in seinem Mikro-Master-Gebiet seine Studierenden auch nicht häufiger als ein Professor in einem Vertiefungsgebiet in einem umfassend definierten Masterstudiengang.

Viele Mikro-Master sind also lediglich mehr oder minder gut getarnte Mogelpackungen. Ein Masterprogramm wird mit vielen attraktiv klingenden Adjektiven ausgestattet, und es wird auf die Aktualität der durch den Studiengang abgedeckten Themen wie „nachhaltiges Tourismusmanagement“, „kreatives Marketing Management“ oder „Abenteuer- und Erlebnispädagogik“ verwiesen. Die Studierenden stellen jedoch fest, dass sie in dem Studiengang weitgehend ein Fachhochschul-Studium in Tourismus, Marketing oder Pädagogik absolvieren und dass der Zusatz der Nachhaltigkeit, der Kreativität oder des Erlebnisses nur durch ein oder zwei Module abgedeckt wird.



Es geht noch weiter: Häufig stellen Studierende, die Mikro-Master-Studiengänge belegen, fest, dass sie in den breiter angelegten Studienfächern wie Tourismuswirtschaft, Betriebswirtschaft oder Pädagogik mehr oder minder genau das gleiche hätten studieren können wie in ihrem Spezialmaster. Bloß dass ihnen im Spezialmaster die Auswahl zwischen unterschiedlichen Modulen häufig stärker eingeschränkt wird als in den breiter angelegten Studienfächern.

Das einsetzende Mastersterben

Schon jetzt sind erste Ansätze eines großen Sterbens besonders bei Masterstudiengängen zu beobachten, weil viele der mit hoher verbaler Kreativität produzierten Studiengänge nur mit einer Handvoll von Studierenden auskommen müssen und die Studiengangsverwaltungen mit der Koordination einer Vielzahl von unterschiedlichen, aber miteinander verbundenen Studiengängen völlig überfordert sind. Hochschulleitungen, die anfangs die Vervielfältigung von Studiengängen noch unterstützt haben, fangen an zu überlegen, wie viele Studiengänge sich eine Hochschule sinnvollerweise leisten sollte.

So kann es Studierenden passieren, dass sie zwar einen Studienabschluss in einem so modischen Spezialthema wie „Kompetenzmanagement“, „nachhaltige Ernährungspädagogik“ oder „Kinderrechte“ haben, dass aber diese Studienabschlüsse wenige Jahre später gar nicht mehr existieren. Entweder weil die Nachfrage zu gering war, die verantwortliche Professorin in den Ruhestand gegangen ist oder auch einfach deswegen, weil das Thema nicht mehr so aktuell ist. Aber immerhin kann man als Absolvent eines solchen Spezialmasters sicher sein, dass die erste Frage bei einem Bewerbungsgespräch sein wird, was das denn für ein exotisches Studienfach gewesen sei, das man damals studiert habe.

Stefan Kühl ist Professor für Soziologie an der Universität Bielefeld und Autor des Buches „Der Sudoku-Effekt. Hochschulen im Teufelskreis der Bürokratie“ (siehe Lesetipp unten). Eine gekürzte Fassung dieses Artikels ist in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung erschienen.

Master-Studiengänge in der Zahnmedizin – was leisten sie für die Patientenversorgung?

– Einige Fragen aus Sicht der Forum-Redaktion –

Wenn man die im nebenstehenden Beitrag beschriebene, Entwicklung von zum Teil enorm kleinteiligen und oftmals nicht an beruflichen Erfordernissen orientierten Spezialisierungen oder den von Kühl in anderen Publikationen*) analysierten Bürokratiewuchs betrachtet, den die Bologna-Reform mit sich gebracht hat, kann man es nur begrüßen, dass in der Zahnmedizin bisher das herkömmliche System mit Staatsexamen und Approbation und eine einheitliche Ausbildung für alle Zahnärzte beibehalten wurden.

Obwohl Master-Abschlüsse mithin kein obligatorischer Teil des Studiums sind, gewinnen sie – teilweise mit ähnlich spezieller Ausrichtung wie von Kühl beschrieben – seit einigen Jahren auch im Bereich Zahnmedizin an Bedeutung. Dabei sollte man nicht aus den Augen verlieren, dass es die Zahnmedizin im Gegensatz zur übrigen Medizin, die den Menschen vom Kopf bis zu den Füßen

versorgt, mit einem kleinen überschaubaren Gebiet zu tun hat. Bei guter Lehre und viel Praxisbezug während des Studiums, einer strukturierten Vorbereitungszeit von 2 Jahren und regelmäßiger Fortbildung sollte ein Zahnarzt auch ohne Spezialmaster für die üblicherweise auftretenden Anforderungen seines Berufs gerüstet sein – für ganz besondere Patientenfälle gab es schon immer die Unikliniken und eine begrenzte Zahl von Spezialpraxen.

Dessen ungeachtet werden von Universitäten und anderen Bildungsanbietern immer mehr – postgraduale – Qualifizierungen mit Master-Abschluss entwickelt und beworben, und sie werden von immer mehr Zahnärzten absolviert. Für Hochschullehrer und Fortbildungseinrichtungen stellen die berufsbegleitenden Masterkurse eine willkommene Einnahmequelle dar, während für die zahnärztlichen Teilnehmer ein hoher zeitlicher und finanzieller Aufwand entsteht (Kursgebühren meist über 20.000 Euro plus Arbeitsausfall und Reisekosten etc., in der Folge meist noch die Anschaffung teurer Spezialgeräte). Dieser muss durch vermehrte Einnahmen bei der Patientenbehandlung (private Zuzahlungen oder Erstattungen durch Privatversicherungen) refinanziert werden (und beschränkt den Kreis der vom Spezialistentum profitierenden Patienten). Hinter diesen Aktivitäten stecken weniger wissenschaftlich fundierte gesamtgesellschaftliche Versorgungskonzepte als vielmehr die Gewinnerwartungen der involvierten „Marktteilnehmer“. Auf Anbieterseite wie auch von Seiten der zahnärztlichen Kurs-Teilnehmer werden Master-Titel offensichtlich in hohem Maße als Marketing-Instrument im Rahmen des innerzahnärztlichen Konkurrenzkampfes verstanden. Ob die fortgebildeten Zahnärzte deutlich mehr gesundheitlichen Nutzen für die Patienten bewirken, ob sie nachhaltiger, effizienter und auf längere Sicht auch wirtschaftlich günstig im Sinne der Gesamtversorgung arbeiten, ist vorerst eine offene Frage.

Allerdings sind negative Auswirkungen auf die Gesamtversorgung denkbar. In einer Situation, in der die Ausbildung im Hauptstudium immer mehr unter Einsparungen zu leiden hat, verstärkt sich die Gefahr einer schleichenden Auslagerung von (eigentlich staatlich zu sichernder) Ausbildung in die kostenpflichtigen postgradualen Kurse. Und es ist nicht auszuschließen, dass die Zunahme der Spezialisierungen sukzessive eine Quasi-Abwertung des „normalen“ zahnärztlichen Abschlusses bzw. der allgemeinzahnärztlichen Kompetenz bewirkt und damit möglicherweise – wenn auch eventuell nur über einen Imageverlust – eine Benachteiligung gerade derjenigen herbeiführen könnte, die mit breiter Kompetenz und Erfahrung, aber ohne Spezialtitel den Hauptanteil der Versorgung der Bevölkerung leisten.

In jedem Fall scheint eine detaillierte Untersuchung der postgradualen Qualifizierungen in der Zahnmedizin und ihrer Folgewirkungen unter Einschluss bildungspolitischer, gesundheitsökonomischer und versorgungspolitischer Aspekte wünschenswert. Dabei können Bildungsexperten wie Prof. Kühl sicherlich interessante Einschätzungen beisteuern.

Irmgard Berger-Orsag, Troisdorf

*) Lesetipp

- Kühl, Stefan: „Der Sudoku-Effekt. Hochschulen im Teufelskreis der Bürokratie“, transcript-Verlag 2012, ISBN 978-3-8376-1958-4
- Kühl, Stefan: Working Papers, http://www.uni-bielefeld.de/soz/forschung/orgsoz/Stefan_Kuehl/pdf/Working-Paper-7-2011-Kuehl-Sudoku-Effekt-mit-Einleitung-110416.pdf

Personal – Praxisdünger oder Sand im Getriebe?

Am Anfang steht die Stellenausschreibung – aussagekräftig und juristisch korrekt (Teil 1)

von Diana Bernardi, München, und Melanie Neumann, Regensburg

In dieser und den folgenden Ausgaben bringt das „Forum“ eine vierteilige Serie rund um Personalakquise.

Ohne Personal geht nix,

da sind wir uns einig. In einer Zahnarztpraxis gelingt keine Behandlung am Stuhl ohne Assistenz. PZR selber machen? Wird mit wirtschaftlich korrekter Kalkulation (durchschnittlich 3,50€/Zahnarztminute) wohl jedem Patienten ein klein wenig

We want you!

ZFA M/W | IN VOLLZEIT

Zum 01.12.2013 Sie haben Freude am Beruf und möchten in einem internationalen Team arbeiten, welches sich gerne weiterbildet und die Arbeit am Patienten ebenso schätzt wie die berufsgegebenen Verwaltungstätigkeit? Sie besitzen gute berufsbedingte EDV-Kenntnisse und schätzen eine fehlerfreie und rechtssichere Dokumentation in der Patientenakte? Sie mögen Teamarbeit und sind offen für moderne Arbeitszeitmodelle? Bewerben Sie sich schriftlich per Mail oder Post mit aussagekräftigen Unterlagen bei uns!
Wir freuen uns auch auf WiedereinsteigerINNEN.

Zahnarztpraxis: Dr. Mustermann Theo
Adresse: Hauptstr. 123, Musterstadt www.mustermann.de

IT
ESS

ZAHNARZTPRAXIS (012) 345678
ZAHNARZTPRAXIS (012) 345678

übertrieben erscheinen. Ergo, will ich eine kleine Zahnarztpraxis mit wenigstens 2 Behandlungseinheiten mein eigen nennen, benötige ich zumindest 2 Vollzeitkräfte und weiterhin noch Zeit außerhalb der Behandlungszeiten, die ich dann mit Verwaltungstätigkeiten und sonst anfallenden Dingen füllen darf.

Ohne an dieser Stelle zu detailliert auf die Definition der Personalbedarfsplanung einzugehen, möge der geneigte Leser einfach

diesen Satz zur Kenntnis nehmen: „Ziel der Personalbedarfsplanung ist es, die zukünftig erforderliche Mitarbeiterzahl eines Unternehmens in quantitativer, qualitativer, örtlicher sowie zeitlicher Hinsicht zu ermitteln.“

Dies setzt wiederum voraus, dass ich mir als PraxisinhaberIN Gedanken machen muss, wohin ich in welcher zeitlichen Abfolge mit meiner Praxis will, welche Leistung ich anbieten möchte, wie ich diese gedenke zu delegieren und welche Qualifikationen meine Mitarbeiter dazu benötigen bzw. haben sollten. Das ist wie mit dem einkaufen Gehen: ohne genauen Plan, was ich vorhaben zu kochen, ist der Einkaufswagen entweder zu voll, oder es fehlt letztendlich wieder etwas.

Wie sieht das geeignete Lockmittel aus?

Natürlich könnte und sollte auch immer der Weg der verbalen Kommunikation unter Kollegen, Bekannten und Verwandten oder auch Patienten genutzt werden, um darauf aufmerksam zu machen, dass Personal gesucht wird.

Ganz klassisch ist dennoch eine schriftliche Stellenausschreibung. Am weitesten verbreitet ist die Kleinanzeige – weil am günstigsten – im Wochenblatt oder vielleicht auch in einer Zeitung mit größerer Auflage. Diese wird allerdings nicht sehr aussagekräftig sein.

„Wir suchen eine junge, belastbare und flexible Mitarbeiterin in Vollzeit für unser junges, dynamisches Praxisteam – Bewerbung mit Foto bitte an ...“ – ist nicht nur prädestiniert dafür, extrem viel Zeit zur Selektion aufwenden zu müssen, sondern auch gleich schon dazu geeignet, den ersten juristischen Faux Pas zu begehen. Stimmt's, Frau Neumann?

Stimmt. Seit dem 18.08.2006 gilt nämlich das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG), welches Benachteiligungen aus Gründen der Rasse oder der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität verhindern soll.

Die oben zitierte dreizeilige Stellenanzeige verstößt gleich in sechs Punkten gegen das AGG:

- „jung“: Alter
- „belastbar“: Behinderung
- „flexibel“: Behinderung
- „Mitarbeiterin“: Geschlecht
- „junges, dynamisches Team“: Alter + Behinderung
- „Foto“: Alter + Herkunft + Rasse

Mit jedem einzelnen Verstoß läuft der Verwender einer entsprechenden Anzeige Gefahr, sich gegenüber abgelehnten Bewerbern bzw. Bewerberinnen schadenersatzpflichtig zu machen.

Und auch wenn dies im ersten Moment verrückt klingt, es gibt Bewerber, die sich darauf „spezialisiert“ haben, ihr „Einkommen“ mit Schadenersatz aufzubessern, selbst wenn sie an der Stelle gar kein Interesse gehabt hätten. Dies lohnt sich, denn allein der Ersatz für den immateriellen Schaden einer benachteiligten Person beläuft sich in der Regel auf drei Bruttomonatsgehälter, wenn eine Einstellung auch bei benachteiligungsfreier Auswahl nicht erfolgt wäre. Andernfalls kann der Schaden sogar noch höher ausfallen. Auch darf man nicht vergessen, dass dieser Schadenersatz nicht nur von einer benachteiligten Person, sondern auch von mehreren geltend gemacht werden kann. Eine fehlerhafte Stellenbeschreibung reicht bereits als Indiz, dass eine Benachteiligung möglich erscheint. Im Streitfall ist der potentielle Arbeitgeber verpflichtet nachzuweisen, dass keine Diskriminierung erfolgte.

Wichtig ist daher, die Schwerpunkte der ausgeschriebenen Stelle auf Eignung, Leistung und Befähigung zu legen. Sie müssen sich fragen, wer unabhängig von den oben genannten diskriminierenden Kriterien allein aufgrund von Vorbildung, bisherigem beruflichem Werdegang und persönlichem Eindruck am besten für die von Ihnen zu besetzende Stelle geeignet ist.

Wie also soll sie aussehen, die korrekte und ansprechende Stellenanzeige in der heutigen Zeit?

Ansprechend das Design

Egal ob für Printmedien oder Internet – ein bildhaftes Stellenangebot fällt immer auf. Fügen Sie mindestens ein Bild aus der Praxis, wenigstens aber das Logo hinzu, und vergessen Sie in der Praxisanschrift die Adresse der Homepage nicht. Darüber kann sich der Interessent/die Interessentin schon vorab ein gutes „Bild“ über die Praxis machen.

Auf jeden Fall sollte die Stellenanzeige beinhalten, was Sie suchen, also ZMF, ZMV, ZMP ... Damit geben Sie schon einmal die grundsätzliche Qualifikation vor. Wie von Frau Neumann schon erklärt, auf jeden Fall eine geschlechtsneutrale Ansprache nutzen. Eintrittsdatum und die zu leistende Stundenanzahl sind ebenso wichtig, um schon einmal im Vorfeld eine grobe Selektion der Bewerbungen gewähren zu können. Weisen Sie auf jeden Fall auf Besonderheiten hin, sei es eine Befristung oder eine übertarifliche Bezahlung.

Der schwierigste Teil ist immer die Stellenbeschreibung an sich. Mit ihr möchte die Praxis im Grunde ja schon die Parameter setzen für die Bewerber. Vom Format her können Sie sich für eine



Diana Bernardi (München):

Die ausgebildete Arzthelferin (und Mutter von 5 Kindern) hat zahlreiche Weiterbildungen im Medizin-, Management- und IT-Bereich absolviert und betreibt seit 2009 die Praxisberatung medConsiliarius für Ärzte und Zahnärzte.

Aufzählung oder einen Fließtext entscheiden. Der Fließtext eignet sich – gerade in Form von geschickt formulierten Fragen – jedoch besser, um die Vorgaben der Parameter auch juristisch korrekt zu umschreiben.

Eine Zeitungsannonce in regionalen Blättern ist oft die erste Wahl vieler Praxen. Verkennen Sie aber nicht die Reichweite von Social Media. Es gibt viele spezielle Gruppen von (zahn)medizinischem Personal. Stellen Sie also die Anzeige auch dort ein. Das hat eine größere Reichweite und ist sogar kostenfrei. Und wenn Sie selbst hierzu keinen Zugang haben, dann bitten Sie doch ein Teammitglied oder sonstige Personen mit social media Aktivitäten darum. Wenn Sie auf Personalvermittlungsagenturen zurückgreifen, vergewissern Sie sich, dass deren für Ihre Praxis erstellte Stellenanzeige den juristischen Vorgaben entspricht.

An dieser Stelle gebe ich ab an Frau Neumann, die Ihnen noch weitere Tipps aus der juristischen Ecke geben wird.

Juristisch ohne Stolperfallen

Häufig verwendete, aber typische Formulierungen, die als diskriminierend gewertet werden, sollten also gar nicht verwendet werden (so z.B. auch „Sie verfügen über ein gepflegtes Äußeres“ => dies könnte als Benachteiligung von Bewerbern/Bewerberinnen mit Behinderung gewertet werden).

Statt „Bewerbungsunterlagen mit Foto“ fordern Sie besser „ausgesagekräftige Bewerbungsunterlagen“ an.

Exkurs: Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz

Das AGG gilt nicht nur für Stellenanzeigen, sondern für sämtliche arbeitsrechtlichen Vorgänge. Als Praxisinhaber/in haben Sie dafür Sorge zu tragen, dass sämtliche praxisbezogenen Abläufe und Rahmenbedingungen und getroffenen personalrechtlichen Maßnahmen mit dem Inhalt des AGG zu vereinbaren sind. Weiterhin müssen Sie den Text des AGG im Betrieb bekannt machen. Übrigens können auch Mitarbeiter/innen, nicht nur Arbeitgeber/innen, gegen das AGG verstoßen, was zu arbeitsrechtlichen Konsequenzen führen kann. Auch aus diesem Grund ist es wichtig, die Mitarbeiter/innen über das AGG zu informieren und sich die Kenntnisnahme am besten schriftlich bestätigen zu lassen.

Auch Deutsch als Muttersprache darf nicht verlangt werden, für die Ausübung des Berufs erforderliche Deutschkenntnisse jedoch schon (diese sind gerade im medizinischen Bereich sehr wichtig, können im Einzelfall jedoch bei Ausländern durchaus vorliegen, bei Muttersprachlern möglicherweise auch nicht).



Melanie Neumann (Regensburg):

Die seit 2008 in eigener Kanzlei niedergelassene Rechtsanwältin (die u.a. einige Semester Medizinstudium, Praktika in Kliniken und studienbegleitende Tätigkeit als Praxismanagerin vorzuweisen hat) ist auf Medizinrecht spezialisiert und für div. Organisationen beratend tätig.

Eine Diskriminierung wegen des Lebensalters (z.B. Suche nach „Berufseinsteigern“ oder „Young Professionals“) bezieht sich übrigens nicht nur auf ältere Menschen, sondern kann in jedem Alter vorliegen, so dass letztlich auch schon junge Menschen diesbezüglich diskriminiert werden können (z.B. auch durch die Formulierung, dass jemand mit „Berufs- und Lebenserfahrung“ gesucht wird). Gerade für Zahnarztpraxen nicht uninteressant: eine Bevorzugung von Nichtrauchern verstößt nicht gegen das AGG.

Was viele Arbeitgeber/innen ebenfalls nicht wissen: Sie sind gem. § 81 Abs. 1 SGB IX verpflichtet zu überprüfen, ob freie Arbeitsplätze mit schwerbehinderten Menschen, insbesondere solchen, die bereits bei der Agentur für Arbeit arbeitslos oder arbeitssuchend gemeldet sind, besetzt werden können. Dem Bundesarbeitsgericht (BAG) reichte ein Verstoß hiergegen für die Vermutung einer Benachteiligung von Menschen mit Behinderung. Setzen Sie sich daher unbedingt frühzeitig mit der Agentur für Arbeit in Verbindung!

Der Anfang ist gemacht

Jetzt wird es spannend. Mit etwas Glück werden Sie in der nächsten Zeit einen kleinen Stapel an Bewerbungen erhalten. Wie sollte die Praxis mit den schriftlichen Unterlagen umgehen, wie selektieren, wie absagen, und vor allem auch hier wieder: welche juristischen Stolperfallen gilt es zu meiden – diese Punkte behandeln wir in der nächsten Ausgabe. Behalten Sie den Durchblick im Bewerbungsdschungel – wir unterstützen Sie.

Diese Artikelserie wurde bereits ab der Ausgabe 12-2013 im Niedersächsischen Zahnärzteblatt veröffentlicht. Wir danken für die Nachdruckgenehmigung. Die Folge 2 zum Thema „Bewerber-Mikado“ erscheint in „Forum“ 120 im September 2014.

Dauerthema Hygiene: Neuer Rahmen-Hygieneplan online verfügbar

Im Mai 2014 haben der Deutsche Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnmedizin (DAHZ) und die BZÄK einen neuen **Rahmen-Hygieneplan (RHP)** vorgelegt, der auf Basis der potentiellen Infektionsgefahr in der Zahnarztpraxis konzipiert wurde. Er muss auf die individuellen Praxisgegebenheiten übertragen und in einen praxisspezifischen Hygieneplan umgesetzt werden. Dabei gilt es das jeweilige Behandlungsspektrum der Praxis zu berücksichtigen. Individuelle Eintragungen im als pdf-Datei verfügbaren Rahmen-Hygieneplan können direkt am Computer vorgenommen werden (hierfür

DAHZ



Deutscher Arbeitskreis
für Hygiene in der
Zahnmedizin

ist eine neuere Version des Adobe Reader erforderlich, die zusammen mit dem RHP von der DAHZ-Website herunter geladen werden kann). Gegebenenfalls muss der Hygieneplan durch weitere Arbeitsanweisungen ergänzt werden – bei Bedarf ist er zu aktualisieren. Der Praxisinhaber muss den Beschäftigten bei ihrer Einstellung, bei Veränderungen in ihrem Aufgabenbereich und auch bei Einführung neuer Arbeitsverfahren anhand des Hygieneplanes geeignete Anweisungen und Erläuterungen erteilen. Die Unterweisungen sind bei Bedarf oder mindestens in jährlichen Abständen zu wiederholen und auch zu dokumentieren. Hier der Link zu dem Plan: <http://www.dahz.org/7.html>

Ebenfalls neu verfügbar ist der **DAHZ-Hygieneleitfaden 2014**, man findet ihn unter: <http://www.dahz.org/5.html>

Grundlegende Hygiene-Anforderungen für Zahnarztpraxen zum Schutz vor Infektionen sind in einem Aufsatz von 2006 beschrieben: <http://preview.tinyurl.com/nqz674e>

(Zahn-)Ärzte in sozialen Medien:

Ärztliche Schweigepflicht in Gefahr?

Einerseits wird Ärzten und Zahnärzten heute geraten, sich auch der Möglichkeiten der sozialen Netzwerke im Internet zu bedienen, um für ihre Angebote zu werben, oder z.B. auch um Personal zu rekrutieren, wie im nebenstehenden Beitrag empfohlen. Andererseits gilt es, gewisse Fallstricke zu vermeiden und z.B. nicht die ärztliche Schweigepflicht und Datenschutzbestimmungen zu verletzen. Die Bundesärztekammer stellt auf ihrer Website einen Ratgeber zum Thema: „**Ärzte in sozialen Medien – Worauf Ärzte und Medizinstudenten bei der Nutzung sozialer Medien achten sollten**“ zur Verfügung: <http://preview.tinyurl.com/p2vaxux>

Was machen 40 Mio Gesundheits-Surfer?

Mittels einer online-Befragung, an der sich über 3000 Personen beteiligten, wurde die Internetnutzung in Bezug auf Gesundheitsthemen untersucht. Eine Kurzfassung der von Prof. Mike Friedrichsen, Stuttgart Media University, und Dr. Alexander Schachinger, healthcare42.com, herausgegebenen Studie kann heruntergeladen werden unter <http://preview.tinyurl.com/p6akofu>

Magische Heilmethoden Teil 6: Zaubermedizin an deutschen Universitäten

von Mandy Himmelblau – ganzheitliche Erklärfee



Ungefähr die Hälfte aller Zahnärzte hat keinen Dokortitel. Sie alle wissen, dass es für eine vernünftige Behandlung der Patienten nach den Regeln der ärztlichen Kunst darauf auch nicht ankommt. Trotzdem fuchst es manche Kollegen, dass sie keinen Titel haben, mit dem sie sich schmücken können (die DDR-Kollegen mit Examen bis 1990 haben immerhin eine Diplomarbeit geschrieben).

Für diese Kollegen gibt es die Möglichkeit, gegen „Sitzfleisch und Geld“™ und eine Abschlussarbeit, die vom Umfang her mit einer Seminararbeit zu vergleichen ist, den begehrten Titel „Master of Arts“ – MA – zu erwerben.

Ihre Patienten werden begeistert sein, wenn sie auf Ihrem Praxisschild lesen, dass Sie einen Titel in Geisteswissenschaften besitzen und jetzt auch ganzheitlich behandeln!

Hier können Sie sich einschreiben:

Institut für transkulturelle Gesundheitswissenschaften (IntraG) an der Universität Viadrina Frankfurt/Oder. Geleitet wird das Institut von Prof. Harald Walach, dessen Stiftungsprofessur von der Firma Heel, einem Hersteller homöopathischer Mittel, finanziert wird.

http://de.wikipedia.org/wiki/Harald_Walach

Das postgraduale Studium dauert 4 Semester und umfasst

2 Pflichtbereiche

Biologische Medizin 15 ECTS-Punkte*
Kulturwissenschaften 15 ECTS-Punkte*

2 Wahlpflichtbereiche 15 ECTS-Punkte*

u.a. Krankheit als ordnendes Prinzip, Systemische Aufstellungsarbeit, Mitochondrienmedizin, Ayurveda, Traditionelle abendländische Medizin, Homotoxikologie

Masterarbeit 15 ECTS-Punkte* (mind. 35 Seiten Text)

Sie leisten:

- 10.000 Euro
- 2-5 Tage Anwesenheitspflicht pro Semester

Sie bekommen:

(<http://kwkm.eu/info/Studiengang/Das%20Obringt%20oder%20Studiengang.html>)

- Vollqualifikation Psychosomatische Grundversorgung
- Moderatorenausbildung (Leiter ärztlicher Qualitätszirkel etc.)
- Ausbildung zum ärztlichen Klangtherapeuten
- Seminarleiterschein Autogenes Training (Kassenabrechnung Entspannungsverfahren)
- Wichtigste Bausteine für die ärztlichen Zusatzbezeichnungen Naturheilverfahren und Homöopathie

Außerdem:

- Zahlreiche Fortbildungspunkte der Ärztekammern (bis zu 250 Punkte)
- Qualifikation für Forschung und Qualitätssicherung

Wirtschaftsfaktor Komplementärmedizin

„Jährlich geben Patienten in Deutschland zwei bis drei Milliarden Euro aus eigener Tasche für komplementäre Heilverfahren aus ... Es handelt sich also um einen ernstzunehmenden Wirtschaftsfaktor, so dass eine Zusatzqualifikation in Form eines Masters für die Beteiligten auch in dieser Hinsicht sinnvoll erscheint.“ So die Erläuterung/Begründung des Studiengangs auf der Website des IntraG, vgl. <http://tinyurl.com/kacftsg>.

Vor der Anfertigung der Masterarbeit brauchen Sie keine Angst zu haben. Sie ist nicht vergleichbar mit der Abschlussarbeit eines konsekutiven Masterstudiums, wo man sie mit einer Diplomarbeit gleichsetzen kann.

Hier beim IntraG reicht es z.B. völlig, wenn Sie eine retrospektive Fragebogenaktion mit 42 Probanden zur subjektiven Befindlichkeit durchführen. Es wurden in diesem Fall Heuschnupfenpatienten befragt, ob es Ihnen nach der Behandlung mit Radionik besser ging. Mit dem Radionikgerät soll das „Energiefeld“ des Patienten „gelesen“ und durch Übertragung „passender virtueller Schwingungsmuster“ eine Besserung der Krankheitssymptome erreicht werden: <http://www.quantec.eu/deutsch/pdf/Heuschnupfen.pdf>

Die am meisten Aufsehen erregende Masterarbeit, die je am IntraG veröffentlicht wurde, behandelt eine Versuchsanordnung mit dem so genannten Kozyrevspiegel eines Berliner Orthopäden, mit der untersucht werden sollte, ob Menschen in der Lage sind hellzusehen. Der Kozyrevspiegel ist eine Röhre aus Aluminium, in der sich die Versuchspersonen einige Zeit aufhalten. Mittels Scalarwellen werden angeblich Wurmlöcher in der Raumzeit geöffnet, und die Probanden könnten somit Kontakt zu Verstorbenen und Außerirdischen aufnehmen.

Tja, liebe Zahnärzte, ich könnte mir vorstellen, dass es noch viele schöne Themen gibt, mit denen man hervorragend Cargo-Kult-Wissenschaft betreiben kann.

(<http://de.wikipedia.org/wiki/Cargo-Kult-Wissenschaft>)

Ich bin jedenfalls gespannt auf weitere Forschungsergebnisse.

Ihre Mandy

Zum Weiterlesen:

- <http://scienceblogs.de/kritischgedacht/2010/12/12/akademische-esoterik-der-fall-viadrina-13/>
- <http://www.zeit.de/2010/37/M-Alternativmedizin/komplettansicht>
- <http://www.spiegel.de/spiegel/a-730444.html>

* ECTS = European Credit Transfer System.

Es soll Studienleistungen innerhalb Europas vergleichbar machen. ECTS-Punkte sind Zeit-Äquivalente: 1 ECTS-Punkt entspricht einer zeitlichen Belastung von 30 Stunden im Selbst- und Präsenzstudium. Bei einem Masterstudium bspw. sollte ein Studierender auf 60-120 Punkte kommen.



Chicago Skyline

MWM – ein Akronym, das man kennen muss?

Mitnichten, liebe Leser, mitnichten.
Aber doch vielleicht eines, das man kennenlernen sollte:

Das Mid-Winter Meeting der Chicago Dental Society

Es ist das größte Treffen der Zahnmedizin auf dem amerikanischen Kontinent. Und zwar jährlich in Chicago, genau dann, wenn Chicago am kältesten ist, immer in der letzten Woche im Februar. Beste Reisezeit? Eigentlich nicht, Temperaturen um den Gefrierpunkt, aber oft strahlend blauer Himmel, wenig Tourismus, niedrige Hotelpreise und eine Zeit, die in Deutschland meistens nicht mit Urlauben oder wichtigen Terminen kollidiert. Die Jecken vom Rhein mögen mir die Bewertung des Karnevals verzeihen.



Chicago, drittgrößte Stadt der USA, am Lake Michigan gelegen und platt wie sonst nur Holland an der Küste. Heimat berühmter Museen und Heimat der berühmtesten Bauwerke der Welt. Mies van der Rohe und Frank Lloyd Wright haben sich hier richtig ausgelebt, kilometerlange Parkanlagen mitten in der Stadt. Ein schöner Wolkenkratzer neben dem anderen, sogar in Art-Deco. Dazu lädt die mondäne Michigan Avenue „Magnificent Mile“ zum Shoppen und Flanieren ein, und kulinarisch gibt es nichts, was man hier nicht finden kann: Prime Beef Steaks bei Gibsons, Fusion bei „The Girl & the Goat“, Molekular im Alinea, originale Diners wie in Al Capones Zeiten, Mexican food in Obamas Lieblingsrestaurant Topolabamba: you name it and you will find it.



Chocolate Cake bei Gibsons

Chicago ist immer ein Touristenmagnet und im Monat Februar alles leer, preiswert und zugänglich. Wenn man denn Zeit und Energie findet neben den dentalen Aktivitäten. Denn das MWM ist ein Event. Nicht nur 8000 Aussteller und insgesamt 30.000 Menschen treffen sich täglich im McCormick Center, sondern drum herum passiert eine Menge mehr.



Selbstversuch macht klug

Uns mögen unsere Pflichtfortbildungspunkte manchmal lästig sein, aber in den USA werden die Zulassungen als Zahnarzt in den einzelnen Bundesstaaten zeitlich begrenzt und müssen regelmäßig erneuert werden. Dazu müssen, ähnlich unserer Regelung, genügend CE Points gesammelt werden, sonst erlischt die Lizenz zum Bohren. Ähnliches gilt übrigens auch für Zahnarzt-helferinnen und Dental Hygienists. Je nach Bundesstaat sind die Anforderungen lascher oder restriktiver, meist müssen aber viele Hundert Fortbildungsstunden im Jahr nachgewiesen werden. Daher überrascht nicht, dass während des MWM nicht nur letzte Neuigkeiten verbreitet und Produkte vorgestellt werden, sondern auch so ziemlich jeder, der CE Punkte anbieten kann, selbiges auch tut. Man munkelt, dass es nirgendwo einfacher ist, viele Punkte zu sammeln als auf dem MWM. Alles, was in der dentalen Welt Rang und Namen hat, findet sich in Chicago ein.

Und so ziemlich alle amerikanischen Gesellschaften und Vereinigungen veranstalten zeitgleich ihre Jahreshauptversammlungen und ihre Kongresse. Die elitäre Academy of Restorative Dentistry, die Ende des 19. Jahrhunderts gegründet wurde und auf 150 Mitglieder begrenzt ist, genauso wie die altherwürdige Academy of Operative Dentistry (AOD). Beide bieten erstklassige wissenschaftliche Programme an, die allein eine Anreise lohnen würden. Referenten aus der ganzen Welt stellen Ihre wissenschaftlichen Ergebnisse vor, oftmals weit bevor Veröffentlichungen erhältlich sind. Auch im nächsten Jahr werden auf diesem Kongress weltbekannte Koryphäen sprechen.

Natürlich gehört auch die große Exhibition Hall im McCormick Convention Center zum MWM. Alle Firmen, Depots und Global Player, die auf dem amerikanischen Markt mitspielen, sind vor Ort. Und wie überall werden tagsüber Kontakte an den Ständen geknüpft, aber die großen Deals dann abends an angenehmeren Orten abgeschlossen. Henry Schein, Patterson Dental, Orange-Dental oder Suni, um nur ein paar ganz große zu nennen, überbieten sich jährlich mit Ihren Ständen und After-Show-Parties. Das kennen wir ja alles von den legendären Veranstaltungen alle 2 Jahre auf der IDS.

Interessant für den europäischen Besucher sind natürlich nicht sonderlich die Sitzkurse für CE Points, sondern die Neuigkeiten auf dem Dentalmarkt, denn das MWM ist DER Zeitpunkt, wann

große und kleine Erfinder ihre mehr oder minder genialen neuen Ideen zeigen. Ganz vorne sind immer wieder die Israelis, die in der Zahnmedizinforschung ganz weit vorne liegen und immer wieder mit ganz ungewöhnlichen Ansätzen auffallen. Als in Europa noch keiner von den SAF Feilen (selbstadjustierenden Feilen) gehört hatte, konnte ich auf dem MWM schon die ersten Prototypen in die Hand nehmen und an Acrylblöcken ausprobieren. Geniale Idee, wir feilen uns den natürlichen Wurzelkanal nicht kreisrund, bis die Guttapercha überall passt, und schwächen uns damit eventuell die Wurzel, sondern reinigen die zugänglichen Hauptkanäle mit einem rotierenden flexiblen Netzgeflecht aus Nickel-Titan, desinfizieren die Seitenkanälchen und füllen thermoplastisch ab. Natürlich gab es viele Anfangsprobleme, aber die SAF ist heute ein System, das so einige Endodontisten in ihrem Armamentarium nicht mehr missen möchten.

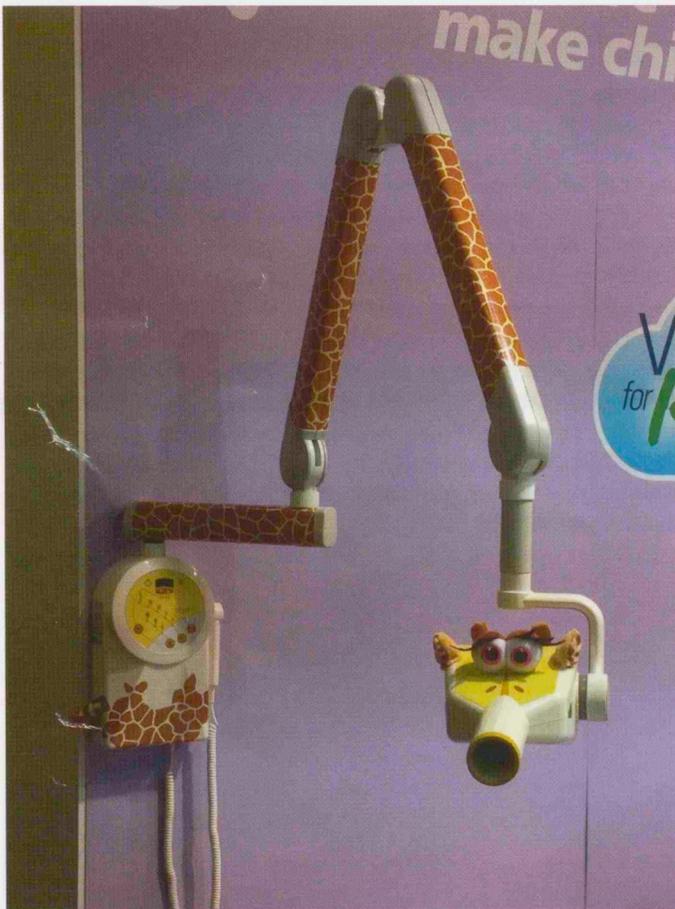


So verkauft man DVT's

Vor ein paar Jahren wurde ein Oberflächenanästhetikum der Spitzenklasse angeboten: 10% Tetracain, 10% Lidocain, 2,5% Prilocain und 2% Phenylephedrin. Sollte wie eine kleine Infiltrationsanästhesie wirken. Klar, wir glauben dem Verkäufer ja nicht alles direkt. Also ausprobiert. Ein bisschen „best-topical-ever“

mit einem Q-Tipp auf der Messe an die Wurzel des eigenen oberen Schneidezahns, 30 Sekunden warten und los geht die Luzi. Nach 5 Minuten ist der Zahn so betäubt, als hätte er eine klassische lokale Injektion bekommen, einfach taub, und wird immer mehr, hält gute 30 Minuten an. Hammer ...

Dieses Jahr das DentalVibe in Weiterentwicklung. Ebenfalls eine geniale einfache Idee. Das Dental-Vibe ist ein kleines Injektionsgerät, das wie eine elektrische Zahnbürste mit zwei Plastiknippeln vibrierend leicht auf das Zahnfleisch aufgesetzt wird, und dann wird mit einer herkömmlichen Nadel injiziert. Nach der Theorie des Gate-Control werden durch die Vibrationen die Schmerzempfindungen so gefiltert, dass die Injektion auch ohne Oberflächenanästhesie völlig schmerzfrei ist. Das ließen wir auch nicht ohne Selbsttest durchgehen. An dieser Stelle sei angemerkt, dass die örtlichen Messeaufpasser es nicht gerne sehen, wenn an Messeständen Menschenversuche durchgeführt werden, bei denen unter Umständen sogar die Haut penetriert wird. Aber wir waren schnell genug. DentalVibe funktioniert einwandfrei.



Melman an der Wand

Ein bisschen Disneyland überall. Stühle für Kinder, die einladen, und Röntgengeräte, die keinem Kind mehr Angst machen. Keine Lust auf ein Foto vom Zahn, wenn dieses Tier lacht?

Was dem kritischen Deutschen ja immer wieder auffällt, ist die Verschiebung der Wertigkeiten.

Während sich auf einer IDS die Firma Miele, aufgrund ihrer guten Lobbyarbeit in Deutschland breit aufgestellt, mit einer gefühlten halben Halle präsentiert, leistet sich die gleiche Firma

auf der größten amerikanischen Fachmesse nur einen 9-Quadratmeter-Stand mit einem Thermodesinfektor, einem Staubsauger und einem Plakat, ohne Personal. Nehmen's die



Einsamer Miele-Stand

Amis mit der Hygiene nicht so genau? Nun, man weiß es nicht. Auf jeden Fall ist nicht in jeder Praxis in den Staaten ein RDG (Reinigungs-Desinfektions-Gerät) Pflicht.

Stirnrunzeln lassen mich auch so manche Messepreise. Auch wenn man weiß, dass Porsche in den USA preiswerter ist als zu Hause in Deutschland, und das nicht wegen Steuern, sondern wegen der Verkaufspolitik aus Zuffenhausen, wundert es einen doch schon sehr, wenn renommierte deutsche Firmen wie Kavo, Sirona oder Zeiss ihre Produkte in den USA zum halben Preis anbieten. Nun passt so ein schönes ProErgo nicht in jeden Koffer, aber so manche Vorahnung, dass wir in Deutschland eben keine Marktpreise sondern Mondpreise sprich Dentalpreise zahlen müssen, wird hier genährt. So kostet die 120 ml-Kartusche Composit als Autopolymerisat etwa 10 Dollar, hier in Deutschland werden da einfach mal 120 Euro für ein ähnliches Produkt aufgerufen. Gut, wenn man nicht alles weiß.

Die wahren Highlights eines Meetings gehen dann aber erst abends los. Fünf-Sterne-Hotels für 100 Euro die Nacht, die vor



So wird eine Flasche Wodka serviert

Geschichte und Bedeutsamkeit nur strotzen: ein Drake, ein Fairmont, das Ritz Carlton, jedes davon eine Pracht. Reisender Geschäftsmann, was willst Du mehr?

Dann abends in die Kingston Mines für Blues Liebhaber, denn Blues und Jazz sind in Chicago allgegenwärtig. Oder doch auf die Rooftopbar im Wits Hotel, oder richtig abzappeln im Excalibur? Oder doch Sport: Chicago Bulls, Bears oder Blackhawks.



Dancing Queen im Excalibur

Welche Sportart haben Sie denn am liebsten?

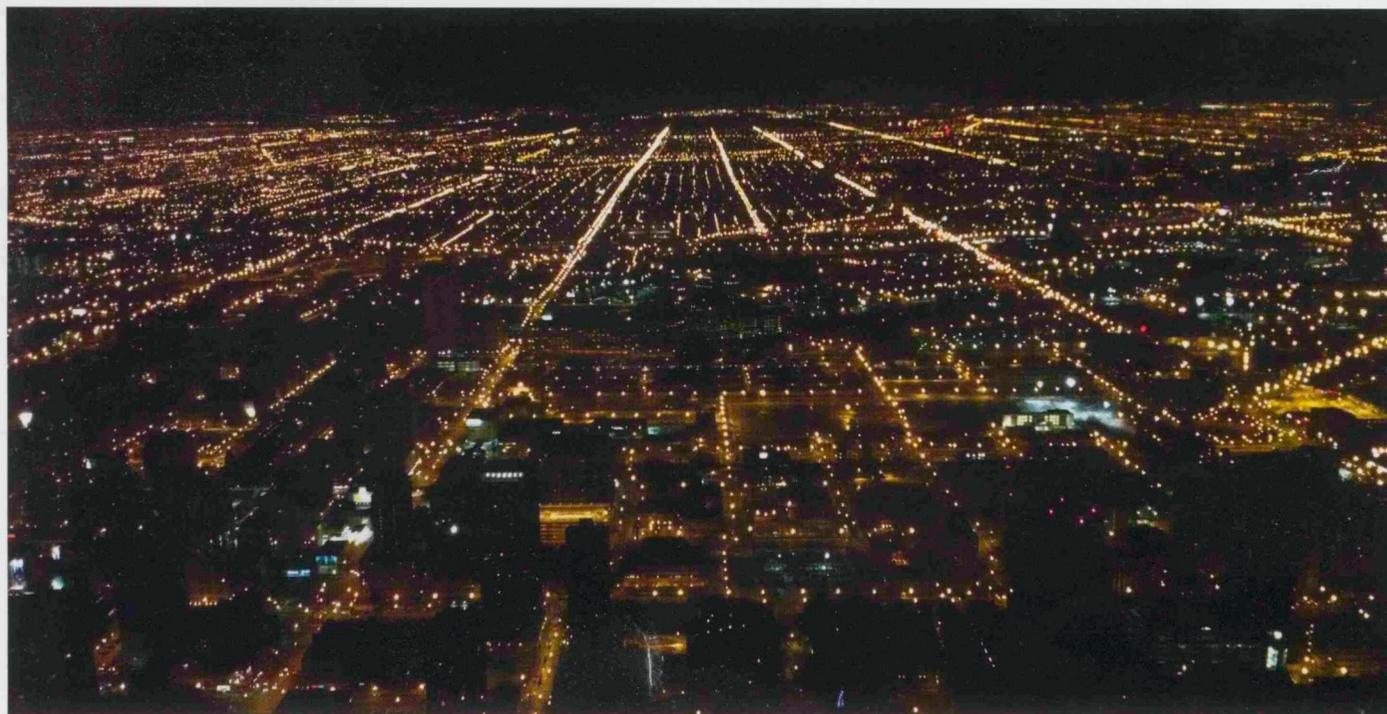
Wenn es draußen klar und die Sicht gut ist, dann ist ein Abendessen auf dem Hancocktower nicht zu toppen. Mit dem Aufzug in 10 Sekunden auf den 95. Stock, ans Fenster platziert und First Class essen und trinken im Signature Room. A night and a view you will never forget, I promise.

Und weil Chicago in jedem Jahr die neuesten Dinge der dentalen Welt präsentiert und die Stadt immer neue Überraschungen birgt, ist der Flug zum 150. MWM in Chicago im nächsten Jahr bereits gebucht.

Dr. Andreas Bien, Herzogenrath, kontakt@dr-bien.de

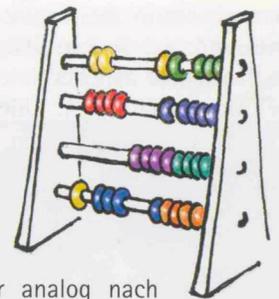


John Hancock Center 344m hoch



Blick aus dem Signature Room

Ohne Moos nix los: Die Abrechnung nach der – nicht mehr ganz so – neuen GOZ in der täglichen Routinepraxis Knackpunkte (3): Fragestunde



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

zum Glück lassen sich manche Fragen zur Abrechnung auch einmal kurz und bündig und ohne allzu weitschweifige Ausführungen beantworten. In der Art der neudeutschen „FAQs“ (Frequently Asked Questions) oder „Q & A“ (Questions and Answers) sollen hier einige häufige Fragen zur Abrechnung nach der GOZ 2012 besprochen werden.

Frage:

Wie wird die Verwendung von **parapulpären Stiften zur Verankerung einer Füllung** in der Privatliquidation berechnet?

Antwort:

Die **parapulpäre Stiftverankerung** (die frühere GOZ-Nr. 213) ist in der neuen GOZ nicht mehr enthalten. Medizinisch notwendige zahnärztliche Leistungen, die nicht in der GOZ oder dem für Zahnärzte geöffneten Bereich der GOÄ aufgeführt sind, werden analog nach § 6 Abs. 1 GOZ nach einer in Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung berechnet. Welche nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung als „Analog-Leistung“ herangezogen wird, liegt im Ermessen des Zahnarztes. Weitere Hinweise hierzu finden Sie im „Katalog selbstständiger zahnärztlicher gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog zu berechnender Leistungen der Bundeszahnärztekammer“: (http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/katalog_analoge_leistungen.pdf)

Frage:

Kann die **Professionelle Zahnreinigung (PZR)** bei gesetzlich versicherten Patienten mit einem Pauschalbetrag berechnet werden?

Antwort:

Die professionelle Zahnreinigung stellt in der Regel eine medizinisch notwendige Leistung dar und muss als solche nach der GOZ-Nr. 1040 berechnet werden. Durch einen unterschiedlichen Steigerungsfaktor kann die Höhe des Honorars an die unterschiedlichen Behandlungsgegebenheiten angepasst werden. Nur bei

medizinisch nicht notwendiger Leistung (Verlangensleistung), z.B. der reinen Entfernung kosmetisch störender Verfärbungen wie Kaffee- oder Raucherbeläge, ist eine Berechnung nach §2 Abs. 3 mit einem Pauschalbetrag möglich, dann auch bei privat versicherten Patienten.

Frage:

Wie wird das **Vorbereiten eines zerstörten Zahnes zur Aufnahme einer Krone durch Aufbaufüllung(en) bei Verwendung eines adhäsiv befestigten Glasfaserstiftes** berechnet?

Antwort:

Die Vorbereitung eines zerstörten Zahnes durch einen Schraubenaufbau oder Glasfaserstift o.Ä. zur Aufnahme einer Krone wird mit der GOZ-Nr. 2195 berechnet. Diese Position ist aber, auch bei Verwendung von mehreren Stiften, nur einmal pro Zahn berechenbar. Der erhöhte Aufwand kann über einen höheren Steigerungsfaktor abgebildet werden. Die Materialkosten für die Stifte, die zusätzlich zum Honorar berechenbar sind, können nach dem tatsächlichen Verbrauch angesetzt werden. Die adhäsive Befestigung des Stiftes kann zusätzlich mit der GOZ-Nr. 2197 berechnet werden. Für die sich anschließende Aufbaufüllung ist die GOZ-Nr. 2180 gesondert berechenbar, die jedoch auch bei mehreren Aufbaufüllungen an einem Zahn nur einmal in Ansatz gebracht werden darf. Wird diese Aufbaufüllung adhäsiv befestigt, ist hier ebenfalls die GOZ-Nr. 2197 berechenbar und zwar auch dann, wenn sie schon einmal an diesem Zahn in Verbindung mit der adhäsiven Befestigung des Stiftes in Ansatz gebracht worden ist.

Frage:

Wie kann das **Wiederbefestigen eines alio loco eingegliederten Provisoriums** (oder Langzeitprovisoriums) z.B. im Notdienst berechnet werden?

Antwort:

Das Wiederbefestigen eines alio loco eingegliederten Provisoriums muss entsprechend dem Kommentar der Bundeszahn-

ärztekammer analog nach GOZ § 6 Abs. 1 berechnet werden.

Frage:

Kann das **Entfernen einer provisorischen Krone bei „Fremdpatienten“** berechnet werden?

Antwort:

Das Entfernen einer provisorischen Krone bei „Fremdpatienten“ kann nach GOZ-Nr. 2290 (Entfernung einer Einlagefüllung, einer Krone, eines Brückenankers, Abtrennen eines Brückengliedes oder Steges oder Ähnliches) berechnet werden.

Frage:

Kann für eine **implantatgetragene Krone tatsächlich nur die 2200 bzw. 5000** (Tangentialpräparation) angesetzt werden?

Antwort:

Die Versorgung eines Implantats mit einer Krone muss in jedem Fall nach der Nummer 2200 berechnet werden. Dies gilt auch, wenn das Implantat oder der Implantataufbau eine Stufen- oder Hohlkehlförmigkeit hat oder z.B. zum Ausgleich von Divergenzen nachpräpariert werden muss. Die Abrechnungsbestimmungen lassen bei Implantatkronen eine Berechnung nach GOZ-Nr. 2210 nicht zu.

Frage:

Wie kann die **Verwendung von Kariesdetektor** berechnet werden?

Antwort:

Das Anfärben von Dentin mit Kariesdetektor kann als „besondere Maßnahme beim Präparieren“ nach der GOZ-Nr. 2030 berechnet werden. Auch eine Analogberechnung nach GOZ § 6 Abs. 1 ist möglich, weil die Leistung „Anwendung eines Kariesdetektors“ in der GOZ nicht abgebildet ist.

(Die FAQ-Serie wird fortgesetzt.)

Dr. Jürgen Simonis
Hinterweidenthal
drjsimonis@googlemail.com

80% der Erwachsenenbevölkerung haben Zahnfleischprobleme oder Parodontitis

Die Empfehlung Ihrer Praxis:

Nachweislich wirkungsvoller Schutz mit
einer Munddusche von

waterpik®



Waterpik® Munddusche
Ultra Professional WP-100E4



Waterpik® Munddusche
Traveler WP-300E



Waterpik® Dental-Center
Complete Care WP-900E



Waterpik® Munddusche
Classic WP-70E

Waterpik® – die Nr. 1 unter den Mundduschen.



Nur echt mit dem GPZ-Qualitätssiegel der
Gesellschaft für präventive Zahnheilkunde

Näheres vom autorisierten deutschen 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





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. 2. 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