



33. Jahrgang,
September 2014

Ausgabe 120

Forum für Zahnheilkunde

Zeitschrift des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde
und des Berufsverbandes der Allgemeinzahnärzte



B
V
A
Z

Strategien gegen
Burnout – Workshop
bei der BVAZ-Haupt-
Versammlung 29.11.14

Deutsche Kiefer-
orthopädie – neuer
Rotlichtbezirk der
Zahnmedizin?

Serie zur indikations-
gerechten Endodontie
Teil 3: partielle Gangrän

DAZ-IUZZ
Jahrestagung
20.09.2014 / Berlin

Personal-Serie
Teil 2:
Bewerber-Mikado

Zahnmedizinische
Versorgungsforschung:
Standortbestimmung

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



Überblick, Weitblick, Besinnung
auf die eigenen Ressourcen
Strategien gegen Burnout

Foto: Techniker Krankenkasse



Dental Museum

Digitalisat der Bibliotheca Dentaria

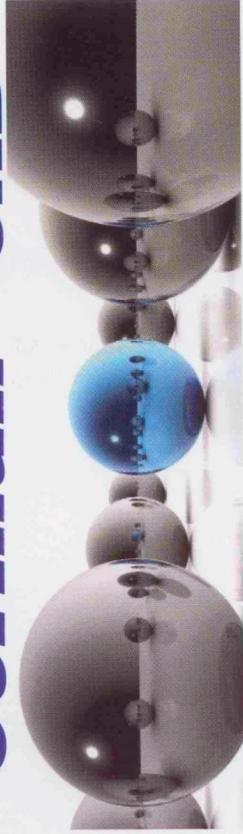
An die einhundert Einzelbibliotheken aus Universitäten, von Sammlern und Museen, Archivbibliotheken von Firmen und sehr viele Privatbibliotheken befinden sich im Bestand des Dental Museums. Dieser Bestand erweitert sich ständig und stellt die umfangreichste Referenzbibliothek der Zahnheilkunde dar, die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

Dentalmuseum

Im Park 9b

04680 Zschadraß

German - CAD



ZE-DISCOUNT

Premium Qualität - knallhart kalkuliert



Einfach gut!

- Mehr erfolgreiche HKP's - TiefpreisAngebot anfordern
- Mehr Patientenumsatz - mehr Patientenzufriedenheit
- 5-JahresGarantie auf ZE - mit 1/2 jährlicher Kontrolle
- Ratenzahlung - Nullzinsen bis 12 Monate und mehr ...
- Regionalprinzip - ausschließlich PLZ-Gebiet 5 für kundennahe Zusammenarbeit

Das andere Dentallabor!

ZE-DISCOUNT

Fachlabor für » Funktionsdiagnostik CMD
und » 3-D-ImplantatPlanung

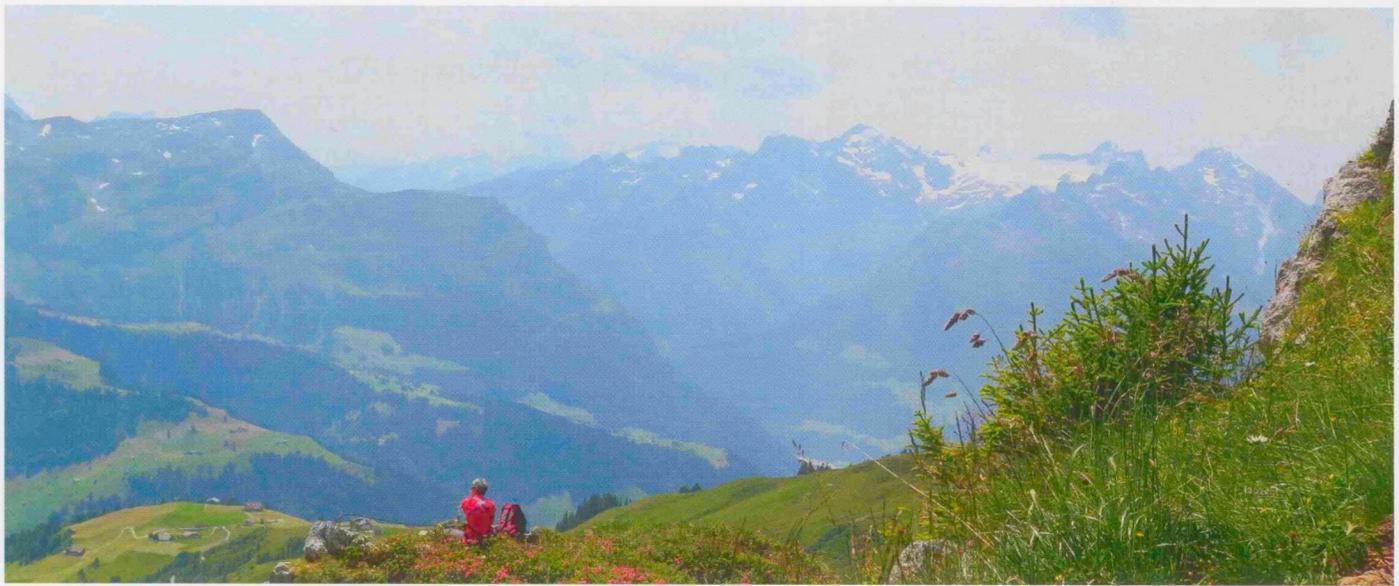
Ja, unsere Zahnarztpraxis möchte aktiv am Dentalen Netzwerk **ZE-DISCOUNT.DE** kostenlos und unverbindlich teilnehmen. Rufen Sie uns an oder schreiben Sie uns: **Tel 02272 911 413 oder sparen@ze-discount.de**

Ja, bitte überreichen Sie uns Ihre umfangreiche **ZE-DISCOUNT** Informationsbroschüre.

Praxisstempel

Einfach per Fax an: 02272 / 911 429

German-CAD Ltd. & Co. KG * 50181 Bedburg und 50999 Köln
ZE-DISCOUNT.de



Editorial: Die Seele baumeln lassen und mehr ...

Sehr geehrte Leserinnen und Leser!

Während die Ausgabe 120 des „Forums“ entsteht, ist Deutschland geprägt von der Feriensituation. Zahlreiche Betriebe und Institutionen sind nur eingeschränkt erreichbar, jede Mail-Aussendung wird mit unzähligen Abwesenheitsmeldungen beantwortet, und auch in vielen Zahnarztpraxen erreicht man per Telefon nur mehr den Anrufbeantworter, der über Vertretungs- und Notdienstregelungen informiert. Raus aus dem Alltag, Abschalten von der Arbeit, auch von den Verpflichtungen, die man als Leiter eines Unternehmens hat. Für viele wird es im Sommer höchste Zeit, sich mal eine Auszeit und Erholungsphase zu gönnen.

Nicht jeder genießt sie auf einem Berggipfel wie der Wanderer auf unserem Titelbild. Erholung kann sich in ganz verschiedenen Formen abspielen – oder auch gar nicht. Dank mobiler Telefone und Computertausch mancher, obwohl verreist, nur den Ort seines Wirkens. Bei einem Zahnarzt ist damit eher nicht zu rechnen, denn Behandlungseinheit und Patienten passen nicht in einen Reisetrolley. Aber viele Gedanken und Sorgen kann man in seinem Kopf mitnehmen. Oder man macht sich statt Arbeitsstress nun Ferienstress mit ehrgeizigen Besichtigungs- und Sportprogrammen. Vielleicht stellt auch die im Alltag zu kurz kommende Familie erhöhte Anforderungen.

Urlaub, so wichtig er ist, kann nicht alles wettmachen, was möglicherweise monate- und jahrelang falsch läuft und eine

permanente Belastung und Überforderung darstellt. Vieles deutet darauf hin, dass die Anforderungen in der Arbeitswelt und z.T. auch in anderen Lebensbereichen zugenommen haben und die Belastungen immer häufiger zu Erkrankungen, psychosomatischen Reaktionen bis hin zum so genannten Burnout führen.

Der BVAZ greift dieses Thema im Herbst bei seiner Jahrestagung auf und bietet seinen Mitgliedern einen Workshop zur Burnout-Prophylaxe speziell für Zahnärzte/innen an. Die Teilnahmemöglichkeiten sind sicherlich begrenzter als das Interesse. Darum liefert Dr. Mark Schmid-Neuhaus auch den übrigen Lesern einen Einblick in die Thematik und in die Möglichkeiten, gefährliche Entwicklungen frühzeitig zu erkennen und gegenzusteuern.

Dabei werden auch die Rahmenbedingungen zahnärztlicher Arbeit, die durchaus belastende Faktoren enthalten, beleuchtet. Einige davon spricht z.B. Dr. Peter Weißhaupt in seinem „Forum“-Beitrag (S. 15-16) an. Die z.T. unsinnigen Anforderungen an Hygiene und Arbeitssicherheit und die wachsende Bürokratisierung frustrieren und steigern den Aufwand. Die Notwendigkeit, hohe Kredite für Technik und Einrichtung zurückzahlen zu müssen, erzeugt zusätzlichen Druck. Überlegungen zur Verbesserung von Praxis-Umsatz und –Gewinn und das Nachdenken über das Wohl des Patienten stehen oft im Konflikt miteinander.

Da der Einzelne viele belastende Bedingungen nicht ändern kann, gilt es, einen Weg des Umgangs mit ihnen zu finden. Sich Urlaub und Auszeiten zu gönnen, ist mit Sicherheit schon mal eine richtige Maßnahme, aber allein nicht genug. Anregungen dazu, was Sie noch tun können, und weiterführende Literatur finden Sie im Beitrag von Dr. Schmid-Neuhaus auf den Seiten 23 bis 25.

Übrigens sind Sie vielleicht nicht nur als potentiell Gefährdeter sondern auch als Arbeitgeber mit dem Problem beruflicher Überforderung konfrontiert. Für die Arbeitgeber haben z.B. die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen ihrer Programme zur betrieblichen Gesundheitsförderung einiges Nützliche entwickelt. Das ist zwar eher auf größere Betriebe zugeschnitten, aber manches ist doch übertragbar – ggf. bestehen sogar Fördermöglichkeiten. Beispielfaß hier ein Ratgeber der Techniker Krankenkasse genannt, der Informationen sowohl für Betroffene als auch für Arbeitgeber enthält. Man findet die Broschüre „Burnout vorbeugen – Wege zu gesunder Arbeit“ im Internet unter www.tk.de/tk/gesundheitsmanagement/broschueren/burnout-vorbeugen/483606.

Und nun wünsche ich Ihnen allen erfreuliche letzte Sommertage, mit Zeit für Besinnung und Erholung. Es grüßt Sie

Irmgard Berger-Orsag, Forum-Redakteurin



Gesunde Zähne haben gut lachen

Karies keine Chance geben

25. September: Tag der Zahngesundheit

Vielleicht brauchen Sie ja noch Infomaterial für Ihre geplanten Aktionen. Die DAZ-Informationsstelle für Kariesprophylaxe (IfK) in Frankfurt stellt auf Anfrage kostenloses Aufklärungsmaterial, teils in mehreren Sprachen, zur Verfügung.

IfK, Leimenrode 29, 60322 Frankfurt/M., Tel. 069/24706822
daz@kariesvorbeugung.de, www.kariesvorbeugung.de

Sind Hindernisse beim Zugang zu zahnmedizinischen GKV-Sachleistungen nur eine Erfindung des DAZ?

In der letzten Vertreterversammlung der KZV Berlin wurde dem DAZ – nicht zum ersten Mal – vorgeworfen, er würde in dreister Weise immer wieder haltlose Behauptungen über angeblich bestehende Zugangsbehinderungen zur Sachleistungsversorgung für gesetzlich Versicherte verbreiten.

Jetzt hat sich aber der KZV-Vorsitzende in diesem Zusammenhang "verplappert", indem er von einer Liste sprach, die in der KZV für Rat suchende Patienten bereit gehalten wird. Die Liste dient dazu, den Anrufern Kollegen nennen zu können, die bereit sind, Amalgamfüllungen zu legen. Wozu braucht man eine solche Liste, wenn doch alle Patienten bekommen, was ihnen zusteht?

Der stellvertretende KZV-Vorsitzende bemerkte dann noch, dass es in der Verantwortung eines jeden Kollegen läge, was er in eine Kavität hineinfülle.

Dr. Celina Schätze, Berlin

Bildnachweis:

Cover: Techniker Krankenkasse; S. 3: berggeist 007/ pixelio.de; S. 4: Infostelle für Kariesprophylaxe; S. 5: Michael C. Billhardt/ pixelio.de; S. 6: Dr. Wolfgang Kirchhoff; S. 12-13: Dr. Andreas Rainer Jordan/IDZ; S. 15-16: Dr. Peter Weißhaupt; S. 18-19: www.gegenblende.de; S. 20: Fabian Lindner/ Hans-Böckler-Stiftung; S. 23-24: Prof. Wolfgang Seidel; S. 25: Dr. Mark Schmid-Neuhaus; Peter Bagdons; S. 26: Karsten Mentzendorff/ www.mdorff.de; S. 28: Dr. Dr. Rüdiger Osswald; S. 29: Christoph Kaden/www.campus-arts.de; S. 30: Uwe Wagschal/ pixelio.de; S. 32: Dr. Bernd Gross/ Wikipedia; S. 33: Gregory Maxwell/ Wikipedia; S. 34: Vera Orsag/ www.colorissima.wordpress.com

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

Redaktionsschluss
für Forum 121: 15. Oktober 2014
Erscheinen: Dezember 2014

Inhaltsverzeichnis

Forum für Zahnheilkunde 120 – 2014

03 Die Seele baumeln lassen und mehr – von Irmgard Berger-Orsag

04 Impressum, Bildnachweis

DAZ-Teil

05 DAZ-IUZZ-Jahrestagung: Gewinn-Maximierung in der Zahnmedizin am Beispiel der Kieferorthopädie – Infos zur Tagung

06 Das Milliarden Ding: Deutsche Kieferorthopädie – neuer Rotlichtbezirk der Zahnmedizin? – von Dr. Wolfgang Kirchhoff

12 Zahnmedizinische Versorgungsforschung in Deutschland – eine Standortbestimmung – von PD Dr. Andreas Rainer Jordan

14 Aufruf zum wirtschaftlichen Ungehorsam – DAZ-Pressmeldung

15 Kostendruck und Patientenwohl – Praxisinhaber im Spannungsfeld – von Dr. Peter Weißhaupt

18 Das Ende der Mittelstandsgesellschaft – von Fabian Lindner

20 In egalitären Gesellschaften lebt man gesünder – von Irmgard Berger-Orsag

BVAZ-Teil

23 Strategien gegen Burnout – auch ein Thema für Zahnärzte! – von Dr. Mark Schmid-Neuhaus

25 BVAZ-Jahrestagung: Workshop zu „Burnout“ und Mitgliederversammlung

26 Indikationsgerechte Behandlung der bakteriellen Endodontitis – Das „Timbuktu-Protokoll“ Teil 3: partielle Gangrän – von Dr. Dr. Rüdiger Osswald

30 Serie Personal, Teil 2: Bewerbermikado – Wie spielt man auf Gewinn? – von Diana Bernardi und Melanie Neumann

32 Magische Heilmethoden Teil 7 – Traditionelle Chines. Medizin (TCM)

33 TCM: Forschung, Finanzierung, Infragestellung – von Irmgard Berger-Orsag

34 Ohne Moos nix los – GOZ 2012-Knackpunkte (4) – von Dr. Jürgen Simonis

Impressum

Herausgeber/Redaktion/Mediadaten:

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) e.V.

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-IUZB-Jahrestagung / Berlin 20.09.2014



Die beiden Verbände Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) und die Initiative Unabhängige Zahnärzte Berlin (IUZB) laden alle Interessierten ein zu Ihrer Tagung am 20.09.2014 in der „Alten Feuerwache“, Axel-Springer-Str. 40-41, 10969 Berlin, Tel. 030/253992-20, www.alte-feuerwache.de. Am Vormittag (10.00 bis 13.00 Uhr) findet eine Vortrags- und Diskussionsveranstaltung statt zum Thema:

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

Referent ist der niedergelassene Kfo-Fachzahnarzt **Dr. Henning Madsen** aus Ludwigshafen. An der Diskussion werden weitere Zahnmediziner beteiligt sein, die sich praktisch, wissenschaftlich oder standespolitisch mit der in Deutschland praktizierten Kieferorthopädie, ihrem Aufwand und ihren Behandlungsergebnissen beschäftigen. U. a. nimmt der Berliner Kammerpräsident Dr. Wolfgang Schmiedel an dem Fortbildungsvormittag teil. Die Veranstalter erhoffen sich eine konstruktive Auseinandersetzung mit kieferorthopädischen Behandlungsmethoden und Marketingstrategien – kritische Diskussion auch über andere Bereiche der zahnärztlichen Behandlung ist willkommen.

Nähere Informationen über das Tagungs-Thema bringen der Beitrag „Das Milliardenending: Deutsche Kieferorthopädie – neuer Rotlichtbezirk der Zahnmedizin?“ von Dr. Wolfgang Kirchhoff auf den Seiten 6-10 dieser Forum-Ausgabe sowie der Aufsatz „Missstände und Probleme in der deutschen Kieferorthopädie“ von Dr. Henning Madsen in Forum 118 – März 2014, S. 11-15.

Programm Samstag, 20.09.2014

10.00 Vortrags- und Diskussionsveranstaltung mit Dr. Henning Madsen in der „Alten Feuerwache“

13.00 Mittagspause (im Tagungshaus wird eine Mittagsmahlzeit angeboten)

14.00 Hauptversammlungen von DAZ und IUZB (teilweise verbandsintern) mit Berichten und Diskussion über berufspolitische Ziele und Aktivitäten, Vereinsformalia inkl. Finanzen und Planung für 2015

ab 19.00 gemütliches Beisammensein im Restaurant Café Journale, Lindenstr. 37, Tel. 030/25292945

Sonntag, 21.09.2014, 9.00–14.00

Fortsetzung der DAZ-Hauptversammlung (Ort wird noch bekannt gegeben)



Praktische Hinweise

Tagungs-Ort

Tagungshaus „Alte Feuerwache“, Axel-Springer-Str. 40-41, 10969 Berlin, Tel. 030/25399220, Fax 25399224, tagungshaus@alte-feuerwache.de

Übernachtungs-Möglichkeiten

- Hotel Lebensquelle, Axel-Springer-Straße 42, 10969 Berlin, Tel. 030/25928177, www.hotel-lebensquelle.de
- Tourist-Info, Tel. 030/250025, www.berlin.de
- www.hotelreservierung.de

Anreise mit öffentlichen Verkehrsmitteln

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

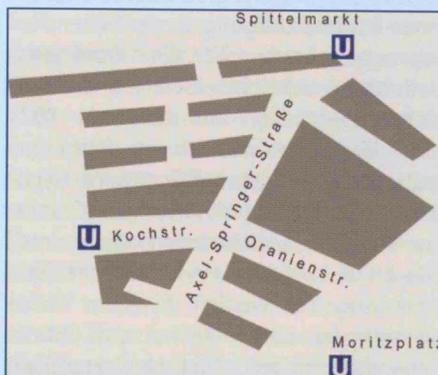
Tagungsgebühr 30 Euro – Die Gebühr wird NUR für die Fortbildung am Vormittag und NUR von berufstätigen Zahnärzten erbeten (IUZB-Mitglieder sind beitragsfrei).

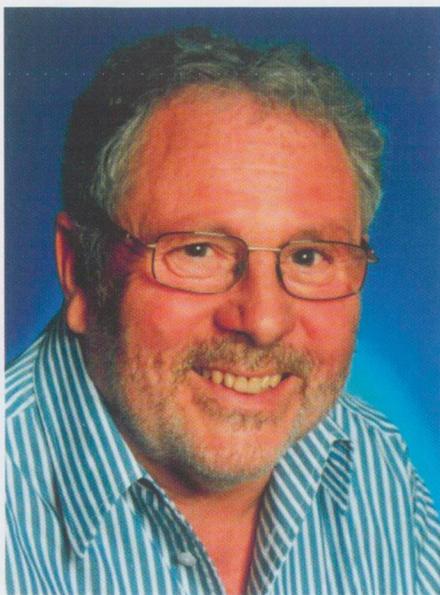
Fortbildungspunkte 3 Punkte gemäß BZÄK-DGZMK-Richtlinien für die Veranstaltung mit Dr. Henning Madsen

Anmeldung und Infos beim DAZ:

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde

Kronenstr. 51, 53850 Troisdorf
Tel. 02241/97228-76, Fax 02241/97228-79
Mail kontakt@daz-web.de
Internet www.daz-web.de





Das Milliardending: Deutsche Kieferorthopädie – neuer Rotlichtbezirk der Zahnmedizin?

von Dr. Wolfgang Kirchoff, Marburg

Angesichts der extrem hohen kieferorthopädischen Behandlungsraten in Deutschland liegt es nahe, gerade in diesem Teilgebiet der Zahnmedizin die den DAZ seit langem beschäftigende Frage nach Über- und Fehlversorgung zu stellen. Im nachfolgenden Aufsatz kritisiert Dr. Wolfgang Kirchoff die fehlende Erforschung von Wirkungen und Nebenwirkungen der in Deutschland vorherrschenden KFO-Therapien, analysiert die zugrunde liegenden geschäftlichen Interessen und fordert eine Neubestimmung des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfes und des Behandlungsspektrums. Diese Neubestimmung soll unter Einschluss von nicht-zahnmedizinischen Professionellen und Patientenvertreterenerfolgen. Zum Teil verwandte Kritikpunkte hat in Forum 118 der Ludwigshafener Kieferorthopäde Dr. Henning Madsen, Referent der DAZ-IUZB-Jahrestagung am 20.09.2014 (siehe S. 5), dargelegt. Beide Autoren liefern reichlich Stoff, der hoffentlich bei der Tagung, aber auch darüber hinaus, für Diskussion sorgen wird. (Forum-Redaktion)

Die deutsche Kieferorthopädie (KFO) gerät zunehmend unter Legitimationsdruck. Bei einer Berücksichtigung wesentlicher Forschungsergebnisse ist die Krankheits-Definition zahlreicher Kiefer- und Zahnstellungsanomalien aus dem Jahr 1972 nicht länger haltbar; für eine Reihe von lautstark verkündeten Präventions-Hypothesen (Parodontalerkrankungen, Craniomandibuläre Dysfunktionen, Karies etc.) konnte keinerlei wissenschaftliche Evidenz vorgelegt werden. Einzelne Therapiemethoden sowie die bei uns übliche Behandlungsdauer kollidieren signifikant

mit internationalen Standards. Der Geburtenrückgang und die Zunahme der seit 1992 zugelassenen Kieferorthopäden um ca. 30 Prozent förderten den Konkurrenzdruck, aber gleichzeitig die Tendenz zu wissenschaftlich umstrittenen Frühbehandlungen und den außer Kontrolle geratenen Wildwuchs außervertraglicher Leistungen ohne zahnmedizinischen Zusatznutzen. Wie in unserem Berufsfeld leider üblich, wird versucht, interne Kritiker dieser Zustände auf niedrigem Niveau zu diffamieren und damit auszugrenzen. Die kieferorthopädische Wissenschaftselite trägt nichts dazu bei, das Postulat der vergleichswisen Überlegenheit der zu Zeiten des deutschen Faschismus präferierten Platten-KFO nachzuweisen; sie weiß, es gibt sie nicht. Evidenz bleibt in weiten Bereichen der KFO ein Fremdwort.

Kiefer- und Zahnstellungsanomalien eine Krankheit?

Die gesetzliche Basis für kieferorthopädische Maßnahmen in der GKV lieferte einst die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts; im Jahr 1972 wurden Kiefer- und Zahnstellungsanomalien als Krankheit im Sinne der damals gültigen Reichsversicherungsordnung ins Gesetz aufgenommen. Zu jenem Zeitpunkt verkörperte diese Definition einen gesellschaftlichen Fortschritt, der u. a. von den DGB-Gewerkschaften massiv gefordert worden war. Die KFO konnte damit aus ihrer elitären Isolation als Behandlungsmaßnahme für Besserverdienende herausgeholt werden. Auch im Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde (§1, Abs. 3) findet sich die Generalklausel, dass jede von der Norm abweichende Erscheinung im Bereich der Zähne, des Mundes und der Kiefer, einschließlich der Anomalien der Zahnstellung und des Fehlens von Zähnen, als Krankheit anzusehen ist. Daraus leiteten die Kieferorthopäden/-innen über Jahrzehnte die medizinische Notwendigkeit ab, naturgegebene Vielfalt orofazialer Erscheinungsformen zu korrigieren; Therapieziel war und ist die iatrogen

gesteuerte Kreation eugnather Uniformität durch „Ideal“-Okklusionen. Optimale Verzahnungen in entsprechend ausgeformten Kiefern liegen in der Realität bei weniger als 5 Prozent der naturgesunden Gebisse vor. Allerdings wiesen in der Vergangenheit selbst die von Kieferorthopäden/-innen erschaffenen Ideal-Okklusionen eine Rezidivrate von 40 Prozent auf (Kahl B / Schwarze CW. *Subjektive und objektive Bewertung von Langzeituntersuchungsbefunden durchschnittlich 17 Jahre nach Therapieabschluss. Fortschr Kieferorthop*, 53. Jg./1992: 161–166). In diesen Fällen hat es den Anschein, als hole sich die Natur ihr Recht auf Individualität zurück. Die auf der Grundlage aufernder Honorare im Jahr 2002 zaghaft eingeleitete Einschränkung des Krankheitsbegriffs auf exakter definierte Indikationsgruppen (KIG) von Kiefer- und Zahnfehlstellungen, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigen, führte temporär zu beträchtlichen Einsparungen. Die Reduktion der Honorare wurde gleichwohl sukzessive kompensiert durch Früh- und Mehrfachbehandlungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), durch außervertragliche Leistungen, durch privatvertraglich zu vereinbarende Erwachsenen-KFO und den Ansatz von Mehrkosten durch Materialinnovationen, die vorwiegend den zeitlichen Arbeitsaufwand der Fachzahnärzte/-innen zu verringern vermögen. Festsitzende Apparaturen wurden durch außervertraglich vereinbarte Materialien aufgewertet, die höheren ästhetischen Ansprüchen Rechnung tragen sollen. Die für das Jahr 2006 errechnete Behandlungsquote von 46 Prozent der leistungsberechtigten GKV-Versicherten gibt ausreichend Anlass zu der Vermutung, dass wir es im internationalen Vergleich vermutlich mit deutlichen Über-, wenn nicht Fehlversorgungen zu tun haben. In diesem Zusammenhang mutet der von Bauer et al. 2009 beschriebene Sachverhalt irrational oder willkürlich an, dass die Behandlungsquote innerhalb von vier Jahren (2000–2004) um 50 Prozent ab-

nehmen bzw. innerhalb von zwei Jahren (2004-2006) wieder um 30 Prozent zunehmen konnte, während sich weder die Leistungspflicht der GKV noch die Zahl der leistungsberechtigten Versicherten merklich verändert hatte (Bauer J, Neumann T, Saekel R. Zahnmedizinische Versorgung in Deutschland. Bern 2009, S. 104ff.). Für die kieferorthopädische Therapie bei Gebissen mit Platzmangel, die häufig als Folge frühzeitiger Milchzahverluste durchgeführt wird, müssen erhebliche Mittel bereitgestellt werden, die durch Umschichtung in eine präventiv orientierte Kinderzahnheilkunde im Rahmen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) wesentlich effektiver investiert werden müssten. Untersuchungen des Zahnärztlichen Dienstes in Thüringen ließen erkennen, dass eine deutliche Abnahme des Anteils offener Bisse und Distalbitte mit einer drastischen Reduktion des Anteils der Kariesrisikofälle und der Steigerung der Prozentzahl naturgesunder und eugnather Gebisse korrelierte (Gottstein I et al. Kieferorthopädischer Behandlungsbedarf aus Sicht des ÖGD – Datenauswertung in den Landkreisen Eichsfeld / Thüringen und Dahme-Spreewald / Brandenburg. In: Zahnärztlicher Gesundheitsdienst. 43. Jg. / April 2013. S. 9).

U. a. im Rahmen dieser bedeutenden Ressourcenverschwendung erzielte die deutsche Kieferorthopädie lukrative Umsätze. 2011 gab die GKV einen wesentlichen Teil der für KFO verwandten 740 Mio. Euro, inklusive Labor- und Materialkosten insgesamt von 970 Mio. Euro (978 Mio. Euro im Jahr 2012), für zahlreiche Behandlungsfälle vermeidbarer Spätversorgung aus. In Wirklichkeit sind die Umsätze jedoch wesentlich höher, weil zunehmend privatvertragliche Leistungen in beträchtlicher Höhe zusätzlich liquidiert werden. Die PKV zahlte 2011 allein für KFO innerhalb der Erwachsenenbehandlung 219 Mio. Euro. Bei diesen Umsätzen darf es niemanden verwundern, dass die Anzahl der Kieferorthopäden/-innen von 2.100 im Jahr 1992 auf mittlerweile 3.000 anstieg. 3.000 Kieferorthopäden/-innen und einige auch kieferorthopädisch behandelnde Allgemein Zahnärzte/-innen teilten sich 2012 knapp 1 Mia. Euro GKV-Honorare aus dem Gesamtaufkommen von 11,7 Mia. Euro für die über 53.000 Zahnärzte/-innen (KZBV. Jahrbuch 2013. Köln 2014) – ein Milliarden ding für eine sehr kleine Schicht von Therapeuten im Zusammenhang mit Maßnahmen, die mehrheitlich objektiv außerhalb einer

plausiblen Definition von Krankheit nach heutigen Standards liegen. Das wären grob kalkuliert etwa 10 Prozent des gesamten GKV-Honoraraufkommens für überwiegend ästhetisierende Maßnahmen durch eine kleine Anzahl von Kieferorthopäden/-innen, die gemessen an der gesamten Zahnärzteschaft 5 Prozent Anteil kaum überschreiten dürfte.

Dass die Behebung von Zahnstellungsanomalien eine wirksame Voraussetzung für die Erhaltung der natürlichen Bezahnung ist, konnte nicht nachgewiesen werden; ähnliches gilt für die Voraussagen hinsichtlich der Kariesanfälligkeit. Für die Ermittlung des Kariesrisikos im Sinne epidemiologischer Kennzahlen existiert keine Studie, die zumindest Anteile oder Raten des Auftretens von Karies im Vergleich zu einer nicht behandlungsbedürftigen Kontrollgruppe ermitteln konnte. Noch ist sogar ungeklärt, welche diagnostischen Maßnahmen wie Vermessungstechniken, bildgebende Verfahren etc. wissenschaftlich belastbar ausschlaggebend und ausreichend begründet sind. Es besteht begründeter Anlass zu der Vermutung, dass die Bereitschaft und die Motivation zur Mundhygiene einen größeren Einfluss auf das Auftreten von Zahnerkrankungen haben als die jeweilige Zahnstellung. Kieferorthopädische Interventionen haben keinen Einfluss auf die Verhinderung von parodontalen Erkrankungen. Es wurde keine Evidenz gefunden für die Hypothese, dass kieferorthopädische Interventionen geeignet wären, einer CMD vorzubeugen.

KFO statt Ritalin® oder besser gleich Bruxi®plus und dann KFO?

Der § 29 Abs. 1 des SGB V lädt die Fachzahnärzte/-innen dazu ein, unverändert die wissenschaftlich überholte Form einer vermeintlich präventiv orientierten Zahnheilkunde im Milch- und Wechselgebiss zu vermarkten. Nach einer Hypothese der Fachvertreter/-innen verspricht erst das eugnathe Gebiss eine umfassende Mundgesundheit, die es bereits im Milch- und Wechselgebiss durch frühzeitige Therapie-Maßnahmen einzuleiten gilt. So besteht wahrscheinlich zwischen dem Geburtenrückgang in Deutschland, der Zulassungszahl von Kieferorthopäden/-innen und der Zunahme von Frühbehandlungen vor dem Hintergrund einer aus Konkurrenzgründen immer frühzeitigeren Klientelsicherung eine Koinzidenz. Das fadenscheinige Erklärungsmuster, frühzeitig günstigere Ausgangsbedingungen

für die endgültige Gebisskorrektur vorzubereiten oder diese sogar vermeiden zu helfen, fand bislang außer lautstark verkündeten „eminenzbasierten“ Behauptungen kein wissenschaftlich belastbares Korrelat. Entgegen der Entwicklung kybernetisch orientierter und biopsychosozial-medizinischer Vorstellungen verharren die Protagonisten einer Kieferorthopädie mit primär privatem Erwerbshintergrund auf dem mechanistischen Weltbild des 19. Jahrhunderts und gleichen darin den zahnbasierten „Gnathologen“. Diese teilen das Geschäftsmodell, die kaufunktionell devianten Patienten/-innen der Idee einer iatrogenen Imagination der „idealen“ Okklusion zu unterwerfen (vergl. Rinchuse DJ, Kandasamy S. Mythen der kieferorthopädischen Gnathologie. In: Orthod Kieferorthop 2010;42:138-146). In letzter Konsequenz treffen sich beide Fachrichtungen in einer von Evidenz weitgehend freien, aber monetär lukrativen Zone: der vermeintlichen Prävention einer international bislang nicht einmal übereinstimmend definierten, sich aber in deutschen Praxen plötzlich endemisch ausbreitenden Erkrankungsform, den Craniomandibulären Dysfunktionen (CMD). Dass Normabweichungen offensichtlich keine CMD verursachen, zeigt schon ein gewöhnlicher Blick auf die Normalbevölkerung; dort gilt die morphologische Abweichung vom eugnathen Gebiss als Regelfall. Nicht einmal extreme Normabweichungen im Kausystem oder die die Morphologie signifikant verändernden kieferorthopädischen Interventionen stellen ein erhöhtes CMD-Risiko dar (Hirsch C. Craniomandibuläre Dysfunktionen bei Kindern und Jugendlichen. In: Quintessenz 2011; 62(11): 1453-1449). Gerade im Wechselgebiss finden naturgemäß permanent morphologische Veränderungen statt; Widersprüche dieser Provenienz werden auf der Wissenschaftsseite schlechthin verleugnet, sie würden das Geschäftsmodell empfindlich stören.

Weder unter Berücksichtigung der natürlichen Vielfalt der menschlichen Individuen noch hinsichtlich des Inklusionsgedankens der Menschenrechtskonvention kann die Herbeiführung eines metrisch definierten Idealzustandes menschlicher Norm-Gebisse ernsthaft als human und medizinisch notwendig erachtet werden. Die iatrogene Herbeiführung eines massenhaft uniformen orofazialen Zustandes erfüllt vor allem fehlgeleitete ästhetisierende Zielsetzungen. Solange es sich nicht um funktionell relevante Korrektu-

ren handelt, ist die Herstellung der „idealen“ Okklusion schönheits-chirurgischen Veränderungen anderer Körperteile mit dem wesentlichen Unterschied gleichzustellen, dass im Rahmen kieferorthopädischer Maßnahmen eine bislang nicht quantifizierte Anzahl von Minderjährigen objektiv und teilweise über viele Jahre in ihrer Lebensqualität erheblich beeinträchtigt wird; es könnte in diesem Zusammenhang auch von Lebensqualen die Rede sein. Dass die Betroffenen immer jünger werden, dokumentiert der Hinz-Konzern für kieferorthopädische Zahntechnik; er wirbt für eine Schienenanwendung („BRUXI®plus“), mit deren Hilfe bereits dreijährige (sic!), nachts mit den Zähnen knirschende Kinder „behandelt“ werden sollen. Die pseudowissenschaftliche Arbeitshypothese für diese Maßnahme lautet, man vermute, dass sich unbehandeltes Bruxieren auf das bleibende Gebiss übertrage und daher ursächlich für CMD sei – geht's noch?

Geschäftsmodell Krankheitserfindung

Dass der Fortschritt gleichzeitig die Gestalt einer Schnecke und einer Chimäre annehmen kann, wurde durch die Auslassungen des Fachautors Andreas Jäger im Gateditorial der *Deutschen Zahnärztlichen Zeitschrift* vom April 2014 deutlich. So konzidierte der Bonner Hochschullehrer im Vorzeigeblatt der deutschen Zahnärzteschaft, dass das „gerade Gebiss“ über viele Jahre automatisch mit einem „gesunden Gebiss“ gleichgesetzt wurde, während heute die Forderung erhoben werde, diagnostische und therapeutische Maßnahmen durch die Ergebnisse empirischer biomedizinischer Forschung zu bestätigen. Gleichzeitig setzte er – ohne dafür die gerade eben noch geforderten Ergebnisse empirischer biomedizinischer Forschung vorzulegen, die nächste Hypothese zur Patienten/-innen-Akquise in die Welt, dass nämlich Kinder mit einer vergrößerten Schneidezahnstufe gehäuft Probleme im Sinne einer obstruktiven Schlafapnoe („OSAS“), ggf. kombiniert mit Symptomen wie Schnarchen, unruhigem Schlaf, Müdigkeit am Tag und „Hyperaktivität“ (Jäger A. Warum eigentlich KFO? In: DZZ 2014;69 (4)), aufweisen. Mit dieser pseudowissenschaftlich insinuierten Korrelation von trendiger Symptomatik und KFO begrüßen wir Prof. Dr. Jäger im legendären Reich der Krankheitserfinder (vergl. ausf. Kirchhoff W. Mit den Krankheitserfindern unterwegs: KFO & FAL & CMD & & &. Forum für

Zahnheilkunde 106, März 2011. S. 12-17)! KFO statt Ritalin® oder doch besser Bruxi®plus und dann KFO? Man kann berechnete Zweifel daran hegen, ob die ethische Grundausstattung einiger deutscher Universitäts-Wissenschaftler noch ausreicht, diesbezüglich primär rationale medizinische Zusammenhänge in Verbindung mit Adipositas, Hyperplasien der Rachen- und Gaumenmandeln, adenoiden Vegetationen, mit den Ergebnissen der Gehirnforschung etc. oder psychosozialen Hintergründen herstellen zu können. Bilden die bei DGZMK-Leitlinienautoren an anderer Stelle zu beobachtenden, zahlreichen bezahlten Geschäftsverbindungen auch hier die Grundlage pseudowissenschaftlich legitimer Therapieempfehlungen (vergl. ausf. Kirchhoff W. Wissenschaftslobbyismus in der Zahnmedizin I und II. In: DZW 33-34/2013, S. 10-11 und DZW 35/2013, S. 7-8, sowie ders. Wissenschaftliche Unabhängigkeit versus wirtschaftliche Verflechtungen. In: DZW 30/2014, Teil 1, Seiten 1 und 3, und Teil 2 in DZW 31/2014)? Ein Teil der KFO-Wissenschaftselite scheint zur Absicherung eines sich sukzessive delegitimierenden Honorarvolumens auf direktem Weg ins therapeutische Rotlichtmilieu zu sein, ein Milieu, das die Implantat-Prothetiker gerade zu verlassen beginnen – Wachablösung? Spätestens an dieser Stelle ist die GKV gefordert, den Krankheitsbegriff im Sinne wissenschaftlicher Rationalität und Wirtschaftlichkeit korrigierend zu modifizieren.

Ein sauberer Zahn wird niemals krank

Wohl wissend, dass der ideologische Unterbau reiner Ästhetik die gesellschaftlich-solidarische, respektive die gesundheitspolitische Akzeptanz der KFO langfristig nicht mehr zu tragen versprach, wurden gebetsmühlenartig kostenintensive Maßnahmen als einzig zielführende Prävention ausgegeben. Entgegen belastbarer, meist internationaler wissenschaftlicher Erkenntnisse verfolgt die in Deutschland praktizierte KFO davon unbeeindruckt und ohne Selbstzweifel das erklärte Ziel, ihre Patienten/-innen durch die Herstellung „idealer“ Zustände vor Karies, Parodontal-Erkrankungen, Bruxismus und/oder Störungen der Kiefergelenkfunktion, vor Schnarchen und/oder Hyperaktivität schützen zu müssen. So mag es eventuell zutreffen, dass Engstände bei unzureichender Mundhygiene die Kariesinzidenz erhöhen können, wir wissen allerdings seit Alfred Kantorowicz (1880-1962) auch, dass ein sauberer

Zahn niemals an Karies erkranken wird. Mundhygiene zu erlernen und dadurch vorzeitigem Milchzahnverlust mit sich ergebenden Engständen vorzubeugen, muss die Aufgabe des ÖGD ohne privaten Erwerbshintergrund sein. Wir dürfen die Möglichkeit nicht ausschließen, dass manche KFO-Therapie unter dem Vorwand der Prävention gerade die entscheidenden Schäden setzt, die sie vorgibt, verhindern zu wollen. Jeder kritische Beobachter kennt die Zustände nach Abnahme von Brackets im wegen der Brackets lange Zeit deutlich schwerer zu reinigenden Gebiss mit Entkalkungen und/oder kariösen Läsionen oder beginnenden Parodontitiden. Wer kennt nicht die durch ständige Eingriffe in die Okklusion ramponierten Kiefergelenke junger Frauen nach jahrelanger Früh- und Spätbehandlung? Es ist bezeichnend, dass es die deutschen Kieferorthopäden/-innen sowohl unterlassen haben, ihre Präventions-Hypothesen wissenschaftlich zu belegen als auch gleichzeitig umfassend belastbar die pathologischen Auswirkungen ihrer Therapie zu dokumentieren.

Geklonte Kinder im Stuhl des Prokrustes von Robotern geröntgt

Welche abartigen Vorstellungen von Versorgungsforschung und Evidenz manchen Kieferorthopäden so umtreiben, wurde auf einer gemeinsamen Veranstaltung des Bundesverbandes der Kinderzahnärzte, der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und Organisationen wie dem Bundesverband der Deutschen Kieferorthopäden in Frankfurt offenbar. Unter dem Kongressmotto „Kinder-Zahn-Spange“ ging es u. a. um das evidenzfreie Thema „Osteopathie in der dentalen Kinderbehandlung“. Die DZW berichtete in einem Leitartikel über die wissenschaftlichen Phantasien des KFO-Professors Dr. Jörg Lisson aus Saarbrücken, der sich *by the way* über den Vorwurf, sein Forschungsgebiet sei nicht evidenzbasiert, in abwegiger Form echauffieren durfte. Lisson vertrat die Auffassung, Medizin könne keine Evidenz haben, weil die Messung selbst bereits die Situation verändere. Wörtlich: „Um eine evidenzbasierte Aussage zu erreichen, so Lisson, müsse man eigentlich ein Kind klonen, in einen Stuhl einspannen, alle zwei Tage röntgen und von einem Roboter behandeln lassen“ (N.N. Kinderzahnspange mit Leitfunktion. In: DZW 23/2014, S.1 u.4). Sind Vorstellungen dieser Art noch mit der *venia legendi*

kompatibel, könnten sich nicht einmal bössartige Zeitgenossen fragen.

Wir müssen äußerst besorgt sein, wenn unsere Kinder den teilweise hoch invasiven Therapieverfahren von Kieferorthopäden/-innen ausgesetzt werden, solange die Klärung der Frage der medizinischen Indikationsstellung in nicht vitalen Fällen noch völlig offen ist. Kieferorthopädische Behandlungen müssen hinsichtlich ihrer medizinischen Notwendigkeit besonders gründlich geprüft werden, solange sie neben der Einbuße von Lebensqualität mit dem Risiko von Nebenwirkungen durch immer höhere Strahlenbelastungen bei den obligaten Röntgenverfahren (u. a. OPG, DVT, 3D-Technologie) oder der Einbringung von dentalen Hilfsimplantaten einhergehen. Selbst die DGKFO räumt die Notwendigkeit ein, dass die „medizinische Strahlenexposition einen hinreichenden Nutzen erbringen muss.“ Die 3D-Bildgebung mit ihrem hohen Strahlenrisiko ist allenfalls im Zusammenhang mit komplexen Behandlungsfällen der Spaltmorphologie bei uni- und bilateralen Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten indiziert und, nicht, wie gelegentlich empfohlen, im Rahmen der gewöhnlichen Behandlungsplanung.

Völlig unbeeindruckt von den Ergebnissen der DIMDI-Studie 2008

Das Versagen der kieferorthopädischen Wissenschaftselite wurde schon im Jahr 2008 deutlich, als die unabhängige DIMDI-Studie (Frank W, Pfaller K, Konta B. *Mundgesundheits nach kieferorthopädischer Behandlung mit festsitzenden Apparaturen (HTA)*. Köln 2008) erschienen war und ein teilweise bizarres, erschreckend niveauloses Echo in kieferorthopädischen Fachkreisen hervorrief. Diese von Kieferorthopäden/-innen jeglicher Provenienz unabhängige wissenschaftliche Analyse rief Wissenschaftler/-innen, Standespolitiker/-innen oder alio loco wirtschaftlich involvierte Zahnmediziner/-innen auf den Plan. Besonders zu nennen sind hier Gernot Göz vom Universitätsklinikum in Tübingen, Bärbel Kahl-Nieke als damalige Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGFO) und Rolf Hinz mit zahntechnisch motivierten Geschäftsinteressen im Schienen- und kieferorthopädischen Plattenbereich. Göz schaffte es in einem Atemzug, die zuvor allgemein von Kieferorthopäden/-innen verteidigten und bekämpften Kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG)

jetzt als Kronzeugen für eine wissenschaftlich fundierte, individuelle und subjektive Einschätzungen ausgrenzende Indikationensammlung aufzurufen. Letztlich aber vermochten auch die KIG nur temporär die Honorarmargen für eine primär ästhetisch orientierte KFO mit jenseits ethischer Grenzen zu verortenden Behandlungsperioden zu limitieren. Außerdem sind die KIG nur Bestandteil der Verträge mit der GKV, nicht mit der PKV; letztere hat es seither verstärkt mit der unangefochtenen, dem Jahr 1972 entlehnten „alten KFO“ zu tun. GKV-Patienten dagegen werden teilweise benötigt, privatvertraglich zu vereinbarende Zusatzleistungen der alten Art mit kostenpflichtigen Materialien hinzu zu kaufen. Die Präsidentin der DGKFO des Jahres 2008 und seit 2013 Präsidentin der DGZMK, Bärbel Kahl-Nieke, sah euphemistisch eine große Chance zur beachteten Weiterarbeit und dichtete das katastrophale Studien-Ergebnis in allerlei nicht nachvollziehbare Verdienste und beachtenswerte wissenschaftliche Leistungen um (vergl. dazu ausf. Kirchhoff W. *Evidenz von Mundgesundheits nach kieferorthopädischer Behandlung mit festsitzenden Apparaturen weitgehend ungeklärt*. In: DAZ Forum 98, 3/2009. S. 12-13). Auf die den inkriminierten Sachverhalt belastbar belegende Evidenzstudien warten wir heute noch. Ersatzweise zu beobachten ist eine Renaissance des Irrationalen, wie die Verlautbarungen beamteter Wissenschaftler wie Jäger und Lison leicht belegen.

Renitenter Außenseiter im monolithischen Block

Wer Zurückhaltung und Aufarbeitung der eklatanten Wissenschaftsdefizite oder eine konstruktive Zurückhaltung der Publikationsorgane erwartet hatte, wurde spätestens eines Besseren belehrt, als der niedergelassene Kieferorthopäde Henning Madsen 2013 in der überregionalen Presse wie *Welt am Sonntag* (22.12.2013) oder *Spiegel online* (03.11.2013) mit seinen vom lukrativen Mainstream abweichenden Thesen auf den Plan trat. Madsen hatte in den zurückliegenden Jahren in der kieferorthopädischen Fachpresse bereits ähnlich kritische Sachverhaltsdarstellungen publiziert, war in jenem Rahmen aber wie in derartigen Fällen üblich auf keine wesentliche Resonanz der kieferorthopädischen Wissenschaftselite gestoßen. Als dieser der evidenzbasierten Zahnmedizin verpflichtete Kieferorthopä-

de nunmehr vor größerem Publikum begründete Kritik, die mittelfristig die üppige Honorarbasis des Faches zu gefährden versprach, an den Usancen der Branche aus der Mitte der Branche heraus übte, musste der publizistische Aufstand naturgemäß noch gewaltiger als der des Jahres 2008 in Erscheinung treten. Denn Madsen hatte die entsprechenden Kreise zusätzlich auf einem Nebenkriegsschauplatz empfindlich getroffen. Seine schonungslose Analyse des der Rekrutierung neuer Patientenschichten durch „disease mongering“ (Krankheitsfindung) dienenden „Leitfaden(s) kinderärztlich-kieferorthopädische Untersuchung“ war ein öffentliches Ärgernis gewesen (*Offener Brief an die Bundes- und Landesverbände des BVKJ und des BDJ vom 12.09.2013*). Aber das ist wieder ein ganz anderes Thema.

Was machte Madsens Agenda in den Augen des Establishments so gefährlich, dass man ihn mit dem unverhohlenen primitiven Argument zu desavouieren versuchte, es sei ihm vorrangig an individueller Praxiswerbung gelegen? Er exemplifizierte den der gesamten deutschen Zahnmedizin inhärenten Sachverhalt der Übertherapie am Beispiel der korrumpierenden Wirkung der Einzelleistungsvergütung durch objektiv patientenfeindliche Ausdehnungen der Behandlungsdauer. Die Unterbindung diagnostischer/therapeutischer Exzesse sollte durch einen späteren Behandlungsbeginn (10. bis 12. Lebensjahr) im frühen bleibenden Gebiss mit vorwiegend festsitzenden Apparaturen erfolgen. Die Therapiedauer müsste im Rahmen von Festpreisen auf 18 – 24 Monate beschränkt werden. Mit Ausnahme weniger Einzelfälle seien die herausnehmbaren Apparaturen inklusive ihrer laboriumstechnischen Herstellung aus dem Behandlungskatalog zu eliminieren. Der Behandlungskatalog sei dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechend zu reduzieren; diesbezüglich sei der Krankheitsbegriff von 1972 neu zu definieren. Frühbehandlungen bis zum sechsten Lebensjahr seien vollständig ohne und bis zum zehnten Lebensjahr nahezu ohne Evidenz. Es würden sehr frühzeitige kieferorthopädische Interventionen bei Vorliegen des einseitigen Kreuzbisses auf der Grundlage einer einzigen experimentellen Studie „an jungen Hasen“ gerechtfertigt. Mehrphasige KFO-Behandlungen seien kostensteigernd, ohne die Ergebnisqualität zu verbessern. Mit dem Leitfaden zur Implementierung einer flächendeckenden Rekrutierung von drei- bis siebenjährigen

Kindern durch Kinderärzte/-innen sei die Grenze zum Erfinden von Krankheiten eindeutig überschritten (**Madsen H. Offener Brief an die Bundes- und Landesverbände des BVKJ und des BDJ zum „Leitfaden kinderärztlich-kieferorthopädische Untersuchung“ vom 12.09.2013**). Diese Maßnahme diene vorzugsweise der die Gewinne maximierenden Nachfragesteuerung; es fehle ihr der Nachweis eines medizinischen Nutzens durch randomisierte, kontrollierte Studien nach evidenzbasierten Kriterien. Das waren massive Vorwürfe; der monolithisch auftretende Block aller Kieferorthopäden/-innen musste sich öffentlich bloßgestellt fühlen.

KFO – das war schon immer so

Während Madsen sich auf fundierte Literaturangaben stützte, sind die Erwidern von Hinz eher geschäftsbasiert. Als Betreiber eines Laboratoriums zum Herstellen herausnehmbarer KFO-Platten mit – wenn gewünscht – Bedienungsanleitungen für Zahnärzte/-innen, bemühte er sich vermutlich nicht ganz uneigennützig und stellvertretend für die Fachzahnärzte/-innen mit eigenem Labor und entsprechenden Umsatzinteressen, u. a. die international isolierte deutsche Platten-KFO zu retten. Hinz unterließ es vorsichtshalber, diesbezüglich belastbare Literatur aufzuführen. Stattdessen empfahl er ganz allgemein, sich der deutschsprachigen Literatur zuzuwenden – welcher evidenzbasierten deutschsprachigen Literatur bitte? Eher kurios mutete seine These an, dass die Multiband-Therapie im deutschsprachigen Raum deshalb abgelehnt worden sei, weil sie durch „zu starke Kräfte Wurzelresorptionen ausgelöst“ habe. Während in allen vergleichbaren Ländern infolge der feinmotorischen Fähigkeiten der Leistungsanbieter die Anwendung adäquat dosierter Kräfte gewährleistet zu sein scheint und keine nennenswerten Resorptionen beobachtet wurden/werden, gelingt der Behandlungserfolg in Deutschland häufig nur durch in kommerziellen Laboratorien gefertigte Platten im Rahmen von deutlich komfortreduzierten und Kinder wie auch Erziehungsberechtigte oftmals stressenden Langzeittherapien. Eine Art *präventiver Imperativ* der KFO-Gemeinde lautet daher kategorisch: „Sich anbahnende Gebissfehlentwicklungen“, die sich zu „muskulären Fehlfunktionen“ und „Sprechfehlern“ entwickeln könnten, sollten frühzeitig durch KFO-Maßnahmen und nicht etwa durch kurzzeitige und

kassenwirtschaftliche logopädische bzw. krankengymnastische Maßnahmen beseitigt werden. Hinz' Fazit ist nach den heutigen, auf internationale Studien gestützten Erkenntnissen mit der deutschen Definition des Krankheitsbegriffs von 1972 nicht mehr vereinbar, wenn er fordert: „Die Kieferorthopädie ist ein Teil der präventionsorientierten Zahnheilkunde – und das sollte auch so bleiben“ (Hinz R. „Schiefe Zähne“ – 40 Jahre Kassenleistung. In: DZW 4/2014, S. 2 und ders. Kieferorthopädie in Deutschland – sachlich betrachtet. In: DZW 4/2014, S. 3 u.4).

Ausblick

Bei allem Aufwand konnte es bislang nicht gelingen, vielen Gebiss- und Kiefervariationen eine langfristig vorhersehbar pathologische Potenz zuzuordnen. Insofern basiert ein wesentlicher Teil der deutschen KFO nicht auf naturwissenschaftlichen Erkenntnissen der modernen Medizin und ist daher nicht mehr unter dem Krankheitsbegriff aus dem Jahr 1972 zu subsumieren. Dabei soll nicht vollständig ausgeschlossen werden, dass eine neue Definition von Krankheit auch psychosomatisch determinierte Elemente einer Grundästhetik im orofazialen Bereich für jugendliche Populationsgruppen, die durch soziale Deprivation und Akkulturation benachteiligt sind, enthalten könnte. Kurz- bis mittelfristig sollte ein Teil des gegenwärtig fehlgeleiteten Honoraraufkommens an anderer Stelle Verwendung finden. Zu denken wäre in diesem Zusammenhang u.a. an einen weiteren Ausbau der primären Prävention im Rahmen des ÖGD, an zusätzlich bereitgestellte Mittel für evidenzbasierte Behandlungsmaßnahmen innerhalb der Parodontaltherapie und/oder für die medizinisch notwendige Zahnersatzversorgung durch Anhebung der Festzuschüsse. Um eine effektive Mittelumschichtung erreichen zu können, müsste zunächst das kieferorthopädische Behandlungsspektrum neu definiert werden. Um die Bedarfe für jede einzelne Anomalie festzustellen, sind zukünftig die Rechte der Kinder auf Unversehrtheit nach den entsprechenden Kinderschutzbestimmungen abwägend in den Vordergrund zu stellen. Um kommerziell orientierte Vorgehensweisen der Leistungsanbieter und/oder eine primär einseitig elterliche Wünsche erfüllende KFO zu Lasten der Solidargemeinschaft zu verhindern, muss ein neuer Weg gefunden werden, interdisziplinär unter Einchluss von unabhängigen Wissenschaft-

lern/-innen, Psychologen/-innen, Patientenvertretern/-innen und Verbraucherschützern/-innen und nicht zuletzt von Kinderschutzorganisationen, ggf. unter moderierender Beteiligung des Gemeinsamen Bundesausschusses G-BA, medizinisch vertretbare Standards in der deutschen KFO zu etablieren. Das schließt sowohl eine Umverteilung des zahnmedizinischen Leistungsgeschehens innerhalb der GKV als auch eine professionelle Flexibilität der bisherigen Leistungserbringer/-innen ein. Dabei muss den Beteiligten klar sein, dass psychische Irritationen bei Kindern und Jugendlichen mit kau-funktionell störungsfreien Anomalien weder durch schönheitschirurgische noch durch kieferorthopädische Therapieoptionen grundlegend zu beeinflussen sind. Einem psychologisch/psychosomatischen Behandlungsbedarf ist mit Psychotherapie und gesamtgesellschaftlicher Inklusion zu begegnen; Sprach- und ähnliche Störungen zu beseitigen, ist die Aufgabe von Logopäden/-innen.

Es ist mit Sicherheit ein beschwerlicher Weg durch alle Gesellschaftsschichten, den Mainstream pseudoästhetischer Normierung auf Dauer zu verändern, ohne gleichzeitig neue Benachteiligungen zu generieren. Beginnen wir eine vorbehaltlose, interdisziplinär angelegte Diskussion mit den Betroffenen, allerdings unter Ausschluss der allseits bekannten Lobbyisten einer pseudowissenschaftlich und kommerziell aufgestellten Kieferorthopädie.

Dr. Wolfgang Kirchhoff

Der Autor dieses Beitrags ist Zahnarzt, war zum Teil im Hochschulbereich, später jahrzehntelang in eigener Praxis tätig. Er ist Autor zahlreicher Veröffentlichungen zu zahnmedizinisch-versorgungspolitischen und medizinhistorischen Themen. **Weitere Infos:** www.zwp-online.info/de/zwp-online-koepfe/dr-med-dent-wolfgang-kirchhoff
Kontakt: kuwkirchhoff@gmx.de

Lesetipp

KFO-Fachzahnarzt Dr. Henning Madsen zu „Misstände und Probleme in der deutschen Kieferorthopädie“ in Forum für Zahnheilkunde 118, März 2014, Seiten 11-15; auf der DAZ-Website:

www.daz-web.de/lesetipps/docs/Madsen_Kfo_Forum118.pdf



waterpik®

Mundduschen

... denn Zähneputzen allein reicht nicht!



- doppelt so wirksam wie Zahnseide
- entfernen 99,9% des Plaque-Biofilms
- mit über 50 wissenschaftlichen Studien
- Waterpik® – die Nr. 1 unter den Mundduschen

Für die Zahnarztpraxis: Kostenlose Patienten-Flyer und günstige Staffelpreise direkt von


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



Zahnmedizinische Versorgungsforschung in Deutschland – eine Standortbestimmung

von Priv.-Doz. Dr. Andreas Rainer Jordan, MSc., Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)



Versorgungsforschung als Teil der Gesundheitssystemforschung beschreibt, analysiert und interpretiert die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung

unter Alltagsbedingungen als fächer- und methodenübergreifendes Forschungsbereich. Gegenstand der Versorgungsforschung ist die sogenannte letzte Meile des Gesundheitssystems, also die Kranken- und Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern, (Zahn-)Arztpraxen und weiteren Gesundheitseinrichtungen.

Forschung unter realen Bedingungen

Das wesentliche Charakteristikum der Versorgungsforschung ist, die Wirksamkeit von gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen zu beschreiben. Sie wird als relative Wirksamkeit (engl.: *effectiveness*) bezeichnet. Demgegenüber steht beispielsweise die klinische Forschung im engeren Sinne, die Wirksamkeit unter idealen Bedingungen ermittelt und absolute Wirksamkeit (engl.: *efficacy*) genannt wird. Die hieraus resultierende Lücke wird in der Versorgungsforschung mit *effectiveness gap* beschrieben. Sie ist der Kern, wenn es

darum geht, zu erforschen, warum Therapien im Versorgungsalltag mitunter ganz andere Auswirkungen zeigen als beispielsweise in der Zulassungsforschung von Arzneimitteln. Forschung zur Wirksamkeit unter realen Bedingungen inklusive der Berücksichtigung des notwendigen Aufwands hingegen wird im amerikanischen Sprachgebrauch *efficiency research* genannt.

Trias Patientenorientierung, Qualität, Wirksamkeit

Das Leitziel der Versorgungsforschung beinhaltet, die Gesundheitsversorgung in ein lernendes System zur kontinuierlichen Verbesserung der *Patientenorientierung*, *Qualität* und *Wirtschaftlichkeit* zu verwandeln. Diese Begriffe könnte man auch als Trias der Versorgungsforschung bezeichnen. Versorgungsforschung hat keine eigenen Methodiken, sondern greift auf Theorien und Methoden der beteiligten Disziplinen, insbesondere der medizinischen Biometrie, der deskriptiven und analytischen Epidemiologie, der medizinischen Informatik, der Sozialwissenschaften, der Pflegewissenschaft, der Psychologie, der Pharmazie und der Ökonomie zurück. Neben quantitativen Forschungsmethoden sind auch qualitative Ansätze relevant. Versorgungsforschung ist also sowohl inhaltlich als auch methodisch ein Querschnittsbereich, der per se keine neue Wissenschaftsdisziplin an sich darstellt. Vielmehr definiert sie sich aus einer konkreten Fragestellung heraus und kann in diesem Zusammenhang unter-

schiedliche Blickrichtungen einnehmen und die Versorgung aus Sicht der Nutzer, der Anbieter, der Organisatoren oder der Politik analysieren.

Versorgungsforschung ist in Deutschland eine vergleichsweise junge Wissenschaftsrichtung. Ihre organisatorische Rahmensezung wurde durch die Schaffung des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) im Jahre 2006 aus der Kongresskommission Deutscher Kongress für Versorgungsforschung entwickelt und ist seitdem durch den Einschluss unterschiedlicher medizinischer Fachgesellschaften aktiv und interdisziplinär aufgestellt. 2008 wurde innerhalb des Netzwerks die Fachgruppe Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde gegründet.

Systemtheoretisch lässt sich das gesundheitliche Versorgungssystem als ein prozessorientiertes Black-Box-Modell darstellen, aus dem sich für die Versorgungsforschung die spezifischen Forschungszweige ableiten lassen (Abbildung 1). Die Erforschung von Einflussfaktoren, die den Eintritt in das System bedingen oder die Voraussetzungen für die Versorgung darstellen, wird als *Input-Forschung* bezeichnet. Hierzu zählen beispielsweise Versorgungsbedarfe und Inanspruchnahmeverhalten und dessen Barrieren, aber auch die medizinische Aus- und Weiterbildung. In der *Throughput-Forschung* werden organisatorische, diagnostische und therapeutische Strukturen und Prozesse untersucht. Hierzu zählen Untersuchungen zu Wartezeiten

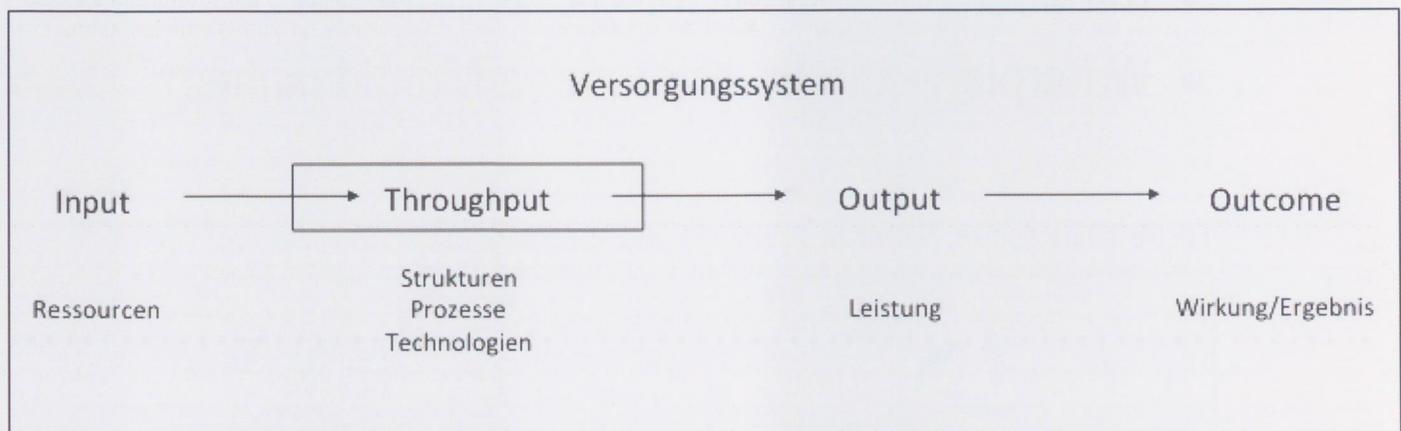


Abbildung 1

Teildisziplin	Gegenstand	Ansatzpunkt
Bedarfsforschung	Objektiver Bedarf Subjektiver Bedarf	Input
Inanspruchnahmeforschung	Inanspruchnahme	Input
Organisationsforschung	Versorgungsstrukturen Versorgungsprozesse	Throughput
Health Technology Assessment	Versorgungstechnologien/-mittel	Throughput Output Outcome
Gesundheitsökonomie	Finanzierung Kosten Nutzen	Input Throughput Output Outcome
Qualitätsforschung	Qualität	Throughput Output Outcome
Versorgungsepidemiologie	Gesundheit, Wohlbefinden	Outcome

Abbildung 2

oder der partizipativen Entscheidungsfindung, aber auch der Anwendung von Leitlinien. Werden die unmittelbar erbrachten Versorgungsleistungen, wie Diagnosen oder Eingriffe, erforscht, unabhängig von ihrer Wirkung auf das *Outcome*, wäre dies ein Beispiel für *Output-Forschung*. Die Erforschung der Erreichung des eigentlichen gesundheitlichen Ziels, bspw. der Wundheilung, der Lebenserwartung oder -qualität, bezeichnet schließlich die *Outcome-Forschung* (Abbildung 2). Demnach besteht die Versorgungsforschung aus Grundlagenforschung und Anwendungsforschung gleichermaßen, wenngleich es originäres Interesse in der Versorgungsforschung ist, eine Langfristigkeitsperspektive für die aufgeworfene Fragestellung zu entwickeln. Sie verfolgt damit das Ziel, die Kranken- und Gesundheitsversorgung als ein lernendes System zu etablieren und zu kennzeichnen, das dazu beiträgt, Optimierungsprozesse zu fördern und Risiken zu reduzieren.

Allgemeinverständlich könnte man zwei Leitfragen formulieren, die Versorgungsforschung charakterisieren und aus denen auch wesentliche (zahn-)medizinische Forschungsimpulse abgeleitet werden können:

- (1) Bekommen die Patienten die Leistungen, die sie brauchen?
- (2) Brauchen sie die Leistungen, die sie bekommen?

Versorgungsforschung am IDZ

Inhaltlich befasst sich das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) seit den

1980er Jahren mit zahnmedizinischer Versorgungsforschung und bereits im anfänglichen Institutsnamen „Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung“, den das IDZ bis 1987 innehatte, war diese Forschungsausrichtung auch begrifflich deutlich verankert. Dem IDZ als Forschungseinrichtung in gemeinsamer Trägerschaft der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung lagen praxisbezogene Schwerpunkte immer nahe. Seitdem haben sich vier Kernkompetenzen herausgebildet: Versorgungsepidemiologie, Gesundheitsökonomie, Professionsforschung und Qualitätsforschung.

Innerhalb der Kernkompetenzen hat die **Versorgungsepidemiologie** mit den regelmäßig durchgeführten Deutschen Mundgesundheitsstudien – DMS I (1989), DMS II (1992), DMS III (1997), DMS IV (2005) und aktuell DMS V (2013/2014) – zweifellos das höchste forschungspolitische Gewicht. Vor dem Hintergrund einer großen demografischen Veränderung in Deutschland, einer doppelten Altersdynamisierung – die Menschen werden immer älter und der Anteil älterer und alter Menschen an der Gesamtbevölkerung nimmt kontinuierlich zu –, ergab sich fast zwangsläufig der Fokus der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie auf die Senioren (65 bis 100 [!] Jahre), ihren Mundgesundheitszustand sowie das persönliche Mundgesundheitsempfinden und -verhalten. Die DMS V wendet sich dabei besonders den pflegebedürftigen Men-

schen in häuslicher wie Heimbetreuung zu. Die repräsentativen versorgungsepidemiologischen Erkenntnisse hieraus werden wichtige Daten zu gleich mehreren Teilgebieten der Versorgungsforschung liefern: der Bedarfsforschung und Inanspruchnahmeforschung (*Input*), der Qualitätsforschung (*Output*) sowie der Versorgungsepidemiologie (*Outcome*). Versorgungsepidemiologisch wird die DMS V unter anderem relevante Daten liefern, um die definierten Mundgesundheitsziele für Deutschland letztmalig in einem bevölkerungsrepräsentativen Umfang bis zum Zieljahr 2020 abzugleichen.

Daneben sind Fragen der **Gesundheitsökonomie** der zahnmedizinischen Versorgung ein traditionelles Arbeitsgebiet des IDZ. Nach relevanten Änderungen der gesundheitssystemischen Rahmenbedingungen in verschiedenen europäischen Ländern hat das IDZ ein internationales Evaluationsprojekt zum Vergleich zahnärztlicher Leistungen aufgelegt, das die Auswirkungen der Währungsumstellung auf den Euro, verschiedene Reformen zahnärztlicher Gebührenordnungen mit Änderungen des zahnmedizinischen Leistungskatalogs, die Zunahme des grenzüberschreitenden Waren- und Dienstleistungsverkehrs (so genannter Dentaltourismus und Auslandszahnersatz) und nicht zuletzt den zahnmedizinischen Fortschritt berücksichtigt.

Nach der Institutsatzung betreibt das IDZ unter anderem für die deutschen

Zahnärzte praxisrelevante Forschung. Das IDZ versteht daher **Professionsforschung** als ein vitales Aufgabengebiet. Gleichzeitig steht die Zahnärzteschaft vor bedeutenden Veränderungen, die einerseits generationen- und genderbedingt sind. Viele angehende Zahnärzte gehören der sogenannten Generation Y an, die sich in ihren Einstellungen von vorangegangenen Generationen unterscheidet. Mehr Freiräume, die Möglichkeit zur Selbstverwirklichung sowie mehr Zeit für Familie und Freizeit sind zentrale Forderungen dieser Generation. Auf der anderen Seite erfahren die Studierenden in der Ausbildung eine spezifische Berufssozialisation, die bislang zu einer vergleichsweise homogenen Berufsgruppe führte. Das IDZ wird in einem longitudinalen Survey die Einstellungen zur zukünftigen Berufsausübung angehender Zahnärzte verfolgen, um verlässliche Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie sich der zahnärztliche Berufsstand in der Zukunft entwickeln wird.

Schließlich hat die **Qualitätsforschung** auch vor dem Hintergrund der Sozialgesetzgebung in den vergangenen Jahren eine besondere Dynamik erfahren, die dazu geführt hat, qualitätsbezogene Themen am IDZ in einer eigenen Stabsstelle „Zentrum für Zahnärztliche Qualität (ZZQ)“ zu bearbeiten. Das historische Kerngeschäft der Qualitätsforschung am IDZ war die Etablierung hochwertiger, zahnmedizinischer Pilotleitlinien. In strukturierten Konsensusverfahren werden Leitlinien speziell für den zahnärztlichen Bereich entwickelt, so z. B. zur Früherkennung des

Mundhöhlenkrebses, zu Fissurenversiegelungen oder zur operativen Entfernung von Weisheitszähnen. Eine Evaluation der Leitlinienanwendung unter Praxisbedingungen durch eine Auswertung entsprechender Erfahrungen von Qualitätszirkel-Moderatoren erbrachte Erkenntnisse zum Nutzerverhalten, aber auch zu Barrieren bei der Umsetzung der Leitlinien. Leitlinienergebnisse werden weiterhin als eine wichtige Versorgungsforschungsaufgabe angesehen und daher in Projekten bearbeitet.

Bei der Leitlinien-Koordinierung wird eine enge Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) gelebt. Diese Zusammenarbeit ist in einer Task Force Qualität institutionalisiert. Das in der Leitlinienentwicklung bewertete Wissen soll auch Patienten zur Verfügung gestellt werden. Die Grundlagen für diese kontinuierliche Aufgabe werden in einem neuen Schwerpunkt *Oral Health Literacy* geschaffen. In diesem Sinne ergab eine Priorisierung der Aufgaben eine konzeptionelle Neuausrichtung des ZZQ. Folgende Schwerpunkte wurden gebildet: Evidenzbasierte Medizin (EbM), Qualitätsentwicklung und Patientenorientierung.

Versorgungsforschung in der Zahnmedizin – ein breites Betätigungsfeld

Mit den angesprochenen Versorgungsforschungsschwerpunkten aus dem IDZ ist die zahnmedizinische Versorgungsforschung keineswegs erschöpft. Der in Kooperation mit der DGZMK 2012 ausgerichtete 11. Deutsche Kongress für Ver-

sorgungsforschung in Dresden hat fünf Arbeitsschwerpunkte herausgearbeitet, die für die zahnmedizinische Versorgungsforschung von besonderer Relevanz sind: Medizin und Zahnmedizin, die zahnmedizinische Versorgung älter Menschen, patientenbezogene Outcomeparameter, gesundheitliche Ungleichheiten und Prävention inklusive des Erreichens der Mundgesundheitsziele 2020. Versorgungsforschung bietet also auch in der Zahnmedizin ein fast unüberschaubares, aber vor allem für die zahnmedizinische Patientenversorgung, um die es letztlich geht, relevantes Betätigungsfeld. Es bleibt dieser jungen Wissenschaftsdisziplin zu wünschen, dass es ihr gelingt, zukünftig noch mehr Nachwuchswissenschaftler zu begeistern, als dies bislang der Fall ist.

PD Dr. A. Rainer Jordan, MSc., IDZ
r.jordan@idz-koeln.de

Zum Autor: Priv.-Doz. Dr. A. Rainer Jordan MSc. ist seit Juni 2013 Wissenschaftlicher Leiter des IDZ in Köln. Zuvor war er in verschiedenen Funktionen an der Privatuniversität Witten-Herdecke tätig, an der er auch weiterhin Lehrveranstaltungen hält. 2005 übernahm er die wissenschaftliche Leitung des Gambia-DentCare Programmes; 2006 wurde er in den Vorstand des Interdisziplinären Zentrums für Versorgungsforschung gewählt, 2008 zum Oberarzt ernannt. Jordan ist 2. Vorsitzender des DGZMK-Arbeitskreises Epidemiologie, Public Health und Versorgungsforschung. Er erhielt verschiedene wissenschaftliche Preise.

Aufruf zum wirtschaftlichen Ungehorsam

DAZ erinnert an Zusammenhang zwischen Therapiefreiheit und Kostenkontrolle

Die Firma Sirona hat eine große Initiative unternommen, um die zahnärztliche Behandlungseinheit „M1“ zu eliminieren. Die Ersatzteilversorgung wird eingestellt und jeder Zahnarzt, der seine M1 aufgibt, bekommt verführerische Rabatte beim Kauf einer neuen Sirona-Einheit. Die M1 hat sich im Konsumkarussell offenbar als zu nachhaltig und solide erwiesen. Die Zufriedenheit der Kunden mit der M1 verstopft den Markt.

Der DAZ hat schon häufig darauf hingewiesen, dass hohe Investitionssummen in das Praxisinventar den Umsatzdruck erhöhen und so die Freiräume für eine am

Gesundheitsnutzen der Patienten orientierte Versorgung einschränken. Von der Einrichtungsindustrie fremd gesteuertes Einrichtungsangebot engt über die zu bedienenden Kosten die ärztliche Entscheidungsfreiheit ein.

Die Abwrackaktion von Sirona ist dem DAZ Anlass, die Kollegen zu kritischem Abstand gegenüber dem Innovations- und Verkaufsrummel der Dentalausstatter anzuregen. Weder die Ausbildungsstätten, noch die Praxen, in denen junge Zahnmediziner ihre Einführungszeit verbringen, sind eine verlässliche Hilfe bei der Erarbeitung eines Ausstattungsprofils für eine

zweckmäßige Neueinrichtung, da beide häufig selbst dem Innovationsmarketing der Dentalindustrie erliegen.

Speziell bezogen auf die M1 kann man sicherlich auf die Findigkeit kleiner Betriebe vertrauen, die Ersatzteile aufarbeiten, gebrauchte Einrichtungen anbieten und neue Reparaturmöglichkeiten schon gefunden haben und noch finden werden. Es wäre ein Akt der Selbstbehauptung und Freiraumschaffung, die 'Innovationsinitiative' von Sirona den wirklichen Erfordernissen der eigenen Praxis gegenüberzustellen.

Aus: DAZ-Pressemeldung vom 12.06.14

Kostendruck und Patientenwohl – Praxisinhaber im Spannungsfeld zwischen Entscheidungsfreiheit, Fremdbestimmung und ethischer Selbstverpflichtung

von Dr. Peter Weißhaupt, MSc.,
Iserlohn

Zahnärzte sind bei ihrer Arbeit auf kostenintensive und einer rasanten Entwicklung unterliegende technische Ausrüstungen und somit auf Dentalindustrie, Dentalhandel und Servicefirmen angewiesen – ja, bisweilen den Geschäftsstrategien dieser Unternehmen regelrecht ausgeliefert. Dr. Peter Weißhaupt, in eigener Praxis niedergelassen in Iserlohn, nahm die nebenstehende DAZ-Meldung zu einer Dentaleinheiten-Austausch-Aktion zum Anlass, fürs „Forum“ seine Erfahrungen und Überlegungen zu schildern.



Zum 1. März 2014 habe ich mein 20-jähriges Praxisbestehen gefeiert – zusammen mit meinen drei ebenso alten M1-Einheiten. Aufwand und Intervalle für Reparaturen meiner beiden Haupt-Behandlungseinheiten nahmen während der letzten Jahre beständig zu. So drängte sich schon seit längerem die Überlegung auf, den anfallenden Reparatur-Kosten die Finanzierungskosten für eine neue Einheit vergleichsweise gegenüber zu stellen. Dass Sirona die Ersatzteilversorgung für die „alte M1“ einstellt, wird vom Depot bereits seit einigen Jahren kommuniziert.

Die Entscheidung wurde mir abgenommen, als zu Anfang dieses Jahres der Antrieb einer M1 komplett ausfiel und unser Depot (Gerl bzw. Sirona) keinen funktionsfähigen Ersatz mehr liefern konnte. Somit war ich „weichgeklopft“ und bereit, eine neue Einheit zu bestellen. Für aktuelle Sirona-Einheiten können wir in Vollausstattung durchaus 50.000 Euro und mehr bezahlen. Ich habe mich jedoch überwiegend von meinen / unseren arbeits-ergonomischen Gewohnheiten leiten lassen und mich schließlich für das Modell „Sinus“ entschieden, welches in wesentlichen Punkten mit der alten M1 vergleichbar ist. Die neue Einheit wurde Anfang Mai installiert; hierzu habe ich für eine Laufzeit von drei Jahren 37.000 Euro finanziert und hoffe, dass sich diese Anschaffung anstelle zunehmender Reparaturkosten rechnet. Die alte M1 steht nun zum „Ausschlachten“ für die anderen beiden Einheiten auf einer Europalette im Keller.

Kostendruck und bürokratische Auflagen versus Entscheidungsfreiheit

Die Stichworte „Umsatzdruck“ und „Entscheidungsfreiheit“ sollen in diesem Beitrag auch unter einem weiteren Aspekt aufgegriffen werden – nämlich mit Blick auf den unsere Berufsausübung limitierenden gesetzlichen Rahmen, wie z.B. die Umsetzung der Hygiene-Richtlinien sowie deren behördliche Kontrollen (Praxisbegehungen).

Fremdbestimmt wie selten zuvor fühlte ich mich letzten Sommer anlässlich einer (Zufalls-)Praxisbegehung nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) bzw. der Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibV): Der zuständige Gutachter (von unseren Kammerbeiträgen bezahlt und von der Bezirksregierung bestellt) nahm unsere gemäß Standard-Protokoll durchgeführte und dokumentierte manuelle Aufbereitung gar nicht erst zur Kenntnis, sondern setzte uns quasi die Pistole auf die Brust: Wenn wir die Aufbereitung der Übertragungsinstrumente nicht mit einem validierten Reinigungs-/Desinfektionsgerät (RDG) vornähmen, so sollten wir ab sofort alle 2 Wochen nachweisen, dass unsere Übertragungsstücke nach erfolgter Aufbereitung den zulässigen Restprotein Gehalt nicht überschreiten (HYBETA-Test). Falls wir dem nicht nachkämen, würden die Hand- und Winkelstücke von der Bezirksregierung „eingesammelt“ werden – was einem Berufsverbot gleichgekommen wäre. So erfolgte unsererseits quasi in vorauseilendem Gehorsam im Juni 2013 die Anschaffung eines Miele

Thermodesinfektors für 10.000 Euro inkl. Erstvalidierung.

Inzwischen ist jedoch von derselben Kammer publiziert worden, dass die manuelle Aufbereitung von Übertragungsinstrumenten nach festgelegtem Protokoll (wie von uns ja bis dato praktiziert!) ebenso zulässig ist wie die maschinelle mit RDG!!! (Vgl. hierzu MAZI-Studie: www.zm-online.de/home/zahnmedizin/Manuelle-Aufbereitung-ist-validierbar_124599.html)

Ob 10.000 Euro, 37.000 Euro oder mehr finanziert werden müssen, ob bald die nächste M1 zu ersetzen ist, ob Kosten für frequente Revalidierungen, sicherheitstechnische Kontrollen und Röntgen-TÜV anfallen oder ob die Umstellung von „analogem“ (Chemie) auf digitales Röntgen zu erwägen ist (angeblich werden schon seit Jahren keine analogen Röntgenanlagen mehr verkauft, so jedenfalls von unserem Depot und Sirona kommuniziert) – allemal sehen wir uns als Zahnärzte mit einem stetig steigenden Umsatzdruck in einem umgekehrt proportionalen Verhältnis zur gefühlten Entscheidungsfreiheit konfrontiert. Zunehmend werden Kosten in Größenordnungen veranlasst, deren Deckung Umsätze erfordern, welche alleine aus den Erlösen einer ordentlichen GKV-Patientenversorgung nicht mehr generierbar sind. Schließlich kann nicht jeder seine Praxis als Hobby betreiben und dieses, z.B. durch die Verflüssigung von Vermögen (falls vorhanden) oder durch die Gehälter verbeamteter Ehefrauen (falls noch nicht geschieden), fremd-subventionieren lassen.

Kostendeckendes Arbeiten versus Patientenwohl?

Eine betriebswirtschaftlich orientierte bzw. unternehmerische Ausrichtung, welche das „Andienen“ höherwertiger (= privater) zahnärztlicher (Dienst-) Leistungen zur Kostendeckung bzw. zur Amortisation der Investitionen fokussiert, scheint daher zur Sicherung unserer freiberuflichen Existenz zwingend erforderlich. Diese Sichtweise wäre jedoch (obschon zunehmend verbreitet) ungeeignet, wenn sie zu diesem Zweck unsere Patienten lediglich auf die Eigenschaft von Dienstleistungen in Anspruch nehmenden Kunden reduzierte. Wie Riedel (Forum 119, S. 14f) treffend beschreibt, sind „ärztliche Leistungen keine marktfähigen Güter, weil sich bei der Wahl dieser Leistungen keine marktfähigen Partner gegenüberstehen“. Aufgrund der Wissensasymmetrie kann und muss der Patient somit darauf vertrauen können, dass wir als Behandler eine Entscheidung für ihn treffen, die das ursprüngliche Ansinnen und das Wohl des Patienten in das Zentrum unserer Bemühungen rückt.

Der DAZ fordert in diesem Zusammenhang eine am „Gesundheitsnutzen der Patienten orientierte Versorgung“ (s.o. DAZ-Meldung vom 12.06.2014). Auch diese eher utilitaristische Sichtweise erscheint mir etwas reduziert. Wer legt fest, was für die Gesundheit des Patienten von Nutzen ist? Bei der Gesamtschau auf das für den Patienten Gute wird man zu dem Ergebnis kommen, dass es der Autonomie und damit der Würde des Patienten immanent ist, eine Priorisierung, d. h. eine Reihenfolge der seiner Persönlichkeit entsprechenden Wertigkeiten selbst vorzunehmen. Und der gesundheitliche Nutzen einer zahnärztlichen Versorgung ist dabei nur einer von mehreren Aspekten. Die Entscheidungsfreiheit des Patienten findet ihre Grenzen allein in der fachlichen und moralischen Integrität des Behandlers, d.h. der Patient darf vom Zahnarzt keine Behandlung verlangen, welche dessen gesundheitserhaltenden und rehabilitierenden Auftrag diskreditiert.

Wirtschaftliche Integrität des Zahnarztes

Die Wahrung der wirtschaftlichen Integrität des Zahnarztes ist ein ebenso hohes Gut. Ohne sie wäre dieser weder in der Lage, die gesundheitliche Versorgung seiner Patienten auf wissenschaftlich gebotenen Niveau zu erbringen, noch seinen Verpflichtungen als Arbeitgeber nachzukommen, noch seine Familie zu ernähren. Hier ist der Zahnarzt jedoch völlig auf

sich allein gestellt: Es gibt weder gesetzliche Regelungen noch ethisch begründete Argumentationslinien, welche diesen berechtigten Anspruch des Zahnarztes aufgreifen bzw. unter den ihm gebührenden Schutz stellen – zumal die allgemeine gesundheitspolitische Entwicklung eher das Gegenteil zu bezwecken scheint.

Trotzdem wäre es fatal, den Patienten zum Zwecke des wirtschaftlichen Praxiserfolges zu instrumentalisieren. Es käme behandlerseitig einer Fehlinterpretation des Arzt-Patienten-Verhältnisses gleich, wenn z.B. lukrativ erscheinende Therapieformen allein aus praxisökonomischen Motiven zur Anwendung kämen. Die ethische Dimension dieses vermeintlichen Dilemmas wurde in den letzten Jahren von einigen Autoren gelegentlich auf den Punkt gebracht, jedoch die damit verbundene moralisch appellierende Bedeutung für jeden einzelnen Zahnarzt bisher nicht ausreichend verdeutlicht: Wenn der Patient instrumentalisiert wird, um andere Ziele, als dessen gesundheitliches Wohl zu bezwecken, so verstößt der Zahnarzt nicht nur gegen das seiner Profession immanente Versprechen, sondern er missbraucht den entgegengebrachten Vertrauensvorschuss des Patienten in eklatanter Weise. Hier muss nicht erneut ein tugendethischer Diskurs angeführt werden, um diese „Haltung“ als unärztlich zu bezeichnen.

Ich stimme meinem geschätzten Kollegen Riedel zu, wenn er die Zahnärztekammern sowie die Spitzen der Körperschaften auffordert, der Zahnärzteschaft die radikalen Folgen einer ungezügelten Ökonomisierung zu erklären und zur Umkehr zu mahnen, halte jedoch – wie Frau Kollegin Schätze – die Möglichkeiten der Kontrolle und Steuerung durch Selektivverträge für überschätzt.

Versuch, entgegengebrachtem Vertrauen gerecht zu werden

Wie halte ich es mit dem Nebeneinander von zunehmenden wirtschaftlichen Zwängen und der ethisch gebotenen primären Orientierung am Patientenwohl? Höherwertige private Leistungen werden gegenüber meinen Patienten immer nur als ergänzende Option zur ausreichenden GKV-Versorgung kommuniziert. Und der Patient muss – nach erfolgter Aufklärung – seine Entscheidung für oder gegen eine Versorgung aufgrund eigener Bewertung / Priorisierung aus freien Stücken selbst treffen können. Aufklärung ist hierbei – mit dem

gebotenen zeitlichen Abstand zur Behandlung – als Information über Diagnosen, Therapiemöglichkeiten, Behandlungsfolgen, Prognosen und Kosten zu verstehen – und nicht als Lenkung der Patientenentscheidung in eine vom Zahnarzt ökonomisch favorisierte Richtung. Überhaupt erscheint es m. E. für das Patienten-Zahnarzt-Verhältnis gedeihlicher und entspannender, wenn der Behandler sich offen zeigt für die komplexe Subjektivität seines Gegenübers. Dies kann gelingen, wenn er bemüht ist, den Patienten in seiner Bedürftigkeit wahr- und anzunehmen. Zudem sollte der Zahnarzt sich bewusst sein und dies auch seinen Patienten zu erkennen geben, dass die Inanspruchnahme seiner Disziplin immer nur einen Teilaspekt der Agenda seines Patienten bedeutet.

Dies würde ich als meinen Versuch bezeichnen, dem entgegengebrachten Vertrauensvorschuss gerecht zu werden. Wenn bei Einhaltung dieser Kautelen Leistungen in Anspruch genommen werden, deren Honorierung auch den ökonomischen Praxiserfolg sichern, so ist es gut, jedoch ist dies – zugegebenermaßen – ein anstrengender Weg.



Liste einiger Veröffentlichungen von Dr. P. Weißhaupt zu medizinethischen Fragen:

- *Zahn-Medizin-Ethik – Ethische Implikationen der Zahnarzt-Patienten-Begegnung im Spannungsfeld zwischen klinischer und Sozialmedizin*, Shaker-Verlag Aachen 2011, 130 Seiten, ISBN 978-3-8440-0583-7
- *Bedeutung einer Tugendethik für die gegenwärtige (Zahn-)Medizin-Ethik – Das für den Patienten Gute als Zweckerfüllung klinischer Medizin*, Nieders. ZÄB, 04/2013, S. 44-45.
- *Zahn-Medizin-Ethik – Ethische Implikationen der Zahnarzt-Patienten-Begegnung im Spannungsfeld zwischen klinischer und Sozialmedizin*, Shaker Verlag Aachen, 2011, S. 36 – 42.
- *So sehe ich es – Wir verstehen uns primär als Ärzte*, Die ZahnarztWoche, Nr. 36 2010, S. 5.
- *Medizin ohne Maß – Vom Versprechen des Machenkönnens und der Geringschätzung des Gegebenen*, Forum f. ZHK 105, 12/2010, S. 19-20
- *Auswirkungen zunehmender Kommerzialisierung der zahnärztlichen Fort- und Weiterbildung – Rückbesinnung auf Berufs-Ethik gefordert*, DAZ Forum 102, 03/2010, S. 19

Weitere Literaturangaben und Links unter: www.daz-web.de/lesetipps/docs/weisshaupt2014.pdf

SCHNELL UND ZUVERLÄSSIG!

Wir verwenden ausschließlich Originalersatzteile der jeweiligen Instrumenten-Hersteller, somit Hochgenauigkeitspräzisions-Kugellager erster Qualität und oberster Güteklasse, die den strengsten Anforderungen entsprechen. Alle Preise verstehen sich zzgl. der benötigten Ersatzteile / Arbeiten (Einzelleistung) und MwSt. (Kostenlose Abholung bis 10 kg).

GERL

TECHNIK

REPARATUR-SERVICE

LEISTUNGSBESCHREIBUNG

- Kostenloser Abholservice bis 10 kg
- Demontage
- Prüfung zur Fehlerdiagnose
- Erstellung eines Kostenvoranschlages
- Reinigung / Ultraschallreinigung
- Montage
- Probelauf
- Endprüfung
- Qualitätssicherung
- Kostenlose Rücksendung bei Reparatur
- 6 Monate Garantie auf die durchgeführte Reparatur

Reparaturauftrag Kostenvoranschlag

Angaben zum Gerät / Instrument:

Geräte-Typ

Geräte-Nr.

Geräte-Hersteller

Fehlerbeschreibung



Handstück

34,00 EUR



Laborhandstück

35,00 EUR



Winkelstückunterteil

24,00 EUR



Mikro- und Luftmotor

54,00 EUR



Behandlungskopf

19,00 EUR



Zahnsteinentfernungsgerät

48,00 EUR



Turbinen- und Motorkupplung

26,00 EUR



Winkelstück

39,00 EUR



Turbine

39,00 EUR

Alle Preise zzgl. MwSt. / Preisänderungen vorbehalten!

REPARATUR-AUFTRAGS-EINSENDUNGEN

Nutzen Sie zur Einsendung Ihrer defekten Winkelstücke unsere GERL.-Sicherheitsbox.



Sicherheitsbox bei GERL anfordern.



Winkelstück in der Sicherheitsbox geschützt versenden.



Schnelle Reparatur und Rücksendung an Sie.

Fax ausfüllen und kostenfrei senden an:

Irrtümer und Druckfehler vorbehalten. / FZHK 2014

FAX-ANTWORT 0800-801090-8

Bitte nehmen Sie mit mir/uns Kontakt auf. Ich/Wir benötige/nSicherheitsbox/en. Bitte nehmen Sie mit mir/uns Kontakt auf.

Vorname / Name

Anschrift

Telefon

01067 Dresden
Devrientstraße 5
Tel. 0351-31978-0
Fax 0351-31978-16
dresden@gerl-dental.de

04107 Leipzig
Münzgasse 2
Tel. 0341-462587-0
Fax 0341-462587-16
leipzig@gerl-dental.de

08523 Plauen
Liebknechtstraße 88
Tel. 03741-131497
Fax 03741-130114
plauen@gerl-dental.de

13507 Berlin
Am Borsigturm 62
Tel. 030-4309446-0
Fax 030-4309446-25
berlin@gerl-dental.de

24114 Kiel
Deliusstraße 10
Tel. 0431-670750-0
Fax 0431-670750-29
kiel@gerl-dental.de

30655 Hannover
Podbielskistraße 269
Tel. 0511-640799-0
Fax 0511-640799-69
hannover@gerl-dental.de

45136 Essen
Rellinghauser Straße 334 c
Tel. 0201-89640-0
Fax 0201-89640-64
essen@gerl-dental.de

47807 Krefeld
Siemesdyk 60
Tel. 02151-76364-00
Fax 02151-76364-29
krefeld@gerl-dental.de

50996 Köln
Industriestraße 131 a
Tel. 0221-80109-0
Fax 0221-80109-119
koeln@gerl-dental.de

52078 Aachen
Neuenhofstraße 194
Tel. 0241-900831-24
Fax 0241-900831-28
aachen@gerl-dental.de

53111 Bonn
Welschnonnenstraße 1-5
Tel. 0228-9616271-0
Fax 0228-9616271-9
bonn@gerl-dental.de

58093 Hagen
Rohrstraße 15 b
Tel. 02331-8506-400
Fax 02331-8506-499
hagen@gerl-dental.de

70567 Stuttgart
Schelmenwasenstr. 32
Tel. 0711-722062-0
Fax 0711-722062-55
stuttgart@gerl-dental.de

81373 München
Garmischer Straße 35
Tel. 089-2032069-10
Fax 089-2032069-39
muenchen@gerl-dental.de

97076 Würzburg
Louis-Pasteur-Straße 1 a
Tel. 0931-35501-0
Fax 0931-35501-13
wuerzburg@gerl-dental.de

98547 Viernau
Auenstraße 3
Tel. 036847-40516
Fax 036847-41041
viernau@gerl-dental.de



Mehr Informationen unter: www.gerl-dental.de

Das Ende der Mittelstandsgesellschaft Über Thomas Pikettys „Das Kapital im 21. Jahrhundert“

von Fabian Lindner, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

Die folgende Betrachtung ist kein Irrläufer im Zahnärzteblatt: Das deutsche Gesundheitswesen ist Teil unserer öffentlichen, der ganzen Gesellschaft zur Verfügung stehenden Infrastruktur. Dieses System, das bisher einmalig leistungsfähig in Qualität und Quantität war, ist unter dem demokratischen Ideal eines Zugangs zu ausreichender und zeitgemäßer Versorgung für alle Bürger entstanden. Es benötigt – wie auch die Infrastruktur in anderen Bereichen – eine demokratische/solidarische Finanzierung. Diese notwendige Finanzausstattung des Systems wird zunehmend durch vorenthaltene Beiträge aus Privatvermögen gefährdet. Die allortendiskutierte Steuerhinterziehung betrifft nur einen kleinen Teil der fehlenden Einnahmen. Wie nachfolgend dargelegt wird, sind die legalen und von den Strukturen begünstigten Mindereinnahmen des Staates das zunehmend bedeutendere Problem. (Die Redaktion)

Der französische Ökonom Thomas Piketty hat ein wichtiges Buch zur Einkommens- und Vermögensverteilung geschrieben, das weltweit heiß diskutiert wird. Zurecht! Denn während die meisten über die Ungleichheit der Einkommen reden, stellt Piketty die Ungleichheit der Vermögen in den Mittelpunkt. Letztere ist schließlich die Quelle für die Ungleichheit der Einkommen. Denn je ungleicher die Vermögen verteilt sind, desto ungleicher sind auch Zins-, Miet-, oder Dividendeneinkommen verteilt, die zumindest in Deutschland einen immer größeren Teil des Gesamteinkommens ausmachen.

Darüber hinaus führen Erbschaftsrecht und Zinseszins dazu, dass die Ungleichheit der Vermögen immer größer wird – wenn nicht Krieg, Steuern oder Demographie dazwischenfunken. Wenn sich aber Vermögen ungehindert vermehren dürfen, dann steigt auch das leistungslose Einkommen und der Wert der Arbeit schwindet. Zudem steigern große Vermögen die politische Macht der Vermögenden, was wiederum die Demokratie aushöhlt. Kurz: Die große Konzentration der Vermögen in den Händen Weniger stellt die Mittelschichtsgesellschaft in Frage und beeinträchtigt damit die fundamentale Basis der westlichen Demokratien.

Das alles zeigt Piketty anhand einer Unmenge an Daten über die Einkommens- und Vermögensungleichheit in verschiedenen Ländern. Er und seine Kollegen haben die Daten in über dreißig Jahren Arbeit erhoben. Sie sind frei zugänglich unter: <http://piketty.pse.ens.fr/en/capital21c2>. Am Beispiel von Deutschland kann man hier äußerst gut den Aufstieg und Fall der Mittelschichtsgesellschaft nachvollziehen.

Abbildung 1 zeigt, wie sich das Vermögen als Teil des Volkseinkommens in Deutschland seit 1870 entwickelt hat. 1950 hatte sich das gesamte Vermögen Deutschlands durch die Zerstörung von Immobilien und Fabriken im Vergleich zu 1910 halbiert. Darüber hinaus hatten Inflation und Wirtschaftskrisen auch die Finanzvermögen nach dem Krieg stark reduziert. Das bedeutete, dass die Nachkriegsgenerationen von ihren Eltern viel weniger

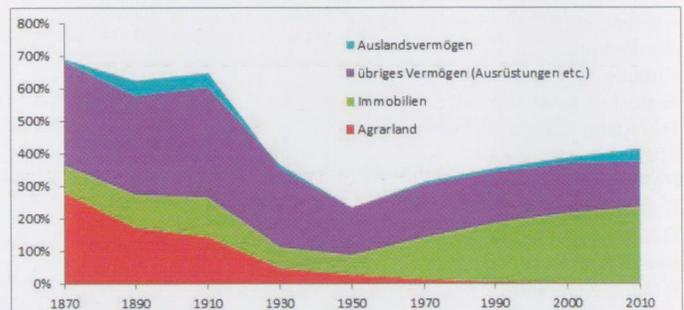


Abbildung 1: Vermögen Deutschlands in % des Volkseinkommens

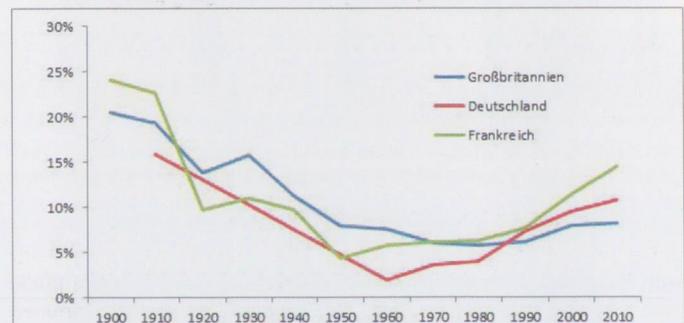


Abbildung 2: Erbschaften in % des Volkseinkommens

erbt als diese wiederum von ihren Eltern. Sie mussten für ihr Vermögen selbst arbeiten und sparen.

Wie sich die Erbschaften entwickelten, zeigt Abbildung 2: 1960 lag der Gesamtwert der Erbschaften in Deutschland bei nur knapp 2 % der Einkommen. 1910 machten die Erbschaften noch 16 % der Einkommen aus. In Frankreich und Großbritannien lag die Sache ähnlich. Dabei hatte nicht nur der Krieg die Höhe der Erbschaften verringert, sondern auch die Steuerpolitik.

Im 19. Jahrhundert gab es so gut wie keine Einkommen- und Erbschaftsteuern. Wie Abb. 3 und Abb. 4 zeigen, hat sich das im frühen 20. Jahrhundert und vor allem nach dem Zweiten Weltkrieg stark geändert. Nicht nur durch den Krieg konnte weniger Vermögen vererbt werden, auch die Politik verhinderte damals eine zu starke Vermögenskonzentration, weil sie Vermögensungleichheit als Mitursache für die Katastrophen des 20. Jahrhunderts betrachtete. Interessant ist, dass vor allem die angelsächsischen Länder ihre Einkommen und Erbschaften stark besteuerten. Sowohl in den USA als auch in Großbritannien lagen die Spitzensteuersätze nach dem Zweiten Weltkrieg bei über 90 %. So hoch waren die Steuern in Deutschland nie. Zwischen 1946 und 1948 lag der Spitzensatz hierzulande nur bei 90 % (und die Erbschaftssteuer bei 60 %), weil damals die Besatzungsmacht USA die deutsche Steuerpolitik bestimmte. Als die Deutschen 1950 die Souveränität über ihre Steuerpolitik wiedererlangten, sanken die Steuersätze wieder – allerdings nie wieder auf das Niveau des 19. Jahrhunderts.

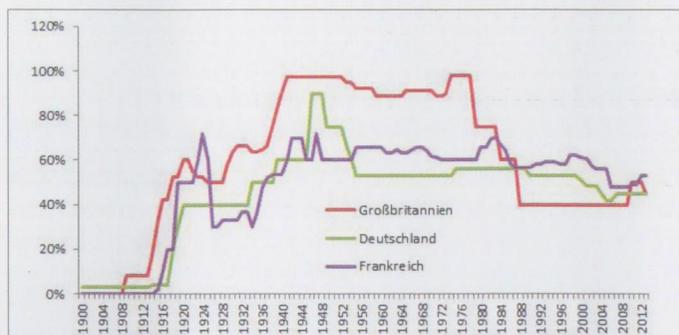


Abbildung 3: Spitzensteuersätze

Weniger Erbschaften, höhere Spitzensteuersätze und der Wirtschaftsboom der Nachkriegszeit führten zu insgesamt steigenden Einkommen und größerer Einkommensgleichheit. Die moderne Mittelschicht war geboren. Arbeit lohnte sich mehr als je zuvor, erben immer weniger. Das galt aber nur, bis die Nachkriegsgeneration ab den 1970er Jahren begann, selbst ihre ersparten Vermögen zu vererben (Abbildung 2). Ab 1980 stieg der Wert der Erbschaften als Anteil der Einkommen wieder deutlich. 2010 wurden in Deutschland Vermögen im Wert von 11 % der Einkommen vererbt, höher als in Großbritannien. In Frankreich wird mittlerweile wieder so viel vererbt wie 1920.

An sich müssen höhere Erbschaften kein Problem sein. Wären die Vermögen einigermaßen gleichmäßig verteilt, so wären das auch die Erbschaften. Das ist aber nicht so. Die Vermögensverteilung ist um einiges ungleicher als die Einkommensverteilung: Die reichsten 1 % der Deutschen halten knapp 30 % des privaten Vermögens, erhalten aber „nur“ etwa 11 % aller Einkommen. Damit ist die Vermögensungleichheit in Deutschland die höchste im Euroraum, wie die Vermögenserhebung der Europäischen Zentralbank ergeben hat. In den USA sind die Vermögen allerdings noch ungleicher verteilt. Dort halten die reichsten 1 % der Bevölkerung 35 % der Vermögen.

Mit leistungslosen Erbschaften als Einkommen sinkt auch die Leistungsbereitschaft. Für Frankreich (für Deutschland gibt es solche Daten leider nicht) hat Piketty ausgerechnet, wie groß der Anteil einer Generation ist, die nach ihrer Erbschaft im Prinzip nicht mehr arbeiten müsste, weil der Wert der Erbschaft so groß ist wie ein ganzes Lebenseinkommen durch Arbeit.

Von den ab 1880 geborenen Generationen konnten immer weniger ein Leben allein aus der Erbschaft bestreiten. Einen Tiefpunkt hat die Generation der im Jahr 1900 Geborenen erreicht, die von ihren Eltern kaum mehr etwas geerbt haben. Sie mussten sich ihr Leben durch eigene Arbeit finanzieren und selbst ein Vermögen aufbauen. Die ab 1970 geborenen Generationen können sich aber wieder über Erbschaften wie im 19. Jahrhundert freuen. Sie erben das Vermögen der Nachkriegsgeneration, so dass mittlerweile an die 12 % einer Generation in Frankreich im Prinzip auf Arbeit verzichten kann. Für Deutschland gibt es zwar keine Zahlen, das Bild dürfte allerdings ähnlich ausfallen.

Die Ungleichheit der Vermögen setzt sich nicht nur durch Erbschaften fort, sie verstärkt sich durch den Zinseszinsmechanismus von selbst. Piketty zeigt, dass die Vermögen relativ zum Einkommen immer stärker steigen, wenn die Ertragsrate des Vermögens (z.B. der Zins) höher als das Wirtschafts-

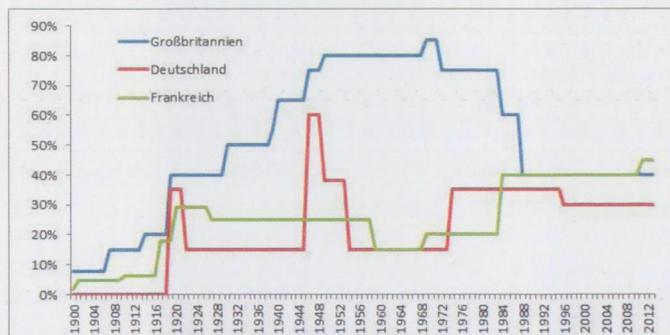


Abbildung 4: Erbschaftssteuersätze

wachstum ist, und das ist in der Geschichte der Menschheit fast immer der Fall gewesen.

Seit Christi Geburt lag die Kapitalverzinsung vor Steuern immer bei um die 4,5 bis 5 %, die Wirtschaft ist aber erst mit der Industrialisierung seit dem 18. Jahrhundert gewachsen. Piketty führt leider nicht aus, warum diese tausend Jahre währende Zins-Wachstumsdifferenz nicht zu einer unendlichen Ungleichheit geführt hat. Ich denke, der folgende Mechanismus dürfte dafür ursächlich gewesen sein: Der ewigen Konzentration der Vermögen haben bis ins 18. Jahrhundert die physischen Ressourcen Grenzen gesetzt. Es gab im Mittelalter kaum Finanzvermögen und spiegelbildlich kaum Schulden, sondern nur Land (das, wie Abbildung 1 zeigt, auch im 19. Jahrhundert noch eine wichtige Rolle spielte). Fruchtbare Agrarland, das Erträge abwirft, ist aber per Definition begrenzt. Darüber hinaus wurden die Erträge der Landwirtschaft regelmäßig konsumiert, schließlich konnten sie als Naturalien nicht als Wertanlage gehortet werden. Beides hat der Konzentration der Vermögen starre Grenzen gesetzt.

Die Entwicklung des Finanzsystems und damit des Kredits ab dem 18. Jahrhundert hat nun aber die physischen Grenzen der Vermögensmehrung gesprengt. Finanzvermögen (Bankkonten, Anleihen, Aktien etc.) – und die entsprechenden Schulden – lassen sich theoretisch unendlich steigern. Im Gegensatz zu den Erträgen der Landwirtschaft verrotten Zinsen auf dem Konto nicht. So konnte ab dem 18. Jahrhundert das Vermögen einiger weniger immer mehr steigen. Und weil Finanzvermögen Geldforderungen gegenüber Schuldner sind, haben Schuldenkrisen regelmäßig die Gesellschaften erschüttert – von der Staatsschuldenkrise Frankreichs, die zur Französischen Revolution geführt hat, bis zur heutigen Eurokrise.

Erst in der Nachkriegszeit lag laut Pikettys Daten die Profitrate das erste Mal in der Geschichte der Menschheit unter dem Wirtschaftswachstum, weil die Kapitalerträge zu großen Teilen wegbesteuert wurden. Hohes Wirtschaftswachstum gepaart mit hohen Steuern haben dem Wachstum der Vermögen Grenzen gesetzt. Dabei betont Piketty, dass dieser Zusammenhang, der die Grundlage für eine gutsituierte Mittelschicht ist, eine krasse historische Ausnahme bildet. Heutzutage gibt es offensichtlich wieder Tendenzen, in diese alten Zeiten zu verfallen. Wenn die Entwicklung der letzten 30 Jahre fortgesetzt wird und die Steuern auf Vermögen und seine Erträge weiter gesenkt werden und darüber hinaus das Wirtschaftswachstum abnehmen wird, wären der Explosion der Vermögen und der Ungleichheit keine Grenzen mehr gesetzt.

Es gibt aber weder eine ökonomische noch eine historische Notwendigkeit, den Weg in die neue alte Welt der über alles erhabenen Superreichen fortzusetzen. Aus seiner Analyse zieht Piketty klare politische Forderungen. Er plädiert für eine weltweit geltende Vermögensteuer, die umso höher ausfällt, je höher die Vermögen sind. Technisch ließe sich das einfach umsetzen, schreibt er. Banken müssten automatisch die Erträge aus Kapital an das Finanzamt überweisen. Da es immer mehr Vereinbarungen zwischen den Staaten gibt, auch die Kapitalerträge von Ausländern automatisch an die nationalen Finanzämter zu übermitteln, gäbe es auch von dieser Seite kaum Probleme. Warum sollten Kapitalerträge nicht automatisch und personalisiert dem Finanzamt mitgeteilt werden, wenn das auch für alle Arbeitseinkommen geschieht? Auch wenn die weltweite Vermögensteuer erst mal utopisch klingt, könnten sich wenigstens die Mitgliedsländer der Europäischen Union auf eine solche progressive Vermögensteuer einigen.

Aus Pikettys Buch lassen sich auch Forderungen für Deutschland ableiten. Hierzulande wird gar keine Vermögensteuer mehr erhoben und die leistungslosen Kapitalerträge werden mit einer Flat Rate von 25 % besteuert, vollkommen unabhängig, wie hoch ihre Zinserträge sind. Das mag in eine Zeit passen, in der Vermögen durch eigene Arbeit geschaffen werden, aber nicht in eine Zeit, in der zunehmend Menschen ohne eigene Leistungen große Erbschaften antreten. In Deutschland – und leider auch in vielen anderen EU-Ländern – lohnt sich das Handaufhalten und Zinsen empfangen mehr als arbeiten.

Es wäre also schon mal ein erster Schritt, wenn das größte Land der EU die Vermögenden wieder in die Pflicht nähme. Das würde verhindern, dass einige Wenige immer mehr und am Ende alles haben und alle anderen nichts. In der Nachkriegszeit war den meisten Politikern klar, dass das der Stoff ist, aus dem immer wieder Revolution und Krieg hervorgegangen sind. Piketty zeigt, dass wir aus der Geschichte lernen müssen, wenn wir Demokratie, Frieden und Wohlstand nicht gefährden wollen.

Fabian Lindner, Düsseldorf

Fabian Lindner ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung in der Hans-Böckler-Stiftung mit dem Arbeitsschwerpunkt "Angewandte Makroökonomie und Makroökonomie, Arbeitsmarktanalysen".



Lindners Aufsatz über das Buch des Ökonomen **Thomas Piketty** „Capital in the Twenty-First Century“, Harvard University Press 2014, wurde in der Ausgabe 27, Mai/Juni 2014, des Online-Mediums „Gegenblende“, herausgegeben vom Deutschen Gewerkschaftsbund, publiziert und wird hier leicht gekürzt (mit weniger Abbildungen) wiedergegeben. Wir danken der „Gegenblende“-Redaktion für die Nachdruckerlaubnis. Die Vollversion ist zu finden unter www.gegenblende.de/++co++c1c062de-eb20-11e3-b588-52540066f352.

Die deutsche Übersetzung des Buches von Thomas Piketty wird voraussichtlich im November 2014 erscheinen.

In egalitären Gesellschaften lebt man gesünder

Während es im nebenstehenden Beitrag von Fabian Lindner (bzw. in den Veröffentlichungen des französischen Ökonomen Thomas Piketty) darum geht, wie insbesondere durch Erbschafts- und Steuerregeln eine ungleiche Verteilung von Einkommen und Vermögen zustande kommt oder verstärkt wird, haben die britischen Forscher Richard Wilkinson und Kate Pickett den Einfluss von Gleichheit bzw. Ungleichheit der Besitzverhältnisse in entwickelten Gesellschaften auf zahlreiche Problemfelder untersucht. Ihr Fazit aus der Analyse von empirischen Daten aus mehreren Ländern und Jahrzehnten: Oberhalb eines gewissen Mindestniveaus hängen wichtige Parameter – wie die geistige Gesundheit oder der Drogenkonsum der Mitglieder einer Gesellschaft, die Lebenserwartung, Gesundheit, Übergewicht, Bildung, die Geburtenrate bei Minderjährigen, die Verbrechensrate, die soziale Mobilität – stärker als vom Durchschnittseinkommen davon ab, wie gleich bzw. ungleich die ökonomischen Ressourcen und somit Chancen in dieser Gesellschaft verteilt sind. Dass Geringverdiener bzw. Menschen mit stark unterdurchschnittlichen finanziellen Ressourcen tendenziell kränker sind und eine geringere Lebenserwartung haben als Gutsituierte, ist für Deutschland hinlänglich belegt. Auch für die Zahnmedizin konnte ein enger Zusammenhang zwischen oralen Erkrankungen und Einkommen bestätigt werden. Welche Rolle jedoch die – offensichtlich wachsende – Ungleichheit für die Gesundheit Aller (nicht nur der Benachteiligten) spielt, ist dagegen weniger ein Thema. Tatsächlich lässt sich eine solche Fragestellung nicht punktuell und nur auf Deutschland bezogen untersuchen sondern nur mithilfe des Vergleichs empirischer Daten aus verschiedenen Ländern und Zeiträumen.

Laut den Studien von Wilkinson und Pickett steht Großbritannien unter den entwickelten Ländern hinsichtlich der Ungleichverteilung des Reichtums besonders schlecht da. Die beiden Forscher wollten dies nicht nur dokumentieren sondern zugleich Anstöße zur Veränderung der Situation geben. Zusammen mit ähnlich Gesinnten gründeten sie 2009 den „Equality Trust“, der sich stark macht für die Erforschung der Folgen der ökonomischen Ungleichheit und der zugleich Kampagnen und politische Aktivitäten zu Gunsten der Herstellung von mehr Gleichheit betreibt.

Wer in Deutschland gesunde Lebensbedingungen für Alle erreichen will, tut gut daran, dabei die Besitzverteilung mit in den Blick zu nehmen. Hohe leistungslose Gewinne auf der einen Seite fehlen auf der anderen Seite bei denen, die Leistungen erbringen. Diese Ungleichheit wird als ungerecht empfunden und wirkt destruktiv auf den sozialen Frieden und die Gesundheit der Menschen. Starke Ungleichheit hat hohe Kosten und letztlich Nachteile für Alle. Zugleich fehlen bei solch einseitiger Verteilung dem Staat und den Solidarsystemen Mittel, die zur Finanzierung von medizinischer Forschung, Krankenbehandlung, Bildung usw. dringend erforderlich wären.

Die auch für Deutschland durchaus interessanten Überlegungen von Wilkinson und Pickett sind nachzulesen in ihrem Buch „Gleichheit ist Glück: Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind“, Verlag Haffmans & Tolkemitt 2013, ISBN 978-3-942989-38-1 (englischer Titel: „The Spirit Level: Why more equal societies almost always do better“).

Irmgard Berger-Orsag, Troisdorf

Digitaler dentaler Workflow fängt mit digitaler Patientenaufklärung an.

Patientendaten aus unserer EDV!

Alle Röntgenbilder!

Papierlose Formulare!

Externer Monitor ansteuerbar!

Alles sauber protokolliert!

Hunderte von Videos & Illustrationen

Meine Lieblingsfunktion: Der Stift. Damit erkläre ich alles individuell!

Hallo Kollegen,

hier auf dem Kongress kann man sich ja mal 'nen heissen Tipp geben: lasst Euch unbedingt infoskop am Stand von synMedico zeigen! Sowas habt Ihr noch nicht gesehen!

A. Bettik

infoskop® ist die erste volldigitale Aufklärungsunterstützung für das iPad. Mittels abrufbarer Patienteninformationen, Formulare, Videos und Illustrationen klären Sie und Ihr Team über Leistungen, Kosten und Eingriffe auf. Und das perfekt dokumentiert und rechtssicher.

infoskop® synchronisiert Patientendaten und -bilder (Röntgen, Intraoral usw.) aus Ihrer Praxis-EDV mit dem iPad. Mit den integrierten Filmen, Bildern und Formularen informieren Sie Ihre Patienten direkt am Stuhl. Die Aufklärungssequenz wird automatisch protokolliert und vom Patienten elektronisch signiert.

Überzeugt? Neugierig? Dann ...

Telefon 0561 / 766 406 - 0
E-Mail: info@synmedico.de

www.infoskop-dental.de

The logo for synMedico, featuring the company name in a sans-serif font with a stylized orange and red arc above the 'y'.



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



Strategien gegen Burnout – auch ein Thema für Zahnärzte!

Das Thema „Burnout“ ist in der Gesellschaft angekommen. 11,3 Millionen Treffer bei Google in Deutschland im August 2014. Aufsätze in der Publikumspresse thematisieren das rapide Ansteigen von psychischen Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung, gestützt auf aktuelle Krankenkassenreports über steigende Arbeitsunfähigkeiten, zunehmenden Verbrauch von Psychopharmaka und lange Wartezeiten für Psychotherapien. Eine Google-Suche zur gleichen Zeit zeigt mit 322.000 Treffern, dass Burnout auch für Zahnärzte ein bedeutungsvolles Thema ist. „Burnout bei Ärzten“ ergab 1.790.000 Treffer. Thomas Bergner

schreibt in seinem Vorwort zur 2ten Auflage seines Buches „Burnout bei Ärzten – Arztsein zwischen Lebensaufgabe und Lebens-Aufgabe“, dass es für ihn im Jahr 2006 schwierig gewesen sei, einen medizinischen Fachverleger zu finden, weil das Thema für deutsche Ärzte nicht relevant sei; in der zweiten Auflage 2010 wird dann darauf hingewiesen, dass inzwischen in mehreren Studien der Anteil der betroffenen Ärzte auf ca.

30 % geschätzt wird. In einer 2012 publizierten Studie über „Burnout bei Zahnärzten“ gaben 60,99 % die zahnärztliche Berufsausübung als „überdurchschnittlich stressig“ an. Stressbedingte Symptome wie Antriebsmangel, Müdigkeit, Schlafstörungen und Ängste gaben jeweils mehr als die Hälfte der Zahnmediziner an. 44 % der Zahnärzte leiden nach eigenen Angaben an Depressionen, 13 % hatten bereits Suizidgedanken.

Als die bedeutendsten Disstressfaktoren wurden die eigenen Misserfolge und Behandlungsfehler, der eigene Perfektionismus und Qualitätsanspruch sowie die Vielzahl der Verwaltungstätigkeiten ermittelt. Die Burnout-Prävalenzberechnungen ermittelten einen Anteil von 13,6 % Burnout-betroffenen deutschen Zahnärzten. Einem Burnout-Risiko unterliegen 31,9 % der studienteilnehmenden Zahnärzte. Die Autoren weisen als Schlussfolgerung daraufhin, dass diese Resultate die Bedeutung der Notwendigkeit der aktiven Auseinandersetzung mit der Burnout-Thematik verdeutlichen und dass es ein zukunftsorientiertes Ziel ist, die Verbreitung des Burnout-Syndroms zu minimieren.

In diesem Kontext macht die Entscheidung Sinn, sich auf der nächsten Hauptversammlung des BVAZ am 29.11.2014 in München im Rahmen eines für alle Teilnehmer angebotenen Workshops mit dem Thema Burnout unter Fokussierung auf die Frage „Strategien gegen Burnout – Was kann der Einzelne für sich tun?“ intensiver mit dem Thema zu beschäftigen. Bisher ist das Thema häufig kontrovers diskutiert worden. Burnout sei ein Modethema; im Grunde ginge es um klare Zuordnungen zur Diagnose „Depression mit ihren vielen Facetten“ und entsprechende fachliche Behandlung, während gleichzeitig die Frage nach den

Arbeitsbedingungen und deren ursächlicher Beteiligung an der Entstehung von Burnout weitgehend ausgeblendet wurde. Vor allem arbeitsmedizinische Untersuchungen und entsprechende Forschungsprojekte aus dem medizinsoziologischen Bereich haben hingegen herausgearbeitet, dass die Einordnung des Phänomens Burnout nur in das Diagnoseschema der Depressionen der Komplexität der beteiligten Faktoren nicht gerecht würde.

Insbesondere die Frage nach Präventionsmöglichkeiten macht erforderlich, sich der Komplexität und des Zusammenkommens vieler Faktoren gewahr zu werden, um wirksame Strategien zu entwickeln, die sowohl Aspekte des Berufsfeldes als auch individuelle persönliche Gegebenheiten in ihrem Zusammenwirken ins Auge fassen.

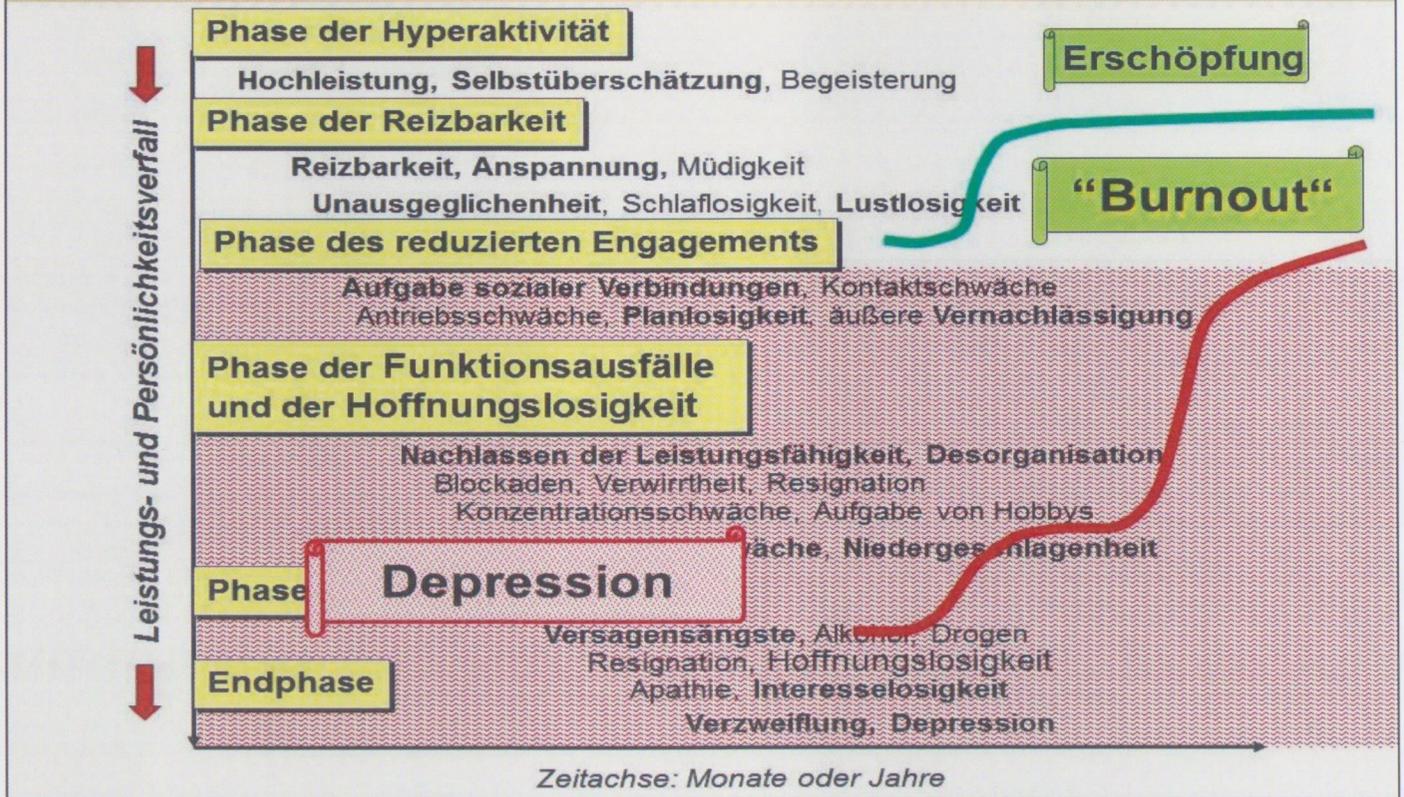
Wer sich schnell eine Übersicht zum Thema Burnout verschaffen will, findet unter „wikipedia.de“ eine gute, aktuelle Übersicht zum Thema „Burnout“ mit einer Vielzahl gut verlinkter weiterführender Materialien. Die Monographie von dem Hamburger Psychologieprofessor Matthias Burisch „Das Burnout-Syndrom“ ist inzwischen (2014) in fünfter, immer wieder überarbeiteter Auflage erschienen und hat sich in erster Linie zum Ziel gesetzt, Burnout verstehbar zu machen. Es kann individuelle Beratung und Therapie nicht ersetzen, gibt aber eine umfassende Darstellung, in der die Komplexität und die vielfältigen Bezüge auch zu benachbarten Forschungsgebieten hervorragend dargestellt werden. Das bereits erwähnte Buch von Thomas Bergner geht speziell auf die beruflichen Gegebenheiten bei Ärzten ein und kann im Vorfeld von

Burnout: (Prozess, Krankheit oder Syndrom?)

- **explosionsartig zunehmend seit ca. 40 Jahren**
Krankheitstage in den letzten 5 Jahren verzehnfacht
- **Verlauf: fortschreitend bis zur Depression**
Beginn: breite stufenförmige Persönlichkeitsveränderung
- **rund 130 Symptome** (M. Burisch), aber keine Krankheit
Maslach Burnout Inventory (MBI 1981); I. Rösing (2003)
- **10 Millionen Betroffene in Deutschland geschätzt**
(GfK Nürnberg 2009: 9,9 % der Berufstätigen aktuell betroffen)
- **Ursachenkombination: Stress + Gene + Gesellschaft**
keine speziell Burnout-gefährdete Persönlichkeitsstruktur

1.6 Unterscheidung von Erschöpfung, Burnout und Depression

Prof. Dr. Wolfgang Seidel, Sindelfingen



Therapie gute Dienste zur persönlichen Orientierung leisten, weil ebenfalls in umfassender Weise das Burnout-Syndrom im Kontext ärztlicher Berufswirklichkeit einschließlich des Privatlebens reflektiert wird.

Besonders beeindruckt hat mich im Rahmen einer ausgiebigen Sichtung geeigneter Literatur eine kleine im besten Sinne als „Selbsthilfe-Buch“ konzipierte Darstellung des Burnout-Themas von Prof. Dr. Wolfgang Seidel. Von Haus aus Chirurg und jahrelang ärztlicher Direktor eines Lehrkrankenhauses hat er sich nach seiner Pensionierung in das Feld der Emotionspsychologie eingearbeitet, angeregt ursprünglich von den Arbeiten von Daniel Goleman zur „emotionalen Kompetenz“. Die oben und auf Seite 23 eingefügten Folien, von ihm freundlicherweise zur Verfügung gestellt, fassen auf knappste Weise die komplexen Sachverhalte zum Thema Burnout aus dem Buch zusammen und geben mir im Anschluss, darauf aufbauend, Gelegenheit, kreative Strategien und Konzepte aus innovativer Coachingarbeit vorzustellen.

Eckpunkte:

- Es handelt sich um ein Phänomen, das besonders in Großstädten, aber nicht nur in Industrieländern, schnell zunimmt. Die Definition "Burnout" ist als Krankheit noch nicht anerkannt, ambulante Maßnahmen werden von den Krankenkassen bezahlt. Ohne Gegenmaßnahmen wird immer wieder Krankenhausbehandlung mit der Diagnose schwere Depression nötig. Sie ist die häufigste Erkrankung in der Psychiatrie.
- Der Endpunkt "Depression" ist nicht sehr häufig, aber sehr gravierend. Die Zahl der stationären Behandlungen hat sich in 10 Jahren verdoppelt. Von den im Krankenhaus behandelten Patien-

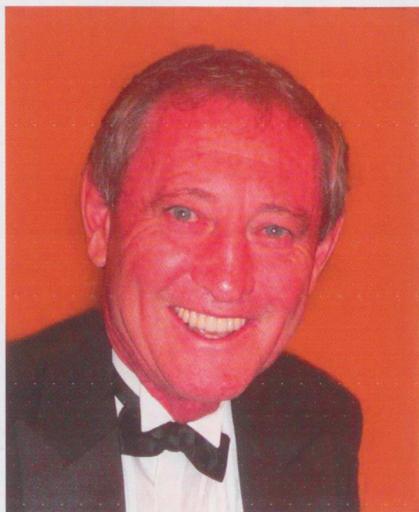
ten werden mehr als ein Drittel nicht mehr erwerbsfähig, sondern gehen in die Frühberentung.

- Die Therapieerfolge bei der Depression sind schlecht, etwa 40% der stationär Behandelten werden nicht wieder erwerbsfähig.
- Im Lichte neuer Forschungsergebnisse muss man diskutieren, ob hier nicht epigenetische Mechanismen beteiligt sind. Hinweise gibt es bereits. In diesem Falle wäre tatsächlich wenig Aussicht auf Erfolg mit herkömmlichen Behandlungsmethoden. Umso wichtiger ist die Prophylaxe des ganzen Prozesses.
- Verlaufsformen beim Burnout-Phänomen: Die Symptomatik kann rapide oder wellenförmig über lange Zeiträume zunehmen, gleich schwer oder lange gering sein. Charakteristisch gegenüber einfacher Ermüdung oder Erschöpfung ist die gleichzeitige Veränderung in mehreren Hirnfunktionen, die sowohl die Selbst- als auch die Fremdwahrnehmung betreffen.
- Erholung durch Stressvermeidung und/oder Therapie: In der Anfangsphase des Burnout (oberer Bereich der Grafik) kommt es meistens nach 6 bis 12 Wochen Sanatorium zur vollständigen Normalisierung. Bei schwerer Depression jedoch (unterer Bereich der Grafik) kann stationäre Behandlung nötig sein – oftmals (siehe oben) mit der Konsequenz der Frühberentung.

Überlegungen zum Thema „Strategien gegen Burnout“ sollten deshalb besondere Priorität erhalten. Dies um so mehr, als es ja um ein Geschehen mit einem langfristig angelegten Verlauf geht, der jedem Betroffenen eine Fülle von Handlungsoptionen offen lässt, sobald er sich persönlich als „burnoutgefährdet“ wahrge-

nommen hat. Auch wenn in dem Ursachegefüge äußeren Faktoren wie den Arbeitsgegebenheiten eine gewichtige Rolle zufällt, ist der wesentlichste Aktionsplatz die eigene Persönlichkeit. In diesem Bereich kann jeder unmittelbar aktiv werden. Der entscheidende innere Schritt ist:

Gesundheit - und dazu gehören auch aktive Strategien gegen Burnout - als persönliche Herausforderung anzuerkennen und dafür auch persönlich Verantwortung zu übernehmen. Das führt direkt dazu, der persönlichen Beantwortung einer Grundsatzfrage „Wie wollen wir leben“ große Priorität einzuräumen. Peter Bieri schreibt auf dem Cover des gleichnamigen Buches: „Wir wollen über unser Leben selbst bestimmen. Das sind Worte, die leidenschaftliche Zustimmung finden, und wir haben den Eindruck, dass sie von den beiden wichtigsten Dingen handeln, die wir kennen: von unserer Würde und unserem Glück. Doch was bedeuten die vertrauten Worte eigentlich? In welchem Sinn kann ich über mein Leben bestimmen? Was ist das für eine Idee von Bestimmen und von Selbständigkeit? Wie kann man die Idee entfalten, und was kommt da alles zum Vorschein?“



Wenn Sie auf der Titelseite dieser Zeitschrift den Hinweis „Überblick, Weitblick, Besinnung auf die eigenen Ressourcen – Strategien gegen Burnout“ eingebettet in eine großzügige Gebirgslandschaft anziehend und reizvoll gefunden haben, dann sollten Sie sich auch an die Frage herantrauen, wie der Weg zu so einem Platz aussieht. Die gute Nachricht ist: Es gibt solche Wege. Ob es eine schlechte Nachricht ist, dass man sich auf eine Bergtour einstellen muss, möchte ich mit einer weiteren Frage beantworten: Was spricht gegen Bergtouren, wenn man mit einem solchen Panorama belohnt wird?

Dr. Mark Schmid-Neuhaus, München
markschmidneuhaus@t-online.de

Dr. Mark Schmid-Neuhaus ist Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Psychoanalyse sowie Facharzt für Allgemeinmedizin – Sportmedizin. Bis heute betreibt er eine eigene Praxis. Er war und ist allerdings zugleich in weiteren sehr unterschiedlichen Berufsfeldern engagiert, insbesondere als Coach und Organisationsentwickler. Ein wichtiger Meilenstein seines Berufslebens war seine mehr als zwei Jahrzehnte umfassende leitende Tätigkeit im "Zentrum für psychophysische Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung" ("Der Gesundheitspark") im Olympiapark in München.

Weitere Infos: www.markschmidneuhaus.de



BVAZ-Jahrestagung 28./29.11.2014 in München

Herzliche Einladung an alle BVAZ-Mitglieder:

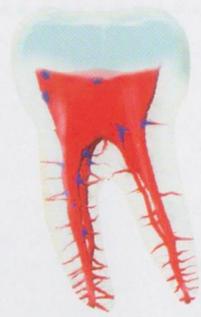
Workshop zum Thema „Burnout“ und BVAZ-Mitgliederversammlung

In diesem Jahr findet die alljährliche BVAZ-Tagung wie schon mehrere Male in München im Marriott Hotel statt, in der Nähe des Olympiaparks (Berliner Str. 93, 80805 München, Tel. 089/360020, www.marriott-muenchen.de). Am Vorabend (Freitag, 28.11.2014) gibt es ab 19.30 Uhr ein gemütliches Beisammensein im Tagungshotel und am Samstag (29.11.2014) ab 9.00 Uhr einen Workshop mit Dr. Mark Schmid-Neuhaus zum Thema „Burnout – auch ein Thema für Zahnärzte?“. Nach der Mittagspause startet die vereinsinterne Mitgliederversammlung. Einen ersten Eindruck vom Workshop-Thema bietet der vorstehende Forum-Beitrag des Referenten.

Alle Mitglieder haben bereits im Juni ein Schreiben des BVAZ-Vorstandes mit Tagesordnung und Anmelde-Formular erhalten (Formular ggf. noch mal anfordern unter Tel. 089/3618030). Bei dem Workshop ist die Teilnehmerzahl begrenzt – frühzeitige Anmeldung ist empfohlen. Auch an der Arbeit des BVAZ interessierte neue Kolleginnen und Kollegen sind willkommen (Infos und Beitrittsformular siehe www.bvaz.de)! Melden Sie sich an bei der BVAZ-Geschäftsstelle:

Dr. Dr. Rüdiger Osswald, Fritz-Hommel-Weg 4, 80805 München, Tel. 089/3618030, Fax 089/36100294, ruediger.osswald@t-online.de.

Die indikationsgerechte Behandlung der bakteriellen Endodontitis Das „Timbuktu-Protokoll“^(*) Teil 3: partielle Gangrän



von Dr. Dr. Rüdiger Osswald, München

Nachdem bereits zwei Folgen in Forum 118 und 119 publiziert wurden, 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.

Diagnostisch schwer zu fassen: die partielle Gangrän

Darüber, dass es ein klinisch mehr oder weniger deutlich abgrenzbares, in der älteren Literatur als „partielle Gangrän“ beschriebenes Krankheitsbild sehr wohl gibt, auch wenn die aktuelle Lehrmeinung dies aus kaum nachvollziehbaren Gründen neuerdings zu verneinen scheint, kann überhaupt kein Zweifel bestehen. Schließlich ist sie, wie ich bereits im 2. Teil dieser Serie ausgeführt habe, histologisch nachgewiesen. Aber auch klinisch kann sich jeder davon leicht überzeugen: Denn jeder erfahrende Zahnarzt hat beispielsweise bereits mehrwurzelige, pulpitisch imponierende Zähne eröffnet und dann festgestellt, dass zwei Kanäle sehr wohl vital waren, während einer eindeutig devital und/oder bereits gangränös verändert war. Wie soll man einen solchen Befund denn anders als mit „partielle Gangrän“ bezeichnen? Und es sind nicht selten genau diese Zähne, die die Diagnostik aufgrund ihrer untypischen Symptomatik so schwierig machen: eher unauffälliger Vitalitätstest, kaum Klopfempfindlichkeit, kein Lockerungsgrad, aber dennoch rezidivierende, atypische Beschwerden, die häufig keinem Zahn, manchmal nicht einmal dem Ober- oder Unterkiefer sicher zuzuordnen sind. Die Patienten mit solchen Symptomen tauchen beispielsweise eine Weile nach prothetischer Versorgung in wechselnden Abständen immer wieder mit unterschiedlich starken Beschwerden in der Praxis auf und laufen im Extremfall irgendwann sogar unter der Diagnose CMD. Man findet dann immer wieder aufs Neue mehr oder weniger eindeutige Früh- und Fehlkontakte und schleift sie ein (entzündliches Ödem, siehe 1. Teil). Dann geht es wieder eine Weile, aber gerade dann, wenn man denkt, dass man dieses Problem endlich los ist, zeigt der Blick ins Bestellbuch, dass ausgerechnet dieser Patient schon wieder einen Termin wegen Schmerzen ausgemacht hat. Entschließt man sich irgendwann entnervt zur endodontischen Therapie, hat man sich über die lange Zeit einen inzwischen chronisch-bakteriellen Infekt herangezüchtet, der dann nicht selten eine langwierige Behandlung zur Ausheilung erforderlich macht. Wenn ich in solchen Fällen einen bestimmten Zahn in Verdacht habe, überlasse ich dem Patienten die Entscheidung und sage: „Ich kann Sie möglicherweise durch eine einfache Wurzelkanalbehandlung von diesen Beschwerden befreien, Sie müssen mir nur sagen, wenn es Ihnen reicht!“ So stellt sich schnell heraus, wie stark die Patienten wirklich leiden. Die Schmerzempfindung ist ja ausgesprochen individuell. Und wenn man über ein Behandlungsprotokoll verfügt, mit dem man den Behandlungserfolg auch in schwierigen Fällen sicher voraussagen kann, fällt die Entscheidung für eine endodontische Therapie deutlich leichter.

Was heißt „bedingt offen“

Unter diesem Begriff verstehe ich den Verschluss der trepanierten Zahnkrone mit festgestopften, desinfektionsmittelgetränkten Wattepellets. „Ubi pus ibi evacua“ ist einer der ältesten überlieferten Lehr- und Leitsätze der Medizin. Er wird Hippokrates zugeschrieben, gilt seit 400 vor Christus und wird mit Sicherheit auch noch die nächsten Zweieinhalbjahrtausende gelten. Nun muss es aber nicht immer Eiter sein. Gleiches gilt auch für Fäulnisgase und Sekrete, die beim putriden Zerfall von menschlichem Gewebe entstehen. Totes, zerfallendes Gewebe stinkt nun einmal, weil sich Gase – und damit auch Druck – entwickeln. Und dieses Gas muss schließlich irgendwo hin, wenn es seinem Besitzer nicht unangenehme Gefühle in Form von Schmerzen bereiten soll. Kann es nicht nach koronal entweichen, führt der einzige Weg nach apikal über das Foramen und nach lateral über die Nebenanälchen und Tubuli in die Nachbargewebe. Ist das medizinisch wünschenswert?

Hochschuleitig wird gelehrt, man müsse praktisch jeden Zahn nach jeder endodontischen Maßnahme primär verschließen, um die in der Mundhöhle lauernde Gefahr einer sekundären Infektion mit allen Mitteln zu verhindern. Den gangränösen Zahn vor dem bakteriestatischen Speichel retten? Macht das Sinn? Natürlich nicht! Diese Lehrmeinung widerspricht nicht nur dem oben zitierten, ubiquitär geltenden medizinischen Lehrsatz – denn was ist eine (beginnende) Gangrän anderes als ein gerade entstehender intradentaler Abszess? –, sondern auch jeglicher logischen Überlegung: Zum einen finden wir in der Mundhöhle nur überwiegend wenig virulente Erreger, mit denen der Patient seinen Frieden gemacht hat, weshalb man sie auch als „Hauskeime“ bezeichnet. Zum anderen kommt in der kurzen Zeit, in der man den Zahn „bedingt“ offen behandelt, kaum ein Keim an einem mit einem potenten Desinfektionsmittel getränkten Wattepellet vorbei. Darüber hinaus verhindern die ins Trepanationskavum gestopften Pellets zuverlässig den Einbiss von Speiseresten. Dass man den Patienten anhalten muss, auf der kontralateralen Seite zu essen, wodurch er den Zahn gleichzeitig schon („Was heilen soll, muss ruhig gestellt werden!“), versteht sich von selbst.

^(*) 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!“

Während ich die Einlage und die Watte einbringe, sage ich zu dem Patienten: „Ich versorge Ihren Zahn jetzt mit einem sehr potenten Medikament. Es handelt sich um eins der beiden wirksamsten Desinfektionsmittel, die wir in der Zahnheilkunde kennen. Schmeckt man, nicht wahr? Wie früher Mutters Brustwickel. Das ist der Kampf, der ist leider unverzichtbar. Sie werden jetzt oft an mich denken. Da müssen Sie aber durch, wenn Sie den Zahn sicher erhalten und keine Wurzelspitzenresektion riskieren wollen!“ Als Desinfektionsmittel setze ich dann Prof. Dr. Walkhoff's ChKM-Lösung ein. Bisher habe bisher noch keinen Patienten erlebt, der sich angesichts einer drohenden chirurgischen Alternative gegen ChKM entschieden oder seinen Entschluss im Nachhinein bereut hätte. Das noch dazu vor dem Hintergrund der Einsparung ansonsten reichlich verordneter Antibiotika und Schmerzmittel, deren Verordnungsnotwendigkeit bei diesem Protokoll gegen Null tendiert. Und was meine eigene Nase betrifft: Was ist es für ein Genuss, wenn ein vorher stinkender Zahn zwei Tage später nur noch nach ChKM duftet. Es ist auch keineswegs so, dass unsere Praxis nach ChKM riecht. Das mag aber daran liegen, dass wir regelmäßig lüften und strikt darauf achten, das ChKM-Fläschchen geschlossen zu halten und ChKM mit einer einfachen, aber wirksamen Applikationstechnik nur im Zahn anzuwenden und keinen einzigen Tropfen zu verschütten.

Hohe Misserfolgsrate trotz indikationsgerechter Behandlung?

Die Therapie einer Erkrankung, das ist einer der wichtigsten Leitsätze der Medizin, wenn nicht der bedeutendste überhaupt, kann immer nur dann voraussagbar und langfristig erfolgreich sein, wenn sie indikationsgerecht erfolgt. Bei bakteriellen Infekten allgemein und bei der Behandlung der Endodontitis nebst ihren Komplikationen im Besonderen bedeutet dies, dass man die für den Infekt verantwortlichen Bakterien vor der definitiven Wurzelfüllung möglichst vollständig abtöten muss. Die weltweit unbefriedigenden (um nicht zu sagen grottenschlechten) und seit mehr als 60 Jahren trotz aller mechanischer Aufrüstung unveränderten Ergebnisse beim endodontischen Zahnerhalt (1, 2, 3) zeigen jedoch deutlich, dass eben genau dieses Ziel bisher nicht erreicht wurde und wird. Schaut man in die wissenschaftliche Literatur, und hier insbesondere auf die Metaanalysen von Kojima et al. (1) aus dem Jahre 2004, die von Ng und seinen Mitautoren (2, 3) in 2008 eindrucksvoll bestätigt wurden, so ist für die hier besprochene klinische Diagnose „Verdacht auf partielle Gangrän“ keine explizite Erfolgsquote angegeben. Es kann jedoch vermutet werden, dass es sich bei den rund 10 % Zähnen, die trotz vermeintlich lupenreiner Vitalexstirpation innert relativ kurzer Zeit eine röntgenologisch evidente apikale Aufhellung, also einen chronischen Knocheninfekt, entwickeln, der jederzeit exazerbieren kann, um Zähne mit bereits partiell ausgebildeter Gangrän handelt.

Die aktuell noch gültige Lehrmeinung setzt auf Spülmittel

Vor vielen Jahren mit einer 0,5 %igen Konzentration gestartet, ist man heute bei 5,25 %igen Lösungen von Natriumhypochlorit (NaOCl) mit hohem Nebenwirkungspotential angekommen. Und man steigert die Konzentration eines Desinfektionsmittels ja sicherlich nicht deshalb kontinuierlich, weil man mit den erzielten Ergebnissen zufrieden ist(4, 10). Die Frage, warum insbesondere die Spezialisten bei dieser merkwürdigen Konzentration von 5,25 % angekommen sind, ist einfach beantwortet: Eine entsprechende Hypochlorit-Lösung wird als Grund- bzw. Toilettenreiniger in amerikanischen Baumärkten – preiswert – in Gallonengebinden angeboten. Immer noch unzufrieden mit den Ergebnissen

wird jetzt die Steigerung der Einwirkungsdauer bis auf eine halbe Stunde pro Kanal, die Erwärmung auf deutlich mehr als die Körpertemperatur und die Ultraschallaktivierung empfohlen. Hauptargument für das sture Festhalten an NaOCl ist seine gewebeauflösende Wirkung. Leider wird mit entsprechenden, teilweise gravierenden und irreversiblen, mit einer hohen Dunkelziffer belasteten Nebenwirkungen jedoch auch lebendes Gewebe ähnlich gut aufgelöst. Das hat das Bundesamt für Arzneimittel veranlasst, konzentriertes Natriumhypochlorit mit einer Kontraindikation für die Anwendung außerhalb des Zahnes (offenes Foramen apicale) zu belegen(8,9). NaOCl ist also alles andere als geeignet, die an den Zahn angrenzenden, in schweren Fällen praktisch immer auch bakteriell infizierten Nachbargewebe zu desinfizieren(5). Wissenschaftlich durch zahlreiche Untersuchungen erwiesen ist, dass NaOCl bereits in der sehr geringen Konzentration von 1 % sehr gut desinfiziert und in der Lage ist, Biofilme aufzulösen, in denen sich Bakterien hartnäckig halten können, aber die Nebenanälchen und Tubuli praktisch nicht penetrieren kann(6), die ja mindestens 50 % des endodontischen Hohlraumsystems ausmachen und sich jeglicher mechanischer Aufbereitung entziehen. Es kommt also schlicht und einfach nicht überall hin, wo sich Bakterien tummeln, bzw. darf es nicht einmal. Wir haben nach einem zum Glück reversiblen Zwischenfall NaOCl vor vielen Jahren vollständig aus unserer Praxis verbannt, sind darüber heilfroh, und vermissen es nicht.

Wenn die Ergebnisse, die unter Befolgung der Lehrmeinung zu erzielen sind, seit mehr als 60 Jahren unverändert schlecht sind, gibt es im Grunde nur zwei Alternativen:

Entweder man resigniert in der Überzeugung, dass die Endodontitis mit ihren Komplikationen eine in weiten Bereichen unheilbare Erkrankung ist. Eine solche Haltung ist mit Blick auf ihre Ätiologie, die Pathogenese und das seit 100 Jahren vollständig beschriebene anatomische Umfeld, in der sie abläuft, aus ärztlicher Sicht nicht hinnehmbar.

Oder man entschließt sich endlich, diesen Infekt in jedem Fall anders und am besten indikationsgerecht zu behandeln, anstatt – wie die Hochschullehrer, erstarrt wie das Kaninchen vor der Schlange –, dogmatisch an einer Lehrmeinung festzuhalten, die international bereits seit Jahren als gescheitert gilt (4).

Als zweites Spülmittel wird Ethylendiamintetraacetat (EDTA) empfohlen, das selbst kaum desinfizierende Eigenschaften besitzt, aber den „smear layer“ auflösen soll, also die Schmierschicht, die beim Aufbereiten entsteht und die Eingänge zu den Nebenanälchen und Tubuli verstopft. Anzumerken ist, dass EDTA genau wie NaOCl in Abhängigkeit von der Einwirkungszeit die organischen Bestandteile aus dem Dentin herauslöst und es somit nachhaltig schwächt. NaOCl zerfällt noch dazu sehr schnell und wird unwirksam. Beide Desinfektionsmittel sind also zur Langzeitdesinfektion ungeeignet. Wir haben kein EDTA in der Praxis und vermissen es nicht.

Große Hoffnung wurde anfangs auf Chlorhexidin (CHX) gesetzt, weil es in vitro besonders gut gegen den Problemkeim *Enterococcus faecalis* wirkt, der fast in jedem wurzelkanalbehandelten Zahn mit apikaler Ostitis und ausgesprochen häufig auch bereits in gangränösen Zähnen nachgewiesen wird. Leider haben sich die guten in-vitro-Ergebnisse in klinischen Untersuchungen nicht bestätigt, wie, um nur ein Beispiel zu nennen, eine aktuelle prospektive in-vivo-Studie von Paiva aus dem Jahr 2012 an Zähnen mit apikaler Ostitis belegt (11): Interessant ist diese Studie besonders deshalb, weil sie zeigt, dass ausgedehntes Spülen mit ultraschallaktiviertem Hypochlorit nebst zusätzlicher CHX-Anwendung nicht einmal in der Lage war, die Hauptkanäle



OPT-Ausschnitt vom 6. Dezember 2011: Akute Pulpitis bei auf Kälte hypersensibel reagierendem, aber kaum klopfempfindlichem Zahn 45 mit distal sehr tiefer Karies. Klinische Diagnose: Lupenreine Vitalexstirpation.



Kontrollaufnahme nach 3 medikamentösen Einlagen und Wurzelfüllung v. 14. Mai 12. Die Überpresung des Sealers legt die Vermutung nahe, dass zum Zeitpunkt der Aufbereitung im Widerspruch zur klinischen Diagnose bereits eine partielle Gangrän mit beginnender apikaler Veränderung vorlag.



Verlaufskontrolle vom 26. Februar 2014. Der überpresste Sealer ist bei apikal blanden Verhältnissen und klinisch anhaltender Beschwerdefreiheit bereits weitgehend resorbiert.

bakterienfrei zu bekommen. Wie es dann in den Nebenkanälchen und Tubuli an Bakterien wimmelt, kann man sich unschwer vorstellen. Als Fazit fordern die Autoren dann auch folgerichtig, die Suche nach alternativen antimikrobiellen Substanzen zu verstärken. Die Wirkung von CHX scheint, das legen andere Studien nahe, in Gegenwart von Dentin und entzündlichem Eiweiß schlagartig an Wirkung zu verlieren. Zur Langzeitdesinfektion ist CHX also ungeeignet. Wir verwenden kein CHX in der Endodontie und vermischen es nicht.

Als einziges Spülmittel benützen wir reichlich 3 %iges Wasserstoffsperoxid (H₂O₂) nach (fast) jeder Feile und vor jeder neuen medikamentösen Einlage, nicht so sehr wegen der desinfizierenden Wirkung, die zwar gut, aber nicht sehr gut ist, sondern einfach als Spülmittel, um den Kanal feucht und gängig zu halten und, H₂O₂ schäumt ja recht gut, die Kanäle vom beim Feilen anfallenden Debris zu reinigen. Die Nebenwirkungen sind vernachlässigbar. Überpresst man 3 %iges H₂O₂ doch einmal akzidentell, schmerzt es deutlich. Ganz im Gegensatz zum Zwischenfall mit NaOCl muss man aber nicht den Notarzt rufen, sondern kann sich beim Patienten entschuldigen und ihn beruhigen, dass der Schmerzzustand nach weniger als einer Minute vorbei sein wird, ohne bleibende Schäden zu verursachen.

Insgesamt bleibt festzustellen, so lautet folgerichtig das Fazit von Fedorowicz et al.(7) im Jahre 2012 nach ihren systematischen Literaturstudien, dass zurzeit keine verlässliche wissenschaftliche Evidenz dafür gegeben ist, dass sich die Ergebnisse bei der Anwendung der gebräuchlichen Spülmittel ausreichend voneinander unterscheiden, um das eine oder das andere oder welche Kombination auch immer zu bevorzugen. Das ist vor dem Hintergrund, dass diese Desinfektionsmittel weite Bereiche des infizierten Hohlraumsystems und des Periapex gar nicht penetrieren können, auch nicht weiter verwunderlich.

Will man in der Endodontie endlich erfolgreicher sein, kommt man an der Langzeitdesinfektion mit potenten Desinfektionsmitteln nicht vorbei!

Das ergibt sich, wie ich aufgezeigt habe und jeder mit eigenen Augen sehen kann, wenn er sich die Illustration zu diesem Artikel anschaut, bei dem die Tubuli nicht einmal dargestellt sind, allein schon aus der Anatomie: Die aktuelle Lehrmeinung empfiehlt, um

nicht zu sagen dogmatisiert als einzige Langzeiteinlage die Anwendung von Calciumhydroxid (Ca(OH)₂). Das ist vor dem Hintergrund der auf zahllosen Studien basierenden Metaanalyse von Waltimo et al. (12), die diesem Medikament nicht nur eine mangelhafte Desinfektionsleistung, sondern sogar eine vollständige Unwirksamkeit auf wesentliche endodontitisrelevante Keime bescheinigen, nur mit „nachhaltig beratungsresistent“ zu bezeichnen. Die Autoren ziehen folgerichtig das Fazit, dass ihre Untersuchungsergebnisse nur den Schluss zulassen, deutlich wirksame medikamentöse Einlagen zu erforschen. Wenn man allerdings dem im zweiten Teil bereits erwähnten Bericht in den ZM (13) glauben darf, dann ist Professor Dr. Schäfer davon völlig unbeeindruckt schon einen ganz großen Schritt weiter. Er stellte nämlich angeblich daselbst die abenteuerliche Behauptung auf, eine medikamentöse Einlage mache nur bei devitalen Zähnen mit Fistel und ausgeprägter Symptomatik Sinn. Ich bin ja nur ein einfacher Allgemeinzahnarzt, möchte ihn jedoch diesbezüglich mit allem Respekt und der gebotenen Bescheidenheit darauf hinweisen, dass entsprechende, in diesem neuen Jahrtausend veröffentlichte Metaanalysen (1, 2, 3) zweifelsfrei belegen, dass auch die als modern auftretende Endodontologie in diesen Fällen – wenn überhaupt – gerade einmal eine Ausheilungsquote von 60 % aufweist. Auf die randomisierten prospektiven klinischen Studien des Kollegen Schäfer bezüglich der Anwendung seines neuesten „Geheimrezeptes“ (in Wasser und CHX gelöstem Ca(OH)₂), über die ebenfalls in den ZM berichtet wurde (13), darf mit Spannung gewartet werden. Wie es scheint, ist er zwischenzeitlich ins Lager der Homöopathen übergewechselt, die – mit Blick auf ihre exorbitanten Steigerungsraten beim NaOCl – ganz im Gegensatz zu den Endodontologen, die Überzeugung vertreten, dass Verdünnung die Wirksamkeit wissenschaftlich nachgewiesener unwirksamer Substanzen nachgerade potenziert.

Welche wirklich potenten Desinfektionsmittel stehen uns also zur Langzeitdesinfektion zur Verfügung?

Wenn wir genau hinschauen, sind es eigentlich nur zwei wissenschaftlich gut untersuchte: Formaldehyd und die ChKM-Lösung nach Professor Dr. Walkhoff. Beiden ist gemeinsam, dass sie von der aktuell immer noch gültigen Lehrmeinung als obsolet betrachtet werden. Darüber Ausführliches im nächsten Teil.

Dr. Dr. Rüdiger Osswald, www.tarzahn.de



Klinische Diagnose: Partielle Gangrän – hochakute Pulpitis

Zahn ist, wenn überhaupt, leicht klopfempfindlich, je nach Stadium im Röntgenbild keine oder allenfalls sehr diskret ausgeprägte apikale Ostitis beispielsweise in Form eines leicht verbreiterten Parodontalspaltes, unter Umständen (funktionelle Überlastung) klinisch bereits diskreter Lockerungsgrad, eventuell marginale Gingivitis und vestibuläre Druckdolenz ohne Schwellung

- Einer der beiden Regelfälle mit 3 medikamentösen Einlagen
- Ledermix, Watte, „bedingt“ offen für 1 bis 3 Tage (*)
- wenn dann nicht mehr oder nur noch sehr wenig klopfempfindlich (Regelfall bei richtiger Einschätzung) ChKM, Watte, Cavit für mindestens 1 Woche (**)
- Jodoformpaste, Watte, Zement für mindestens 2 Wochen bis 3 Monate (***)
- Ruhigstellung durch leichtes Außer-Kontakt-Schleifen, insbesondere bei den Lateralbewegungen (Powerzentrik)
- Nach (fast) jeder Feile druckloses Spülen mit 3 %igem H₂O₂
- Wenn in einem der Stadien Beschwerden auftreten, einen Schritt zurück und mehr Geduld. In diesem Fall würde das bedeuten: ChKM, Watte, (bedingt) offen für 1 bis 3 Tage, eventuell 1 bis 2mal wiederholen, bis der Zahn nicht mehr oder nur noch wenig klopfempfindlich ist.
- In Fällen, in denen sich ein Zahn unter dieser Therapie partout nicht beruhigen will, ist eine Probe-WF für bspw. 3 Monate mit „Zauberpaste“ eine empfehlenswerte Alternative unter gleichzeitiger AB-Verordnung (****)

Anweisungen für den Patienten

(*) Damit mögliche Fäulnisgase in den Mund entweichen und die Schmerzen in der Folge sistieren können, muss der Zahn zunächst einmal „bedingt offen“ behandelt werden. Natürlich auch und gerade für ein Wochenende. Wenn man sich in der Einschätzung nicht sicher ist und keine Anrufe riskieren möchte, dann empfiehlt es sich generell, dass man zweifelhafte Zähne über eine Nacht oder das Wochenende „bedingt offen“ lässt.

(**) Die Patienten sind stark unterschiedlich schmerzempfindlich. Deshalb macht es sehr viel Sinn, beim Klopfest nur moderat und vor allen Dingen erst einmal auf den Nachbarzahn zu klopfen, um sich ein Bild von der Reaktion des jeweiligen Patienten machen zu können. Ansonsten riskiert man möglicherweise, beim immer selben Behandlungsschritt festzukleben.

(***) Dies im Sinne einer Probewurzfüllung, die leicht entfernbar ist, falls es in der Folge des jetzt dichten Verschlusses mit einer Paste zu einer unerwarteten Exazerbation des Krankheitsgeschehens kommt, was, wenn auch selten, immer wieder einmal passieren kann.

(****) Da es sich bei einer solchen Exazerbation mit anschließend hartnäckig therapieresistentem Verlauf wahrscheinlich um einen Abszess zwischen Knochen und Knochenhaut/Periost (stark druckdolente, bisweilen federnde vestibuläre Schwellung) handelt, dessen vollständige Ausbildung und Durchbruch man durch die Intervention zwar verhindert hat, den man aber auf der anderen Seite nicht vollständig rückbilden konnte, weil es schon zu spät war, ist hier die Gabe eines Antibiotikums angezeigt. Dies um so mehr, als in diesem Bereich, ganz anders als im Knochen selbst, die notwendigen therapeutischen Spiegel erreicht werden. Ich verordne, wenn keine Allergie besteht, Amoxicillin 1000, 2x 1 Tablette täglich für 5 Tage Dauer, bei Unverträglichkeit Doxycyclin 100, 2x1/die. Die auch heute noch immer wieder als Tatsache kolportierte Mär, es gäbe besonders gut, gut und weniger gut knochengängige Antibiotika, entbehrt jeglichen wissenschaftlichen Substrats und ist allein marketingbasiert. Außerhalb der Zahnmedizin wird sie inzwischen von kaum jemandem mehr nacherzählt.

Die Forum-Serie „Die indikationsgerechte Behandlung der bakteriellen Endodontitis“

wird fortgesetzt in Forum 121/Dez. 2014 mit den **Teilen 4 und 5**.
Bereits erschienen:

Teil 1 „Der sicher vitale Zahn“: Forum 118, S. 32-34

Teil 2 „Akute Pulpitis“: Forum 119, S. 20-23

Die Forum-Ausgaben der letzten Jahre sind herunterzuladen unter www.daz-web.de/dazforum/docs/archiv.htm

Zu Teil 3 wie auch zu den übrigen Teilen gibt es **Literatur- und/oder Material-Listen**. Sie sind auf der DAZ-Website zu finden unter **Lesetipps** oder können angefordert werden über kontakt@daz-web.de.

Zum Autor der Serie, Dr. Dr. Rüdiger Osswald:

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



Personal – Praxisdünger oder Sand im Getriebe? Bewerbermikado – Wie spielt man auf Gewinn? (Teil 2)



Sortieren, Sichten und Sondieren der Unterlagen

Es ist soweit. Im besten Fall liegt der Praxis nach erfolgreicher Stellenausschreibung ein Stapel an Bewerbungen vor. Diese können in der heutigen Zeit sowohl als Bewerbungsmappe (wird von allen „Wie-bewerbe-ich-mich-richtig“-Profis empfohlen), aber auch als Mail, bestenfalls mit angehängtem PDF im gleichen Format wie die Bewerbungsmappe, vorliegen.

Nehmen Sie sich am besten eine Tasse Tee (wirkt beruhigend) und Zeit (also nicht zwischen den Patientenbehandlungen) und beginnen Sie mit dem Durchlesen. Klar können Sie die Unterlagen nach dem Prinzip vorsortieren, nur die ohne Formatfehler schaffen es in die 2. Runde. Bedenken Sie aber, nicht nur promovierte Politiker beherrschen das CopyPaste. Tante Google bietet enorm viele Beispiele an berufsspezifischen Bewerbungsvorlagen, die per se sodann garantiert keinen Aufschluss über die Individualität des Bewerbes oder der Bewerberin zulassen. Und wollen Sie nicht jemanden in Ihrem Team, der mitdenkt? Sagt eine durch einen Profi aufgepimpte Bewerbungsmappe wirklich so viel mehr über den Menschen, der dahinter steckt, aus? Psychologisch gesehen weiß man heute, dass der erste visuelle Eindruck schon fast der entscheidende ist. Das soll aber nicht bedeuten, dass Sie bei den Bewerberfotos auf Modeltauglichkeit achten werden – wenngleich das in manchen Praxen wohl das wichtigste Auswahlkriterium zu sein scheint. Ich gehe davon aus, dass Sie genau wie ich dazu neigen, eher auf eine gewisse Art der Ausstrahlung zu reagieren. Das kann bei einem Foto durchaus schon gegeben sein. Und ich glaube, hier liegt schon der erste juristische Hase im Pfeffer begraben. Was kann Frau Neumann uns zur Auswahl nach äußerlichen Kriterien sagen?

Richtig. Wie bereits im ersten Teil unserer Serie erläutert, verstößt die Anforderung eines Bewerbungsfotos gegen das AGG (Allg. Gleichbehandlungsgesetz). Wer Bewerber aufgrund ihres Aussehens beurteilt, der läuft schnell Gefahr, Diskriminierungsvorwürfen ausgesetzt zu werden. Sei es, weil man fremdländisch aussehende Personen aussortiert oder solche mit „Schönheitsfehlern“ oder sichtbaren Behinderungen oder aber nur Personen, die nicht oder gerade ins „Beuteschema“ passen. Ich selbst wurde vor Jahren ganz zufällig Zeugin einer sehr respektlosen Sichtung von Bewerbungen durch Berufskollegen, die anhand der Fotos erst einmal zwei Stapel bildeten. Kriterien wie „hübsch“, „zu alt“ oder „graue Maus“ sollten nicht den Ausschlag geben, wenn Sie qualitativ hochwertiges Personal wünschen. Zwar stimme ich Frau Bernardi zu, dass bereits ein Foto eine bestimmte Ausstrahlung erkennen lassen kann, aber Fotos können täuschen. Gerade in der Zeit von Photoshop & Co. Nicht nur im Privaten, sondern auch bei Arbeits-Beziehungen sollten stets die inneren Werte (im Gesundheitswesen vor allem Qualifikation und Empathie) im Vordergrund stehen. Aus diesem Grunde ist es in vielen Ländern (z.B. USA, UK, Schweden) längst üblich oder gar zwingend, Bewerbungen ohne Foto einzureichen. In Deutschland gibt es hierzu noch keine Regelung, sicher ist jedoch, dass eine Bewerbung nicht allein wegen eines fehlenden Bewerbungsfotos ausgesondert werden darf.

Von Rechtschreib- und Grammatikfehlern

Manchmal hält man Bewerbungsunterlagen in der Hand, die einen am Bildungssystem in diesem unserem Lande zweifeln lassen. Rechtschreibfehler, aber auch grammatikalische Aussetzer lassen entweder auf einen Migrationshintergrund schließen, oder BewerberIN hatte wohl kein großes Interesse am Perfektionieren der Schriftform. Oder liegt vielleicht doch „nur“ eine Legasthenie vor? Mit einem dafür bestehenden ICD-Schlüssel offiziell eine diagnosefähige Krankheit. Darf ich solchen Bewerbern/Bewerberinnen wegen ihres Defizits die Stelle verweigern, ja gar dies als Absagegrund angeben? Nein, auf keinen Fall! Weist die abgelehnte Person nämlich nach, dass sie tatsächlich an Legasthenie leidet oder aufgrund Herkunft oder sonstiger Gründe nicht in der Lage war, eigenständig eine orthografisch und grammatikalisch korrekte Bewerbung zu formulieren, fachlich aber für die Stelle durchaus qualifiziert war, wird das Damoklesschwert AGG zur scharfen Waffe.

Zeugnisse und Bewertungen

Bei jungen BewerberInnen werden am häufigsten Zeugnisse und deren Notenauflistung als sehr relevant angesehen. Das kann aussagekräftig sein, muss es aber nicht zwingend. Hand aufs Herz, wer von uns mit Akademikerlaufbahn hat – damals – wirklich in JEDEM noch so ungeliebten Fach, wenn es denn nicht hatte abgewählt werden können, Höchstleistungen erzielen dürfen? Und hatten wir nicht auch ab und an den Eindruck, bei manchen Lehrern konnte trotz jeglichen Bemühungen nie gepunktet werden? Bei anderen Lehrern hingegen flogen einem die guten Noten einfach zu, auch ohne großes Zutun. Mittelmäßige Noten sollten nicht gleich ein Knock-Out sein. Azubis sind noch recht jung, da kann sich durchaus noch was ändern. Und bei ausgelerten BewerberInnen sind die Noten schon fast egal – würde ich behaupten wollen. Meine Erfahrung zeigt, dass jeder Mensch im Laufe der Jahre neue oder wieder neu entdeckte Bereiche aufarbeitet. Und zwar recht gut. Weil es einen Bezug im Alltag dazu gibt. Bestenfalls wird es sogar zum Spezialgebiet dieser Person. Umgekehrt sagen super Noten auch nichts über die Arbeitswilligkeit, die Affinität zum Job aus. In der heutigen Zeit ist auswendig Lernen ja regelrecht vorprogrammiert. Ob dies aber ein Zeichen für die Fähigkeit ist, Zusammenhänge erfassen zu können?

Was sagen aber Arbeitszeugnisse aus? Die werden akribisch gesammelt und gehören in jede Bewerbung – sagt man. PraxisinhaberInnen nehmen sich spätestens für diese Unterlagen die zweite Tasse Tee und lehnen sich zurück, um anhand dieser literarischen Ergüsse dem Bewerber/der Bewerberin den Weg auf den Stapel zu den Einladungsoffern zu gewähren. Heutzutage hat jeder Arbeitgeber zu wissen, wie Formulierungen zu deuten sind – jawoll. Und wenn nicht, schnell bei Tante Google nachgeschaut. Ist Ihnen schon aufgefallen, dass es meist gute bis sehr gute „Zeugnisse“ sind? Was meinen Sie, wie aussagekräftig Arbeitgeberzeugnisse sind? Fragen wir doch hier auch wieder Frau Neumann:

Ein Arbeitgeber ist gesetzlich verpflichtet, ein „wohlwollendes“ Arbeitszeugnis auszustellen. Häufig wird dies so verstanden, dass ein „gutes“ Zeugnis ausgestellt werden muss. Aus diesem Grund bewegt sich die breite Masse der Arbeitszeugnisse tatsächlich in einem Bereich, der den Noten 2 bis 3 entspricht. „Wohlwollend“ bedeutet allerdings lediglich, dass keine negativen Formulierungen verwendet werden dürfen. Daher hat sich eine spezielle Zeugnissprache entwickelt, die früher recht undurchsichtig war, mittlerweile aber doch den meisten bekannt sein dürfte. Im Netz finden sich zahlreiche „Übersetzungen“ für diese verklausulierte Sprache. Allerdings tun sich Ärzte und Zahnärzte häufig immer noch schwer, Zeugnisse dergestalt zu verfassen. Manche schreiben immer noch, was sie tatsächlich sagen möchten, so dass diese Zeugnisse in einem anderen Licht zu sehen sind. Denn allein der Unterschied, ob Mitarbeiter „stets zur vollsten“ oder „stets zur vollen“ oder nur „zur vollsten“ Zufriedenheit tätig waren, leuchtet nicht auf den ersten Blick ein. Manchmal werden auch zeugnisunübliche Formulierungen verwendet, weil man (gerade in kleinen Praxen) wenig Routine in der Zeugniserstellung hat. Um auf Nummer sicher zu gehen, verwenden daher viele schon aus diesem Grund Formulierungen, die in etwa einem „Gut“ entsprechen. Möglichst neutral und nicht zu offensichtlich „sehr gut“, denn das könnte ja schon wieder überzogen wirken, auch wenn man von der Arbeitsleistung dieser Person wirklich überzeugt war. Lesen Sie Arbeitszeugnisse daher aufmerksam. Die negativen Eigenschaften von Bewerbern sind dort meist deutlich erkennbar, wenn auch durch den Zeugnisjargon versteckt. Denn wer froh ist, einen Mitarbeiter los zu sein, wird sich auch die Mühe machen, in einer möglichen Chef-Position nachfolgende Kollegen vorzuwarnen. Ist ein Zeugnis jedoch mehr oder weniger „gut“, empfiehlt es sich, sich einen eigenen Eindruck von dieser Person zu machen. Vielleicht ist sie wirklich einfach „gut“, vielleicht ist sie schlechter, aber man wollte kein schlechteres Zeugnis ausstellen. Vielleicht ist sie aber tatsächlich auch besser, und der vorherige Arbeitgeber wollte einfach nicht zu sehr „auf den Putz hauen“.

Lebensläufe

Lebensläufe tragen ebenso zum Gesamteindruck bei und sind oftmals ein Kriterium, ob zum Bewerbungsgespräch eingeladen wird oder nicht. In einem Lebenslauf stehen eigentlich die persönlichsten Dinge. Er sollte ja „lückenlos“ sein. Das heißt, vom Zeitpunkt des Erwerbs des Berufsabschlusses bis dato ist alles aufgeführt, was je die berufliche Laufbahn gekreuzt hat: diverse Arbeitgeber, Auslandsaufenthalte, aber auch familiäre Intermezzi. Und hier fängt das Deuten an – denn nichts anderes ist es, wenn man sich ohne persönliche Befragung der Person selbst an den Standard-Erklärungen entlang hangelt. Was besagt ein Arbeitsstellenhopping alle 1–2 Jahre? Wirklich eine fehlende Geradlinigkeit und Beständigkeit? Könnte es vielleicht auch daran liegen, dass Bewerber/IN soviel Grips hat zu erkennen, wenn im Betrieb etwas im Argen liegt, dieses aber partout nicht von der Praxisführung erkannt und behoben wird? Ist es wirklich so nachteilig, wenn Frau – oder mittlerweile ab und an auch Mann – wegen Kindererziehung zuhause geblieben ist? Ist die Anzahl der Kinder wirklich einer Anstellung abträglich? Kinderbetreuung (–erziehung) mit allem, was dazu gehört, lehrt Geduld, Ausdauer, Organisation und fordert mancherorts den Ausbau der didaktischen und strategischen Fähigkeiten. Ein Wechsel in eine andere Branche ist ein Hinweis worauf? Offenheit? Mut? So etwas könnte auch den Blick über den Tellerrand stärken. Manchmal gar nicht schlecht für Praxis-

strukturen. Wenn nicht gerade die Zugehörigkeit zur Mafia im Lebenslauf steht, hat jeder Bewerber/jede Bewerberin eine Einladung zu einem persönlichen Vorstellungsgespräch verdient. Wie sieht es juristisch mit den Auswahlkriterien über Lebensläufe aus? Da gilt es doch bestimmt auch wieder, einen Tremor beim Ziehen des Mikadostäbchens zu beachten. Wie bereits oben erläutert, darf eine Absage nicht aufgrund eines Lebenslaufs erteilt werden, der kein Bewerbungsfoto enthält. Auch Geburtsdatum, Familienstand, Nationalität oder Religion müssen seit Inkrafttreten des AGG nicht mehr angegeben werden, selbst der Vorname darf abgekürzt werden. Wichtig ist, dass Sie den roten Faden in den fachlichen Lebensbereichen der Bewerber suchen und sich selbst ein Bild machen. Ein persönliches Gespräch lässt manche Lücke und manchen Jobwechsel in einem anderen Licht erscheinen.

Welche Stäbchen ziehe ich denn nun in meinem Mikadospiegel?

Ganz ehrlich? Es ist nicht mehr so wie früher, als man als Stellenausschreibender wirklich überflutet wurde mit Bewerbungen. Geben Sie jedem Bewerber, jeder Bewerberin, deren aktuelle Zeugnisnoten in Deutsch und Mathematik mindestens befriedigend sind, unabhängig von den anderen mitgeschickten Unterlagen, zunächst einmal einen Vorstellungstermin. Natürlich gilt dies auch für diejenigen, die den Berufsabschluss mit mindestens befriedigend bestanden haben. Haben Sie bei einer Person, deren Noten vielleicht etwas schlechter sind, dennoch ein Gefühl von Interesse, dann umso besser. Her damit. Lassen Sie sich nicht von eventuellen Vorurteilen treiben, die Ihnen beim Lesen der Bewerbungsunterlagen in den Sinn kommen. Wie schon gesagt: Papier ist und war schon immer geduldig. Es gibt nichts Besseres als den persönlichen Kontakt mit einer Portion Intuition und Beobachtungsgabe. Wenn Sie noch nicht sicher sind, ob Sie jemanden zum Vorstellungsgespräch einladen wollen, gibt es noch die Möglichkeit, weitere Auskünfte über Bewerberfragebögen zu erhalten. Hier sollten Sie allerdings vorsichtig sein, denn das AGG ist auch dann zu berücksichtigen, wenn ein Bewerber schon die ersten Hürden geschafft hat und im engeren Auswahlkreis für ein Bewerbungsgespräch steht. Fragen Sie daher möglichst keine Bewerbermerkmale ab, sondern legen Sie den thematischen Schwerpunkt auf eine Beschreibung von (bisherigen und künftig im Raum stehenden) Aufgaben und Qualifikationsmerkmalen. Während des noch laufenden Bewerbungsverfahrens bereits erste Absagen zu versenden, kann ich nicht empfehlen. Ob ein Bewerber für Sie tatsächlich nicht in Frage kommt, zeigt sich oft später als man denkt. Im Übrigen ist es sehr wichtig, Absagen korrekt zu formulieren (das AGG lässt – mal wieder – grüßen). Wie Sie dies machen, erläutern wir Ihnen im letzten Teil dieser Serie. Bis dahin geben Sie am besten bei Rückfragen lediglich die Auskunft, dass das Bewerbungsverfahren noch nicht abgeschlossen sei. Ich bereite zwischenzeitlich schon einmal den nächsten und wohl spannendsten Teil der Serie vor: das Bewerbungsgespräch. Dieses gilt es vorzubereiten. Investieren Sie etwas Zeit dafür. Wie? Das erfahren Sie in der nächsten Ausgabe.

Diana Bernardi, praximum, München
www.praximum.com

RA Melanie Neumann, MedJus, Regensburg
www.medjus.de

Die insgesamt 4-teilige Serie zur Personalakquise wird im nächsten Forum fortgesetzt. Wir danken den Autorinnen und dem Niedersächsischen Zahnärzteblatt für die Nachdruckerlaubnis.



Die TCM erfreut sich bei uns seit einigen Jahren wachsender Beliebtheit. Kaum ein Wellnessstempel kommt heute noch ohne einen Hauch von Exotik aus. Da reicht keine normale Massage, Gymnastik oder Sauna mehr, nein, es müssen zusätzlich „fernöstliche Weisheiten“, angeblich „ur-altes Wissen“ und „ganzheitliches Atmen“ angeboten werden.

Intelligente, gut ausgebildete Menschen bestellen sich im Internet Eisenhutwurzeln, Seidenraupenlarven und Pinellienrhizom oder lassen sich in Apotheken Kräutermischungen gegen allerlei Wehwechen zusammenstellen, obwohl die Regale voll echter Medikamente sind.

Für dieses Phänomen gibt es zwei Erklärungen: Die TCM ist alt und sie kommt von weit her. Diese beiden Punkte sind ganz wichtig bei der Akzeptanz magischer Heilmethoden. In China gibt es medizinische Aufzeichnungen aus dem 2. Jh. v.u.Z. Die Vorstellungen vom Aufbau des menschlichen Körpers und die Erklärungen von Krankheitsursachen ähneln denen anderer Frühkulturen (Ägypten, Griechenland). Es gibt Parallelen zur Viersäftelehre, zur Verarbeitung von Pflanzen, Mineralien und Metallen zu Arzneien, zur Begleitung von Therapien durch magische Formeln und Gesänge uvm.

Wie überall auf der Welt glaubten die Menschen im alten China, Krankheiten entstünden durch ein Ungleichgewicht der seelischen Zustände. In China hatte man dafür die Begriffe Yin, Yang und Qi (Lebensenergie) eingeführt.

Die beiden Seelenzustände Yin und Yang stehen im Wechselspiel und sorgen dafür,

Magische Heilmethoden Teil 7: Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)

von Mandy Himmelblau – biodynamische Heilerin

dass das Qi richtig fließen kann. Das Qi fließt in den sogenannten Meridianen und verweilt in den Nieren. Ist etwas aus dem Lot geraten, wird der Mensch krank. Ist das Qi aufgebraucht, tritt der Tod ein.

Die altertümliche chinesische Medizin ist ursprünglich eine Kräuter- und Heilmittelmedizin, die mit einem Diagnosesystem aus einer Zeit verknüpft ist, da die Medizin praktisch noch nichts wusste. Es gab keine Möglichkeit, in den Körper hineinzuschauen, man kannte noch keine Bakterien und Viren, man wusste nichts von Hormonen und Enzymen, man kannte keine DNA, und es gab noch keine Mikroskope, um Zellen anzuschauen usw.

Beim Alter der TCM, wie wir sie heute vorfinden, liegt allerdings ein Missverständnis vor. Die TCM, wie sie in Europa

Konstrukt. Man kann sich nur wundern, wie sich Menschen einer aufgeklärten Gesellschaft hier verhielten. Menschen, die in Schule und Universität mit Naturwissenschaft und Logik konfrontiert waren, bestaunten nun primitivste Grafiken über die Fünf-Wandlungsphasen- oder die Yin-Yang-Lehre und akzeptieren diese als Ausdruck fernöstlicher althergebrachter Weisheiten.“ [2]

Im Westen versteht man unter TCM häufig Akupunktur oder Qigong. Dabei spielen diese beiden Bereiche in China aber nur eine untergeordnete Rolle.

Die Mao-Ära

Im China der „Kulturrevolution“ herrschte große Armut und Ärztemangel auf dem Lande. Während die Parteikader und Angestellten in den Städten Zugang zu



„Ginseng-Wurzel,

ein wesentlicher Bestandteil der reichen chinesischen Pharmakopöe, die man mit Juwelen aufwog und von der man glaubte, dass man von Impotenz bis Tuberkulose eine Vielzahl von Krankheiten heilen könne.“ [„Die Geschichte der Medizin im Spiegel der Kunst“ Dumont 2003, S.132]

und den USA praktiziert wird, ist kein „altes Wissen“. Sie ist ein geschickter Marketinggag der chinesischen Regierung, denn mit der Ausbildung von TCM-Behandlern lässt sich gut Geld verdienen.

„Mit zahllosen Vorträgen vermittelten diese Autoren in den 1970er und frühen 1980er Jahren einem staunenden Publikum in den USA und in Europa ihr TCM-

staatlich subventionierter echter medizinischer Versorgung hatten, lebten die Bauern in großer Not. Die politische Führung hat damals beschlossen, medizinische Laien zur Behandlung von Kranken zu befähigen. Es wurden Bauern oder landversickte Jugendliche binnen drei Monaten zu sog. Barfußärzten ausgebildet. Dafür wurde ein neues Heilkonzept

aus verschiedenen alten und neuen Heil-
lehren konstruiert. Es wurden v.a. Kräuter
eingesetzt, die vor Ort gesammelt werden
konnten, weil sie im Vergleich zu echten
Medikamenten billig waren.

In bestimmten Milieus der westlichen intel-
lektuellen Mittelstandsschicht hat es in den
70er Jahren begeisterte Anhänger der mao-
istischen Lehren und eine unreflektierte Über-
nahme der chinesischen Propaganda gege-
ben. Dazu kam, dass aus Angst vor der „kal-
ten Apparatedezision“ und dem Misstrauen
gegenüber der Pharmaindustrie eine Seh-
sucht nach „natürlichen“ Medikamenten,
„sanften“ Behandlungsmethoden und „ural-
ten“ Ritualen aufkeimte. In dieser Zeit be-
gann die TCM in Westeuropa Fuß zu fassen.

*„Zunächst hatten sich chinesische Politi-
ker nur gewundert, dass 'der Westen'
ausgerechnet an etwas Interesse hatte,
das man selbst so schnell wie möglich
loswerden wollte. Dann aber entdeckten
sie darin ein Exportpotenzial für chinesi-
sche pharmazeutische Produkte. Die*

*TCM-Universitäten erhielten die Möglich-
keit, mit einfachsten Lehrkursen von ver-
trauensseligen Westlern unfassbar viel
Geld einzunehmen. Und schließlich er-
kannten die Verantwortlichen in China
auch die Gefahr, die von der westlichen
Begeisterung für die TCM als Alternative
zu der Schulmedizin droht“ [2]*

Hier ein Beispiel für die Zusammenarbeit
von chinesischem Gesundheitsministerium,
der Hochschule für TCM in Tianjin und ei-
ner deutschen Akademie in Kulmbach:
[http://www.chinesische-naturheilkun-
de.de/tcm-master-of-medicin-studium.php](http://www.chinesische-naturheilkun-
de.de/tcm-master-of-medicin-studium.php)

Sollten Sie sich trotz fehlender Wirksam-
keitsnachweise für die TCM interessieren
oder von ihr fasziniert sein, beachten Sie
unbedingt folgende Punkte:

- Es können giftige Inhaltsstoffe vorhan-
den sein z.B. Aristolochiasäure (cance-
rogen), Eisenhut und Pinellenrhizom
- Es werden geschützte Tier- und
Pflanzenarten verarbeitet, z.B. Nas-
horn- und Schildkrötenpanzer

- Es werden Tiere gequält, z.B. zur Ge-
winnung von Bären-galle wird Bären
ohne Betäubung die Bauchdecke durch-
stoßen und Gallenflüssigkeit entzogen
- Rohware aus China kann schwerme-
tall- und pestizidbelastet sein

Ihre Mandy



Quellen für die Zitate [1] und [2] aus:
[http://www.spektrum.de/alias/medizingeschic
hte/die-erstaunliche-wiederkehr-der-
traditionellen-chinesischen-medicin/1183997](http://www.spektrum.de/alias/medizingeschic
hte/die-erstaunliche-wiederkehr-der-
traditionellen-chinesischen-medicin/1183997)

Zum Lesen:

Sascha Klotzbücher, Universität Wien: Der
Barfußarzt – der letzte Mythos der Kulturre-
volution. Zu finden hier unter weblinks:
<http://de.wikipedia.org/wiki/Barfußarzt>
[http://www.wortlaut-soehne.de/archives/kein-
kraut-gewachsen/](http://www.wortlaut-soehne.de/archives/kein-
kraut-gewachsen/)

BfArM warnt vor Aristolochia in Zubereitun-
gen aus chinesischen Heilkräutern:
[http://www.bfarm.de/SharedDocs/Pressemitte-
lungen/mitteil_alt_de/pm01-2000.html](http://www.bfarm.de/SharedDocs/Pressemitte-
lungen/mitteil_alt_de/pm01-2000.html)

und Hören:

Ein Vortrag der Pharmaziestudentin Claudia Graneis
<http://www.youtube.com/watch?v=B7VrYfaYnv8>

TCM: Forschung, Finanzierung, Infragestellung

Nicht nur bei deutschen Patienten erfreut sich
die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)
großer Beliebtheit. Auch (Zahn)Ärzte nutzen
Teile davon als Erweiterung ihres Therapie-
spektrums, wobei für viele im Zeitalter von
IGEL attraktiv ist, dass TCM-Leistungen über-
wiegend privat liquidiert werden. Nur Aku-
punktur zur Schmerzbekämpfung ist in be-
stimmten Fällen als GKV-Leistung anerkannt.
Darüber hinaus gibt es GKV-Erstattung verein-
zelt im Rahmen von Satzungsleistungen oder
Sonderverträgen und bei Privatversicherungen
gemäß den individuellen Verträgen.

Insbesondere für Akupunktur wurden vielfältige
Weiterbildungsangebote entwickelt, z.T. in Koope-
ration mit chinesischen Universitäten. Als Arzt
oder Zahnarzt kann man einen „Tätigkeits-
schwerpunkt Akupunktur“ ausweisen. Die „Zu-
satzbezeichnung Akupunktur“ kann nur von Ärz-
ten erworben werden. Wer die nötigen Ressour-
cen hat, kann auch einen „Master of Acupunctu-
re“ einer chinesischen Universität oder verschie-
dene Diplome erlangen. Im Oktober 2014 wird an
der Technischen Universität München der erste
auf ein Medizinstudium aufbauende TCM-Master-
studiengang einer deutschen Hochschule starten.

Während es zum Erlernen der Anwendung von
TCM-Methoden zahlreiche Fort- und Weiterbil-
dungsangebote gibt, hinkt deren wissenschaft-
liche Erforschung und Aufarbeitung hinterher.
An der Berliner Charité wurde 2006 das Horst-
Görtz-Institut für Theorie, Geschichte und Ethik

Chinesischer Lebenswissenschaften gegründet,
das einige medizinhistorische und medizine-
thische Projekte verfolgt. 2007 etablierte das
Hamburger Uniklinikum Eppendorf den ersten
deutschen TCM-Lehrstuhl. Von beiden Einrich-
tungen wurden seither keine bahnbrechenden
Ergebnisse veröffentlicht. Das TCM-Theorie-
gebäude insgesamt dürfte einer Überprüfung
durch (natur)wissenschaftliche Methoden eher
nicht zugänglich sein. Stattdessen werden ein-
zelne augenscheinlich wirksame Mittel und Vor-
gehensweisen wie z.B. bestimmte traditionelle
Arzneien mit modernen Verfahren untersucht, so
z.B. an der Uni Mainz im Verbund mit dem Epp-
endorfer TCM-Zentrum. Andere Hochschulen
haben Institute oder Abteilungen für Naturheil-
kunde, in denen TCM-Fragestellungen unter-
sucht werden (Beispiel: Stiftungsprofessur für
Naturheilkunde der Uni Duisburg/Essen).

Forschung dieser Art ist mühsam und bisher weit
davon entfernt, die oft hohen Erwartungen vieler
TCM-Anhänger bestätigen zu können. Das
scheint jedoch der Begeisterung für TCM keinen
Abbruch zu tun. Tatsächlich geht es hier um ei-
nen Milliardenmarkt und viele Beteiligte. Allein
die seit 1951 bestehende Deutsche Ärztesell-
schaft für Akupunktur verfügt über ein Verzeich-
nis mit ein paar Tausend deutscher TCM- und
Akupunktur-Therapeuten; gängige Arztsuchplatt-
formen wie Jamedo und Sanego listen ca. 10.000
Einträge auf; die „Qualitätsinitiative Akupunktur“
(www.akupunktur-qualitaet.info) spricht von
30.000 „Ärzten für Akupunktur“ in Deutschland. Be-

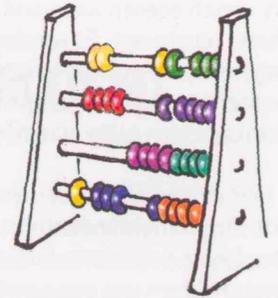
zogen auf die Bevölkerungszahlen gibt es bei uns
lt. SPIEGEL-Recherchen nahezu doppelt so viele
Akupunkteure wie im TCM-Herkunftsland China.

Die Initiatoren des neuen Masterstudiengangs
der TU München sehen großen Bedarf an wei-
teren TCM-Kundigen, räumen jedoch zugleich
ein, dass die wissenschaftliche Fundierung erst
am Anfang steht. Sie wollen die Teilnehmer des
6-semesterigen Studienganges u.a. auch zu wis-
senschaftlicher Arbeit im Bereich TCM motivie-
ren und befähigen. Das ist begrüßenswert, än-
dert aber nichts an der Tatsache, dass sich bis-
her die Lehrangebote wissenschaftlicher Ein-
richtungen und die Vergabe akademischer Titel
auf Inhalte beziehen, die überwiegend nicht er-
forscht und bestätigt sind. Für Laien erwecken
universitär verbriefte Qualifikationen den Ein-
druck von Seriosität. Je weniger Evidenz zu-
grunde liegt, umso mehr kommt daher den
Hochschulen, die in alternativmedizinischen
Verfahren ausbilden, die Verantwortung zu, die
Rolle solcher Angebote in unserem Versor-
gungssystem kritisch aufzuarbeiten. Im Interes-
se der Patienten gilt es, einer Allianz von irra-
tionalen Heilslehren mit kommerziellen Interes-
sen entgegenzuwirken und das herauszukristal-
lisieren, was tatsächlich eine wertvolle Ergän-
zung der bisherigen Versorgungsangebote ist.

Irmgard Berger-Orsag, Troisdorf

*Einige Alternativmedizin-kritische Analysen bzgl.
Zahnmedizin stammen von Prof. Hans-Jörg Staehle,
Heidelberg- siehe u.a. DAZ-Forum 100, 2009, 5.6-8*

Ohne Moos nix los: Die Abrechnung nach der – nicht mehr ganz so – neuen GOZ in der täglichen Routinepraxis Knackpunkte (4): Fragestunde 2



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nachdem die erste „Fragestunde“ mit ihren „FAQs“ (Frequently Asked Questions) oder „Q & A“ (Questions and Answers) eine sehr gute Resonanz gefunden hat, fahren wir heute mit einer zweiten Runde häufiger Fragen zur GOZ 2012 kurz und bündig fort.

Frage: Wir haben in der Präparationssitzung einen Pfeilerzahn mit zwei adhäsiv befestigten Composite-Füllungen (mo und od) aufgebaut. Laut Kommentar zur GOZ 2012 können wir dafür nur *eine* Aufbaufüllung nach der GOZ Nr. 2180 abrechnen. Ist das richtig?

Antwort: Das ist leider richtig. „Aufbaufüllungen“, die in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang (i.e. in der Präparationssitzung) mit einer sich anschließenden Überkronungsmaßnahme ausgeführt werden, können *nur einmal* pro Zahn berechnet werden. Die hier durchgeführte adhäsive Verankerung der Aufbaufüllung kann aber separat mit der Nummer 2197 berechnet werden.

Beachten Sie bitte, dass Aufbaufüllungen nicht in Zusammenhang mit einer Versorgung von Einlagefüllungen (Nummern 2150 bis 2170) oder mit einem gegossenen Aufbau mit Stiftverankerung (Nummer 2190) berechnungsfähig sind.

„Präendodontische Aufbauten“ werden von dieser Gebührennummer nicht beschrieben; sie müssen analog nach § 6 Abs. 1 der Gebührenordnung berechnet werden.

Frage: Eine Private Krankenversicherung bemängelt die zweifache Abrechnung der Professionellen Zahnreinigung (PZR) bei einer Patientin innerhalb von vier Wochen im Rahmen der Hygienephase vor einer systematischen PAR-Behandlung wegen Unwirtschaftlichkeit und will nur einmal die GOZ Nr. 1040 erstatten. Ist dieser Einwand korrekt?

Antwort: Dieser Einwand ist nicht korrekt. Es gibt in der Beschreibung der Gebührennummer GOZ 1040, anders als bei der Zahnsteinentfernung (GOZ 4050 und

4055), keine Begrenzung der Häufigkeit der Erbringung. Die professionelle Zahnreinigung ist so oft abrechenbar, wie es medizinisch notwendig ist; immer vorausgesetzt, dass der Leistungsinhalt erfüllt ist und dass es sich in der zweiten Sitzung nicht nur um eine bloße Nachkontrolle gehandelt hat. Im Rahmen der Privatbehandlung gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot der GKV mit seiner Beschränkung auf das Ausreichende und Zweckmäßige nicht.

Frage: Wie kann man das Wiedereingliedern einer Klebebrücke (Adhäsivbrücke, Marylandbrücke) abrechnen?

Antwort: Die Wiedereingliederung einer Klebebrücke erfolgt nach der Pos. 5110. Bei der adhäsiven *Wiederbefestigung* kann zusätzlich die Pos. 2197 in Ansatz gebracht werden.

Frage: Gibt es Fälle, in denen die GOZ-Nr. 3050 (Stillung einer übermäßigen Blutung im Mund- und/oder Kieferbereich, als selbstständige Leistung) *in der OP-Sitzung zusätzlich* berechenbar ist?

Antwort: Grundsätzlich ist die Stillung einer für den Eingriff spezifischen Blutung, während eines chirurgischen Eingriffes oder im Anschluss, mit der jeweili-

Anmerkung:

Der Ausdruck „grundsätzlich“, der in der Umgangssprache im Sinne von „immer, ausnahmslos“ verwendet wird, hat in der juristischen Sprache der Gebührenordnungen eine abweichende Bedeutung, nämlich „*dem Grundsatz nach*“ bzw. „*in der Regel*“. Das heißt: Ausnahmen sind möglich!

gen Gebühr für die chirurgische Leistung abgegolten. Nur eine Blutung, die das typische Maß deutlich übersteigt und deren Stillung eine Unterbrechung der eigentlichen chirurgischen Leistung erfordert oder die nach der chirurgischen Leistung auftritt, löst den Ansatz der Nr. 3050 GOZ

aus. Eine intraoperative, übermäßige Blutung, die z. B. das Umstechen eines Gefäßes erfordert, wird nach der Nummer 3060 berechnet. Zur Abrechnung des Stillens einer übermäßigen Papillenblutung kann die Nr. 3050 als „chirurgische Position“ nicht herangezogen werden.

Frage: Können beim Versicherten einer GKV „einmal verwendbare Nickel-Titan-Instrumente“ zur Wurzelkanalaufbereitung nach entsprechender Vereinbarung zusätzlich „privat“ berechnet werden?

Antwort: Nein. „Einmal verwendbare Nickel-Titan-Instrumente“ können nur in Zusammenhang mit der GOZ-Nr. 2410, nicht aber zusammen mit der BEMA-Nr. 32 (WK), berechnet werden. Insofern greift hier das „Zuzahlungsverbot“.

Frage: Ist die GOZ-Pos. 0050 (*Abformung oder Teilabformung eines Kiefers*) im Rahmen einer prothetischen Behandlung für ein Gegenkiefermodell berechnungsfähig?

Antwort: Grundsätzlich nicht, nur wenn eine Auswertung zur Diagnose und Planung erfolgt.

Frage: Ist es zulässig, ein laborgefertigtes Brückenprovisorium, dessen Tragedauer unter 3 Monaten liegt, analog zu berechnen?

Antwort: Ja, denn der Fall, dass nach einem „normalen“ Kurzzeitprovisorium (im direkten Verfahren) ein laborgefertigtes Provisorium (indirektes Verfahren) eingegliedert wird, das aber weniger als 3 Monate getragen werden soll und somit kein Langzeitprovisorium im Sinne der GOZ-Nrn. 7080 bis 7100 darstellt, ist in der GOZ nicht vorgesehen bzw. nicht geregelt. In diesen Fällen ist eine analoge Berechnung nach § 6 Abs. 1 der Gebührenordnung vorzunehmen.

Die FAQ-Serie wird fortgesetzt.

Dr. Jürgen Simonis, Hinterweidenthal
drjsimonis@googlemail.com



WOLF+HANSEN
Dental-Depot



DENTTABS-AKADEMIE®

DENTTABS und das Dental-Depot Wolf+Hansen präsentieren:

HIGH ENDO

Wurzelbehandlung zeitgemäß und wirtschaftlich!

Samstag, 27. September 2014

Der Endodontiekurs für Zahnärzte/-innen in Berlin

Wurzelbehandlungen sind unbeliebt – doch das können Sie ändern!

Wir geben Ihnen ein praxisnahes und erprobtes Konzept an die Hand, welches Sie sofort in Ihrer eigenen Praxis umsetzen können. Dazu gehört auch der wirtschaftliche Teil dieser Leistung, die in Durchführung und Abrechnung weit über das hinausgeht, was im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung honoriert wird. Der praktische Teil dieses Kurses umfasst die Vorstellung der erforderlichen Geräte und Materialien sowie die gemeinsame Durchführung von Wurzelbehandlungen an Modellen mit natürlichen Zähnen.

Räumlich unterstützt von der

Berliner Sparkasse!

Für weitere Informationen:

DENTTABS GmbH: info@DENTTABS.de – 030-466089-60

Dental-Depot Wolf+Hansen | berlin@wolf-hansen.de | 030 440403-0





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