

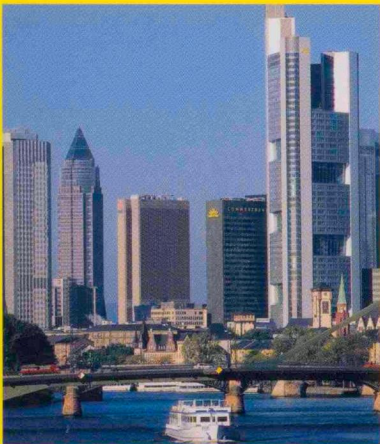


Berlins unabhängige
Zahnärzte e.V.



**Einladung zur
DAZ & VDZM
Frühjahrstagung**

am 06. & 07. Mai 2006
in Frankfurt/Main



Teil
endo2
Fortsetzung

www.daz-web.de

FORUM

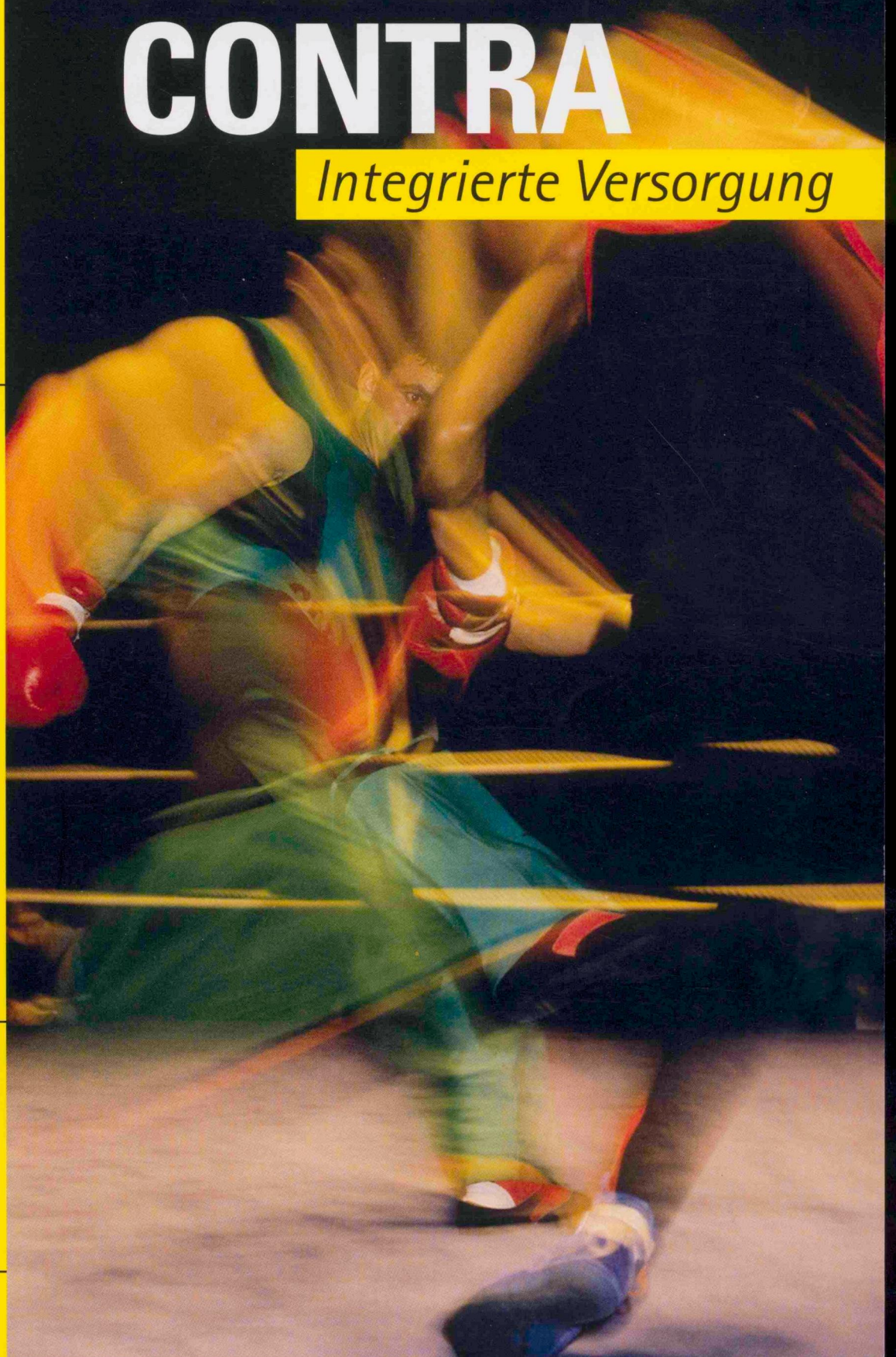
25. Jahrgang, April 2006

Von Zahnärzten für Zahnärzte

87

PRO & CONTRA

Integrierte Versorgung





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

Intelligent investieren mit GO DENT®

Schon ab
82,10 Euro/Monat*

*Das GO DENT®-Leasingangebot:
82,10 Euro netto/Monat bei 48 Monaten Laufzeit



Die be„greif“bare Patientenaufklärung

Jetzt mit neuem Zusatzmodell: Die abnehmbare Oberkieferprothese auf fünf Teleskopen – das zusätzliche Ausklinken der Gaumenplatte erlaubt die be„greif“bare Darstellung einer großen, abnehmbaren Brücke.



Haben Sie Fragen? Wir beraten Sie gerne!

Antwortcoupon einfach ausfüllen und
ZURÜCKSENDEN oder FAXEN an (079 41) 95 86 69

Praxis

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Ansprechpartner

Telefon

E-mail

DAZ 03/06

- Bitte rufen Sie mich an
- Bitte senden Sie mir **kostenlos** Sehen. Anfassen. Be„greifen“.
– den informativen GO DENT®-Produktfilm auf CD auf DVD
- Bitte senden Sie mir schriftliche Unterlagen zu den
GO DENT®-Modellen

GO DENT®
MODELLE

GO DENT®-GmbH Christel Oestreich
Austraße 17 · 74613 Öhringen
Tel.: (079 41) 95 86 68 · Fax: (079 41) 95 86 69
godent@web.de · www.godent.de

Liebe Forum-Leserinnen und -Leser!



Irmgard Berger-Orsag

Im Jahr 2006 möchten wir zur jahrzehntlang praktizierten Erscheinungsweise unserer Zeitschrift zurückkehren (4 x jährlich). Mangel an Stoff gab's dieses Mal nicht. Im Gegenteil mussten wir verschiedene Beiträge ins nächste Heft verschieben, weil das angesammelte Material den Rahmen sprengte. Das DAZ-Forum 87 bringt die Fortsetzung der in der letzten Ausgabe angestobenen Diskussion über endodontische Behandlungen, Beiträge zu verschiedenen, unseren Verband berührenden Themen - und einen seitenstarken Teil über Integrierte Versorgung (IV) bzw. die DAZ-interne Auseinandersetzung über diese neue vertragliche Möglichkeit. Wer diesen Teil liest, wird merken, dass die Meinungen von DAZlern zur IV weit auseinanderliegen.

Nachdem ab dem Jahre 2004 Integrierte Versorgungsmodelle ohne Beteiligung der ärztlichen und zahnärztlichen Körperschaften gesetzlich verankert wurden, entwickelte der DAZ Vorsitzende Dr. Eberhard Riedel Ideen, wie mit einer großen Krankenkasse - der AOK Bayern - fachgebietsübergreifende Kooperation und ernsthafte Qualitätssicherung zahnärztlicher Leistungen, verbunden mit finanziellen Anreizen für gute Leistung, realisiert werden könnten. Eine solche Initiative entspricht der Tradition des DAZ. Immer wieder hat er qualitätsfördernde Aktivitäten durch die Zahnärzteschaft selbst angemahnt. Es fehlten jedoch die gesetzlichen Grundlagen

Die seit 2004 geltenden Paragraphen im SGB V eröffnen einen neuen Weg. Der Gesetzgeber hat hier bewusst die ärztlichen (und zahnärztlichen) Körperschaften außen vor gelassen, weil sie sich seines Erachtens als zu wenig innovationsfreudig erwiesen haben. Dies passt zu aktuellen politischen Tendenzen, die auf eine Beendigung der Monopolstellung der Selbstverwaltungskörperschaften abzielen. Im ärztlichen Bereich sind Integrierte Versorgungsmodelle inzwischen Alltag. Sie dienen der Vernetzung verschiedener Bereiche und stellen die kollektiven Vertragsstrukturen zwischen Ärzten und Kassen keineswegs in Frage. Bei den Zahnärzten ist die eher auf ärztliche Belange zugeschnittene Möglichkeit von IV-Vereinbarungen bisher kaum auf Interesse und auch kaum auf Kritik gestoßen. Einzig in Westfalen-Lippe hat der dortige Verband der zahnärztlichen Basisgruppen mit Berufung auf die IV-Gesetzgebung schon 2004 eine Vereinbarung über Mehrleistungen in der zahnärztlichen Behandlung geschlossen - nähere Informationen zu diesem Vertrag, an dem

sich mehr als ein Drittel der westfälischen Zahnärzte beteiligen, von dem aber die zuständige Aufsichtsbehörde feststellt, dass es sich nicht um echte Integrierte Versorgung handelt, erhalten Sie im nächsten Forum. In dieser Forum-Ausgabe allerdings steht das bayerische IV-Konzept im Fokus, über das erstmals bei der Jahrestagung 2004 in größerer Runde diskutiert wurde. Dr. Riedels Vorschläge stießen teils auf deutliche Skepsis, teils auf ausgesprochenes Interesse. In der Folge stand das Thema Integrierte Versorgung bei jedem DAZ-Treffen auf der Tagesordnung. Beschlusslage war, dass der DAZ als Verband die Entwicklung eines IV-Projektes nicht betreibt, es jedoch beobachtet.

Sowohl die Befürworter alternativer Versorgungsmodelle als auch die Skeptiker können sich auf die Grundsätze des DAZ berufen. Denn der DAZ hat, solange er existiert, nicht nur Kritik an den real existierenden KZVen geübt und alternative Reformvorschläge entwickelt, sondern gleichzeitig ein klares Bekenntnis zur körperschaftlich verfassten (zahn)ärztlichen Selbstverwaltung abgegeben. Viele DAZler sehen die Beschneidung öffentlich-rechtlicher Einrichtungen zu Gunsten wettbewerblich bzw. kommerziell orientierter Strukturen, wie sie im Gesundheitswesen und auch in anderen Bereichen zu beobachten ist, mit großer Sorge und fordern Wachsamkeit gegenüber den neuen Entwicklungen.

Als im vergangenen Herbst die Unterzeichnung des bayrischen IV-Vertrages näher rückte, sahen die DAZler, die die IV-Modelle als Bedrohung der KZVen einschätzen, Handlungsbedarf. Sie forderten Dr. Riedel auf, sein Vorsitzendenamt niederzulegen oder nicht weiter für das bayerische IV-Modell aktiv zu sein. Hinter dieser Forderung steht die Befürchtung, dass der DAZ zu stark mit der Integrierten Versorgung identifiziert wird. Der Austausch untereinander nahm ungewohnt scharfe Züge an, Vermittlungsversuche blieben ohne Ergebnis. Traurigerweise spaltet der Dissens den DAZ-Vorstand in zwei gleich große Parteien, die nur eingeschränkt noch zur Zusammenarbeit fähig sind. Als ein Ausweg aus dieser Situation wird derzeit eine vorgezogene Neuwahl des Vorstandes bei der Mitgliederversammlung 2006 diskutiert. Ich wünsche mir rege Beteiligung der DAZ-Basis und ein Wahlergebnis, das der Meinungsvielfalt im Verband Rechnung trägt und kooperationsfähige Personen in einem Vorstand vereint.

*Es grüßt Sie Irmgard Berger-Orsag,
DAZ-Geschäftsführerin*

Aus dem Berliner Sumpf



Inhalt	Seite
Editorial	3
Aus dem Berliner Sumpf	4
Der Endodontie auf den Nerv gefühlt – Teil 2	
Geometrie von Nickel-Titan Instrumenten; mehr als nur PR?	5-7
Normung der Endodontie-Instrumente	8-10
Die indikationsgerechte Behandlung der Endodontitis	11-13
Positive Erfahrung mit ChKM	14
Der ChKM-Streit, Endo-Leitlinien und neue Zahnheilkunde	15
Die Honorierung der Wurzelkanalbehandlung beim Kassenpatienten und beim selbstzahlenden Patienten	16
Endodontie heute – 20. Berliner Zahnärztetag	17-18
Die andere Meinung: Endodontie unter immunologischen Aspekten	18-19
Endodontischer Irrgarten	19
Stellungnahme	20
Der DAZ stellt sich vor	21
Prof. Dr. Zimmer erhält den Hufeland-Preis	22
Habilitation von Dr. Rainer Seemann	23
Einladung zur DAZ Frühjahrstagung	24-25
Fakten zur Integrierten Versorgung	
Wettbewerbliche Strukturen, Integrierte Versorgung und eine mögliche Rolle des DAZ	26-29
Integrierte Versorgung in der Diskussion	
Einleitung	30
Dr. Dr. Ursula Frenzel, München	31
Dr. Helmut Dohmeier-de Haan, Berlin, BUZ-Vorsitzender	31
Dr. Ulrich Zibelius, Lemgo	32
Dr. Volkmar Lehrke, Nienburg	33-35
Dr. Hanns-W. Hey, Münsing	35
Dr. Eva Hübner, Berlin	36
ZÄ Edeltraud Jakobczyk et al., Berlin	36
Dr. Eberhard Riedel, München	37-39
Presseinformation der DAZ Informationsstelle für Kariesprophylaxe	40
BUZ – Berlins unabhängige Zahnärzte e. V. stellen sich vor	41
Kontaktadressen und Termine	42

Zur Erinnerung:

Der Rechnungsprüfungsausschuss der KZV-Berlin hat bei der Prüfung der Abrechnungen des Jahres 2003 Unregelmäßigkeiten in der Höhe von ca. 30.000 € aufgedeckt. Zu den Unregelmäßigkeiten in den Sitzungsgeld- und Spesenabrechnungen des Vorstandes der Berliner KZV gibt es jetzt eine Äußerung von Transparency International.

Anke Martini, Transparency International Deutschland, erklärte in einer Sendung des Berliner Regionalfernsehens: „Ich glaube, dass die Haltung: „Das haben wir immer schon so gemacht und so war das bisher richtig und gut und so wollen wir weiter machen“ die ist sehr weit verbreitet. Einen so eklatanten Fall, wie er hier in Berlin vorgefallen ist, habe ich aus keinem anderen Bundesland gehört.“ „Es kann doch wirklich nicht angehen, dass ein Zehntel aller Arzt-Praxen – bei den Zahnarztpraxen ist es vielleicht nicht ganz so viel – am Existenzminimum herumkrepeln und dass sich diejenigen, die das Ganze verwalten, sich goldene Nasen verdienen.“

Dr. Celina Schätze, Berlin

Impressum:

Herausgeber:

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)
Belfortstraße 9, 50668 Köln,
Tel.: 0221 97300545, Fax: 0221 7391239
DAZ.Koeln@online.de, www.DAZ-web.de

Berlins unabhängige Zahnärzte (BUZ)

Dr. Helmut Dohmeier-de Haan
Turmstraße 65, 10551 Berlin,
Tel.: 030 3925087, Fax: 030 39994561,
helmut.dohmeier@buz-berlin.de, www.buz-berlin.de

Redaktion:

Irmgard Berger-Orsag, Dr. Peter Nachtweh,
Dr. Hanns-W. Hey, Dr. Eberhard Riedel, Dr. Celina Schätze,
Edeltraud Jakobczyk, Dr. Ulrich Happ,

Verantwortlicher Redakteur dieser Ausgabe:
Dr. Hanns-W. Hey

Redaktionsadresse:

KreativKonzept Schneider GmbH,
Ziegeleistraße 1, 85055 Ingolstadt,
Tel.: 0841 12600-0, Fax: 0841 12600-33,
info@kreativkonzept.net

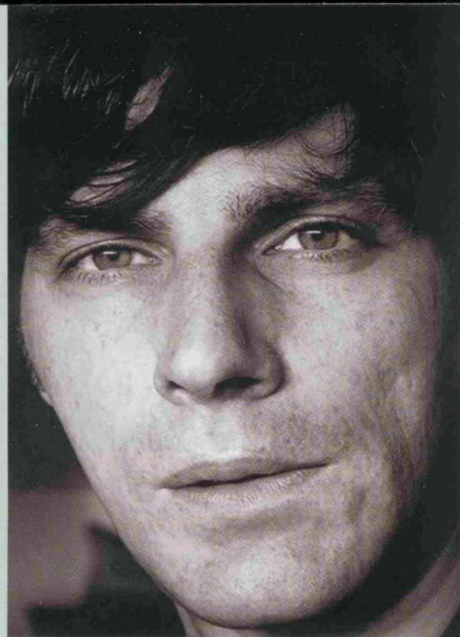
Erscheinungsweise: 4 x jährlich, Auflage 2.300

Bezugsbedingungen: Das DAZ-Forum ist im Abonnement erhältlich, Jahresabo 19,40 Euro. Für Mitglieder des DAZ/BUZ ist das Abo im Mitgliedsbeitrag enthalten. Interessenten erhalten einzelne Ausgaben des DAZ-Forum auf Anfrage.

Anzeigenverwaltung, Mediadaten:

Irmgard Berger-Orsag, Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde, Belfortstr. 9, 50668 Köln,
Tel: 0221 97300545, Fax 0221 7391239,
DAZ.Koeln@t-online.de,
www.DAZ-web.de

Redaktionsschluss für die FORUM-Ausgabe Nr. 88 ist der 15.05.2006



OA Dr. David Sonntag

endo2

Geometrie von Nickel-Titan Instrumenten; mehr als nur PR?

Die maschinelle Wurzelkanal-Aufbereitung mit Nickel-Titan Instrumenten ist heute eine Selbstverständlichkeit in der Endodontie geworden. Zahlreiche Systeme sind auf dem Markt vorhanden. Bei der Entscheidung für ein Aufbereitungssystem ist der Zahnarzt auf die Empfehlung so genannter „opinion leader“, sowie auf die Informationen der PR-Abteilungen der Dentalindustrie angewiesen.

Der vorliegende Artikel soll einen kleinen Einblick in den Dschungel von Nickel-Titan Instrumenten geben. Hierbei sollen zwei Axiome hinterfragt werden: 1. Es gibt NiTi-Instrumente mit positiven, negativen und neutralen Schnittwinkeln. 2. Ein kontinuierlicher Neigungswinkel führt zu einem Einschraubeffekt wie bei einer Schraube.

Positive, neutrale oder negative Schnittwinkel, gleichmäßige oder ansteigende Konizitäten, aktive und passive Instrumente werden in der Literatur beschrieben und in der Werbung angepriesen. Grundkenntnisse einiger Konstruktionsmerkmale werden für Anwender zunehmend wichtiger, da noch keine Norm für rotierende NiTi-Instrumente existiert.

Um nicht allein auf Informationen der Industrie angewiesen zu sein, wurden die in diesem Artikel vorgestellten Grundparameter folgender Instrumente untersucht: FlexMaster, GT, Hero 642; K3; Profile; ProTaper und RaCe. Je drei der o. g. Instrumente der Größe 30 wurden eingebettet, geschnitten, mit dem Rasterelektronenmikroskop dokumentiert und vermessen. Auch der Neigungswinkel in der Längsachse der Instrumente wurde dokumentiert und vermessen.

Mit Hilfe der im folgenden vorgestellten Nomenklatur können unterschiedliche Feilenparameter klassifiziert werden [Abb. 1]:

Neigungs-, Schneidekanten- oder Verzahnungswinkel (Helical Angle): gibt die Neigung der Schneidekante in Bezug auf die Instrumentenlängsachse an. Bei definierter Länge des Arbeitsteils gilt: je höher die Anzahl der Schneiden, desto größer ist der Neigungswinkel (Schneidekantenwinkel).

Schneidenwinkel (cutting edge angle): Winkel, der durch die Schneide der Feile, ihre Form und

ihre Stellung zur Kanalwand gebildet wird. Bei allen Feilen hat die Schneide die Form eines Keils. Man spricht auch vom Schneidkeil. Durch die Größe des Keils und seine Stellung zur Kanalwand entstehen die folgenden Schneidenwinkel:

Schnittwinkel (cutting angle): Der Schnittwinkel ist der Winkel zwischen der zu bearbeitenden Oberfläche und der Vorderfläche des Schneidkeils. Schnittwinkel und Spanwinkel bilden gemeinsam einen Winkel von 90°.

Spanwinkel (rake angle): Winkel zwischen der Vorderfläche des Schneidkeils und dem 90°-Winkel zur bearbeiteten Kanaloberfläche. Positive Spanwinkel bedeuten generell niedrigere Schnittkräfte als negative Spanwinkel.

Keilwinkel (angle of the wedge): Winkel der Werkzeugschneide (cutting edge). Eine Schneide mit einem kleinen Keilwinkel ist scharf, bricht aber leicht ab. Eine Schneide mit einem großen Keilwinkel wird schnell stumpf, bricht aber nicht.

Freiwinkel (clearance angle): Winkel zwischen der Fase der Schneide und der Kanaloberfläche. Ist kein Freiwinkel vorhanden, kann die Schneide nicht in die Oberfläche eindringen.

Spanwinkel, Freiwinkel und der Keilwinkel werden auch als Wirkwinkel bezeichnet und ergeben gemeinsam immer 90°.

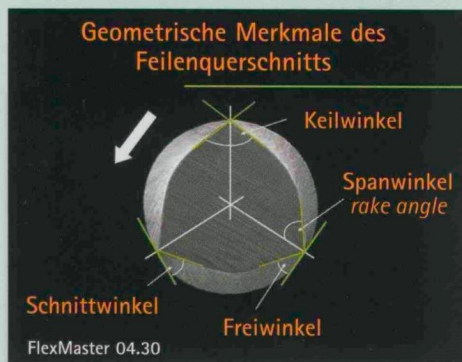


Abb. 1: Winkelbezeichnung am (realen) Querschnitt eines FlexMaster Instrumentes. Der Pfeil gibt die Rotationsrichtung der Feile an.

AXIOM I: Es gibt NiTi-Instrumente mit positiven, negativen und neutralen Schnittwinkel (Spanwinkel; rake angle).

Einzelne Hersteller versprechen uns seit geraumer Zeit Instrumente mit positivem Spanwinkel [Tab. 1]. Zur Erläuterung werden einfache Schemazeichnungen herangezogen, die nur wenig mit der realen Querschnittsgeometrie eines Instrumentes gemein haben. Auch sind sich im zeitlichen Verlauf ändernde Zeichnungen dabei durchaus möglich [Abb. 2].

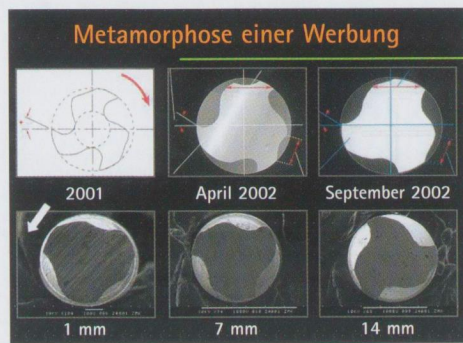


Abb. 2: Obere Reihe: Kontinuierliche Änderung des publizierten Designs einer K3 Feile von 2001 bis 2002. Untere Reihe: Querschnitte einer K3 Feile in 1 mm, 7 mm und 14 mm Abstand von der Instrumentenspitze.

Verschiedene Autoren übernehmen diese von der Dentalindustrie vorgegebenen Schemazeichnungen sogar für Fortbildungsartikel, um die Meinung einzelner Hersteller ungefragt den Zahnärzten als „Experteninformation“ weiter zu geben. Die allgemeine Akzeptanz dieser Schemazeichnung führt dazu, dass das Schneidverhalten mit der vermeintlichen Geometrie auch in Originalarbeiten in Zusammenhang gestellt und diskutiert wird. An Stelle einer Diskussion

tritt somit ein Philosophieren mit fiktiven Grundannahmen.

Wie zuvor beschrieben haben wir je drei der in Tab. 1 + 2 aufgeführten Instrumente in drei Ebenen bei 1mm, 7mm und 14mm quer geschnitten. Die Querschnitte wurden mit dem Raster-Elektronen-Mikroskop (REM) betrachtet, die Bilder gespeichert und die Winkel vermessen. Das Ergebnis ist eindeutig: Es gibt nur Instrumente mit negativem Spanwinkel, folglich auch nur Instrumente mit negativem Schnittwinkel. Die Instrumente unterscheiden sich nur graduell voneinander und variieren auch im Verlauf des Arbeitsteils [Abb. 2].

Negative Schnittwinkel führen dazu, dass die Instrumente schaben und nicht schneiden. Bei schabender Bewegung werden für einen definierten Materialabtrag deutlich höhere Kräfte benötigt, als dies bei einem positiven Spanwinkel theoretisch der Fall sein könnte. Dieser Aspekt spielt auch für die auf ein Instrument einwirkende Kraft eine nicht unerhebliche Rolle. Die Schneidfähigkeit einer Feile wirkt sich entscheidend auf die Größe der insgesamt aufzuwendenden Kraft aus; dabei wachsen die Achsialkräfte zwangsläufig mit dem Durchmesser der Feile. Klinisch macht sich dieser Sachverhalt dadurch bemerkbar, dass nicht die Feilen kleinster Größen, sondern vielmehr Feilen mit einem mittleren Durchmesser frakturieren. Inwieweit andere Einflüsse die Fraktur dieser Feilengrößen begünstigen, ist noch ungeklärt. Ab einer gewissen Querschnittsfläche des Instrumentes besitzen die Feilen dann wieder eine hinreichend hohe Stabilität und Steifheit,

negativ	neutral	positiv
FlexMaster	Profile	K3
ProTaper	GT	Hero
Mtwo	RaCe	
RaCe		

Tab. 1: Die noch immer in allgemeinen Produktinformationen sowie in Fachpublikationen zu findenden Span-, Schnittwinkel von Instrumenten.

Instrument	Spanwinkel 1mm	Spanwinkel 7mm	Spanwinkel 14mm
FlexMaster	-58°	-57°	-56°
GT	-37°	-40°	-30°
Hero 642	-31°	-30°	-35°
K3	-42°	-25°	-17°
Profile	-40°	-33°	-33°
ProTaper (F3)	-45°	-42°	-45°
RaCe	-37°	-32°	-36°

Tab. 2: Tatsächlich vorhandene Spanwinkel bei Untersuchung der Instrumente unter dem REM. Es konnte bei keinem Instrument ein positiver oder neutraler Winkel vorgefunden werden.

um der Torsions- und Biegebelastung sicher und dauerhaft standhalten zu können. Im Gegensatz zu den rotierend eingesetzten Ni-Ti-Feilen weisen Hedströmfeilen bei ziehender Bewegung einen neutralen bis positiven Spanwinkel auf, der einen effizienten Materialabtrag ermöglicht.

AXIOM II: Ein kontinuierlicher Neigungswinkel führt zu einem Einschraubeffekt wie bei einer Schraube.

Der Neigungswinkel gibt die Neigung der Schneidekanten in Bezug auf die Instrumentenlängsachse an [Abb. 3]. Bei Handinstrumenten, die je nach Feilentyp drehend-schabend oder feilend eingesetzt werden, konnte Schäfer eine unterschiedliche Anzahl von Schneiden als ideal für die Aufbereitung ermitteln. Die Anzahl der Schneiden pro Länge des Arbeitsteils eines Instrumentes ist für die Effizienz der Aufbereitung somit nicht ohne Bedeutung; allerdings auch kein allein bestimmendes Merkmal.

Es ist heute allgemein akzeptiert, dass die Geometrie eines rotierenden Aufbereitungsinstrumentes so sein sollte, dass ein Einschrauben in den Kanal vermieden wird. Warum aber sollte das der Fall sein? Real benötigen wir bei der Aufbereitung ein sich maßvoll nach apikal bewegendes Instrument. Würde sich das

Instrument nicht nach apikal bewegen, wäre die Möglichkeit ausgeschlossen, dass das Instrument in einem stark gekrümmten Kanal dem vorhandenen Gleitpfad folgt und somit eine Stufenbildung verhindert wird.

Um dem zweifelhaften Bestreben nach Vermeidung des Einschraubeffektes Ausdruck zu verleihen, wurden verschiedene Thesen aufgestellt. So wurde behauptet, dass ein von der Instrumentenspitze zum Schaft ansteigender Neigungswinkel ein Einschrauben verhindere, während ein kontinuierlicher Neigungswinkel wie eine Schraube reagiere. Wie in Abb. 4 leicht zu erkennen ist, gibt es bei unterschiedlichen Schraubentypen unterschiedliche Neigungswinkel. Das Einschrauben wird glücklicherweise jedoch mit keiner der gezeigten Geometrien ausgeschlossen oder verhindert werden können. Ein kontinuierlicher Neigungswinkel führt somit

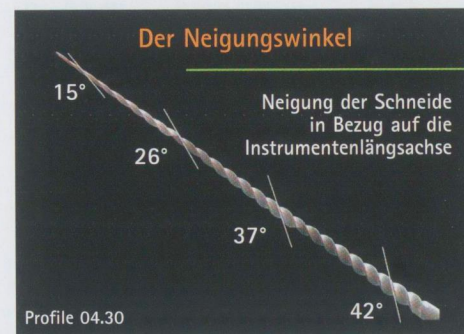


Abb. 3: Ein von der Instrumentenspitze zum Schaft ansteigender Neigungswinkel bei einem ProFile Instrument.

ebenso wie ein ansteigender Neigungswinkel zu einem Einschrauben des Instrumentes in den Kanal; dies ist auch wünschenswert und bedarf keiner Änderung [Abb. 5].

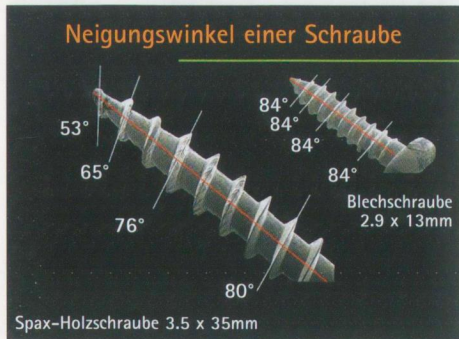


Abb. 4: Ansteigender Neigungswinkel bei einer Spanplattenschraube (links); kontinuierlicher Neigungswinkel bei einer Blechschraube (rechts).

Der Neigungswinkel

kontinuierlich	ansteigend	alternierend
FlexMaster	Hero	RaCe
GT	Profile	
Mtwo	ProTaper	
	K3	
Blechschraube	Holzschraube	Stahl-Rillenstift

80°

Abb. 5: Neigungswinkel bei verschiedenen NiTi-Instrumenten. Der Neigungswinkel allein lässt keinen Rückschluss auf die Effizienz der Aufbereitung oder das Vordringen in den Kanal zu.

Die Konizität

Eine Spüllösung kann mit zunehmender Konizität der Präparation tiefer in das Kanalsystem gelangen; auch die spätere Obduration wird mit zunehmender Konizität erleichtert. Bei manueller Aufbereitung im Sinne eines zirkumferenten Feilens werden im koronalen, teilweise auch im mittleren Kanaldrittel Konizitäten von 10% oder mehr erreicht. Die auf dem Markt erhältlichen rotierenden Instrumente weisen Konizitäten zwischen 2% und 19% auf. Die meisten Systeme umfassen Feilen in 2-3 unterschiedlichen Konizitäten, wobei die Konizität innerhalb des Arbeitsteils nicht variiert. Eine Ausnahme bildet das ProTaper-System, mit innerhalb eines Instrumentes ansteigenden Konizitäten. Bei hoher Konizität des Aufbereitungsinstrumentes steigt der Umfang der Feile rasch an. Bei konstanter Drehzahl wächst damit die pro Umdrehung von einer Schneide zurück gelegte Strecke mit dem Umfang des Instrumentes. Die Schnittgeschwindigkeit, mit der die Schneidekante die Kanalwand bearbeitet, nimmt also mit steigender Konizität zu. Da mit zunehmender Konizität der Aufbereitungsinstrumente jedoch auch der Kerndurchmesser des Instrumentes zunimmt und damit die Flexibilität sinkt, ist eine hohe Konizität an ein Querschnittsprofil mit konkaven Außenflächen gebunden. FlexMaster-Feilen sind beispielsweise aufgrund der konvexen Außenflächen in der

Lage, auch bei geringer Konizität den Torsions- und Biegebelastungen zu widerstehen und werden in Konizitäten ab 2% angeboten. Instrumente mit hohen Konizitäten sollten konkave Außenflächen aufweisen, während niedrige Konizitäten von einer konvexen Außenfläche profitieren und hohe Flexibilität und hinreichende Frakturresistenz vereinen.

Der Spanraum

Der Spanraum steht in unmittelbarer Beziehung zur Anzahl der Schneiden und zum Instrumentenquerschnitt. Feilen mit einem konvexen Außenprofil und vielen Schneiden weisen den geringsten Spanraum auf, Feilen mit konkaven Außenflächen und wenigen Schneiden den größten Raum für Späne. Je effizienter die Schneiden einer Feile arbeiten, umso größer ist der Bedarf an Spanraum für das abgetragene Dentin. In der Metallbearbeitung spielt die Spanbildung und insbesondere die kontrollierte Entfernung der Späne aus der Schneidzone eine sehr wichtige Rolle, um eine einwandfreie Oberfläche zu erhalten. Bei rotierenden Aufbereitungsinstrumenten ist dies aufgrund der abzutragenden Substanz (weiches, feuchtes Dentin) und der Schneidengeometrie nahezu nicht möglich. Die abgetragenen Späne schmierern sich zwischen den Schneiden fest und können nur durch manuelle Reinigung des Instrumentes wieder entfernt werden. Ist der Raum für die anfallenden Späne nicht hinreichend groß, kommt es unmittelbar zu Ansammlungen von Debris und damit zu einem stark erhöhten Torque für die eingesetzte Feile. Im schlechtesten Fall führt dies zur Fraktur einer Feile.

Klassifikation von Ni-Ti-Feilen

Eine Klassifikation der NiTi-Feilen in aktive, semiaktive und passive Instrumente taucht immer wieder auf endodontischen Kongressen auf [Abb. 6]. Diese Einteilung geht auf Ben Johnson zurück und bezieht sich auf die Schneidfreudigkeit eines Instrumentes aufgrund seiner Geometrie. Als passiv werden Instrumente mit seitlichen Führungsflächen bzw. einem radial land bezeichnet (ProFile®; GT™; Lightspeed). Als semiaktiv wird beispielsweise die Quantec-Feile (Tycom, USA) eingestuft. Aktive Instrumente verfügen über eine Schneidkante ohne radial lands. Sie besitzen damit einen deutlich ausgeprägten Freiwinkel und zeigen eine höhere Abtragsleistung. Zu dieser Gruppe zählen beispielsweise FlexMaster®, RaCe™- und ProTaper™ Instrumente. Bei identischer Konizität aktiver und passiver Feilen sollten mit aktiven Instrumenten eher leicht gekrümmte Kanäle bearbeitet werden und auf eine Rekapitulation der erreichten Aufbereitungslänge verzichtet werden. Ein

aktives Instrument ist durch die aggressiveren Schneiden schneller in der Lage, im gekrümmten Kanal eine Begradigung zu erzeugen als ein mit seitlichen Führungsflächen versehenes Instrument. Mit passiven Instrumenten können daher auch stärker gekrümmte Kanäle bearbeitet werden, die bei einer Rekapitulation den originären Kanalverlauf weniger schnell verändern, da sie neben dem passiven Schneidverhalten auch eine höhere Flexibilität aufgrund des geringeren Kerndurchmessers der Feile aufweisen.

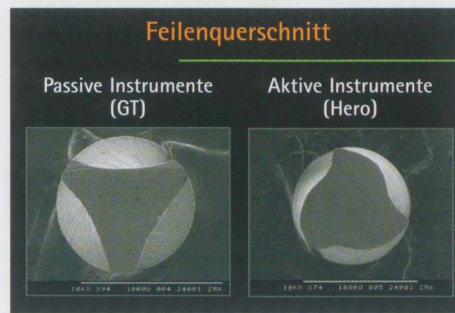


Abb. 6: Beispiele für ein passiv arbeitendes Instrument (links, GT Feile) und ein aktiv arbeitendes Instrument (rechts, Hero Instrument); beide mit negativem Spanwinkel.

Fazit:

Die maschinelle Wurzelkanalaufbereitung mit Nickel-Titan Instrumenten stellt ohne jeden Zweifel eine große Hilfe bei der Wurzelkanalaufbereitung dar. Ohne hohe industrielle Investitionen wären diese Fortschritte undenkbar gewesen. Somit sind die Bemühungen der Dentalindustrie, die Neu- und Andersartigkeit eines Produktes darzulegen, nur zu gut verständlich. Detailliert hervorgehobene, einzelne geometrische Details geben jedoch keinen Hinweis auf das Arbeitsverhalten oder die Aufbereitungseffizienz eines Instrumentes.

Vermeintliche Vorteile von Geometrie und Funktion sollten daher nicht leichtfertig von Autoren, Referenten und Zahnärzten übernommen, sondern zunächst einer kritischen Prüfung unterzogen werden.

OA Dr. David Sonntag,
Klinik für Zahnerhaltungskunde
Philipps-Universität Marburg



Dr. Karlheinz Kimmel

endo2

Je unpräziser die Werbeaussagen der Industrie sind, umso wichtiger ist die genaue Normierung der angebotenen Instrumente, an der sich Hersteller wie Anwender zu orientieren haben. Der folgende Beitrag des Kollegen Dr. Karlheinz Kimmel zeigt, wie detailreich und überaus kompliziert Normierungsbemühungen sind. Auch wenn sich die Praxisrelevanz für viele erst auf den zweiten Blick erschließt, lohnt es sich, ein wenig in diese zunächst fremde Fachmaterie einzusteigen.

Die Redaktion

Normung der Endodontie-Instrumente

Karlheinz Kimmel

Im Rahmen der so genannten Dentalnormung gibt es auch für die Wurzelkanalinstrumente eine Reihe von Normen, mit denen die Qualität dieser Medizinprodukte weltweit gesichert sowie deren Klassifikation und Identifikation gewährleistet werden soll. Diese Normen werden in bestimmten Abständen immer wieder an die wissenschaftliche und technische Entwicklung angepasst. Gegenwärtig geht es hier um die Neuformulierung der DIN EN ISO 3630 Wurzelkanalinstrumente – Teil 1: Allgemeine Anforderungen und Testmethoden und DIN EN ISO 6360 Nummernsystem für rotierende Instrumente Teil 5: Spezielle Eigenschaften von Wurzelkanalinstrumenten auf der ISO-Ebene, wo ein Konsens auf breiter Basis angestrebt wird. Die folgenden Angaben über die DIS ISO 3630-1 und den Normenentwurf DC ISP 6360-5 beschreiben nicht die ISO-Normen nach Abschluss des Bearbeitungsprozesses.

Für die Normungsprojekte im Bereich der Wurzelkanalinstrumente ist in der Bundesrepublik Deutschland der Arbeitsausschuss D4 Rotierende Instrumente im Normenausschuss Dental (NADENT) des Deutschen Instituts für Normung e. V. (DIN) zuständig, der auch im ISO/TC 106 Zahnheilkunde innerhalb des SC 4 Dentalinstrumente (Sekretariat: Deutschland) in der WG 9 (Sekretariat: USA) die entsprechenden Aufgaben erfüllt. In dieser Arbeitsgruppe sind ausschließlich Mitarbeiter der Hersteller von technischen Arbeitsmitteln für endodontische Maßnahmen vertreten. Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass die deutschen Experten hier seit über vier Jahrzehnten eine wertvolle Pionierarbeit geleistet haben.

DIS ISO 3630-1: Wegen der NiTi-Instrumente Neuformulierung notwendig

Die Entwicklung der Nickel-Titan-Endodontieinstrumente hat nicht nur zu einem Paradigmenwechsel bei der Auswahl und Anwendung der Wurzelkanalinstrumente geführt, sondern erfordert auch eine Anpassung der Anforderungen und Testmethoden im Normungsbereich. Die modifizierte Norm befindet sich als DIS ISO 3630-1 in der letzten Phase der Akzeptanz durch die ISO-Zentrale, so dass in Bälde mit einer offiziellen Veröffentlichung gerechnet werden kann. Automatisch wird dann der ISO-Standard auch deutsche DIN- und europäische CEN-Norm.

Terminologie – Klassifikation

Als Wurzelkanal- bzw. Endodontieinstrumente werden Dentalinstrumente bezeichnet, die für die Untersuchung, Entfernung der Pulpa, Formgebung, Reinigung und Füllung von Wurzelkanalsystem angewendet werden. Dabei sind nach IDIS ISO 3630-1 die folgenden Typen zu unterscheiden:

- **Typ 1:** Instrumente in Standardgröße (verlängerter Kegel der Arbeitsteilspitze mit einem Standard-Durchmesser von 0,02 mm/2% – Abb. 1)
- **Typ 2:** Instrumente mit unterschiedlichen Größen (= Durchmesser) der Instrumentenspitze (anders als 0,02 mm – Abb. 2)
- **Typ 3:** Instrumente mit abgerundeter Spitze (Abb. 3)
- **Typ 4:** Instrumente ohne Zuspitzung (Abb. 4)
- **Typ 5:** Andere Instrumente ohne ISO-Vorgaben

Je nach Durchmesser (ISO-Größe 006 = 0,06 mm – ISO-Größe 140 = 1,40 mm) und der Länge der Arbeitsteilspitze sind die Instrumente farb-codiert.

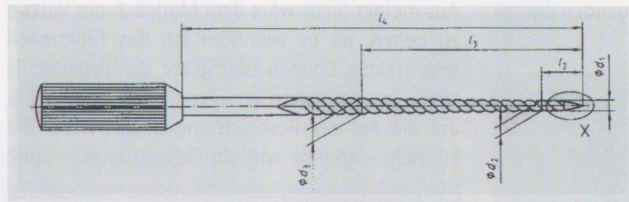


Abb. 1 DIS ISO 3630-1: Abmessungen und Form beim Typ 1 (Standardgröße – Arbeitsteilende 0,02 mm/2%)

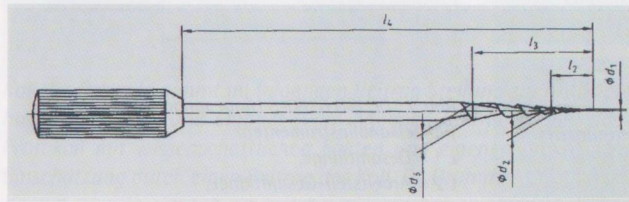


Abb. 2 DIS ISO 3630-1: Abmessungen und Form beim Typ 2 (Arbeitsteilende anders als 0,02 mm/2%)

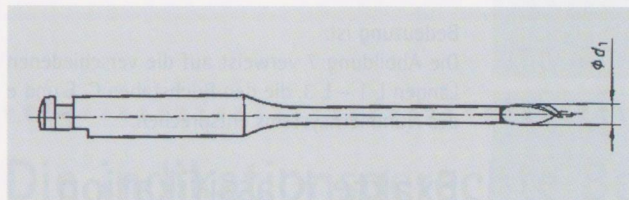


Abb. 3 DIS ISO 3630-5: Abmessungen und Form beim Typ 3 (abgerundete Spitze)

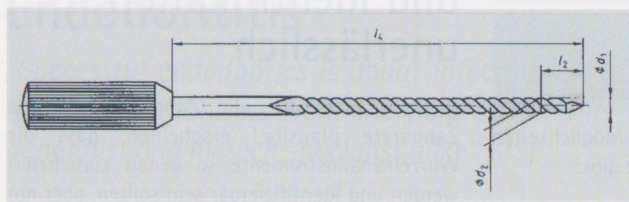


Abb. 4 DIS ISO 3630-1: Abmessungen und Form beim Typ 4 (zylindrisch mit konischer Spitze)

Anforderungen – Prüfverfahren

Bei der Dimensionierung der Instrumente geht es um das genaue Einhalten der in der Norm angegebenen Maße, die im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen normgerecht überprüft werden müssen.

Bei den mechanischen und chemischen Anforderungen sind die folgenden Eigenschaften zu überprüfen:

- Bruchfestigkeit bei Verwindung
- Biegefestigkeit
- Schaft- und Handgriffsicherheit
- Widerstandsfähigkeit gegen Korrosion (zum Beispiel gegenüber Desinfektionsmitteln)
- Widerstandsfähigkeit gegen Hitze (bei der sachgerechten Sterilisation)

Wichtig ist dabei, dass auch die Farbkodierung nicht beeinträchtigt werden darf.

In der Einführung zu dieser neu formulierten Norm wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Anwender der Instrumente insbesondere bei den NiTi-Instrumenten die Sicherheitsanweisungen der Hersteller beachten sollten, da sonst die Gefahr besteht, dass die Instrumentenspitze abbricht.

ISO 6360-5: Zur Zeit noch zwei Nummernsysteme in der Diskussion

Die Bezeichnung bzw. Nummerierung von Dentalinstrumenten, wie sie für eine optimale Klassifikation und Identifikation notwendig erscheint, ist eine der schwierigsten Aufgaben im Normungsbereich. Dies gilt insbesondere für die Wurzelkanalinstrumente und deren klinisch- und technisch-funktionelle Vielfalt, so dass es gerade hier nicht einfach ist, einen Konsens auf internationaler Ebene zu erreichen.

Die generellen Eigenschaften von rotierenden Dental- und damit auch Wurzelkanalinstrumenten sind im Teil 1 der DIN EN ISO 6360-1:2004 Nummernsystem für rotierende Instrumente beschrieben, während die Instrumentenformen im Teil 2 dieser Norm (= DIN EN ISO 6360-2:2004) dargestellt werden.

Der gegenwärtig in der Diskussion befindliche Normenentwurf CD ISO 6360-5 Spezielle Eigenschaften von Wurzelkanalinstrumenten weist 2 unterschiedliche Modelle eines Nummernsystems auf, die beide auf einer Folge von 15 Zahlen (Abb. 5 und 6) basieren.

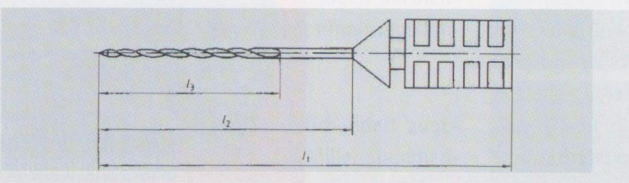


Abb. 5 DC ISO 6360-5: Modell 1 des Nummernsystems für Wurzelkanalinstrumente gemäß DC ISO 6360-5

Das Modell 1 beruht auf der folgenden Systematik (Abb. 5):

1. Zahlengruppe:

- A - Zahlen 1 und 2
Werkstoff des Arbeitsteils
(z. B. Nickel-Titan)
- Zahl 3
Beschichtung des Arbeitsteils
(z. B. Chrom)

2. Zahlengruppe:

- B - Zahlen 4 und 5
Art des Schaftes oder Handgriffs
- C - Zahl 6
Gesamtlänge

3. Zahlengruppe:

- D - Zahlen 7-9
Form des Arbeitsteils

4. Zahlengruppe:

- E - Zahlen 10 und 11
Länge des Arbeitsteils
- Zahl 12
Spitze des Arbeitsteils

5. Zahlengruppe:

- F - Zahlen 13 - 15
Nominalgröße des Arbeitsteils

Hier ist anzumerken, dass es zwei Möglichkeiten der Definition der Arbeitsteillänge gibt:

1. Das Maß zwischen Instrumentenspitze und dem oberen Ende des aktiven Teils

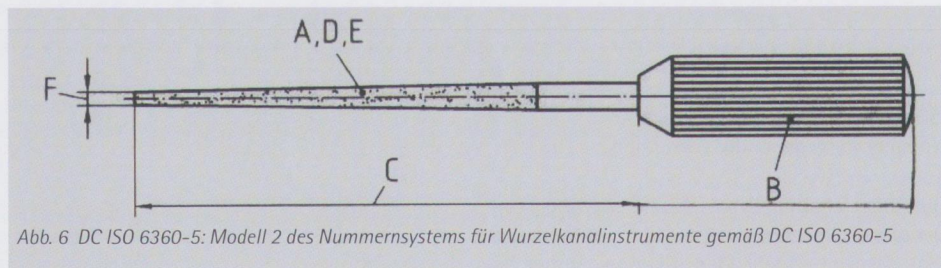


Abb. 6 DC ISO 6360-5: Modell 2 des Nummernsystems für Wurzelkanalinstrumente gemäß DC ISO 6360-5

2. Das Maß zwischen Instrumentenspitze und Schaft/Handgriffansatz

Das Modell 2 weist die folgende Systematik auf

1. Zahlengruppe:

- A - Zahlen 1 und 2
Werkstoff des Arbeitsteils

2. Zahlengruppe:

- B - Zahlen 3 und 4
Art des Schaftes oder Handgriffs
- C - Zahlen 4 und 5
Gesamtlänge des Arbeitsteils

3. Zahlengruppe:

- D - Zahlen 7 - 9
Form des Arbeitsteils

4. Zahlengruppe:

- E - Zahlen 10 - 12
Spitze des Arbeitsteils

5. Zahlengruppe:

- F - Zahlen 13 - 15
Nominalgröße des Arbeitsteils

Aus meiner Sicht wäre dem Modell 2 der Vorzug zu geben, da es wichtiger ist, das funktionell bedeutsame Ende = die Spitze des Arbeitsteils genau zu definieren als - wie beim Modell 1 - auf die Art der Beschichtung hinzuweisen, die klinisch - ebenso wie die Gesamtlänge - ohne

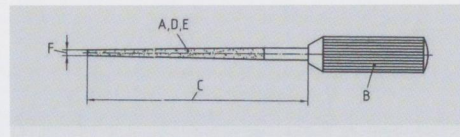


Abb. 7: DC ISO 6360-5 Längenangaben bei Wurzelkanalinstrumenten:
L 1 = Gesamtlänge,
L 2 = Arbeitsteil-Gesamtlänge,
L 3 = Länge des aktiven Arbeitsteils

Bedeutung ist.

Die Abbildung 7 verweist auf die verschiedenen Längen L 1 - L 3, die den Buchstaben C, E und e des Nummernsystems entsprechen.

Exakte Klassifikation und Identifikation unerlässlich

Es mag nicht für alle Zahnärztinnen und Zahnärzte plausibel erscheinen, dass die Wurzelkanalinstrumente so genau klassifiziert werden und identifizierbar sein sollten, aber nur so ist eine systematische endodontische und

dabei Prozess- und Ergebnisqualität sichernde Behandlung möglich. Dies gilt mehr denn je für die Bestimmung und Erkennbarkeit der Arbeitsteil-Werkstoffe - mit Nickel-Titan als neuem Material, aber auch für die Form, Ausführung und Größe (= Durchmesser) der aktiven Teile.

Akzeptanz der Nummernsysteme problematisch

Seit der ersten Initiative der deutschen „Bohrergruppe“ in den 60er Jahren, ein Nummernsystem für rotierende Dentalinstrumente zu entwickeln (DIN 13955) und dann auf internationaler Ebene in Form der ISO 6360 einzuführen, war es immer sehr schwierig, eine solche normative Klassifikation in der Fachwelt durchzusetzen, weil zum Beispiel die Mehrzahl der Hersteller ihre eigenen Identifikations- bzw. Bestellnummern beibehalten wollten. Ähnliches gilt für die DIN EN ISO 4073 Basiskonzepte der zahnärztlichen Arbeitsplatzausstattung, die von mir in den 70er Jahren konzipiert und nur von wenigen Unternehmen übernommen wurde.

Diese Zurückhaltung ist aber nicht nur bei der Industrie, sondern ebenso bei der Wissenschaft zu verzeichnen, wo selbst in Lehrbüchern weder die ursprüngliche DIN ISO 6360:1986 noch die späteren Versionen (zuletzt DIN EN ISO 6360:2004) zur Identifikation der empfohlenen Bohrer, Fräser (nicht „Fräsen“) und Schleifer herangezogen wurden.

Es ist zu wünschen, dass der Normentwurf CD ISO 6360-5:2005 recht bald zu Ende diskutiert und als DIN EN ISO 6360-5 als Klassifikations- und Identifikationssystem für Wurzelkanalinstrumente realisiert werden kann.

Dr. med. dent. Karlheinz Kimmel, Neuhäusel

ANZEIGE



Lipinski & Hoffmann
zahntechnik

Qualität & Service

... eine starke Verbindung
für Ihren Praxiserfolg

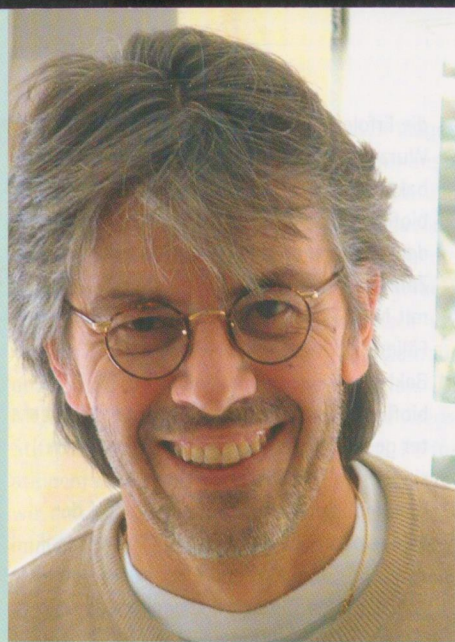


ZERTIFIZIERT
ProLab
Fachlabor
für Implantat-Prothetik
AKADEMIE 04/05

Ihre Zahntechnikermeister:
Lipinski & Hoffmann

Margaretenstr. 16 • 93047 Regensburg
info@zahnerlebnis.de • Fax 79 25 11 • Fon 09 41.79 15 21

www.zahnerlebnis.de



Dr. med. Dr. med. dent. Rüdiger Osswald

endo2

Koll. Dr. Osswald nimmt im folgenden Beitrag Stellung zur Kritik, die sein Artikel im Forum 86 erfahren hat. Er präzisiert und ergänzt seine Angaben und begründet das von ihm praktizierte Endodontie-Protokoll mit wissenschaftlichen Fakten und eigenen praktischen Erfahrungen. Ergänzt wird seine Einschätzung durch einen Beitrag des Koll. Dr. Grummt.

Die Redaktion

Die indikationsgerechte Behandlung der Endodontitis

"Successful endodontics is about infection control: eliminating and excluding microorganisms from the pulp space. This is universal truth for the generalist and hi-tech specialist alike" [25]

Nach überlieferter Weisheit gilt ein Chirurg ohne anatomische Kenntnisse als Maulwurf, der im Dunkeln arbeitet und Hügel schafft. Auch wenn das Scheitern endodontischer Bemühungen selten Gräber, dafür aber regelmäßig Zahnlücken, Implantate, Brücken und Prothesen generiert, kommen wir nicht umhin, die Ätiologie und Pathogenese der Endodontitis genau zu beachten, wenn wir sie vermeiden oder bekämpfen wollen. E gibt eben, anders als Kollege Strippel glaubt [21], nicht nur den toten und den lebenden Zahn, sondern vielmehr auch ein Zwischenstadium, die sogenannte „partielle Gangrän“, die zwar theoretisch histologisch, jedoch klinisch praktisch nicht von der akuten Pulpitis abzugrenzen ist. Aus gutem Grunde schrieb Walkhoff vor bald 100 Jahren, der Zahnarzt sei gut beraten, Potenz und Renitenz von Bakterien zum Wohle seiner Patienten besser zu über - als zu unterschätzen [23]. Die Gegenrede Strippels enthält kein Argument, warum die Infektionslehre und die medizinischen Grundsätze der Behandlung septischer Zustände ausgerechnet bei der Behandlung der Endodontitis keine Gültigkeit haben sollten. Die indikationsgerechte Behandlung mit Blick auf die Folgekosten von „billions of dollars“ [6] mit dem Hinweis auf die (geringen) Mehrkosten zusätzlicher medikamentöser Einlagen abzulehnen, ist mit Blick auf den Verlust erhaltungsfähiger Zähne kurzschichtig.

Der Heimholz im vorletzten Jahrhundert zugeschriebene, wahrscheinlich von Miller stammen-

de Satz „Es ist wichtiger, was man aus dem Kanal heraus holt, als was man hinein gibt“, der wie kein anderer die mechanische Orientierung der Endodontie bis in die heutige Zeit prägt, ist zwar besonders griffig und daher zum Nacherzählen geeignet, beschreibt jedoch nicht die indikationsgerechte Behandlung der Endodontitis [5, 16, 23, 26].

Äpfel und Birnen

Wer sich wie Strippel - ohne über die Assistentenzeit hinaus praktische Erfahrung gesammelt oder wissenschaftlich im Bereich der Endodontologie gearbeitet zu haben - in der Folge zufrieden mit den unbefriedigenden Ergebnissen endodontischer Bemühungen zeigt und keine Notwendigkeit zur Veränderung des Behandlungsprotokolls sieht, begibt sich damit öffentlich in Widerspruch zu renommierten Wissenschaftlern wie Figdor, Siqueira, Tronstad, Tope, Haapasalo, Orstavik, Nair, Waltimo [6, 7, 10, 14, 17, 24] und vielen anderen und lehnt sich weit aus dem Fenster. Und ehe man ein schriftgewordenes Urteil über ein potentes Desinfektionsmittel fällt, sollte man sich zumindest marginal mit seiner Pharmakologie beschäftigen haben, um nicht Äpfel und Birnen gleichzusetzen. Ungenügend ist es in jedem Falle, die Anwendung von Ca(OH)_2 gebetsmühlenartig als der Weisheit letzter Schluss hinzustellen, wenn es die Spatzen bereits von den Dächern pfeifen, dass es als alleinige Langzeiteinlage in der Endodontie unzureichend

und die Wissenschaft seit Jahren auf der Suche nach einer besseren Alternative ist [7, 10, 24]. „Desinfektion“ und „Biologische Verträglichkeit“ schließen sich im Übrigen weitgehend aus: „Biologisch verträgliches Desinfektionsmittel“ ist eine *contradictio in adjecto*. Bakterien sind Zellen und Teil unseres biologischen Systems. Wenn sie Krankheiten verursachen, sind sie aus ärztlicher Sicht als zu eliminierende Aggressoren einzustufen. Wenn ein zu diesem Zweck angewandtes Mittel also bioverträglich und nicht zytotoxisch ist, dann ist es per definitionem kein Desinfektionsmittel. Ein Desinfektionsmittel kann prima vista nicht zytotoxisch genug sein. Lediglich darüber, ob man es als Medikament am Menschen anwenden darf, muss auf wissenschaftlich hohem Niveau diskutiert werden. Darüber entscheiden die Qualität und der Umfang seiner Nebenwirkungen, deren Reversibilität, die Frage, ob mögliche Nebenwirkungen in einem akzeptablen Verhältnis zum Erreichen des Ziels seiner Anwendung stehen und seine Zulassung durch das Bundesamt für Arzneimittel (BfArM). Das Problem von $\text{Ca}(\text{OH})_2$ ist, dass es zu zytotoxisch ist, um keine Wirkung auf Bakterien zu erzielen, da es sonst niemand anwenden würde. Es ist mit Blick auf die unbefriedigenden Ergebnisse seiner alleinigen Anwendung offensichtlich jedoch nicht zytotoxisch genug, so dass die Suche nach einer potenteren Alternative auch im Dezember 2005 anhält [24].

Natürlich kann man viel billiges Chlorphenol und wenig teures Kampfer zusammenschütten und mit Alkohol als Lösungsmittel auffüllen. In jedem Falle kommt eine Chlorphenol-Kampfer-Lösung dabei heraus. Fügt man noch ein wenig Menthol hinzu, entsteht sogar ChKM. Allein der Apotheker um die Ecke weiß, dass man durch einfaches Vermischen in keinem Falle die Original-ChKM-Lösung nach Prof. Walkhoff herstellen kann. Deren Besonderheit ist es nämlich, eine mit Kampfer vollständig gesättigte Chlorphenol-Menthol-Lösung zu sein, die kein weiteres Lösungsmittel enthält, insbesondere keinen Alkohol. In der ChKM-Lösung nach Prof. Walkhoff ist die ätzende Wirkung von Chlorphenol als dem stärksten bei der Anwendung am Menschen beherrschbaren Desinfektionsmittel vollständig aufgehoben, ohne dass die bakteriziden Eigenschaften verloren gehen. Liest man die alten, zum Zwecke der Gegenrede zitierten Originalartikel [1, 3, 12] und nicht nur ihre Abstracts, wird deutlich, dass jeweils nur ungesättigte Chlorphenol-Kampfer-Lösungen untersucht wurden (camphorated parachlorphenol), wobei - wissenschaftlich unbefriedigend - das verwendete Lösungsmittel in der Mehrzahl der Studien nicht einmal angegeben ist. Nicht umsonst wurde der Billigversion der Fa. Speiko die Zulassung als Medikament im Nachzulassungsverfahren vom BfArM im Jahr 2005 entzogen, während sie der Original-ChKM-Lösung nach Prof. Walkhoff nicht nur für die Anwendung im Zahn, sondern sogar für die Behandlung des apikalen

Granuloms erteilt wurde - im Gegensatz übrigens zu dem außerhalb des Zahnes wegen seiner gravierenden Nebenwirkungen [9] mit einer Kontraindikation belegten hochprozentigen NaOCl [13, 20].

Fazit:

Es liegt seit den überzeugenden Studien von Engel aus 1950 [4] und Castagnola an der Universität Zürich aus 1951 [2] nicht eine einzige neuere wissenschaftliche Untersuchung über die Original-Lösung nach Walkhoff vor.

Dem Irrtum des Vergleichs von Äpfeln und Birnen unterliegen auch Hülsmann und Versümer [22], die in ihrem Aufsatz Walkhoff als Erfinder von ChKM ebenso wenig erwähnen wie die renommierten Wissenschaftler Hess, Engel, Castagnola und viele andere. Obwohl Hülsmann und Versümer die Anwendung aller ChKM-Lösungen in einem überraschenden Fazit, das durch die Abhandlung selbst nicht gedeckt ist, als obsolet bezeichnen, konnten auch sie keine einzige der behaupteten Nebenwirkungen belegen.

Die Verwendung von Alkohol als Lösungsmittel in den in Deutschland mittlerweile verbotenen Billigzubereitungen erklärt im übrigen, warum das in den überholten Studien untersuchte Chlorphenol-Kampfer-Gemisch nur relativ kurzzeitig wirksam war. Alkohol ist bekanntlich genau so flüchtig wie in den Geweben löslich. Die geniale Idee von Walkhoff war es gerade, Kampfer in einem besonderen technischen Verfahren als alleiniges Lösungsmittel zu verwenden. Das führt dazu, dass Chlorphenol genau so lange und in gleicher Menge in Lösung geht, wie Sekret gebildet wird, wobei in einem Fließgleichgewicht immer nur eine 1,3%ige Karbollösung entsteht, nicht mehr und nicht weniger. Und genau solange Sekret nachläuft, ist die Original-Lösung wirksam, bis die zur Verfügung stehende Menge aufgebraucht ist. Das wurde vom pharmakologischen Institut der Universität Zürich in einer aufwändigen Untersuchung bestätigt [23] und wird sich auch dadurch nicht ändern, dass man sich von zahnärztlich-wissenschaftlicher Seite seit Jahren beharrlich weigert, diese Tatsache zur Kenntnis zu nehmen.

Zur Kenntnis zu nehmen ist darüber hinaus endlich auch, dass

1. es genau wie in 1906 auch in 2006 eine universelle Wahrheit ist, dass erfolgreiche Endodontie zuallererst in Infektionskontrolle besteht [23, 25],
2. sich die Behandlungsergebnisse trotz aller mechanischer Bemühungen in den letzten 50 Jahren nicht verbessert haben [2, 6],
3. die Erfolgsaussichten bei beherdeten Zähnen deutlich geringer sind als bei nicht beherdeten [11, 18],

4. die Erfolgsaussichten bei bakterienfreien Wurzelkanälen deutlich höher sind als bei bakterienbesiedelten [5],
5. biofilmbildende Bakterien in 90 % der nach dem Goldstandard behandelten beherdeten Zahnwurzeln nachweisbar sind [17],
6. mit NaOCl und $\text{Ca}(\text{OH})_2$ allein in sehr vielen Fällen und nicht vorhersehbar keine Bakterienfreiheit herzustellen ist [10, 17, 24],
7. biofilmbildende Bakterien 1000fach resistenter gegenüber Wurzelkanal-desinfizierern sind als frei vorliegende Keime [25],
8. biofilmbildende Bakterien sowohl auf der Wurzeloberfläche als auch im Wurzelkanal, sowie im Granulom und auch in der tiefen parodontalen Taschen nachweisbar sind [14, 17],
9. die Anwendung von NaOCl aufgrund seiner schweren, teilweise lebensbedrohlichen Nebenwirkungen außerhalb des Wurzelkanals kontraindiziert ist [9, 13, 20],
10. und die Qualität der individuellen Immunantwort des jeweiligen Patienten eines der drei Hauptkriterien für die Voraussagbarkeit des Ausheilungserfolges apikaler Herde ist [15].

Wie sind die Erfolgsaussichten bei penibler Anwendung des ansatzweise beschriebenen Endodontie-Protokolls?

Wenn wir uns an die Geschichte der Implantologie erinnern, so ist der Vorteil der Praktiker insbesondere der, dass sie auf Vorhaltungen, ihre Therapieansätze seien im wissenschaftlichen Sinne obsolet, nicht evidenzbasiert und deshalb abzulehnen, völlig gelassen mit „Don't tell me, show me!“ antworten können.

Im Rahmen einer Dissertation wurde von Frau Dr. Bettina Speich in 2003 [19] eine retrospektive Studie über Art und Verlauf der Versorgung der endodontisch behandelten Zähne unserer Gemeinschaftspraxis durchgeführt. Von den ca. 3500 Zähnen, bei denen bis zum Beginn der Studie Wurzelfüllungen gelegt worden waren, wurden 728 Zähne (ca. 20%) untersucht, bei denen eine röntgenologische Kontrollaufnahme vorlag, die mindestens 2 Jahre alt war. Die Patientenauswahl war nicht randomisiert. Die Fälle stammten aus der laufenden Kartei, wurden zufällig (im Sinne des allgemeinen Sprachgebrauchs: wahllos) ausgewählt. Patienten, also auch solche, bei denen wir von spektakulären Erfolgen wussten, wurden nicht eigens einbestellt. Der durchschnittliche Beobachtungszeitraum betrug 5,9 Jahre (2,1 bis 15,3 Jahre). 57,7 % (420) der Zähne wiesen bei

Behandlungsbeginn eine röntgenologisch diagnostizierbare apikale Aufhellung auf, was auf unsere weite Indikationsstellung zum Zahnerhalt hinweist. Ausgeschlossen von der Untersuchung waren lediglich wenige Patienten mit therapieresistenter Parodontitis und schweren Allgemeinerkrankungen. 94,5 % aller endodontisch versorgten Zähne standen nach diesem Zeitraum ohne klinische Symptomatik in Funktion. Die Mehrzahl der verlorenen Zähne musste wegen Stiftkomplikationen (Wurzelfrakturen, Perforationen) entfernt werden. Dazu ist zu sagen, dass wir anfangs der irrigen Auffassung waren, dass immer der größtmögliche Stift zu verwenden sei. Nachdem wir unseren Irrtum aufgrund von Misserfolgen bemerkt hatten, wurde das Stiftprotokoll im Untersuchungszeitraum verändert. Auf den rein endodontischen Misserfolg bezogen, ergab sich eine Erhaltungsquote von 98,4 %, da nur 11 der 728 Zähne wegen Komplikationen extrahiert werden mussten, die auf einen Misserfolg der eigentlichen Wurzelkanalbehandlung zurückzuführen waren. Die Notwendigkeit einer Wurzelspitzenresektion wegen eines endodontischen Misserfolgs ergab sich in 4 Fällen (0,5%).

Wir sind uns natürlich bewusst, dass es sich bei der Dissertation von Frau Speich nicht um die von der deutschen zahnärztlichen Wissenschaft und jetzt sogar vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen in Reaktion auf die Veröffentlichung unserer Ergebnisse eingeforderte prospektive Studie handelt. Wer könnte das von einer Dissertation oder überhaupt von einer von einer deutschen Hochschule vorgelegten wissenschaftlich-klinischen Untersuchung zur Endodontie behaupten? Wir wurden beispielsweise aufgefordert, ein nach strengen wissenschaftlichen Kriterien ausgesuchtes, randomisiertes Patientenkollektiv prospektiv nur mit Ca(OH)_2 und ein zweites zusätzlich mit ChKM nach Walkhoff zu behandeln. Als diejenigen, die bereits wissen, dass ChKM nach Walkhoff potenter desinfiziert als Ca(OH)_2 , würden wir dabei in ein nicht aufzulösendes ethisches Dilemma bei der Patientenauswahl geraten. Wir fordern daher eine solche Studie unter penibler Anwendung unseres Protokolls vielmehr von denjenigen ein, die im Gegensatz zu uns ganz offensichtlich noch auf der Suche sind. Anfangen könnte man mit Blick auf die oben aufgeführten zehn Punkte beispielsweise damit zu untersuchen, ob die Original-ChKM-Lösung nach Prof. Walkhoff im Gegensatz zu Ca(OH)_2 in der Lage ist, Biofilme aufzulösen. Von uns als Praktikern kann nicht mehr als die kontinuierliche Evaluation unserer endodontischen Fälle verlangt werden. Einem Vergleich mit der von Hülsmann vorgelegten retrospektiven und nicht randomisierten Studie, die zeigte, dass 50% der in der Allgemeinpraxis endodontisch behandelten Zähne nach 5 Jahren nicht mehr im Munde des Patienten waren [8], hält unsere Untersuchung allemal stand.

Weil wir uns dieser Problematik bewusst waren, haben wir einen sehr viel praktischeren Weg zur Verdeutlichung der Überlegenheit des von uns angewendeten Behandlungsprotokolls gewählt und weit über 100 aussagekräftige Fallbeispiele im Internet veröffentlicht (www.tarzahn.de), um der Wissenschaft beispielhaft voranzugehen. Wir zeigen damit v.a. auch, dass das größte Fragezeichen hinter jeder publizierten endodontischen Erhaltungsquote die Indikationsstellung des jeweiligen Behandlers zum Zahnerhalt darstellt, die aus keiner Statistik herauszulesen ist. Derjenige, der die engste Indikation zum Zahnerhalt stellt, also am schnellsten mit der Zange ist („intelligent case selection“), veröffentlicht möglicherweise die besten Ergebnisse. Auf der genannten Homepage sind überdies mehr als 30 beeindruckende Fälle anderer Behandler veröffentlicht, die unser Protokoll inzwischen erfolgreich anwenden und erfreut darüber berichten, dass sie heute Zähne konservierend ausheilen, die sie früher extrahiert oder zumindest primär resiziert hätten. Anhand der veröffentlichten Fälle kann jeder Praktiker genau wie jeder Wissenschaftler und MDK-Mitarbeiter unsere Indikationsstellung zum Zahnerhalt beurteilen und, wenn er will, mit seiner eigenen vergleichen.

Zu den epidemiologischen Hinweisen ist anzumerken, dass es sicher nicht allein die Antibiotika waren, die die Inzidenz der Infektionskrankheiten zurückgedrängt haben, auch wenn ich mir bezüglich der Desinfektionsmittel nicht so sicher wäre. Im übrigen ist zu fragen, wie solche Überlegungen demjenigen helfen sollen, der aus welchem Grunde auch immer an einer Infektion leidet? Wenn man klarer sehen möchte, kann es hilfreich sein, sich als Arzt in die Lage betroffener Patienten zu versetzen. Und ich bin, um es einmal an einem Extrembeispiel zu verdeutlichen, überzeugt, dass Kollege Strippel das Problem der unbefriedigenden Ergebnisse bei der Behandlung der Endodontitis differenzierter beurteilen würde, wenn beispielsweise die Behandlung der Gonorrhoe in gleicher Frequenz mit einer Amputation oder Exzision des erkrankten Organes enden würde.

Wenn ich mir eine Neurose aussuchen dürfte, so würde ich mich gerne als Extraktions- und Resektionsphobiker erhaltungswürdiger Zähne bezeichnet sehen. Mit der von Strippel zahnärztlicherseits gestellten Diagnose „Mikrobenphobie“ kann ich mit Blick auf Ätiologie und Pathogenese der Endodontitis und den Erfolg unseres genau so sorgfältigen wie geduldigen Desinfektionsprotokolls bei der Behandlung dieser einfachen bakteriellen Infektionskrankheit in einem sehr überschaubaren, vollständig beschriebenen anatomischen Umfeld, das ideale Bedingungen für die Anwendung potenter Desinfektionsmittel bietet, jedoch ebenfalls gut leben.

Dr. Dr. Rüdiger Osswald, München

Literaturnachweis

1. A. Byström, R. C., G. Sundqvist: The antibacterial effect of camphorated paramonochlorophenol, camphorated phenol and calcium hydroxide in the treatment of infected root canals. *Endod Dent Traumtol* 1, 170 (1985).
2. Castagnola, L.: Die Behandlung infizierter Pulpen und Wurzelkanäle und ihre Folgeerscheinungen. Helmut Haase-Verlag, Heidelberg 1951.
3. Chang, Y., DDS, MMS, K-W.Tai, DDS, MDS, L Chou, DDS, PhD, and M-Y Chou, PhD: Effects of Camphorated Parachlorophenol on Human Periodontal Ligament Cells In Vitro. *J Endodont* 25, 779 (1999).
4. Engel, H.: Die Behandlung infizierter Wurzelkanäle und Granulome nach der Methode von Walkhoff. Vergleichend rö-histologische Untersuchungen. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 11, (1950).
5. Engström, B., Hard af Segerstad, L., Ramström, G., Frostell, G.: Correlations of positive cultures with the prognosis for root canal treatment. *Odontol Revy* 15, 257 (1964).
6. Figdor, D.: Apical periodontitis: A very prevalent problem. *ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL* 94, 651 (2002).
7. Haapasalo, M., Endal, U., Zandi, H., Coil, J.M.: Eradication of endodontic infection by instrumentation and irrigation solutions. *Endodontic Topics* 10, 77 (2005).
8. Hülsmann, M.: Endodontie in Deutschland. *Der Artikulator* 71, (2001).
9. Hülsmann, M., Denden, J. M.: Iatrogene Zwischenfälle bei der Wurzelkanalspülung - Literaturübersicht und Falldarstellung. *Endodontie* 3, 191 (1997).
10. J.F. Siqueira, H. P. L.: Kaliumhydroxid als antimikrobielle Einlage in der Endodontie - Wirkungsmechanismen, Vorteile und Grenzen. *Endodontie* 11, 333 (2002).
11. Kojima, K., Inamoto, I.: Success rate of endodontic treatment of teeth with vital and nonvital pulps. A metaanalysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 95, 97 (2004).
12. L. Spängberg, D., PhD, B. Engström, DDS, PhD, and K. Langeland, DDS, PhD: Toxicity and antimicrobial effect of endodontic antiseptics in vitro. *J Oral Surg* 36, 856 (1973).
13. Lege Artis: Beipackzettel zu Histolith. 2006.
14. Leif Tronstad, P. T. S.: The evolving new understanding of endodontic infections. *Endodontic Topics*, (2003).
15. Marending M, P. O., Zehnder M: Factors affecting the outcome of orthograde root canal therapy in a general dentistry hospital practice. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 99, 119 (2005).
16. Mayrhofer, B.: Prinzipien einer rationalen Therapie der Pulpagangrän und ihrer häufigsten Folgezustände. *Jena* 1908.
17. Nair P. N. R., H. S., Cano Victor, Vera Jorge: Microbial status of apical root canal system of human mandibular first molars with primary apical periodontitis after "one-visit" endodontic treatment. *ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL* 99, (2005).
18. Sjögren, U., Hägglund, B., Sundqvist, G., Wing, K.: Factors affecting the long-term results of endodontic treatment. *J Endod* 16, 498 (1990).
19. Speich, B.: Retrospektive Studie zu Themen der Endodontie und der definitiven Versorgung an 728 endodontisch behandelten Zähnen. Inauguraldissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Zahnmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz dem Fachbereich Medizin vorgelegt, (2003).
20. Speiko: Beipackzettel zu Hypochlorid-Speiko. (2006).
21. Strippel, H.: Ist die Wurzelbehandlung mit ChKM wirklich überlegen? *DAZ-Forum* 86, 14 (2005).
22. Versümer, J., Hülsmann, M.: Die Anwendung von Chlorphenol-Präparaten als medikamentöse Einlage. *Endodontie* 2, 165 (2003).
23. Walkhoff, O.: Mein System der medikamentösen Behandlung schwerer Erkrankungen der Zahnpulpa und des Periodontiums. Verlag von Hermann Meuser, Berlin 1928.
24. Waltimo, T., Trope, M., Haapasalo, M., Orstvik, D.: Clinical Efficacy of Treatment Procedures in Endodontic Infection Control and One Year Follow-Up of Periapical Healing. *JOURNAL OF ENDODONTICS* 31, 863 (2005).
25. Whitworth, J.: Endodontics without compromise: a view from a provincial dental school. *Future Meetings of The Langham Endodontic Study Group Sat 14 Jan 2006*, (2006).
26. Wilson, M.: Susceptibility of oral bacterial Biofilms to antimicrobial agents. *J Med Microbiol* 44, 79 (1996).

»Projekt Qualitäts- sicherung«

Patienten- und
wettbewerbs-
orientiertes Qualitäts-
management für alle
niedergelassenen
Zahnärztinnen
und Zahnärzte

Machen
Sie mit!

Infos und Anmeldung:

Dr. Peter Nachtweh
Kaiserdamm 97
14057 Berlin
Tel. 030 3023010
Fax 030 3255610
peter.nachtweh@buz-berlin.de



Ein Projekt des: www.daz-web.de

Positive Erfahrungen mit ChKM

Zu dem von Koll. Osswald verfassten Artikel über ein erfolversprechendes Endodontiekonzept sowie zu der von Koll. Strippel hierzu veröffentlichten Antwort möchte ich einige Gedanken beifügen.

Zunächst sollte man sich über die erwünschten Ziele einer wie auch immer durchgeführten endodontischen Behandlung klar sein. Ich setze hier als Konsens voraus, dass die folgenden Ziele erreicht werden sollten:

- möglichst langfristiger Zahnerhalt
- möglichst geringe und möglichst seltene Komplikationen sowie
- für den Patienten, die Krankenkasse und den Zahnarzt bezahlbar und wirtschaftlich

Nun gibt es sogar über den Weg zu diesen Zielen in manchen Punkten Konsens. Dieser besteht darin, dass das grundsätzliche Problem die bakterielle Besiedelung des Wurzelkanalsystems sowie dessen komplizierte Anatomie ist. Weiterhin kann als allgemein anerkannt gelten, dass eine so gründlich wie nur möglich durchgeführte mechanische Entfernung des bakteriell zersetzten Gewebes bei größtmöglicher Schonung der Zahnhartsubstanz anzustreben ist, diese allein aber zur weitgehenden Keimreduzierung nicht ausreicht. Weiterhin ist ein möglichst dichter Verschluss der Wurzelkanäle und ein dichter und dauerhafter Aufbau des behandelten Zahnes zielführend.

Vor diesem Hintergrund ist es für mich nicht verständlich, dass Herr Strippel davon spricht,

dass bei devitalen Pulpen in den meisten Fällen keine oder nur eine geringe Bakterienbesiedelung vorliegt. Das ist schlicht falsch. Natürlich müssen nicht alle Mikroorganismen aus dem Wurzelkanalsystem beseitigt werden, aber ein Nachteil ist der Versuch der möglichst weitgehenden Beseitigung derselben sicherlich nicht. Auf nahezu jeder größeren Endodontietagung wird darauf hingewiesen, dass selbst nach klinisch optimal durchgeführter chemomechanischer Reinigung zwischen 30 und 60% des Wurzelkanalsystems nicht erreicht werden und auch gar nicht erreicht werden können. Mit diesem Wissen ist es nur logisch, zu versuchen, das restliche Gewebe, das nicht entfernt und/oder aufgelöst werden kann, chemisch zu desinfizieren.

Dass Calciumhydroxid dazu nicht ausreichend in der Lage ist, da es die Dentinkanäle nicht penetriert und gegen wesentliche Keime der Endodontitis (z.B. E. Faecalis) unwirksam ist, ist mittlerweile ausreichend wissenschaftlich dokumentiert. Dass ChKM ausgezeichnet kriechfähig ist und ein „vergleichsweise starkes Antiseptikum“ darstellt, wird selbst in der von Herrn Strippel als Argument gegen die Verwendung von ChKM angeführten Übersichtsarbeit von Hülsmann und Versümer bestätigt. Da über ChKM in der gesamten mir bekannten Literatur keine einzige klinisch relevante Nebenwirkung bekannt ist, erschließt sich für mich nicht, warum man es nicht als zusätzliche Option für eine erfolgreiche endodontische Behandlung einsetzen sollte.

Dr. Florian Grummt, Fürth



A.) Zufallsbefund einer radiulären Zyste ausgehend vom devitalen Zahn 22.

B.) Zustand nach medikamentöser Einlage von ChKM (für 1 Woche), Calxyl (für 1 weitere Woche) und WF mit lateraler Kondensation von Guttapercha und AHplus.

C.) Kontrolle nach nur ca. 3 Monaten mit nahezu vollständiger knöcherner Ausheilung der Zystenhöhle, durchgängig erkennbarem Parodontalspalt an den Zähnen 21,22,23 ohne jegliche chirurgische Intervention.



Dr. Celina Schätze

endo2

Der ChKM–Streit, Endo–Leitlinien und Neue Zahnheilkunde

Nach dem Genuß von diversen Fortbildungsvorträgen und –artikeln zum Thema Endodontie sowie der Lektüre von verschiedenen Leitlinientexten der DGZMK/DGZ, BZÄK/DGZMK der Europäischen Gesellschaft für Endodontie, der Schweizerischen und der Kanadischen Zahnärztereinigung bin ich zu der Auffassung gelangt, dass es wenig substanzvoll Neues auf dem Gebiet der Endodontie zu vermelden gibt, seit ich in den 70er Jahren studiert habe.

Auffällig neu ist nur die auf anderen Gebieten ebenfalls zu beobachtende heilslehrenartige Verengung in der Darstellung dessen, was erforderlich und „State of the art“ sei, wobei in Europa der radikalere Ton zu herrschen scheint.

Regeln, die schon früher galten, sind, die Kanäle möglichst vollständig aufzubereiten, zu reinigen und zu desinfizieren und dann dicht zu verschließen. Sowohl die Aufbereitung als auch die Reinigung und der Verschluss sollten mit wenig Risiken systemisch und für das lokale Gewebe erfolgen. Das gilt auch heute noch. Neu ist nur, mit welcher Penetranz einzelne Vorgaben gemacht werden, wie diese Ziele zu erreichen seien, obwohl statistisch offenbar nicht zu belegen ist, dass mit der Befolgung dieser Vorgaben signifikante Verbesserungen der Erfolgsraten gegenüber denen unserer Väter zu erreichen sind.

Mir drängt sich der Verdacht auf, dass diese Forderungskataloge viel mit Modernitätsgehebe, Profilsuche, Legitimation von Spezialistentum und Marketing zu tun haben. – Um Missverständnisse zu vermeiden: Sicher ist es auf dem Gebiet der Endodontie wie auf vielen anderen Gebieten dringend erforderlich, ein Spezialistenwesen auszubilden. Das sollte aber nicht dazu führen, dass die Arbeit des Generalisten, der für den „Normalfall“ auf eine sinnvolle Relationierung von Aufwand und Erfolgswahrscheinlichkeit angewiesen ist, durch solche Kataloge belastet wird oder unter Verweis auf den angeblich unbedingt notwendigen Aufwand der großzügigen Liquidation der Boden bereitet wird.

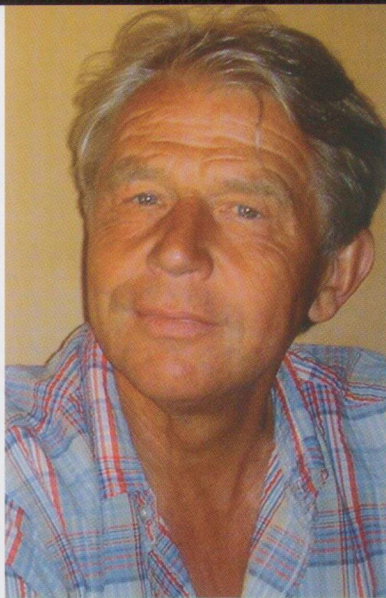
Die Verwendung von Ca(OH)_2 zur Desinfektion der Wurzelkanäle und zur Förderung der apikalen Ausheilung ist sicher, wie die Erfahrung und viele Studien belegen, grundsätzlich empfehlenswert. Weshalb aber die Verwendung von ChKM – obwohl auch von Kritikerseite keine erwiesenen

Schäden angeführt werden können – in die Nähe der Körperverletzung gerückt wird, ist für mich angesichts der erfahrbaren Erfolge und der angenehmen Praktikabilität nicht einzusehen. Das Anlegen von Kofferdam ist sicher gut und nützlich. Es scheint mir aber völlig überzogen, hier eine Grenze zwischen Behandlung lege artis und non lege artis zu ziehen. Wenn es grundsätzlich möglich ist, sogar eine Gangrän erfolgreich zu behandeln, wie kann dann die Kontaminationsprophylaxe mittels Kofferdam – notfalls durch chirurgische Kronenverlängerung – grundsätzlich gefordert werden?

Das Bemühen um eine genaue Bestimmung der Arbeitslänge für die Kanalaufbereitung ist sicher allen Behandlern gemeinsam. Die apodiktische Forderung nach einer Aufbereitung nur bis zur apikalen Konstriktion macht eventuell mehrere Röntgen-Messaufnahmen und endometrische Zwischenmessungen erforderlich, ohne dass für mich eindeutig belegt wäre, dass eine Wurzelbehandlung nur so ordnungsgemäß erfolgt. Ich habe schon durchaus einleuchtende Argumente für eine weitergehende Aufbereitung gehört, weshalb es mir eher angemessen erscheint, die verschiedenen Konzepte – durchaus mit einer gewissen Bevorzugung einer Seite – darzustellen und es dem Behandler zu überlassen, welche Ideen und Verfahren für ihn und in seiner Hand am besten funktionieren.

Die drei von mir angeführten Einzelpunkte sollen das Thema nicht erschöpfend behandeln, sondern als Beispiele dienen. Wir bewegen uns in unseren Behandlungen immer zwischen viel Erfahrung und wenig Evidenz. Sicher ist es richtig, ständig nach mehr Evidenz zu suchen, das sollte aber nicht dazu führen, wissenschaftliche Eindeutigkeit zu behaupten, wo es bestenfalls Hinweise gibt. Eine Behandlung ist als Gesamtheit zu betrachten. Ergebnisqualität entsteht leider immer noch durch viele untereinander abhängige Maßnahmen, von denen bestenfalls einige streng wissenschaftlich untersucht sind. Ich möchte nicht der Beliebigkeit das Wort reden. Wo etwas sicher schädlich oder unwirksam ist, soll das deutlich gesagt werden, wobei ich die Schädlichkeit auch schon wieder in einer sinnvollen Relation zum praktischen Nutzen beurteilt wissen möchte.

Dr. Celina Schätze, Berlin



Dr. Peter Nachtweh

endo2

Eine Gegenüberstellung

Die Honorierung der Wurzelkanalbehandlung beim Kassenpatienten und beim selbstzahlenden Patienten

In der Zahnheilkunde wird nicht nur darüber diskutiert, wie und in welchem Zeitraum eine Wurzelkanalbehandlung erfolgreich durchgeführt werden kann, sondern auch darüber, ob selbstverständlich unter den unterschiedlichsten wirtschaftlichen Bedingungen eine derartige komplizierte Behandlung überhaupt zu den Bema-Punkten erbracht werden kann und welche Höhe (welchen Steigerungsfaktor) die Privatrechnung beinhalten soll. Ich behaupte, dass sich bei dieser Diskussion nur wenige Kolleginnen und Kollegen bewusst sind, mit welchen Beträgen die Krankenkassen unsere Leistung tatsächlich honorieren. Dabei gehe ich natürlich zuerst davon aus, dass das Honorarvolumen nicht über den HVM nachträglich gekürzt wird. Und ich behaupte, dass sich nur wenige die Mühe gemacht haben, zu berechnen, dass sie der Steigerungssatz 2,3 bei einigen Leistungen schlechter stellt als z.B. die AOK-Vergütung.

Bei einer Wurzelkanalbehandlung gibt es obligatorische und fakultative Leistungen. Ich beschränke mich bei dem Vergleich außerdem beim Selbstzahler auf die Leistungen, die man im Bema wiederfindet und verzichte zum Beispiel auf die Erwähnung der elektrometrischen Längenbestimmung.

Leistung	Punkte	Honorar BEMA (Punktwert 0,75)	GOZ-2,3-fach	entspricht dem BEMA bei Faktor
Sens	6	€ 4,50	€ 6,46	1,6-fach
Rö2	12	€ 9,00	€ 6,69	3,1-fach
I	8	€ 6,00	€ 7,75	1,7-fach
L1	12	€ 9,00	€ 9,06	2,3-fach
bmF	10	€ 7,50	€ 8,41	2,1-fach
Dev	11	€ 8,25	€ 6,46	2,9-fach
Trep	11	€ 8,28	€ 8,41	2,3-fach
VitE	18	€ 13,15	€ 14,23	2,1-fach
Med	15	€ 11,25	€ 16,81	1,5-fach
Rö-Mess.	12	€ 9,00	€ 6,69	3,1-fach
WK	29	€ 21,75	€ 36,22	1,4-fach
WF	17	€ 12,75	€ 25,87	1,1-fach
Rö-Kontr.	12	€ 9,00	€ 6,69	3,1-fach

Die Verhältnisse zeigt die Tabelle. Als rechnerischen Punktwert benutze ich zur Vereinfachung den Mittelwert 0,75. Sicherlich liegt er in vielen KZV-Bereichen höher, weshalb

sich dann natürlich insbesondere der Bema-Faktor in der letzten Spalte noch zusätzlich erhöht.

Schon bei diesem geringen Punktwert erkennt man, dass man bei einigen Leistungen den Steigerungssatz in der GOZ über den sogenannten Schwellenwert von 2,3 ansetzen müsste, um vom Selbstzahler ein ähnliches Honorar zu bekommen wie von der AOK. Als Beispiele gelten die Rö2 und die Devitalisation des Zahnes. Nun berechne ich nach dieser Tabelle einige typische Behandlungsabläufe, wie sie wahrscheinlich im Durchschnitt die meisten Kolleginnen und Kollegen praktizieren. Die medizinische Einlage habe ich nur im Devitalisationsverfahren angesetzt.

Es wird das Honorar für eine Wurzelkanalbehandlung an einem unteren Molaren ermittelt. Im ersten Beispiel ist der Zahn devital, aber berührungsempfindlich, benötigt eine Injektion. Gesamtpunktzahl mit Messaufnahme und Röntgenkontrolle:

$$213 \text{ Punkte} \times 0,75 = 159,75 \text{ €}$$

Der selbe Zahn wird vitalexstirpiert:

$$256 \text{ Punkte} \times 0,75 = 192,00 \text{ €}$$

Der Zahn muss devitalisiert werden:

$$228 \text{ Punkte} \times 0,75 = 171,00 \text{ €}$$

Wie sieht nun eine Privatliquidation für den selbstzahlenden Patienten aus? Ich erstelle die Rechnung mit dem 2,3-fachen Steigerungssatz der Gebührenordnung.

Der Zahn ist devital und wird trepaniert.

Gesamthonorar ohne Materialkosten: 238,74 €

Der Zahn ist vital und wird vitalexstirpiert.

Gesamthonorar ohne Mat.-Kosten: 273,03 €

Der Zahn ist vital und wird devitalisiert.

Gesamthonorar ohne Materialkosten: 253,60 €

Lassen Sie das Zahlenwerk auf sich wirken und relativieren Sie das Honorar, egal ob Sie nun einen sozialversicherten Patienten oder einen selbstzahlenden Patienten behandelt haben, indem Sie jetzt den Zeitfaktor einfügen und das Ergebnis Ihrer Bemühungen an der letzten Röntgenkontrollaufnahme dokumentieren.

Dr. Peter Nachtweh, Berlin



Dr. Ulrike Scheybal

»Endodontie heute«

20. Berliner Zahnärztetag

Der 20. Berliner Zahnärztetag am 10. und 11. Februar 2006 stand unter dem von der Mehrheit der Berliner Kollegen und Kolleginnen in einer Umfrage gewünschten Thema "Endodontie heute".

In einer umfangreichen Vortragsreihe wurde, beginnend mit Strategien zum Vermeiden einer Wurzelkanalbehandlung, bis zur erfolgreichen definitiven Versorgung eines wurzelkanalbehandelten Zahnes die Thematik abgehandelt.

Dr. T. Dammaschke aus Münster beschäftigte sich mit den »Pulpa vital erhaltenden Maßnahmen«. Er strich heraus, dass maßgeblich für den Erfolg einer direkten Überkappung einer artifiziell eröffneten Pulpa nicht das Alter des Patienten oder die Größe der Eröffnung wären, sondern das Verhältnis der Größe der Eröffnung zur Größe der Pulpa. Auch das biologische Alter der Pulpa kann sich von dem des Patienten sehr unterscheiden und so das Ergebnis vital erhaltener Maßnahmen positiv/negativ beeinflussen. Ein weiterer entscheidender Faktor ist das keimarme Arbeiten. Der Kofferdam (zur Zeit ja in

der Diskussion als generelle Voraussetzung einer Wurzelbehandlung) sollte bei pulpanahem Arbeiten im letzten Drittel des Dentins angelegt werden. Als Mittel der Wahl stellt sich die frisch angerührte Kalziumhydroxid-Suspension dar, da nur sie einen ausreichend basischen pH-Wert aufweist. Ein weiteres, im Experiment sehr positiv beurteiltes, Mittel ist das MTA (Mineral Trioxide Aggregate). Es zeichnet sich gegenüber Kalziumhydroxid durch eine bessere Haftung und Stabilität in der Kavität, experimentell besseren Behandlungsergebnissen, allerdings auch durch einen sehr hohen Preis aus. Auch eine partielle Amputation von 2 mm der Kronenpulpa, vorgenommen mit steriler Diamantkugel und aqua dest. zur Kühlung, ist bei einem jugendlichen Zahn nach iatrogener Eröffnung oder erlittenem Trauma selbst nach Tagen eine Möglichkeit zur Vitalerhaltung der Pulpa.

Sollte die Vitalerhaltung nicht gelingen, muss die »Vorbereitung des Zahnes zur Wurzelkanalbehandlung« begonnen werden, die Dr. T. Neuber, ebenfalls aus Münster, erläuterte. Unbedingte Voraussetzung sind der dicht (!) angelegte Kofferdam und die Vorbereitung der Zahnkrone zum bakteriedichten Verschluss zwischen den Behandlungen.

Dr. C. Huhn aus Dessau erklärte die »Bestimmung der Arbeitslänge«. Hier ist die apikale Konstriktion mit der kleinsten Kontaktfläche zum Gewebe anzustreben. Er stellte verschiedene Methoden (Paper Point Test, Messaufnahme, Endometrie, taktiles Empfinden) und Geräte zur Endometrie vor. Als Vorteil bei Letzteren hat sich ein akustisches Signal bei Erreichen der Arbeitslänge herausgestellt.

»Moderne Konzepte der Wurzelkanalaufbereitung« war das Thema von Prof. R. Weiger aus Basel. Hier wurde die Handaufbereitung den verschiedenen maschinellen Aufbereitungstechniken gegenübergestellt. Aber egal welche Technik angewendet wird, entscheidend für den Erfolg ist immer die Keimfreiheit!

Dr. H.-W. Herrmann aus Bad Kreuznach beschrieb als Praktiker die »Diagnostik und Therapie endodontischer Notfälle«. Er wies auf den Provokationstest und die Vermessung der Zahnfleischtasche als wichtige diagnostische Hinweismittel hin.

Als Ersatz für einen Vortrag über NiTi-Aufbereitungssysteme wurde das »Wundermittel« MTA (Mineral Trioxide Aggregate) vorgestellt. Mit einem pH-Wert von 12,5 ist es dem Kalziumhydroxid ähnlich, weist eine sehr gute Biokompatibilität und ein hohes Abdichtungsvermögen gegenüber Bakterien auf. Wie oben schon erwähnt, sind im Experiment die Ergebnisse besser als bei Kalziumhydroxid. Man unterscheidet weißes und graues MTA, wobei das Erstere der ästhetischen definitiven Versorgung zuträglicher ist. Das Anmischen erfolgt mit aqua dest. zur gewünschten Konsistenz, die Applikation kann mittels Amalgamspritzen und Plugger erfolgen. MTA ist für den Verschluss jeglicher Perforationen, für die direkte

und indirekte Überkappung sowie für die retrograde Wurzelfüllung geeignet. Die gezeigten Ergebnisse waren beeindruckend. Leider ist MTA, wie schon erwähnt, exorbitant teuer und schließt sich vielleicht schon deshalb vom alltäglichen Praxisgebrauch aus.

»Techniken und Substanzen zur Desinfektion des Wurzelkanalsystems« war das Thema von Prof. M. Hülsmann, Göttingen. Herausgestellt wurde Natriumhypochlorid, dessen antibakterielle Wirkung nicht durch eine hohe Konzentration, sondern durch die Häufigkeit seiner Anwendung gesteigert wird. Eine Konzentration von 1% wird als optimal angesehen, während man bedenken sollte, dass eine Konzentration von 5% die Haftung der meisten Bondingsysteme (definitive Versorgung!) reduziert. Entscheidend ist die Frequenz der Spülungen. Natriumhypochlorid (egal ob 1% oder 5%) benötigt eine Stunde, um wirksam gegen *C. albicans* zu sein. Chlorhexidin-di-gluconat 2% weist eine breite antibakterielle Wirkung auf, aber es erfolgt keine Gewebeauflösung. Diese kann man durch die Anwendung von Chelatoren (EDTA, Calcinease oder Glide) erreichen. Die Eindringtiefe von Natriumhypochlorid in einer weiteren Sitzung kann somit erhöht werden, denn da EDTA Natriumhypochlorid inaktiviert, sollte EDTA als letzte Spülung angewendet werden. Das weit verbreitete CHKM ist als Protoplasmagift extrem zytotoxisch und als solches obsolet. Ultraschallsysteme sind positiv zu bewerten, da durch ihre Anwendung eine Erwärmung und somit Aktivierung der Spülflüssigkeiten erfolgt, die deren Wirkung verstärkt. Weiterhin wurde auf die Wirkung von Ozon eingegangen. Diese ist als fraglich zu bewerten, da es kaum Einfluss auf die Bakterien im Biofilm hat. Auch der Laser ist in seiner Anwendung fragwürdig. Trotz seiner hohen antibakteriellen Wirkung kann diese im sehr feinverzweigten Wurzelkanalsystem nicht ausgenutzt werden. Zu den medikamentösen Einlagen ist zu bemerken, dass das allseits beliebte Ledermix durch seine Bestandteile die Schmerzsymptomatik hemmt und damit die Diagnostik erschwert. Mittel der Wahl ist wiederum das Kalziumhydroxid.

Frau Dr. T. Rödiger, ebenfalls aus Göttingen, sprach über das Thema »Wurzelkanalfüllung: Techniken und Materialien«. Unbedingte Voraussetzung für das Abfüllen des Kanals ist seine Trockenheit. Die Desinfektion der Guttapercha kann mit Alkohol oder CHX erfolgen, aber nicht mit Natriumhypochlorid. Es würde eine Kristallisation von Natriumhypochlorid auf der Guttapercha-Oberfläche stattfinden und die Dichtigkeit der Füllung beeinflussen. Positiv bewertet als Wurzelkanalfüllmaterialien wurden die Epoxidharzsealer Ah-Plus und 2 Seal, die sehr positive Langzeitergebnisse aufweisen. Frau Dr. Rödiger stellte ebenfalls verschiedene Fülltechniken vor, mit dem Hinweis, dass Langzeitstudien adhäsiver Wurzelfüllmaterialien nicht existieren.

Dr. M. Georgi aus Wiesbaden erklärte als Praktiker sein Konzept »Die orthograde Revision«. Bei der Entfernung von Wurzelkanalstiften mit Ultraschall sollte nach 10 Minuten eine

Lockerung zu verzeichnen sein, eine wesentliche Verbesserung ist danach nicht zu erwarten. Zudem empfahl er wärmstens das PRS (Post Removable Set).

»Wurzelspitzenresektion: wann und wie« war die Thematik von Prof. C. Löst, Tübingen. Das Resümee seines Vortrages ist eine kritische Hinterfragung der WSR und wann sie vorgenommen werden sollte, sowie die Forderung nach einer retrograden Abfüllung, um ein intrakanalikuläres Geschehen sicher gegenüber dem Alveolar-knochen abzudichten.

Dr. M. Arnold aus Dresden referierte über »Sichthilfen in der Endodontie«. Selbstverständlich ist ein Mikroskop in der Endodontie ein Quantensprung gegenüber einer Lupenbrille, für eine allgemein-zahnärztliche Praxis aber nicht unbedingt erschwinglich.

In seinem Vortrag »Allgemeinmedizinische Aspekte der Endodontie« rief uns Prof. E. Schäfer sehr eindringlich dazu auf, unsere Verantwortung gegenüber allgemeinmedizinisch vorgeschädigten Patienten wahrzunehmen. In einem sehr engagierten Vortrag erfolgte die Sensibilisierung der Kollegen und Kolleginnen gegenüber den gesundheitlichen Risiken, die Patienten auch bei einer endodontischen Behandlung in unseren Praxen haben.

Herr Dr. G. Krastl aus Basel setzte sich zum Abschluss mit der »Restauration des wurzelkanalbehandelten Zahnes« auseinander. Entscheidendes Kriterium ist natürlich ein bakterienreicher Verschluss, das adhäsive Maßnahmen zu erfüllen scheinen. Die Adhäsivtechnik sollte allerdings nur im koronalen Drittel des Wurzelkanals, d.h. im zugänglichen Bereich, erfolgen. Sollte man ein Stiftsystem nehmen, sind Quarz- oder Glasfaserstifte positiv zu bewerten, da sie auf Grund eines ähnlichen Elastizitätsmoduls wie Dentin eine höhere Fraktur-stabilität aufweisen. Allerdings sind noch keine Langzeitstudien vorhanden. Die Zahnkrone sollte durch eine Restauration mit Überkupplung der Höcker stabilisiert werden.

Der 20. Berliner Zahnärztetag war wieder einmal eine hervorragende Gelegenheit, sein Wissen aufzufrischen, Kollegen zu treffen und sich über neue Entwicklungen zu informieren.

Dr. Ulrike Scheybal, Berlin

Die andere Meinung

Der nachfolgende Beitrag des Kollegen Dr. Guggenbichler aus Bad Homburg wurde wegen seiner wissenschaftlich nicht belegten Aussagen in der Redaktion ausgiebig diskutiert. Die Entscheidung, ihn dennoch hier abzudrucken, fiel aufgrund der Überlegung, dass die vorgestellten Ansichten vermutlich eine gewisse Verbreitung in der Zahnärzteschaft haben und deshalb die Gelegenheit genutzt werden sollte, diesen Theorien einige wissenschaftliche Argumente sowie praktische Erfahrungen anderen Inhalts entgegenzusetzen. Beachten Sie daher auch die angefügten Kommentare der Kollegen Dr. Hey und Dr. Osswald.

Die Redaktion

Endodontie unter immunologischen Aspekten Erfolgskriterien als Weichenstellung

Zweifellos ist es richtig, dass die Mehrzahl aller Wurzelbehandlungen in Deutschland qualitativ unbefriedigend sind. Die falsche Bescheidenheit bezüglich der Erfolgskriterien illustriert aber auch, wie wenig Zahnärzte in Wissenschaft und Praxis im allgemeinen und speziell in der Endodontie medizinische Gesichtspunkte einbeziehen und sich statt dessen ohne diagnostische Absicherung auf die funktionierende Immunabwehr des Patienten verlassen.

Gerade weil in den letzten Jahrzehnten auch die endodontischen Erfolgskriterien von der Wissenschaft nach unten korrigiert wurden, und mittlerweile sogar die Persistenz einer apikalen Aufhellung (!) nach WF (!) als Erfolg (!!!) gewertet wird, darf das aber nicht wundern. Dies ist als Kapitulation der Wissenschaft vor den Bedürfnissen der Praxis zu sehen: Eine Legitimierung des Faktischen. Ich verweise auf Guldners Feststellung, dass an jedem toten Zahn Entzündungsgewebe gefunden werden kann (1), das nach R. Banis Fernwirkungen "...bis hin zur Mitauslösung einer Krebserkrankung" hat (2).

Der DAZ-Forum-Titel Nr. 86 zeigt einen Zahn mit verbreitertem Desmodontalspalt - hier wie geschehen eine prothetische Versorgung durchzuführen halte ich für fragwürdig. Auch der auf S. 12 gezeigte Zahn 45, der forciert aufbereitet und überfüllt wurde, ist Dokument einer fragwürdigen Auffassung von Aufbereitung. Symptomfreiheit nach so einer Behandlung hat nichts mit der durchgeführten zahnärztlichen Arbeit zu tun, ist ausschließlich dem Umstand zu verdanken, dass das Immunsystem des Patienten zu defizitär ist, um darauf reagieren zu können.

Nicht nur meine über 20-jährige Erfahrung zeigt, dass grottenschlechte Wurzelfüllungen mit der Persistenz eines Zahnes im Mund einhergehen können oder auch ein devitaler Zahn ohne WF im Röntgenbild völlig unauffällig sein kann, zur vollsten Zufriedenheit des Patienten. Wenn es auch richtig ist, im hochakuten Schmerzfall

kurzfristig Kortikoide zu geben, die routinemäßige Gabe von Ledermix-Paste z. B. nach jeder Präparation oder bei jeder Endo grenzt an Fahrlässigkeit und hat einen hohen Preis: Die körpereigene Regulation wird ausgeschaltet, dies mit Folgen für den Patienten, die ein Zahnarzt gar nicht überblicken kann: Das Immunsystem möchte den toten Zahn eigentlich loswerden, kann nach Ledermix aber nicht mehr. Auch die verbreitete (Vor-)Medikation mit Antibiotika bei der kleinsten Entzündung muss hier als kausaler blockierender Faktor gesehen werden.

Zum Verhältnis von Aufbereitung, Desinfektion und Keimbeseidlung

Das Prinzip der gründlichen Aufbereitung ist zwar richtig, tritt aber anscheinend statistisch wenig in Erscheinung. Für mich deutlich ist, dass eine Aufbereitung und Abfüllung nach US-Kriterien keine Garantie für einen schmerzlosen Zahn darstellt. Zu viele Patienten haben ich schon gesehen, die unwillig den Zahnarzt gewechselt haben, weil "danach" immer noch Beschwerden da waren und sie mit der Aussage ihres Zahnarztes konfrontiert waren: "Der Zahn kann gar nicht weh tun, weil er tot ist!". Wer immer wieder erlebt, wie 0,5%iges Procain submucös injiziert in solchen Fällen hilft, versteht, dass Aufbereitung nur ein Teilaspekt ist. Denn auch im besten Fall bleiben 30-70 Prozent

der organischen Masse hauptsächlich in den Odontoblastenfortsätzen im Dentin (bis zu 3000 pro qmm) unangetastet und werden nekrotisch. Die Desinfektion bleibt eine oberflächliche und vorübergehende Maßnahme. Es ist kein Wunder, dass sowohl die herkömmliche Endodontie als auch die amerikanische Endo-Schule hinsichtlich der Erfolgsrate sich wenig unterscheiden, wie Strippel anmerkt. Sie teilen ein nur oberflächliches Desinfektionskonzept und entbehren des Verständnisses, was sich in den Tiefen der Dentintubuli und der umgebenden Spongiosa entwickelt. Eine bakterielle und mykotische Flora ("slow bacteria", Cell-Wall-Deficiencies (CWD) und Hochvalenzen der Pilze *Aspergillus niger* und *Mucor racemosus*, die Temperaturen von 70° C bis 400°C überstehen), entwickelt sich, um die nekrotischen Gewebe zu entsorgen (4). Ich finde es grotesk, dass die Vorstellung einer Desinfektion des Kanals die Endodontie so beherrscht, obwohl häufig Antibiotika als systemische Therapie zu Hilfe genommen werden. Dieses Desinfektions-Dogma ist mit verantwortlich dafür, dass das Konzept der Depotphorese nach Knappwost wenig angewandt wird. Deren Erfolgsquote auch bei Problemzähnen spricht für sich. Fachlich überzeugend an Knappwosts Methode ist für mich allein die Elektrophorese mit Cupral. (5). Der weitgehende Verzicht auf eine Aufbereitung ist für mich unverantwortlich.

Zusätzliche keimhemmende Maßnahmen sind sinnvoll. M. E. wird durch Laser-Anwendung nur ein Oberflächeneffekt erreicht. Einzig Ozon scheint mir fähig zur Tiefenpenetration. Seit über 50 Jahren ist die Ozontherapie bekannt als äußerst wirksame Maßnahme gegen Keime jeder Art. In Schwimmbädern wird es sogar anstelle des Chlors eingesetzt. Sowohl bei chronischen als auch bei akuten Infektionen (gerade endodontischen) ist sie sehr empfehlenswert nicht nur als antibakterielle und zugleich immunstimulierende Maßnahme, die sowohl zur Tiefendesinfektion von Wurzelkanälen

als auch zur apikalen Regeneration eingesetzt werden sollte. (6)

Ausblick zur langfristigen Bewertung des Therapie "Erfolgs" einer Wurzelbehandlung

Auch wenn es ein qualitativer Fortschritt ist, wenn ein Zahn nach US-Endodontontologen-Kriterien versorgt wird oder mit Depotphorese etc. statt mit einer kassenüblichen BEMA-Wurzelfüllung: Dieser Zahn kann nicht wie eine erfrorrene Zehe abgestoßen werden, sondern bleibt als autologes jedoch nicht vitales Gewebe, -quasi zum Fremdmaterial mutiert- potentiell immunologisch und energetisch ein (Regulations-)Problem. Der verbleibende Anteil an abgestorbenem organischem Gewebe kann zwar minimiert werden, aber nicht bis zum Wert Null. Dies bedeutet zwangsläufig, dass Leichengifte entstehen und damit die giftigsten bekannten organischen Verbindungen, die Mercaptane.

Bislang sind hier in Deutschland auch die Hinweise ohne Resonanz geblieben, die der Nestor der amerikanischen Endodontologen, George Meinig, nach 50 Jahren Endodontie-Erfahrung im allgemeinen und zur Klassifizierung des Röntgenbefundes bei devitalen Zähnen im speziellen gegeben hat (7) :

Nach seiner einleuchtenden Definition zeigt ein Granulom an einem toten Zahn, dass das Immunsystem des Patienten erfolgreich tätig geworden ist und eine "Auffangstation" für die freiwerdenden Toxine gebildet hat. Wo das aber nicht zu sehen ist, hat das Immunsystem versagt, und der Patient ist schutzlos diesen Toxinen ausgesetzt. Hierzulande werden aber gerade die Zähne noch oft (chirurgisch) nachbehandelt, die Granulome aufweisen, dabei wäre Therapie bei den Zähnen ohne Röntgenbefund viel wichtiger. Weil wir in der Uni gelernt haben, uns blind auf

das Röntgenbild zu verlassen, sind die allermeisten Zahnärzte unfähig, zu interpretieren, was oft nur minimal dort zu erkennen ist (beginnende Aufhellungen / Verschattungen, sklerosierende Ostitis, NICO, Granulome an vitalen Zähnen etc.) und außerstande, die Stoffwechsel- und Energieprozesse nachzuvollziehen, die sich dort abspielen. Vor allem, weil kein therapeutisches Wissen vermittelt wurde, wie und warum solche Befunde anzugehen sind, hören viele kranke Patienten den stereotypen Satz: „Sie haben nichts, im Röntgenbild ist alles in Ordnung“, selbst wenn dort Fremdkörper wie Amalgambestandteile, abgebrochene Endo-Feilen usw. zu sehen sind. In informierten Kreisen ist bekannt, dass Patienten bei einer rein schulmedizinischen Zahnsanierung mit Endodontie häufig nach einem Zeitraum von 10-15 Jahren chronische Symptombilder entwickeln, die dann therapeutisch schwer beherrschbar, bzw. nur unter Beachtung konsequentester Sanierungsprinzipien einer Remission zugänglich sind. Patienten, deren chronisch therapieresistente Beschwerden sich spontan (nur anscheinend unerklärlicherweise) nach Entfernung von devitalen Zähnen zurückgebildet haben, sind zu häufig, als dass es reicht, mit dem Vorschlaghammer-Vorwurf „Gebißverstümmelung" die Reflexion über solche Patienten plattzumachen, gerade weil solche Erfahrungen auch im universitären Bereich vorhanden sind.

Wenn schulmedizinischerseits bewährte Elemente einer naturheilkundlichen "Salutogenese" vgl. Dr. Braun von Gladiß (8) - wie z. B. Störherdsanierung als Humbug oder Nebensache abqualifiziert werden, ist das unter einem sozialmedizinischem Blickwinkel fatal, weil es den Tatbestand unterliebener Diagnose und Therapie, d. h. unterlassener Hilfeleistung bei Millionen von Patienten zur Folge hat.

(Literatur beim Verfasser)

Dr. Norbert Guggenbichler, Bad Homburg

Stellungnahme Endodontischer Irrgarten

So sehr jedwedes Plädoyer für zurückhaltende und vorsichtige Therapiemethoden, die auch ganzheitliche Aspekte berücksichtigen (ein ziemlich beliebiger Begriff), unterstützt werden muss, so inakzeptabel ist Guggenbichlers Hinweis, avitale Zähne können „Mitauslöser einer Krebserkrankung" sein. Soll das vielleicht Inhalt einer gründlichen Patientenberatung sein? So lange es für keine Krebserkrankung eine eindeutige Kausalität gibt, ist solcherlei Aufklärung nicht mehr als fahrlässige Wichtigtueri. Wer soll da noch einer Wurzelbehandlung zustimmen?

Andererseits verwirrt es doch etwas zu hören, dass der Kollege in Kenntnis dieser Voraussetzungen durchaus noch Endobehandlungen durchführt, gelegentlich sogar Ledermix verwendet, was man, wenn das wie bei ihm auf hochakute Fälle beschränkt bleibt, natürlich nur begrüßen kann.

Wie soll man aber hiermit umgehen: Symptomfreiheit ist nach Guggenbichlers Ansicht „ausschließlich dem Umstand zu verdanken, dass das Immunsystem des Patienten zu defizitär ist, um darauf (auf eine Wurzelfüllung - die Red.) reagieren zukönnen." Und weiter wendet sich Guggenbichler gegen die chirurgische Nachbehandlung von Zähnen mit Granulomen, denn seines Erachtens „wäre Therapie an Zähnen ohne Röntgenbefund viel wichtiger". Da kann man sich als Zahnarzt, der sich nicht zu den „informierten Kreisen" zählen darf, eigentlich gleich die Kugel geben. Natürlich wissen auch wir Uninformierten, dass jede Endobehandlung, ob naturheilkundlich unterstützt oder nicht, ein Kompromiss ist, eine restitutio ad integrum jedenfalls kaum erwartet und schon gar nicht garantiert werden kann. Wer aber vor einer Pulpaexstirpation alle anderen möglichen Schmerzursachen abgeklärt hat - Hypersensibilität durch Funktionsstörungen o.ä. - , die Kanäle so weit wie machbar und ad apicem aufbereitet hat (egal mit welcher Methode) und nach Desinfektion die trockenen Kanäle abfüllt, der hat das Mögliche

getan. Die Ozonisierung ist sicher geeignet, auch die Nebenanäle keimfrei zu bekommen, aber nicht die einzige Methode. Ich habe 35 Jahre lang die Wurzelkanäle mit einer Mischung aus Harvard-Zement und Jodoform-Pulver mit nachgeschobenen Guttastiften abgefüllt und habe zu viele - auch nach Jahrzehnten - symptomlose und röntgenologisch freie Zähne gesehen, als dass ich jemandem (Kollege oder Patient) von dieser Methode oder anderen Endoversuchen abraten könnte. Was mir an Guggenbichlers Kritik auf die Nerven geht, ist dieser permanente unterschwellige Tenor, sich als „Uninformierter" mit jedweder Behandlung schuldig zu machen. Was mir fehlt, ist das Zugeständnis, dass jede Wurzelbehandlung bei jedem Patienten anders verlaufen kann, dass individuelle Befunde sowohl vor als auch nach einer Behandlung individuell zu bewerten sind - auch der Zahn 45 auf der Seite 12 des FORUM 86 (es kommt eben nicht nur auf das Röntgenbild an!) - und dass jeder Versuch, einen Zahn zu erhalten, grundsätzlich erst einmal zu begrüßen ist.

Dr. Hanns-W. Hey, Münsing

Stellungnahme

Es waren gerade die Fokaltheoretiker, deren Theorien zu seinen Lebzeiten Abermillionen erhaltungswürdiger Zähne der Zange zuführten, die Otto Walkhoff mit seiner medizinisch-wissenschaftlich begründeten, die Ätiologie und Pathogenese beachtenden indikationsgerechten Therapie der Endodontitis erfolgreich bewegte, ihre unhaltbaren, das menschliche Gebiss verstümmelnden Lehren aufzugeben [5]. Bei allem Respekt vor potentiellen energetischen Regulationsproblemen und naturheilkundlicher Salutogenese müssen Theorien in ihrer Argumentation zumindest logischen Kriterien folgen und dürfen nicht auf widerlegten Hypothesen und ungenauen Kenntnissen der Physiologie fußen. Ein Herd zeichnet sich dadurch aus, dass er potentiell Bakterien, Bakterientoxine und Leichentoxine streuen kann.

1) Die indikationsgerechte Therapie des endodontischen Infektes durch die genau so sorgfältige wie geduldige Desinfektion mit potenten Desinfektionsmitteln führt zur Abtötung der ätiologisch verantwortlichen Bakterien und beendet die Möglichkeit des Streuens von Bakterien und Bakterientoxinen gleichermaßen. Heilen bedeutet in erster Linie, den Körper in seinem Bestreben nach Selbstheilung aktiv zu unterstützen.

2) Nach sorgfältiger Aufbereitung sinkt der Wert für verbleibendes, abgestorbenes organisches Gewebe zwar nicht auf Null, volumenmäßig ist er dennoch so gering, dass sich das Substrat für potentiell streuende Leichentoxine absehbar und schnell erschöpft. Der Mensch wird täglich mit einem Vielfachen an absterbender organischer Substanz fertig. Man denke nur an die Blutkörperchen und das Darmepithel.

3) Die „Knappwost-Methode“ verfolgt genau das gleiche Ziel wie die „Methode der indikationsgerechten Desinfektion“, i.e. die möglichst vollständige Abtötung der für den Infekt verantwortlichen Erreger. Sie beispielhaft als naturheilkundlich unbedenklich herauszustellen, ist abwegig. Denn gerade sie hinterlässt nicht weniger, sondern mehr abgestorbenes, potentiell Leichentoxine streuendes organisches Substrat.

4) Die Menge des aus einer mit Ledermix gefüllten Zahnwurzel aufgenommenen Cortisons ist im Verhältnis zum Volumen, das die Nebenniere pro Minute ausschütten muss, damit der Mensch nicht lebensgefährlich erkrankt, vollständig zu vernachlässigen. Die Furcht, durch ein wenig Ledermix „die körpereigene Regulation und die hormonale Stressregulation auszuschalten“, ist unbegründet. Auch hier liegt – ähnlich wie bei den Toxinen – ein offensichtliches Missverständnis der Verhältnismäßigkeit vor. Der Körper will nicht den körpereigenen Zahn „loswerden“, sondern die nicht körpereigenen Erreger.

5) Die Auffassung, die apikale Aufhellung sei steril und lediglich Ausdruck einer „Auffangstation für freierwerdende Leichentoxine“ ist falsch,

auch wenn sie (noch) die aktuelle Lehrmeinung wiedergibt. Die Aufhellung ist vielmehr Ausdruck der immunologischen Reaktion auf überlebende Bakterien in der Folge einer nicht indikationsgerechten Therapie [2] im Sinne eines Gleichgewichts zwischen bakteriellem Angriff und immunologischer Abwehr. Darüber hinaus ist sie entgegen der (noch) gültigen Lehrmeinung sehr häufig selbst bakteriell besiedelt, was gerade in mehreren überzeugenden klinischen Studien belegt wurde [3, 4]. In der Folge heilen apikale Aufhellungen nach sorgfältiger Desinfektion in der Regel röntgenologisch vollständig aus, auch wenn sie über Jahre oder Jahrzehnte bestanden haben.

6) Persistierende Beschwerden an wurzelgefüllten Zähnen sistieren regelmäßig nach Abtöten der die Erstbehandlung überlebenden Bakterien anlässlich der Revision mit anschließender genau so sorgfältiger wie geduldiger Desinfektion mit potenten Desinfektionsmitteln. Durch die in „informierten Kreisen“ regelmäßig praktizierte Reihenextraktion kann man dieses Problem selbstverständlich auch lösen, wenn auch auf genau so unelegante wie unärztliche Weise.

7) Dass der röntgenologische Aspekt eine ausgeheilten apikalen Ostitis mit dem histologischen vollständig übereinstimmt, wurde von Engel [1] bereit 1950 in einer eindrucksvollen klinischen Studie nachgewiesen.

Der endodontische Infekt unterscheidet sich nicht von dem anderer Organe, wobei die besondere Anatomie der Zähne geradezu ideale Bedingungen für die Anwendung potenter

Desinfektionsmittel bietet. In diesem Sinne sollten wir bemüht sein, die Erfolgsquote in der Ausheilung bakteriell infizierter Zähne durch einen indikationsgerechten medizinischen Therapieansatz auf ein mit anderen bakteriell infizierten Organen vergleichbares Niveau anzuheben und uns nicht auf ganzheitlich esoterischen Wegen verirren. Ziel ärztlichen Bemühens ist schließlich der Organerhalt und nicht die Organentfernung.

Dr. Dr. Rüdiger Osswald, München

Literaturnachweis

1. Engel, H.: Die Behandlung infizierter Wurzelkanäle und Granulome nach der Methode von Walkhoff. Vergleichend röntgenologische Untersuchungen. Schweiz Monatsschr Zahnmed 11, (1950).
2. Nair P. N. R., H. S., Cano Victor, Vera Jorge: Microbial status of apical root canal system of human mandibular first molars with primary apical periodontitis after "one-visit" endodontic treatment. ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL 99, (2005).
3. Ricucci, D., Pascon, EA., Ford, TR., Langeland, K.: Epithelium and bacteria in periapical lesions. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 101, 239 (2006).
4. Tronstad, L., Sunde, P.: The evolving new understanding of endodontic infections. Endodontic Topics, (2003).
5. Walkhoff, O.: Mein System der medikamentösen Behandlung schwerer Erkrankungen der Zahnpulpa und des Periodontiums. Verlag von Hermann Meuser, Berlin 1928.

ANZEIGE

**Zuverlässig
Kompromisslos
Millionenfach erfolgreich**

Prof. Dr. Walkhoff's
ChKM-Lösung
Dentalflüssigkeit zur
Desinfektion
von Wurzelkanälen
Prof. Dr. Walkhoff's
Adolf Haupt & Co. GmbH
97076 Würzburg

Zul.-Nr. 6524074.00.00
Apothekenpflichtig

Die einzig zugelassene ChKM-Lösung

Adolf Haupt & Co. GmbH
Louis-Pasteur-Str. 1a
97076 Würzburg
E-Mail: hauptdental@t-online.de

Tel. 0931/35501-11
Fax 0931/35501-13



Der DAZ stellt sich vor:

Warum es so interessant ist, dabei zu sein!

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) ist ein parteipolitisch unabhängiger Verband für Zahnärzte in freier Berufsausübung. Der Erhalt der Freiberuflichkeit und der Therapiefreiheit sind wichtige Ziele seiner berufspolitischen Tätigkeit. Dabei beinhaltet Freiberuflichkeit Freiräume, aber auch Verpflichtungen für den Zahnarzt.

Nach DAZ-Auffassung steht der Patient im Mittelpunkt des Praxisgeschehens. Nicht die Gewinnträchtigkeit einer Arbeit, sondern die medizinische Indikation ist Richtschnur zahnärztlichen Handelns.

Studiengruppen

Die Mitglieder des DAZ sind, soweit geografisch möglich, in regionalen Studiengruppen zusammengeschlossen, die praxisnahe Fortbildungsveranstaltungen und Gesprächsabende anbieten. Neben der Erörterung aktueller Berufsprobleme und standespolitischer Fragen werden im offenen kollegialen Gedankenaustausch Erfahrungen aus dem Praxisalltag diskutiert. Die Fortbildungsaktivitäten werden mit Blick auf die gesetzlich vorgeschriebene Fortbildungsverpflichtung an den Leitsätzen und Empfehlungen der Bundeszahnärztekammer und den Kriterien für Punkt-Vergabe der BZÄK, DGZMK und APW orientiert.

Informationen

Über die örtlichen Aktivitäten werden die Mitglieder durch regelmäßige Rundschreiben informiert. Überregional gibt der DAZ die Zeitschrift „DAZ-Forum“ mit Informationen zur Standes- und Berufspolitik sowie Fachbeiträgen und Fortbildungsberichten heraus. Aktuelle Nachrichten und Diskussionsbeiträge werden per E-Mail über die workgroup daz-intern ausgetauscht, Veranstaltungshinweise, Kontaktadressen, Pressemeldungen und Grundinformationen zum DAZ können über die DAZ-Seiten im Internet unter www.daz-web.de abgefragt werden.

Hilfe für den Zahnarzt-Alltag

Für Studierende der Zahnmedizin vermittelt der DAZ Hospitationsmöglichkeiten, er bietet Beratung zur Assistentenausbildung und bei der Praxisneugründung, er stellt Informationen zu vielen Fragen der Praxisführung zur Verfügung und offeriert in Verbindung mit dem NAV-Virchow-Bund seinen Mitgliedern weitere Informations- und Servicemöglichkeiten. Näheres dazu bei der Geschäftsstelle in Köln.

Standespolitik

Standespolitik muss sich aus der Kollegenschaft heraus entwickeln und an der Praxis orientieren.

Der DAZ setzt sich ein für:

- eine vorurteilsfreie Diskussion der Berufsprobleme in den Medien der Körperschaften
- den Erhalt einer fachlich umfassenden zahnärztlichen Basisversorgung innerhalb der GKV
- die Überwindung des Misstrauens zwischen Krankenkassen und Zahnärzten durch partnerschaftliche Zusammenarbeit
- den Erhalt und die demokratische Weiterentwicklung der zahnärztlichen Selbstverwaltungsorgane
- die Aufgabe hektischer ad-hoc Forderungen zugunsten langfristiger Perspektiven

Zahnärztliche Ausbildung

Der DAZ fordert eine Reform des Zahnmedizinstudiums mit folgenden Veränderungen:

- Schwerpunktverschiebung von der prothetisch-technischen zur prophylaktisch-konservierenden Seite
- Verkürzung der vorklinischen Ausbildung bei gleichzeitiger Verlängerung des klinischen Studiums
- Einbindung qualifizierter Praktiker in die Universitätsausbildung.

Die Zahnheilkunde ist Teil der medizinischen Wissenschaft. Der DAZ wendet sich gegen Tendenzen zur Verflachung und Entwissenschaftlichung der Ausbildung.

Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe

Breitenwirksame Vorbeugungsmaßnahmen in Kindergärten und Schulen sind zwingend erforderlich.

Der DAZ fordert:

- bundesweit einheitliche Regelungen durch ein Jugendzahnpflegegesetz
- verstärkte Ausbildung und Einsatz von Prophylaxepersonal
- strukturelle Veränderungen im Bereich der Kinderbehandlung mit dem Ziel, Kindern – und hier insbesondere Kindern aus benachteiligten Schichten – Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten und zu einer Therapie auf aktuellem Stand zu eröffnen
- Zulassung von fluoridiert-jodiertem Speisesalz in Backwaren, Konserven und Gemeinschaftsküchen.

Qualität

Um die Therapiefreiheit und die Einzelleistungsvergütung zu bewahren, muss die zahnärztliche Behandlungsqualität gesichert werden.

Der DAZ fordert daher:

- praktikable und plausible, an Qualität orientierte Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die KVZen
- die Entwicklung und Einführung von Qualitätssicherungsprogrammen durch Kammern und KZVen.

Der DAZ hat ein eigenes Projekt zur Qualitätssicherung etabliert, um im Rahmen seiner Möglichkeiten konkret und praktisch zur Qualitätsverbesserung und Qualitätssicherung beizutragen und zugleich beispielhaft die positiven Seiten freiwilliger, von Zahnärzten selbst initiiert Qualitätssicherungsprogramme aufzuzeigen.

Beitrittserklärung

Name, Vorname

Geb. Datum

Straße

PLZ, Wohnort

Telefon

Fax

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

DAZ- Mindestjahresbeitrag ab 1.1.2002:

- Stud./cand.med.dent und Fördermitglieder 12,- Euro
- Angestellte/r ZÄ/ZA 96,- Euro
- Niedergel. ZÄ/ZA 192,- Euro
- ZÄ/ZA im Ruhestand 36,- Euro

Zutreffendes bitte ankreuzen

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)
Belfortstr. 9, 50668 Köln, Fax 0221 7391239



Unermüdlicher Botschafter des Präventionsgedankens geehrt:

Prof. Dr. Zimmer erhält Hufeland-Preis

Herrn Prof. Dr. Stefan Zimmer wurde kurz vor Drucklegung dieses Forums der Hufeland-Preis 2005 verliehen. Zimmer ist der dritte Wissenschaftler, der mit diesem jährlich vergebenen Preis für eine zahnmedizinische Publikation ausgezeichnet wurde. Die prämierte Arbeit trägt den Titel: "Identifizierung und Betreuung von Kindern mit hohem Kariesrisiko". Wer Prof. Zimmers Aktivitäten einige Jahre lang verfolgt hat, weiß, dass die verschiedenen von ihm erarbeiteten Forschungsergebnisse sich quasi wie Bausteine zusammenfügen und – wenn man so will – die Grundlagen für eine präventive Gesamtstrategie darstellen. Letztlich hat die Hufeland-Jury, nicht nur eine einzelne Veröffentlichung mit dem Preis bedenken wollen, sondern dieses – wie er es selbst nennt – „bisherige Lebenswerk“ von Prof. Zimmer gewürdigt.

Als vor mehr als 25 Jahren der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) aus der Taufe gehoben wurde, boomte in (West-)Deutschland die Prothetik, im Goldverbrauch waren deutsche Zahnärzte Weltmeister, Prophylaxe dagegen für viele ein Fremdwort. Ein gutes Jahrzehnt weiter hatte sich das Prophylaxebewusstsein – sicher auch dank der Bemühungen des DAZ und anderer für Vorbeugung engagierter Organisationen und Personen – ein Stück weiter entwickelt. Inzwischen versuchten auch an den Hochschulen präventionsorientierte Wissenschaftler, neben den etablierten Fächern Raum für Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe einzufordern und Einfluss auf die Ausbildung des zahnärztlichen Nachwuchses zu nehmen.

Für den DAZ war es ein absoluter Glücksfall, dass sich einer dieser Wissenschaftler, ein junger Oberarzt der Zahnklinik Nord in Berlin, dafür gewinnen ließ, das Prophylaxe-Referat des Verbandes zu übernehmen. Schon im Jahr 2000 konnten wir ihn zu seiner Habilitation beglückwünschen. Wieder ein paar Jahre später erhielt PD Dr. Zimmer eine Professur an der Universität Düsseldorf und wurde stellvertretender Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde. Stefan Zimmer hat sich nicht nur auf der akademischen Bühne mit umfangreichen Forschungs-, Lehr- und Fortbildungsaktivitäten und einer Fülle von Publikationen, sondern darüber hinaus auch durch die Übernahme von Funktionen

in Organisationen und Medien und publikumswirksame Aktionen, für die Verbreitung des Präventionsgedankens eingesetzt. So engagiert er sich für Toothfriendly International und den deutschen Zweig, die *Aktion Zahnfreundlich*, er gehört zur Schriftleitung der Zeitschrift „Prophylaxe Impuls“ und er ist der Sprecher des wissenschaftlichen Beirats der DAZ-Informationsstelle für Kariesprophylaxe.

Je mehr es gelang, die Karies zurückzudrängen, umso deutlicher rückte die ungleiche Verteilung der Schäden in den Mittelpunkt des Interesses. Die letzte Repräsentativerhebung im Jahre 1999 z.B. zeigte, dass 21,5% der Zwölfjährigen (diese sind eine wichtige Altersgruppe bei derartigen Erhebungen) 61,2% der Karies auf sich vereinigten. Die in der Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen Tätigen fragten zu Recht nach besonderen Programmen für die Risikogruppen, der Gesetzgeber griff das Problem auf, und Forscher wie Prof. Zimmer untersuchten die Praktikabilität und Wirksamkeit verschiedener vorgeschlagener Strategien. Die interessantesten Arbeiten von Prof. Zimmer werden demnächst in einer Forum-Ausgabe mit Schwerpunktthema Prophylaxe vorgestellt.

Ein wichtiges Ergebnis einer Studie sei aber hier schon angesprochen. Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko wurden zwei verschiedenen Betreuungsformen zugeführt: Entweder erhielten sie eine Überweisung an niedergelassene Zahnärzte zur intensivprophylaktischen Betreuung; hier kamen typische IP-Programme zum Einsatz. Oder sie wurden im Rahmen der Gruppenprophylaxe zusätzlich vor Ort mit Gesundheitserziehung betreut und mit einem hoch konzentrierten Fluoridlack behandelt. Wie die Auswertungen zeigen, erweist sich die aufsuchende Intensivbetreuung im Rahmen der Gruppenbetreuung hinsichtlich der Kariesreduktion deutlich überlegen. Zugleich ist sie mit 8 Euro pro Kind und Jahr um Größenordnungen von den Kosten einer individualprophylaktischen Versorgung entfernt. Vor allem aber ist sie besser geeignet, die Zielgruppe zu erreichen. Während aufgrund der Überweisung nur 10% der Kinder zum Zahnarzt gelangten und von diesen 10% tatsächlich nur ca. 30% an dem gesamten vorgesehenen Programm teilnahmen (also letztlich nur 3 von 100 Kindern), konnten von dem aufsuchenden Angebot 50% der Risikokinder adäquat betreut werden.

Diese Ergebnisse bedeuten nicht eine Absage an IP-Leistungen für Kinder und Jugendliche. Insbesondere der Wert der Fissurenversiegelungen ist unbestritten. Jedoch zeigen Prof. Zimmers Forschungen, dass für bestimmte Zielgruppen unbedingt eine aufsuchende Betreuung angeboten werden muss. Dies passt zu Erfahrungen, die seit längerem von Praktikern der Gruppenprophylaxe vorgebracht werden.

Seitdem Prof. Zimmer zu unserem Verband gestoßen ist, hat er maßgeblich die Konzepte des DAZ zur Gruppenprophylaxe, zur Individualprophylaxe, zu zahnmedizinischen Früherkennungsuntersuchungen, zur Betreuung besonderer Gruppen wie Behinderter oder Pflegebedürftiger, zu bevölkerungsweiten Maßnahmen usw. geprägt und Vorschläge aus den Reihen des Verbandes kreativ und pragmatisch weiterentwickelt. Dabei spielte übrigens eine Rolle, dass er zwischendurch auch noch eine Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Öffentliches Gesundheitswesen absolviert hat. Das heißt, er verbindet seinen wissenschaftlichen Hintergrund mit Erfahrungen aus der Zahnarztpraxis und zusätzlich mit fundierten Kenntnissen über unser gesundheitliches Versorgungssystem, seine Zuständigkeiten, Abläufe, Veränderungsmöglichkeiten usw.

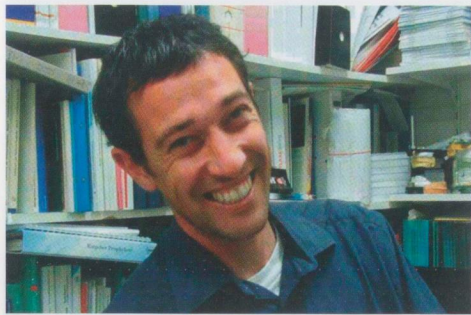
Dem Dank des DAZ an seinen Prophylaxe-Referenten ist noch ein weiterer hinzuzufügen: der Dank unserer Berliner Studiengruppe an einen ihrer wesentlichen Förderer. Zusammen mit seiner Frau Dr. Claudia Barthel – inzwischen ebenfalls habilitiert im Bereich Endodontie – hat Stefan Zimmer seinerzeit die verstreuten DAZ-Zahnärztinnen und –Zahnärzte in Berlin zusammengebracht. Insbesondere bei den Mitgliedern aus dem Osten herrschte großes Interesse an Erfahrungsaustausch und gemeinsamer Fortbildung in Bezug auf verschiedene Behandlungsmöglichkeiten, die ihnen vor der Wende nicht zugänglich waren. Zimmer und viele seiner Klinik-Kollegen stellten sich mit ihren Spezialgebieten als Referenten zur Verfügung. Seither wächst die Studiengruppe und arbeitet weiter in dem seinerzeit von ihren ersten Leitern begründeten Sinne: für eine prophylaxe- und qualitätsorientierte Zahnmedizin.

Der DAZ beglückwünscht Herrn Prof. Zimmer zu der bedeutenden Auszeichnung.

*Irmgard Berger-Orsag,
DAZ-Geschäftsführerin*

Christoph Wilhelm Hufeland (1762–1836)

Der Arzt Christoph Wilhelm Hufeland war einer der Pioniere der modernen Präventivmedizin. Ihm wird der inzwischen viel zitierte Spruch: „Vorbeugen ist besser als Heilen“ zugeschrieben. Wegen seines Engagements auch für die sozialen Belange der Ärzteschaft (er gründete eine Hilfskasse für notleidende Ärzte) betrachtete ihn die 1881 gegründete Deutsche Ärzte-Versicherung als Vorreiter. Eine von ihr und weiteren Initiatoren 1960 ins Leben gerufene Stiftung zur Förderung der Präventivmedizin (zu deren Trägern auch die Bundeszahnärztekammer gehört) erhielt den Namen Stiftung Hufeland-Preis.



Den Kariesbakterien auf der Spur

Gratulation zur Habilitation von Dr. Rainer Seemann

Als Assistent an der Zahnklinik Nord der Freien Universität Berlin stieß Dr. Rainer Seemann vor Jahren zum DAZ und engagierte sich eine Weile lang als Hochschulreferent für den Verband. Inzwischen hat sich in Berlin die Hochschullandschaft umsortiert, und auch bei Dr. Seemann hat es eine neue Entwicklung gegeben, die Grund ist, ihm zu gratulieren und sich mit ihm freuen: Ende 2005 hat er seine Habilitation in der Zahnmedizin abgeschlossen. Von Beginn seiner Berufstätigkeit an verschrieb sich Rainer Seemann der Präventionsforschung, und zwar besonders der Untersuchung der Mikrobiologie der Mundhöhle. Hierbei galt sein Augenmerk nicht nur den Zähnen. U.a. hat er sich auch mit dem Speichel und der Besiedlung der Zunge beschäftigt und ist zum international anerkannten Experten in Sachen Mundgeruch avanciert, einem Thema, das wegen seiner sozialen Bedeutung durchaus nicht vernachlässigt werden sollte. Seine Spezialkenntnisse stellte Seemann dem DAZ schon mehrfach für Fortbildungsveranstaltungen und Zeitschriftenbeiträge zur Verfügung.

In seiner Habilitationsarbeit geht es um „Untersuchungen zur Kariesprävention in einem biofilmbasierten In-vitro-Modell - Validierung an Beispielen innovativer Präventionsmaßnahmen nach Monoinfektion mit Streptococcus mutans“.

Gerade die Erforschung der Mikrobiologie des Mundes liefert, so Seemanns Überzeugung, Grundlagen für eine präventionsorientierte Zahnheilkunde bzw. die Verhinderung oraler Krankheiten. Allerdings muss man sich, um Vorbeugungsstrategien entwickeln zu können, erst einmal sehr

intensiv mit Krankheitserregern und Krankheitsverläufen auseinandersetzen – unter kontrollierten Bedingungen. Ideal dafür wären Patienten, deren Mundmilieu sich genau erfassen und manipulieren ließe. Solche Patienten gibt es allerdings nicht, und es wäre natürlich auch ethisch nicht vertretbar, gezielt Infektionen herbeizuführen, um sie dann zu bekämpfen. Als Alternative bieten sich hier so genannte „künstliche Mundhöhlen“ an. Für Zahnärzte dürfte dieser Ausweg nicht allzu fern liegen. Schließlich erleben sie ja auch, wenn sie das Präparieren und Beschleifen von Zähnen erlernen, ihre ersten Versuche nicht an realen Patienten, sondern bearbeiten Zähne in künstlichen Mündern bzw. Phantom-Köpfen, die immer neu bestückt werden und selbst bei groben Ungeschicklichkeiten des Behandlers nicht ans Zubeißen denken.

Ziel seiner Arbeit war, wie Dr. Seemann einleitend schreibt, die Entwicklung eines neuartigen biofilmbasierten In-vitro-Kariesmodells zur Erzeugung kariesähnlicher Läsionen und die Anwendung des Modells zur Einschätzung des Potenzials verschiedener, zukünftig einsetzbarer kariespräventiver Strategien, für die bislang eine realitätsnahe In-vitro-Testung fehlte. Mit Hilfe des gewählten Aufbaus konnte ohne Fremdkontamination ein Streptococcus-mutans-Biofilm bis zu neun Wochen lang kultiviert werden. Das Modell erlaubte die reproduzierbare Erzeugung initialer Primär- und Sekundärkariesläsionen im Zahnschmelz, die mit natürlich entstandenen Läsionen vergleichbar waren.

Mit Hilfe der „künstlichen Mundhöhlen“ konnten die karieshemmenden Eigenschaften etablierter

Verfahren, wie der Fluoridierung und der Versiegelung von Zahnoberflächen mit Kompositmaterialien, reproduzierbar nachgestellt werden. Ebenso konnte (und kann) das Modell zur Untersuchung weiterer experimenteller kariespräventiver Maßnahmen verwendet werden.

Hier liegen wichtige Perspektiven für die Prävention. Neben etablierten Konzepten entwickeln sich im Bereich der Kariologie zunehmend biologische Konzepte, die darauf abzielen, die Pathogenität des oralen Biofilms abzuschwächen. Da Immunisierungen gegenüber dem Leitkeim *S. mutans* aufgrund der fehlenden Lebensbedrohlichkeit dieser Erkrankung wenig angemessen erscheinen, könnten Mechanismen, die einer Adhäsion dieses Keimes an der Zahnoberfläche entgegenwirken, zukünftig eine Rolle spielen. Manche der hier zu gewinnenden Erkenntnisse werden vielleicht eines Tages sogar die Behandlung von Infektionserkrankungen in ganz anderen Bereichen der Medizin voranbringen..

Ein spannendes Thema. Wer mehr wissen möchte, kann sich Dr. Seemanns Arbeit vom FU-Server herunterladen unter www.diss.fu-berlin.de/2005/323/index.html oder sie von der DAZ-Geschäftsstelle anfordern. Dem Autor wünschen wir von hier aus alles Gute und weitere Erfolge bei der Erforschung der Mundhöhle und ihrer unerwünschten Bewohner. Wenn Dr. Seemann noch weiter in die Geheimnisse der Mundhöhle eindringt, dann müssen Karius und Baktus vielleicht eines Tages ans Auswandern denken – hofft

Irmgard Berger-Orsag, Köln

Informationen aus der Dentalbranche



Neues Modell bei GO DENT

Das innovative GO DENT-System wurde jetzt um ein weiteres Modell ergänzt. Das neue „GO DENT-Zusatzmodell“ erweitert das bisherige Angebot für die Patientenaufklärung um eine zusätzliche hochwertige Variante: die Oberkieferprothese auf fünf Teleskopen. Der besondere Clou dabei: Die Oberkieferprothese lässt sich durch einfaches Abnehmen vom Modell entfernen. Das zusätzliche Ausklinken der Gaumenplatte erlaubt dem Zahnarzt dann im wahrsten Sinne des Wortes eine be„greif“bare Darstellung der Vorteile einer großen, abnehmbaren Brücke. Mit dieser aktuellen Erweiterung bietet GO DENT dem Zahnarzt jetzt eine hervorragende Möglichkeit, auch diese Privatleistung anschaulich zu demonstrieren. Bereits mit den bisherigen sieben Go Dent-Modellen lassen sich einzeln und kombiniert mehr als 100 funktionale und kosmetische Laborarbeiten realistisch und für den Patienten leicht verständlich demonstrieren – von der Amalgamfüllung bis zur hochwertigen Implantatarbeit, von der unverblendeten Vollguss- bis zur individualisierten Vollkeramikkrone.

GoDent GmbH, Austraße 17, D- 74613 Öhringen
Telefon: 0 79 41 – 95 86 68, Fax: 0 79 41 – 95 86 69,
Mail: godent@web.de, Internet: www.godent.de



Einladung zur DAZ – VDZM – Frühjahrstagung vom 05. – 07. Mai 2006 in Frankfurt/Main

Die Tagungsthemen:

- *Neue Vertragsstrukturen im Gesundheitswesen – auch für Zahnärzte*
- *Neue Erkenntnisse in der Schmerzforschung und deren Relevanz für die Zahnarztpraxis*

Mit diesen beiden Hauptthemen wartet die diesjährige Frankfurter Frühjahrstagung der zahnärztlichen Verbände Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) und Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM) am 6. Mai auf.

Chancen und Risiken der Integrierten Versorgung und anderer neuer Versorgungsstrukturen aus der Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung

Ohne Frage steht das deutsche Gesundheitswesen vor grundlegenden Wandlungen. Vor dem Hintergrund knapper Kassen, aber steigender Leistungsausgaben, denen teilweise nur durchschnittliche Leistungen gegenüberstehen, geht die Gesundheitspolitik neue Wege. Einer der Auswege aus der Krise soll in wettbewerblichen Strukturen gefunden werden, die bereits jetzt von den Krankenkassen genutzt werden können und auch vor den Leistungsangeboten von Ärzten und Zahnärzten nicht Halt machen werden. Im zahnmedizinischen Sektor hat sich die AOK Bayern am weitesten vorgewagt und sich als Partner eines neuartigen Integrierten Versorgungskonzeptes einbinden lassen, das derzeit in einer Pilotphase in Bayern anläuft.

Dr. Helmut Platzer, der Vorsitzende des Vorstands der AOK Bayern, wird in seinem Vortrag „Chancen und Risiken der Integrierten Versorgung und anderer neuer Versorgungsstrukturen aus der Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung“ auf die allgemeinen Rahmenbedingungen der Integrierten Versorgung eingehen und ableitend davon ausführlich den Vertrag „Zahn-, Mund-, Kieferheilkunde und Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie“ („Claridentis“) vorstellen. Es werden die Integrationselemente und damit die Versorgungsketten sowie die vereinbarten Qualitätsanforderungen an die Zahnärzte aufgezeigt. Die an dieser integrierten Versorgung teilnehmenden Zahnärzte rechnen ihre gesamten Leistungen für AOK-Versicherte nicht mehr über die Kassenzahnärztliche Vereinigung, sondern über eine Managementgesellschaft ab. Dabei werden die vertragszahnärztlichen Bestandteile der Vergütung auf die Gesamtvergütung angerechnet. Selbstverständlich erfüllt der Claridentis-Vertrag die strengen Anforderungen des Datenschutzes. Die Claridentis-Partnerzahnärzte verpflichten sich, integrierte Leistungen in besonderer Qualität zu erbringen und erhalten dafür eine gesonderte Vergütung. Dieser zusätzliche Vergütungsanteil wird nicht dem Budget der KZV entnommen.



Dr. jur. Helmut Platzer
geb. in Bad Soden am
11. Juni 1953,
verheiratet, drei Söhne

- 1972 – 1977 Studium der Rechtswissenschaften an der Ludwig-Maximilians-Universität München
- 1978 – 1980 Referendar am Oberlandesgericht München
- 1985 Promotion an der rechts- und wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bayreuth
- 1980 – 1995 Landesversicherungsanstalt (LVA) Oberbayern (Grundsatzreferent, Grundsatzdezernent, Abteilungsleiter der Direktionsabteilung), ab 1991 Mitglied der Geschäftsführung und Direktor
- 1996 stv. Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern, ressortverantwortlich u.a. für die Abteilungen Grundsatzangelegenheiten, Recht, Innere Verwaltung und Datenverarbeitung
- 1999 ab 01.08. Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern, u.a. ressortverantwortlich für Rechts- und Grundsatzangelegenheiten, Leistungsmanagement, IT, Presse und PR, Datenschutz, Revision und Consulting
- 2003 Mitglied der Rürup-Kommission

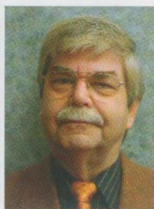
Publikationsschwerpunkt: Fachrechtliche Themen und Grundsatzfragen der Fortentwicklung der sozialen Sicherungssysteme.

Mit rund 4,3 Millionen Versicherten, einem Haushaltsvolumen von etwa 10 Milliarden Euro und 10.000 Mitarbeitern ist die AOK Bayern im Freistaat eines der größten Dienstleistungsunternehmen und die viertgrößte Krankenkasse in Deutschland.

Weiterer Bestandteil des Vortrags von Dr. Platzer werden die vom Gesetzgeber geplanten Reformen im Zahnärztlichen Bereich sein. Darüber hinaus wird Dr. Platzer Stellung zu den geplanten Änderungen des Vertragsrechts beziehen. Nach einem aktuellen Eckpunktepapier aus dem Bundesgesundheitsministerium ist eine Verlängerung der Anschlagfinanzierung der Integrierten Versorgung bis zum 01.01.2008 vorgesehen. Des weiteren sind Novellierungen im Zulassungsrecht geplant. U.a. geht es um eine Aufweichung der bisherigen Regelungen zur Zulassung von Vertrags(zahn-)ärzten, sowie die Erleichterung der Gründung interdisziplinärer Medizinischer Versorgungszentren.

Dr. Ulf Utech

Geboren 1940



- 1961-1966 Studium der Zahnheilkunde in Mainz
- 1966-1973 Assistent in Mainz und Bremen
- 1968 Promotion
- 1973-2004 Niedergelassen in eigener Praxis
- 1980-1985 Landesvorsitzender des Freien Verbands Deutscher Zahnärzte in Hessen
- 1984-1992 Mitglied des Vorstandes der KZV Hessen
- 1992-2004 Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der KZV Hessen
- Seit 2005 Hauptamtlicher Vorsitzender des Vorstandes der KZV Hessen

Diesem Vortrag wird sich eine Podiumsdiskussion anschließen, die neben Dr. Platzer mit dem Vorstandsvorsitzenden der KZV Hessen, Dr. Ulf Utech, hochkarätig besetzt ist. Ergänzt wird das Podium durch je einen Vertreter aus den Verbänden DAZ und VDZM. Die Diskussion, selbstverständlich unter Beteiligung des Publikums, soll die unterschiedlichen Ansichten zu den neuen Vertragsstrukturen kontrovers gegenüberstellen sowie mögliche Gefahren für die zahnärztliche Selbstverwaltung aufzeigen.

Neue Erkenntnisse in der Schmerzforschung und ihre Relevanz für die Zahnarztpraxis

Am Nachmittag stellt Prof. Dr. Ulrich Egle, ärztlicher Direktor der Fachklinik für Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin Kinzigtal, neuere Ergebnisse der Schmerzforschung vor und zieht die „Konsequenzen neurobiologischer Erkenntnisse für den zahnärztlichen Alltag“.

Mit der Wahl dieses Themas wollen DAZ und VDZM einem ganzheitlichen Verständnis von Zahnmedizin als Teil der Medizin Rechnung tragen. Leider sind Zahnärzte mehr noch als Ärzte in Versuchung, in ihrer Arbeit den technisch-mechanischen Aspekt dominieren zu lassen. Geistige, seelische und soziale Bezüge von Krankheit und Therapie finden oft zu wenig Berücksichtigung im Umgang mit den Patienten. Ein Grund für diese Eindimensionalität sind sicher Defizite in der ärztlichen/zahnärztlichen Ausbildung. Kenntnisse der Psychosomatik muss

sich der Interessierte meist durch entsprechende Fortbildungsveranstaltungen selber aneignen. Der Nachmittag mit Prof. Egle soll hierzu beitragen und sowohl der Wissensvermittlung dienen als auch mehr Aufmerksamkeit auf dieses wichtige Thema lenken.

Der Referent hat umfassende Beschreibungen und Klassifizierungen psychosomatischer Störungen publiziert. Er hat sich mit den Zusammenhängen zwischen Lebensumständen und neurobiologischen Abläufen und Prägungen in der frühkindlichen Entwicklung und deren späterer Manifestation in psychosomatischen Erscheinungen befasst. Der Vortrag will die Entstehungszusammenhänge einiger psychosomatischer Phänomene, mit denen der Zahnarzt häufiger konfrontiert wird, erläutern und Vorschläge zum Umgang mit diesen machen - zum Nutzen der Therapiequalität und zur Vermeidung von Frustrationen auf beiden Seiten.

Dr. E. Riedel

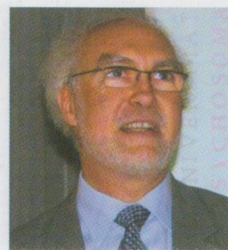
Für die Vormittags- wie für die Nachmittagsveranstaltung werden je 3 Fortbildungspunkte vergeben. Der Vormittag ist beitragsfrei; am Nachmittag werden Beiträge von 10 Euro (studentische Mitglieder von DAZ oder VDZM), 20 Euro (Studenten/Nicht-Mitglieder), 30 Euro (berufstätige DAZ- oder VDZM-Mitglieder) bis 40 Euro (berufstätige Nicht-Mitglieder) erhoben.

Zeit: Samstag, den 06.05.2006

10-13 Uhr gesundheitspolitischer Vormittag mit Dr. Platzer

14-18 Uhr Fortbildung mit Prof. Egle

**Ort: Bürgerhaus
Frankfurt-Bornheim,
Arnsburger Str. 24,
60385 Frankfurt/Main,
Tel.: 069 943403-0**



Prof. Dr. med. Ulrich T. Egle

Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Spezielle Schmerztherapie

- seit 1982 an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Mainz nach psychiatrischer Ausbildung an der Univ.-Klinik in Marburg und am PLK Haina/Kloster
- 1990-2005 Ltd. Oberarzt der Psychosomatischen Universitätsklinik Mainz
- 1994 Habilitation mit einer Studie über psychosomatische Zusammenhänge beim chronischen Schmerzsyndrom
- 1996 Berufung auf eine C3-Professur mit Schwerpunkt Psychosomatische Schmerzdiagnostik und -therapie in Mainz
- 2003 Ruf auf den Lehrstuhl für Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Köln, 2004 abgelehnt
- 1996-2000 Vorsitzender des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM)
- seit 2005 Vorsitzender der Interdisziplinären Gesellschaft für Psychosomatische Schmerztherapie (IGPS)
- seit 2005 Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS)
- 2003 Herausgabe (zus. mit S.O. Hoffmann, K.A. Lehmann, W.A. Nix) des „Handbuch Chronischer Schmerz“ (Schattauer Verlag, Stuttgart)

FAX-Anmeldung DAZ-VDZM-Frühjahrstagung vom 05. - 07. Mai

Dieses Fax bitte ausfüllen und bis zum 28. April 2006 an 0221 7391239 faxen

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Ich nehme teil an der

- Vormittagsveranstaltung 10 - 13 Uhr
- Nachmittagsveranstaltung 14 - 18 Uhr
- Vormittags- und Nachmittagsveranstaltung
- DAZ-Ratsitzung am 07.05.2006 in Frankfurt

Der Vormittag ist beitragsfrei;

am Nachmittag werden Beiträge von 10 Euro (studentische Mitgliedervon DAZ oder VDZM), 20 Euro (Studenten/Nicht Mitglieder), 30 Euro (berufstätige DAZ- oder VDZM-Mitglieder) bis 40 Euro (berufstätige Nicht-Mitglieder) erhoben.

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Wohnort _____

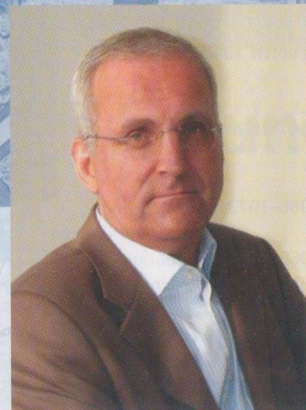
Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____ Datum/Unterschrift _____

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ), Belfortstr. 9, 50668 Köln, Fax 0221 7391239

Neue Wege im Gesundheitswesen

*Wettbewerbliche Strukturen, Integrierte Versorgung
und eine mögliche Rolle des DAZ*



Eberhard Riedel

Das deutsche Gesundheitswesen wandelt sich

Auch wenn es noch nicht alle gemerkt haben oder es vielleicht nicht wahrhaben mögen: das Gesundheitswesen unseres Landes hat begonnen, sich grundlegend, umfassend und unaufhaltbar zu verändern. An zwei Brennpunkten wird sich in den nächsten Jahren ein Wandel vollziehen, der die Beziehungen zwischen allen Beteiligten im Gesundheitswesen auf eine neue Grundlage stellen wird. Erstens wird es einen Wechsel geben weg von den plan- und kollektivwirtschaftlichen Vertragsformen und hin zu individuellen Vertragsbeziehungen mit klaren wettbewerblichen Strukturen. Zweitens wird die bis heute überwiegend anzutreffende enge fachbegrenzte und sektorale Ausprägung der Behandlungstätigkeit immer mehr abgelöst von fach- und sektorübergreifenden Versorgungsformen, die als ‚Integrierte Versorgung‘ mit der Gesundheitsstrukturreform des Jahres 2000 in das SGB V Einzug gefunden haben. In diesem Zusammenhang sollen nach dem Willen des Gesetzgebers Strukturen entstehen, die die Effizienz des Gesundheitswesens steigern und gleichzeitig Vorteile für die Versicherten, die Krankenkassen wie auch die Heilberufler mit sich bringen. Erfolgreich werden

sich diese neuen Strukturen nämlich nur dann durchsetzen können, wenn es gelingt, allen Beteiligten dauerhaft ausreichende Anreize für die Umsetzung zu bieten.

Bestandsaufnahme

Der Reformdruck im Gesundheitswesen hat in Deutschland mehrere Gründe. In einer Studie der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) zur Effizienz der Gesundheitsversorgung in 30 Ländern aus dem Jahr 2002 kam Deutschland mit der Beurteilung ‚hoher Mitteleinsatz bei durchschnittlicher Versorgungsqualität‘ davon. Damit wurde ein Hinweis nicht nur auf eine unzureichende Erbringung von Behandlungsleistungen, sondern auch auf die mangelhafte Verteilung von Gesundheitsleistungen in Deutschland gegeben (Stichwort ‚Über-, Unter- und Fehlversorgung‘). Ohne zahlreiche gesetzgeberische kostendämpfende Eingriffe wären die Beitragssätze der Krankenkassen zudem sicher auf einen höheren Stand geklettert, als es heute der Fall ist.

Planwirtschaftliche Strukturen müssen jedoch letztlich defizitär sein: bis heute gibt es fast

ausschließlich voneinander getrennte Behandlungsbereiche mit jeweils kollektivvertraglichem Charakter. Die Bedarfsplanungen von Krankenhäusern und des ambulanten Sektors laufen separat, wobei die Kassen dem Kontrahierungszwang unterliegen und daher alle zur GKV-Versorgung zugelassenen Heilberufler einbinden müssen. Die sektorale Budgetierung zementiert die Untergliederung und die Ineffizienz weiter. Der fast einzige marktwirtschaftliche Aspekt ist die freie Kassenwahl der Patienten, die diesen jedoch außer einer Beitragssparnis bislang keine nennenswerten Vorteile bringt.

Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 ließ, wenn auch noch nicht in letzter Konsequenz, erste Weichenstellungen in Richtung wettbewerblicher Strukturen erkennen. Damals wurde sowohl die freie Kassenwahl der Versicherten als auch der Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen den Kassen eingeführt. Die Folge war ein zunehmendes Werben der Krankenkassen um Mitglieder, das mangels deutlicher Leistungsunterschiede fast ausschließlich über die Höhe des Beitragssatzes stattfand. Da der RSA bis heute keine ausreichenden Morbiditätskriterien aufweist, entstand in der Folgezeit eine ungünstige Risikoverschiebung zwischen den Krankenkassen.

Integrierte Versorgung ...FAKTEN

Wettbewerb der Versorgungsverträge

Tatsächlich war es den Krankenkassen bislang nicht möglich, sich durch besondere Leistungsangebote von anderen Kassen zu unterscheiden, wobei sich hier besonders der kollektive Vertragscharakter als hinderlich bei der Beschreibung und Entwicklung neuer Versorgungsformen erwies.

Konsequenter Wettbewerb bei der Gestaltung individueller Versorgungsverträge bedeutet, dass jeglicher Kontrahierungszwang wegfällt. Jede Krankenkasse kann sich dann jeden Heilberufers bzw. jede Gruppe von Leistungserbringern aussuchen, die ihr geeignet erscheint, das Versorgungsangebot, das die Kasse ihren Versicherten machen möchte, zu erfüllen. Der Wettbewerb der Kassen um die Versicherten wird so um die entscheidende Komponente erweitert: nicht allein der Beitragssatz entscheidet über die Beurteilung einer Krankenkasse, sondern vielmehr das Preis-Leistungsverhältnis des Angebotes.

Aber auch ein Wettbewerb der Heilberufers untereinander wird entstehen, die das in ihrer Region vorhandene Angebot an Versorgungsstrukturen zu beurteilen haben und versuchen müssen, Partner des für sie jeweils lukrativsten Versorgungsvertrages zu werden. Ärzte und Zahnärzte können zudem ihrerseits besondere Versorgungsangebote entwickeln und den Kassen zur Vertragsgestaltung anbieten. Bei allen Versorgungsverträgen entscheidet, und das ist sehr bedeutsam, nicht einfach das Kriterium des kostengünstigen Angebots, sondern vielmehr die Qualität der Leistungserbringung: die Patienten und Kassenmitglieder werden nämlich nur anhand der Qualität der vertraglich zur Verfügung gestellten Gesundheitsleistung beurteilen, ob sie ihrer Krankenkasse weiter die Treue halten oder nicht. Ebenso sind gute Versorgungsverträge das entscheidende Marketingkriterium der Krankenkassen, was sicherstellt, dass aus einer wachsenden Zahl konkurrierender Versorgungsverträge kein Honorardumping resultiert.

Es versteht sich von selbst, dass ein solches System einer wirksamen Aufsicht unterliegen und politische Ordnungsstrukturen aufweisen muss. Diese haben z.B. sicherzustellen, dass dort rechtzeitig eingegriffen wird, wo es zu Versorgungsengpässen oder -defiziten kommen sollte. Zudem unterscheidet sich natürlich der Markt 'Gesundheit' in wichtigen Aspekten vom klassischen Handelsmarkt. Gesundheitsleistungen sind in ihrem Preis-Leistungsverhältnis schwierig und oft qualitativ anders zu beurteilen als Handelswaren. Hinzu kommen

selbstverständlich auch der Erhalt des Solidargedankens innerhalb der GKV und der notwendigen Ausgleich sozialer Härten.

Somit müssen ausgewogene Bedingungen geschaffen werden, die für alle Versorgungsverträge gelten und den notwendigen Wettbewerb steuern. Hierzu gehört beispielsweise die Anwendung des Wettbewerbsrechts, das ein überprüfbares Zustandekommen von Versorgungsverträgen wie auch die Verhinderung marktbeherrschender Stellungen auf Kassen- wie Leistungserbringerseite zu gewährleisten hat. Für beide Seiten muss ebenso eine Transparenz der Versorgungsvorgänge vorherrschen, auf deren Basis erst eine wirkliche Information des Leistungsangebotes an die Versicherten möglich ist. Dabei muss der Leistungskatalog im Prinzip einheitlich gestaltet sein, damit es nicht zu Entsolidarisierungseffekten kommt und der Wettbewerb nur über die Versorgungsart, nicht aber über den Leistungsumfang stattfindet. Letzteres würde dem Solidarprinzip zuwiderlaufen, da der GKV-Versicherte ja nicht die Möglichkeit zur selektiven Versicherung bestimmter eingeschränkter Leistungsbereiche hat. Für die Krankenkassen wiederum muss gewährleistet sein, dass bei Fortbestehen der solidarischen Finanzierung der GKV ein streng morbiditätsabhängiger RSA eingeführt wird. Erst dieser ermöglicht den Kassen, ihre Vertragspolitik auf die tatsächliche Qualität und Effizienz ihrer Versorgungsangebote abzustellen und die bisherige risikoabhängige Beitragssatzpolitik zu verlassen. Die Versicherten hätten auch nur so die nötige Transparenz, um über den Beitragssatz auf tatsächliche Unterschiede zwischen den Kassen zu schließen. Schließlich dürfte ein funktionierender Vertragswettbewerb das Erfordernis reduzieren, seitens der Gesundheitsgesetzgebung ständig regulierend (und das meistens nachteilig) eingreifen zu müssen. Alte und neue Vertragsstrukturen werden dabei in einer Übergangsphase nebeneinander existieren, was deren Vereinbarkeit voraussetzt. Dieses heißt, dass es durch das Entstehen alternativer Vertragsformen zu Anpassungen im Bereich der Kollektivverträge in Bezug auf die Vergütungsmengen als auch die Bedarfsplanung kommen muss.

Fach- und sektorübergreifende Versorgungsformen

So sicher eine fach- und sektorbegrenzte Versorgung in der Vergangenheit auch zu Qualitäts- und Effizienzproblemen geführt hat, so ungewiss ist bislang, welche neuen Strukturen geeignet wären, wirkliche Strukturverbesserungen herbeizuführen. Der Begriff 'Integrierte Versorgung' (IV)

stellt dabei bislang lediglich eine Worthülse dar ohne streng verbindlich vorgegebene Verfahrensinhalte. Die Vernetzung im fach- und sektorübergreifenden Sinne als eindeutig definiertes Charaktermerkmal der IV ist angesichts der althergebrachten Versorgungsformen derart neu, dass sich klare Vorstellungen über die nötigen Veränderungen erst sehr langsam entwickelt haben.

Auf der Seite der Heilberufers werden angesichts weiter fortschreitender Spezialisierungen vermehrt Anstrengungen erforderlich werden, die nötige Koordination der Behandlungsleistungen im Hinblick auf die bestmögliche und kostengünstigste Betreuung des Patienten zu erzielen. Die Entwicklung der älter werdenden Bevölkerung in Richtung Multimorbidität und chronischer Erkrankungsformen wird zugleich den Bedarf an fachübergreifenden Versorgungsformen enorm verstärken.

Die Integrierte Versorgung stellt dabei das Konzept einer umfassenderen Gesundheitsversorgung dar, das in sich durchaus variabel tief oder breit angelegt sein kann. So können einerseits nur ganz wenige sektorübergreifende Leistungsbereiche, andererseits regional eng eingegrenzte Konzepte eine IV ausmachen. Genauso sind indikationsspezifische, also auf eine besondere Erkrankungsart bezogene, und indikationsunspezifische, umfassendere Konzepte zu unterscheiden. Allen Ausgestaltungen ist gemeinsam, dass sich die Behandlung an einem übergeordneten Gesamtziel auszurichten hat und weniger von isolierten Einzelentscheidungen getragen ist, wie sie innerhalb der traditionellen fach- und sektorbegrenzten Behandlung charakteristisch sind.

Die Träger der IV müssen zwangsläufig neue Management-Wege beschreiten, um gegenüber der herkömmlichen sektoralen Versorgung effektivere Versorgungskonzepte am Markt zu etablieren. Diese Konzepte müssen die Versorgungsnotwendigkeiten der Bevölkerung so gut abbilden und gleichzeitig so viel Qualität und Wirtschaftlichkeit bieten, dass sich hieraus Vertragsabschlüsse des IV-Trägers mit möglichst vielen Krankenkassen erzielen lassen. Nach den Vorstellungen des Gesetzgebers kann die Aufgabe des IV-Trägers von sog. Managementgesellschaften erfüllt werden, die das Bindeglied zwischen den Heilberufers und den Krankenkassen darstellen.

Eine Realisierung der gleichen Inhalte innerhalb der alten kollektiven Versorgungsstrukturen mit Kontrahierungszwang und ohne wettbewerbliche Aspekte scheidet dagegen von vornherein aus, da sich der hierzu erforderliche Regelaufwand innerhalb der traditionellen

Integrierte Versorgung ...FAKTEN

Versorgungsbereiche und die Abschottung der Berufsgruppen untereinander als unüberwindlich darstellen.

Eine noch längerfristige Koexistenz zwischen Kollektiv- und Einzelverträgen erscheint hingegen wahrscheinlich. Krankenkassen dürften aus Kostengründen kein ausgeprägtes Interesse daran haben, Sonderverträge mit einer sehr großen Zahl kleinerer Leistungsanbieter zu schließen. Von den letzteren würden daher solche einen Vorteil haben, die sich schon frühzeitig auf entsprechende Entwicklungen eingestellt haben. Zu erwarten ist ein Wettbewerb ganz unterschiedlicher sektoraler wie integrierter Versorgungsstrukturen, aus dem sich ergeben wird, welche Versorgungsformen in Effizienz und Qualität überlegen sind.

Veränderung braucht Anreize

Wenn sich neue Vertragsstrukturen im Gesundheitswesen durchsetzen sollen, so setzt dieses voraus, dass alle in diesem System Beteiligten Vorteile daraus ziehen. Alle Teilnehmer, d.h. die Krankenkassen, die Managementgesellschaften als Träger der Integrierten Versorgung zusammen mit den unter Vertrag stehenden Behandlungseinrichtungen/Ärzten sowie natürlich nicht zuletzt die Patienten müssen durch ein Geflecht ausreichender wechselseitiger und untereinander kompatibler Anreize miteinander verbunden sein. Patienten ist der Effizienzvorteil insbesondere durch finanzielle Vorteile wie z.B. Bonusregelungen verständlich zu machen. Aufgrund der Neu- und teilweise Andersartigkeit der Versorgungsangebote könnten nämlich gerade die Versicherten deren Vorteile nicht ohne weiteres verstehen und anfänglich sogar den Eindruck gewinnen, in Ihren Selbstbestimmungsrechten eingeschränkt zu werden. Finanzielle Besserstellungen würden da den Anreiz für die Patienten verstärken.

Tatsache ist zudem, dass sich der Erfolg eines Versorgungsmodells erst durch die Einschreibung einer ausreichend großen Anzahl von Patienten ergeben kann, die zudem grundsätzlich nur auf völlig freiwilliger Basis erfolgen darf. Dies macht es notwendig, das Versorgungsangebot und damit z.B. verknüpfte Bonusregelungen eng an den Bedürfnissen der Patienten auszurichten.

Anreiz für die Krankenkassen zum Abschluss integrierter Versorgungsverträge ist ebenfalls die Möglichkeit der Kosteneinsparung gegenüber der herkömmlichen sektoralen Versorgung, bezogen auf die gleichen Versicherten, und das bei mindestens gleich bleibender oder sogar besserer

Behandlungsqualität. Die Formel 'höhere Behandlungsqualität bei niedrigerem Kostenaufwand' darf dabei nicht dahingehend missverstanden werden, dass damit untrennbar auch das (zahn-)ärztliche Honorar für die Einzelleistung sinkt, das ja bei entsprechend qualitätsgesicherter Behandlung eher höher bewertet werden muss. Kosteneinsparungen ergeben sich vielmehr durch eine Optimierung der Behandlungsabläufe innerhalb sinnvoller Vernetzungen, d.h. durch Vermeidung möglichst vieler überflüssiger Leistungen bis hin zur Abschaffung von Überkapazitäten.

Auf Seiten der Anbieter integrierter Versorgung muss stets auf ein wirksames Qualitätsmanagement besonderer Wert gelegt werden, wenn das Versorgungsangebot am Markt attraktiv sein soll. Anbieter, die durch Versorgungsstrukturen, die an den Bedarf und die Präferenzen der Bevölkerung angepasst sind, eine Vielzahl von Patienten ansprechen und vertraglich binden können, haben so auch die besten Chancen bei Vertragsabschlüssen mit den Krankenkassen. Die Bindung möglichst vieler Versicherter würde auch den Verlust derselben für die Krankenkassen bedeuten, falls letztere bestehende Verträge nicht mehr zu guten Konditionen verlängern wollen. Somit ist der Wettbewerb beileibe nicht auf die Krankenkassen beschränkt, sondern wird ergänzt durch einen Qualitäts- und Servicewettbewerb der Anbieter von Gesundheitsleistungen.

Solidarischer Wettbewerb

Vertragswettbewerbliche Strukturen dieser Art stoßen heute bei den traditionellen Akteuren im Gesundheitswesen oft auf noch wenig Verständnis. Bislang haben wir es bei der herkömmlichen sektoralen Versorgung mit Kämpfen zwischen Kassen und Körperschaften zu tun, die der jeweils anderen Seite so wenig des zu verteilenden Gesamtvolumens wie nur möglich gönnt. Diese Atmosphäre des 'sich gegenseitig etwas wegnehmen Wollens' wird sich im Wettbewerb in ein Verhältnis des 'sich gegenseitig etwas anbieten Müssens' wandeln und eine neue Kultur des Ringens um die beste Gesundheitsleistung schaffen. Hierbei gilt der Grundsatz, dass alle Beteiligten – die Anbieter bzw. (Zahn-)Ärzte, die Krankenkassen und die Patienten – ein Maximum an Nutzen aus den neuen Strukturen ziehen und diese Veränderungen keinesfalls zu einseitigen Lasten irgendeines Beteiligten gehen dürfen.

Durch die bewusste Konstruktion eines 'kombinierten Wettbewerbs', nämlich dem zwischen

allen Krankenkassen um die Versicherten auf der einen und dem zwischen den Anbietern bzw. (Zahn-)Ärzten um die Versorgungsverträge mit den Krankenkassen auf der anderen Seite, kann sich keiner der Beteiligten einen Ansehensverlust etwa durch das Angebot schlechter Behandlungsleistungen, durch eine zu gering vergütete Versorgung oder durch die Ausgrenzung bestimmter Versichertenkreise leisten. Aus diesem Grunde wird auch vom 'solidarischen Wettbewerb' gesprochen.



Integrierte Versorgung ...FAKTEN

Aber auch die Ausrichtung an gemeinsamen Behandlungsleitlinien oder Behandlungspfaden ist für eine funktionierende Vernetzung erforderlich.

In Abhängigkeit von der geplanten Patientenzahl und den notwendigen bzw. erwarteten Behandlungsschwerpunkten dieser Patienten muss die richtige Auswahl und Einbindung der fachlich geeigneten ärztlichen und nicht-ärztlichen Praxen und sonstigen Versorgungseinrichtungen im erforderlichen zahlenmäßigen und geografisch sinnvollen Umfang konzipiert werden. Die vertraglich eingebundenen Praxen und Einrichtungen müssen solche Aus- und Fortbildungsmaßnahmen in Anspruch nehmen, die sie nicht nur in den Stand setzen, die speziellen fachlichen Details der jeweiligen übergreifenden Versorgungsangebote zu verinnerlichen und zu praktizieren, sondern die ihnen auch die speziellen Anforderungen vernetzter arbeitsteiliger Entscheidungsprozesse nahe bringen. Auch die technischen Details der Vernetzung wie die vereinbarten Informationswege und der Einsatz der speziell entwickelten EDV müssen allen Beteiligten durch Fortbildungen bekannt gemacht werden.

Koexistenz beider Versorgungsformen

Mit dem GMG 2004 wurden zwar einige Schwierigkeiten für die Entwicklung integrierter Versorgungsmodelle, die seit dem Jahr 2000 bestanden hatten, aus dem Weg geräumt, ein Startschuss aber für eine völlig durchgängige Umsetzung vertragswettbewerblicher Strukturen wurde noch nicht gegeben. Vielmehr ist erkennbar, dass die herkömmliche sektorale Versorgung und Bedarfsplanung sowie der Kontrahierungszwang für die Krankenkassen noch auf längere Sicht parallel erhalten bleiben sollen. Ohne die Kollektivvertragsstrukturen über die KZVen wäre, auch angesichts der derzeit teilweise noch offenen Ausgestaltungs- und Entwicklungsmöglichkeiten alternativer Versorgungsmodelle, die Sicherstellung der Versorgung für die nächsten Jahre überhaupt nicht zu gewährleisten und ein Wechsel vom einen System in das andere gar nicht möglich.

Aus dieser notwendigen und gewollten Koexistenz werden mit Sicherheit langfristige Probleme wegen der konzeptionellen und technischen Unterschiedlichkeit auftreten, deren Lösung eine besondere Herausforderung der Zukunft darstellt und allen Beteiligten

viel Geduld sowie von den (Zahn-)Ärzten erhebliches Engagement in beide Richtungen abverlangt. Erst im Laufe der Zeit wird es sich dann erweisen, ob die starren plan- und kollektivwirtschaftlichen Strukturen abgelöst werden können von flexiblen und vielseitigen einzelvertraglichen Modellen im Wettbewerb aller Akteure.

Eine mögliche Rolle des DAZ

Innerhalb des DAZ gehen die Erwartungshaltungen bezüglich neuer einzelvertraglicher Versorgungsstrukturen weit auseinander. Eine Gruppe lehnt die Beteiligung an der Integrierten Versorgung rundherum ab. Sie fürchtet die baldige Vernichtung der Selbstverwaltung und interpretiert die Bestrebungen des Gesetzgebers als quasi böswilligen Akt ausschließlich zur Zerschlagung der KVen und KZVen und zur Stärkung der Krankenkassen. Völlig verkannt wird dabei der erhebliche Reformdruck durch die demografisch bedingte Morbiditätsentwicklung in Deutschland, der den Gesetzgeber zur Austestung neuer Versorgungsformen nachgerade zwingt.

Sicher dürften nicht ausnahmslos alle diese Veränderungen vorbehaltlos zu begrüßen sein. Sie geben aber gerade den (Zahn-)Ärzten ausreichend Anlass, nach Möglichkeiten zu suchen, durch Beteiligung an den Entwicklungen diese nach eigenen Vorstellungen mitzugestalten. Auch der DAZ sollte hier keinesfalls abseits stehen. Gerade jetzt, wo in der Frühphase des Entstehens erster Konzepte echtes Neuland betreten wird, sollten zahnärztlicher Sachverstand und unsere Erfahrungen mit den Krankenkassen und der gemeinsamen Selbstverwaltung aktiv in die neuen Strukturen eingebracht werden. Tatsächlich werden diese Kenntnisse von den Entwicklern integrierter Versorgungsverträge, die selbst in die Erfordernisse zahnärztlicher Arbeit und die Abrechnungsmethodiken oft viel zu wenig Einblick haben, auch dringend benötigt. Ohne diesen Einfluss würden leicht Bedingungen entstehen, die über die Interessen unseres Berufsstandes schlicht hinweggehen.

Die neuen Versorgungsstrukturen suchen des weiteren starke Partner, die bereit sind, sich im Rahmen eines kontrollierten Wettbewerbs, wie er oben beschrieben wurde, in integrierte Vertragsformen einbinden zu lassen. Versorgungspartner auf Seiten der sog. Leistungserbringer, also aus unserem Berufsstand, werden in der Öffentlichkeit dann als stark

empfundene, wenn sie ein überzeugendes und überprüfbares Behandlungsangebot vorweisen können. Glaubhaft praktizierte Qualitätssicherung mit Schwerpunkt auf dem Behandlungsergebnis ist sicher das interessanteste Merkmal eines verlässlichen Vertragspartners. Gerade der DAZ mit seiner klaren standespolitischen Tradition und seinem ‚Projekt Qualitätssicherung‘ ist in dieser Hinsicht aufgestellt wie kaum ein zweiter zahnärztlicher Verband in Deutschland und hätte daher das Potenzial, sich im Kontext der neuen Strukturen zu einem echten Player zu wandeln. Mit seinen qualitativen Selbstverpflichtungen im ‚Projekt Qualitätssicherung‘ ist der DAZ auf dem allerbesten Weg, in den Rang eines bevorzugten Vertragspartners im Rahmen wettbewerblich orientierter Versorgungsformen zu gelangen.

Nichts wäre auf der anderen Seite, nicht nur für den DAZ, sondern für den gesamten Berufsstand, schädlicher, als die Entwicklung neuer Versorgungs- und Vertragsformen tatenlos geschehen zu lassen. Denn die Dinge, die nicht von uns gestaltet werden, werden ‚für‘ uns gestaltet, und zwar entweder von unseren standespolitischen Gegnern oder von den Krankenkassen, aber absehbar nicht zwangsläufig in unserem Sinne. Gerade in punkto Behandlungsqualität darf sich die (Zahn-)Ärzteschaft nicht länger die Butter vom Brot nehmen lassen, denn unser stets unter Beweis gestelltes Können ist genau das Pfund, mit dem nur wir wuchern können und dürfen und das nur wir unter den neuen Strukturen zu gerechten Konditionen dem Markt anbieten können.

Die Krankenkassen bilden in diesem Zusammenhang beileibe nicht ein bedrohliches Gegenüber, wie es ihnen im Rahmen der sektoralen Vertragsverhandlungen oft vorgeworfen wird. Durch die Einführung eines kombinierten Wettbewerbs werden es sich weder irgendwelche Krankenkassen, allerdings auch nicht die Heilberufler mehr leisten können, den jeweiligen Vertragspartner nicht als echten, gleichberechtigten Partner anzusehen.

Modelle der Integrierten Versorgung bieten also eine wirkliche Chance zur Schaffung einer neuen Vertrauenspartnerschaft zwischen allen Akteuren im Gesundheitswesen unter Einschluss der Patienten. Dieses erfordert Verständnis und Kooperation von allen Seiten, aber eben auch das Engagement der Zahnärzteschaft, und zwar sowohl weiterhin unter den tradierten Bedingungen als auch in alternativen Versorgungsstrukturen.

Dr. Eberhard Riedel, München
Literatur bei der Redaktion

Integrierte Versorgung...in der Di



&



Grundsatztreue und neue Versorgungsmodelle

Auf den folgenden Seiten sind Beiträge zusammengestellt, die sich mit dem Für und Wider von Versorgungsstrukturen alternativ zu den in den KZVen tradierten befassen. Dieses Thema hat sich im letzten Jahr innerhalb des DAZ zu einer heftig geführten Kontroverse entwickelt- speziell was die mögliche Identifikation des DAZ mit solchen Modellen betrifft. Konsens herrschte und herrscht in der Befürwortung der vorhandenen Selbstverwaltung und in dem Bemühen, erwünschte Veränderungen der Versorgungsstrukturen und der Versorgungsqualität möglichst innerhalb und über die Selbstverwaltung zu erreichen.

Umstritten ist allein die Frage, wie viel an Experimenten auf diesem sensiblen Gebiet erlaubt sein soll und wie weit sich der Vorsitzende des DAZ an einem solchen Experiment beteiligen darf. Was könnte den KZVen schaden und was könnte in der Öffentlichkeitswirkung dem DAZ schaden?

Das Thema scheint bei einigen der Disputanten die tiefsten Überzeugungen und Bindungen zu berühren, so dass die Auseinandersetzung darüber ein Gewicht erhalten hat, das ihr nicht zukommt angesichts anderer Themenfelder und angesichts des DAZ-Qualitätsprojektes, mit denen der DAZ identifiziert werden kann.

Da diese Debatte sich so in den Vordergrund gedrängt hat und eine sehr persönliche Färbung angenommen hat, wird ihr nachfolgend ein relativ großer Raum eingeräumt und ein für das Forum ungewohnter persönlicher und emotionaler Ton gestattet.

Die Autoren der einzelnen Artikel sind genannt und verantworten ihre Inhalte selbst.

Die Redaktion

Diskussion... Integrierte Versorgung...

Liebe Freunde und Kollegen im DAZ,

ein paar Worte zu dem Problem „Integrierte Versorgung“, das für einige der Altvorderen der Anlass war, aus dem DAZ auszutreten.

Das Konzept der Integrierten Versorgung, kurz IV, wurde ins Leben gerufen, um den Übergang zwischen stationären und ambulanten medizinischen Leistungen zu verbessern und Mehrfachuntersuchungen zu verhindern. Das hat im medizinischen Bereich mit seinen verschiedenen Facharzttrichtungen durchaus seine Berechtigung.

Für den zahnärztlichen Bereich war eine IV primär nicht vorgesehen. Nun haben sich durch spezielle Auslegung der Paragraphen aber auch für die gesetzlichen Krankenkassen, in erster Linie die AOK Bayern, neu interpretierbare Bereiche ergeben, die erstmals die Möglichkeit eröffnen, Einzelverträge mit Zahnärzten abzuschließen. Diese Verträge klingen echt gut und ich gebe gern zu, dass auch ich mich eine ganze Weile mit dem Gedanken getragen habe, daran teilzunehmen. Endlich mal ordentliche Bezahlung für gewissenhafte, zeitaufwändige Arbeit! Die Qualitätskriterien relativ leicht einzuhalten bzw. sowieso schon Standard, die verlängerten Gewährleistungszeiten problemlos. Zusätzliche Patienten, die über das Projekt in die Praxis geschleust werden. Voraussichtlich wohlmeinende Patienten, die zu einem „besonderen“ Zahnarzt wollen und nicht zuzahlen müssen. Praktisch „Privatpatienten“ der AOK.

Wo ist der Pferdefuß?

Leider ist es ein zutiefst unsolidarisches Projekt! Nur etwa 50 Praxen in Bayern sollen in der ersten Phase mitmachen können. Langfristig sollen es nicht mehr als 15 bis 20 Prozent der Praxen sein. Das ist verständlich, denn es ist ein teures Modell, und Geld ist so knapp, dass die übrigen Kollegen noch nicht einmal alle ihre Leistungen zum Normalpreis bezahlt bekommen. Pikant dabei ist, dass das nötige Geld (*nur das Geld für die Entwicklung der IV-Strukturen! Anmerkung der Redaktion*) vorerst aus dem Topf der Ärzte und Krankenhäuser kommt, bei denen die Integrierte Versorgung ja angesiedelt ist. Wenn die das spitz kriegen, dürfte man in Erklärungsnotstand kommen.

Spätestens dann wird man auch versuchen, das nötige Geld aus dem Zahnärztertopf zu nehmen. Die Begründung wird für die Krankenkassen leicht sein – man bekomme ja auch eine besondere Qualität. Das Gros der Zahnärzte,



80 bis 90 Prozent, sind dann die qualitativ schlechteren, die auch mit deutlich weniger als jetzt zufrieden sein können. Ganz im Tenor der augenblicklichen Gesundheitspolitik.

Das IV-Projekt ist unsolidarisch und unehrlich!

Unehrllich deshalb, weil nicht nachweisbares Spezialistentum gefragt ist, sondern nur eine Selbstverpflichtung, die jeder nach seinem Gewissen handhaben kann. Ein kleiner Teil von uns kann auf Kosten der anderen besser leben und genießt darüber hinaus auch noch ein höheres Ansehen bei den Patienten. Ein kleiner Teil der bayrischen AOK-Patienten – es sollten möglichst die mit guten Risiken sein! – soll über eine quasi „Privatbehandlung“ dauerhaft an die AOK gebunden werden. Die AOK wird sich alles an diesem Vorzeige-Modell schön rechnen und damit Werbung machen. Daneben hat sie noch den Vorteil, einen schmerzhaften Keil in die Kollegenschaft getrieben zu haben. Denn: für sinnvolle Vorschläge seitens der KZVB, z.B. die Versorgung von Heimbewohnern zu verbessern, was dem Gedanken der Integrierten Versorgung bestimmt näher käme als das AOK-Projekt, fehlt jegliches Geld. Vorzeigeobjekt also für die AOK, das wir nicht mehr stoppen können, wenn es so richtig angelaufen ist.

Hier ist der DAZ nun über seinen Vorsitzenden, Eberhard Riedel, tief involviert. Seit langer Zeit erfreut sich der DAZ bei den bayrischen Krankenkassen eines recht guten Rufes, insbesondere was fachliche Qualifikation angeht. So ist es nicht weiter verwunderlich, dass man sich bei diesem Projekt getroffen hat. Gerade für Zahnärzte, die sich von jeher ganz besonders dem Qualitätsgedanken verschrieben haben und dafür jahrzehntelang eher abgestraft als gelobt wurden, ist dieses Projekt durchaus verführerisch. Aber, wie gesagt, ich halte es für unsolidarisch, unehrlich und vor allem für einen gefährlichen Spaltpilz!

Ich möchte nicht zu jenen gehören, die auf Kosten der großen Mehrheit ihr Schäfchen ins Trockene bringen, und ich kann nicht in schwierigen Zeiten Solidarität predigen und gleichzeitig Sonderwege gut heißen.

Man kann natürlich niemandem verbieten, mit zu machen. Aber es sollte auch niemand nachher sagen können, er habe es nicht gewusst.

Quo vadis, DAZ?

Dr. Dr. Ursula Frenzel, München

Berlins unabhängige Zahnärzte e.V.



Stellungnahme

Berlins Unabhängige Zahnärzte (BUZ) als dem DAZ assoziierter befreundeter Verband beobachten mit großer Sorge die IV-Auseinandersetzung im DAZ.

Inhaltlich ist das Thema sicher eine ausführliche und intensive Diskussion wert. Grund zur Sorge sind jedoch die Form und der persönlich zersetzende Stil der Auseinandersetzung.

In Zeiten von anstehenden Umstrukturierungen in allen gesellschaftlichen Bereichen muss es erlaubt sein, auch radikal neue Projekte mit den ihnen immer innewohnenden Risiken probierend zu verfolgen. Solche Ideen und Projekte sollten streng sachlich und ohne Panik beurteilt werden. Die handelnden Personen haben ein Anrecht auf vielleicht harte, aber solidarische Kritik.

Dr. Helmut Dohmeier-de Haan,
BUZ-Vorsitzender

Anmerkung der Redaktion:

Zwischenzeitlich hat die KZV Bayerns mit der AOK Bayern einen Strukturvertrag zur Behandlung von pflegebedürftigen Patienten/innen mit schwerwiegenden körperlichen und geistigen Behinderungen in Intubationsnarkose (ITN) geschlossen.



Noch zu retten?

Streit im DAZ, heftig, anhaltend und offenbar entzündet an der Person des 1. Vorsitzenden, Dr. Eberhard Riedel, der mit seiner Initiative zur Qualitätssicherung und Integrierter Versorgung eine hochemotionale geführte Debatte ausgelöst hat.

So mag beim außenstehenden Betrachter der Eindruck entstanden sein, dass ein einsamer 1. Vorsitzender gegen den Rest des DAZ und ohne Auftrag seine eigenen Ziele verfolgt, gegen den erklärten Willen des restlichen Vorstandes und einiger anderer Mitglieder drumherum Pflöcke in das berufspolitische Terrain schlägt, die den Zielen des DAZ zuwider laufen und seinem Ansehen in der Öffentlichkeit schaden. Um diesem Eindruck entgegenzutreten, soll dieser Beitrag verdeutlichen, dass die Position von Eberhard Riedel sehr wohl Verständnis und Unterstützung findet, ja es sind sogar die beiden konträren Positionen zahlenmäßig etwa gleich stark, wie eine Abstimmung zur Einschätzung der Mehrheiten auf der Ratssitzung am 22. Januar in Berlin ergab.

Jeder Beitrag zu diesem Thema spricht für sich, und es sei natürlich jedem Mitglied unbenommen, seine Auffassung zu diesen Dingen frei zu äußern. Eine Meinungsführerschaft gibt es dabei nicht, auch nicht für Stimmen aus dem Vorstand des DAZ. Der 1. Vorsitzende Dr. Riedel verdankt seine Funktion und sein Mandat dem nahezu einstimmigen Abstimmungsergebnis der letzten Jahreshauptversammlung in Berlin. Bei dieser Gelegenheit hat er – übrigens nicht zum ersten Mal – seine Ziele verdeutlicht, seine Initiative zum QS-Projekt erklärt und auf seine Kontakte zur AOK Bayern in Sachen Integrierte Versorgung hingewiesen.

Zur Erinnerung: Herr Dr. Riedel war es, der 2003 den müden und der Selbstauflösung nicht mehr gänzlich abgeneigten DAZ aus der Inhaltsleere geführt und neue Perspektiven eröffnet hat. Dies tat er übrigens auch und gerade mit dem ausdrücklichen Beifall einiger, die sich heute so bedauerlich ruppig und unkonzilient von ihm distanzieren.

Qualitätssicherungsprojekt und Modell für eine Integrierte Versorgung sind dabei für ihn immer als funktionale Einheit untrennbar gewesen. Das Eine macht ohne das Andere keinen rechten Sinn. QS als Selbstzweck oder zur eigenen Nabelschau bringt uns nicht weiter. Verbesserung der Qualität zahnärztlicher Arbeit war immer schon eines der Hauptanliegen des DAZ, und es hat in der Vergangenheit niemand daran Anstoß genommen, wenn mit verbesserter Ergebnisqualität und Gewährleistung auch die Erwartung einer besseren Honorierung verbunden wurde. Diesbezügliche Vereinbarungen mit Krankenkassen waren auch früher schon angedacht. Integrierte Versorgung ohne Qualitätssicherung macht ebenso wenig Sinn. Die vom Gesetzgeber vorgesehenen Modellversuche sollen schließlich der Verbesserung von Versorgungsstrukturen dienen, der höheren Qualität im Ergebnis und damit der größeren Effizienz der eingesetzten Mittel.

Als zahnärztlicher Berufsverband ist auch der DAZ aufgerufen, dieses aufgelassene Feld zu beackern, eigene Vorstellungen einzubringen und möglichst eigene Erfahrungen zu machen, um später mitreden und –handeln zu können. Der ausdrückliche Auftrag des Gesetzgebers steht im Raum, die politischen Weichen sind gestellt. Qualitätssicherung und Integrierte Versorgung wird es bestimmt auch ohne den DAZ geben. Dann machen es eben andere, aber vielleicht dann wieder die, denen wir es eigentlich nicht überlassen wollten.

Pseudo-IV-Modelle ohne jede Qualitätssicherung gibt es bereits, in meinen Augen kurzlebige Versuche, weil sie keinen echten Beitrag zur Lösung bestehender Probleme im Gesundheitssystem leisten. Bei anhaltender Verknappung finanzieller Mittel werden Projekte ohne ergebnisorientierte Qualitätsverbesserung auf Dauer keine Chance haben. Ob KZVen in breiter Front hierzu bereit und auch in der Lage sein werden, ist für mich eine offene Frage. Bislang jedenfalls höre und lese ich wenig über deren konkrete Pläne zur IV. Ich war und bin froh, dass sich in der Person von Eberhard Riedel der DAZ dieser zentralen Thematik angenommen

hat. Dies hat er in meinen Augen sehr zielstrebig und wirkungsvoll getan, dabei jeden, der Interesse zeigte, zur Mitarbeit aufgefordert, aber vielleicht die zwischenmenschlichen Bedürfnisse einiger „Mitstreiter“ nicht ausreichend beachtet. Anders kann ich mir die zum Teil heftige, sehr emotionale Reaktion einiger Mitglieder nicht erklären. Da gab es in meiner Wahrnehmung üble Agitation und unschöne Konspiration hinter den Kulissen. Der Versuch, ihn mittels Abstimmung im Vorstand zur Demission zu bewegen und damit die Mitgliederentscheidung der letzten JHV zu unterlaufen, also in einer Art „Palastrevolte“ den 1. Vorsitzenden zu demontieren, ist nicht korrekt und sicher auch nicht satzungskonform. Dass einige die Erfüllung ihrer Forderung nach Riedels Abtritt mit ihrem Verbleiben im DAZ verknüpfen, erschreckt mich zusätzlich. Androhung des eigenen Austritts als Druckmittel bei der Meinungsbildung erscheint mir geradezu fundamentalistisch und zeigt wenig Respekt vor der anderen Meinung.

Die Herrn Riedel vorgehaltene angebliche Unvereinbarkeit von DAZ-Vorsitz und IV-Funktion sehe ich wegen minderer Bedeutung nicht als Problem der political correctness, wohl aber die Tatsache, dass ein inzwischen fristlos (!) aus dem Verband ausgetretenes Mitglied sein über die DAZ-Liste gewonnenes KZV-Mandat offenbar nicht zurückgegeben hat. Ich wünsche dem DAZ-Vorsitzenden nicht, dass er keine Widersacher mehr haben möge, aber ich wünsche ihm sehr, dass seine Kritiker sachbezogen und fair mit ihm umgehen. Dies kann Dr. Riedel mit Fug und Recht beanspruchen, und das schulden wir dem bislang guten Stil im DAZ. Im Bereich zahnärztlicher Verbände hat es in den vergangenen Jahren immer wieder Beispiele für einen schlechten politischen Stil und menschlich fragwürdige Umgangsformen gegeben. Dem müssen wir uns im DAZ nicht unbedingt anschließen.

Dr. Ulrich Zibelius, Lemgo

Diskussion... Integrierte Versorgung...



Die „Integrierte Versorgung“ und der Streit im DAZ

I. Worum es geht

Im Herbst 2004 hat der DAZ-Vorsitzende Dr. Riedel, vorgestellt als DAZ-Bundesvorsitzender, ein integriertes Versorgungsmodell (IV) mit der AOK-Bayern ins Leben gerufen. Zahnärztliche Leistungen werden über eine zwischengeschaltete Managementgesellschaft ohne Einbezug der KZV direkt mit der Krankenkasse, hier die AOK-Bayern, abgerechnet. Die Konstellation eines – nach Auffassung des Verfassers – klassischen Einkaufsmodells.

Der DAZ-Vorsitzende Dr. Riedel wird an 2 Arbeitstagen in der Woche seine Praxis schließen und in dieser Zeit als leitender bezahlter Mitarbeiter des AOK-Projektes in der Position eines leitenden Beratungszahnarztes tätig sein.

Die Kontroverse in unserem Verband entzündet sich an 2 Punkten:

1. Beurteilung des Charakters der IV-Modelle.
2. Kollidiert die hauptamtliche Mitarbeit von Dr. Riedel im AOK-Projekt mit seiner Position als DAZ-Vorsitzender?

Aus meiner eigenen Haltung mache ich keinen Hehl:

1. Das IV-Modell der AOK-Bayern erscheint als ein klassisches Einkaufsmodell.
2. Es ist ungeeignet, die Behandlungsqualität nachhaltig positiv zu beeinflussen, es zielt vielmehr auf die Zersplitterung und Schwächung der Verhandlungskraft der Zahnärzte gegenüber den Kostenträgern.
3. In Konsequenz dieser Einschätzung ist der Vorsitz im DAZ unvereinbar mit der Tätigkeit als leitender Beratungszahnarzt im IV-Projekt der AOK-Bayern.

Im Folgenden wird das Projekt vorgestellt, sowie der Stand der Diskussion im DAZ umrissen.

II. Integrierte Versorgung – (k-)ein Einkaufsmodell ?

Im Fall des AOK Bayern-Projektes anschlussfinanzieren die Krankenkassen aus der Gesamtvergütung eine vorgeschaltete Managementgesellschaft (MG). Eine Ersatz-KZV. Es handelt sich um eine privat geführte GmbH. Die Gesellschaft firmiert unter „Dent-IV“. Die MG Dent-IV schließt Verträge mit Zahnärzten. Die Anbieter rechnen diese Leistungen zu Vorzugsbedingungen über die MG direkt mit der Krankenkasse AOK ab. Die KZV ist nicht mehr involviert.

Eine zunächst vielversprechende Idee:

Die Kollegen bieten längere Gewährleistung. Die Leistungen werden via Managementgesellschaft direkt mit der AOK abgerechnet. Die AOK überweist über die MG die Honorare und Honorarzuschläge an die Teilnehmer des Projektes. Es gibt für die Teilnehmer keine Mengenbeschränkung mehr, keine Honorarverteilungsmaßstäbe, keine Degression. Der Projektzugang ist anzahlbegrenzt, d.h. nach Bindung von maximal 20 % der bayrischen Zahnärzte wird der Zugang geschlossen werden. Zugang nach Reihenfolge der Anmeldung. So weit, so gut.

II.1. Die Managementgesellschaft (MG)

Zentraler Schnittpunkt im neuen Abrechnungszentrum ist die Dent-IV GmbH, die Managementgesellschaft. Sie wird Ersatz-KZV. Als privates Unternehmen verteilt sie die Honorarvolumina der teilnehmenden Zahnärzte. Zugleich obliegt der MG die qualitätssichernde Überwachung der abgerechneten Leistungen im Rahmen des Qualitätsanspruches des Projektes. Zwei Fragen stellen sich:

1. Ist Dent-IV GmbH nun geeignet, die bei einer Zielteilnahme von 20% der bayrischen Zahnärzte zu erwartenden Umsätze verlässlich und risikofrei abzuwickeln ?
2. Lassen Geschäftsstruktur und Geschäftsziel ausreichend Raum für die Qualitätssicherung ?

Anders als die KZV'en ist Dent-IV eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung. Die Managementgesellschaft vertritt keine Präferenzen der Zahnärzte. Sie hat das Ziel, das jede GmbH verfolgt und verfolgen muss: Gewinn erzielen. Dieser Gewinn entsteht aus den Verwaltungsabgaben der Teilnehmer. Viele Teilnehmer = viel Geld, wenig Teilnehmer = wenig Geld, kein Teilnehmer = kein Geld und Konkurs. Für gegen-

über den Kollegen eingegangene Verbindlichkeiten haftet Dent-IV nur mit dem beschränkten Gesellschaftervermögen!

Der Lösungsansatz für die MG liegt nicht im Aquirieren weniger Spitzenzahnärzte. Ein solcher kleiner Club erlaubt keine progressive Gewinnentwicklung. Nur ein Weg steht offen: Es müssen mehr und mehr Teilnehmer gewonnen werden. Die MG ist vielleicht sogar willens, jedoch von der Geschäftsauslegung her gar nicht in der Lage, den erklärten Qualitätsförderungsanspruch durchzuhalten. Stringente Qualitätssicherung (QS) verkleinert nämlich den Kreis. Die MG braucht aber mehr Zahnärzte. Selbst die AOK im Hintergrund, lautere Absicht gern unterstellt, kann nicht helfen. Sie kann nicht die Existenzgrundlage der MG – den Gewinn – verbieten. Es sei denn, sie bezahlt Entschädigungen an Dent-IV für entgangenen Profit. Von diesem Moment an hängt Dent-IV für immer am Finanztropf der AOK und mit ihr alle Projektteilnehmer. Der Kreis des Einkaufsmodells ist geschlossen.

Zusammengefasst:

Dent-IV ist ein riskanter Partner zur Honorarabwicklung. Die Verbindlichkeiten sind nicht gesichert. Die Gesellschaft kann schnell vom Markt verschwinden.

QS wird von einer Dent-IV nicht gefördert. Durchgesetzte QS limitiert den Kreis der Teilnehmer und konterkariert so die Ziele der Gesellschaft.

Die AOK trägt keine Verantwortung bei vollem Nutzen. Sie bindet Zahnärzte an sich, steht aber für die Risiken des Geschäftsbetriebes nicht ein.

Die Verträge (s.u.) bestätigen die Analyse: Vordergründig geht es um Qualität. Diese wird bereits im Nachsatz verwässert. Es soll keiner vom Mitmachen abgehalten werden. Der Beratungszahnarzt ist ein dotiertes Feigenblatt des Projektes. Diese Dent-IV GmbH lebt von Größe und keinesfalls von QS.

II.2. Die Verträge

Die teilnehmenden Zahnärzte schließen mit der MG „Dent-IV“ einen Vergütungsvertrag. Für Patienten der IV rechnet der Zahnarzt sämtliche Kassenleistungen personenbezogen und detailliert mit der MG Dent-IV ab. Die Daten werden der AOK Bayern übermittelt. Für sämtliche Leistungen im Rahmen des Vertrages finden Regelungen zum HVM und zur Degression keine Anwendung. Für jeden teilnehmenden Patienten werden Honorarzuschläge gezahlt.

Auszug:

Mehrflächige Kompositfüllungen + € 50,-;
pro abgefüllten Wurzelkanal + € 50,- etc.

Bereits am 1. Oktober 2004 schrieb Dr. Riedel unter dem Betreff »Ihre Meinung ist uns wichtig!« die nachstehende Email an die EGroup des DAZ

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

bitte entnehmen Sie dem angehängten Text (pdf) einige Eckdaten eines Konzepts für eine Integrierte Versorgung, an dessen Entwicklung ich derzeit beteiligt bin. Der hier vorgeschlagene Weg soll eine mittlerweile gesetzlich zugelassene Versorgungsform ermöglichen, die m.E. gerade für Zahnärztinnen und Zahnärzte sehr interessante Aspekte enthält, ohne dabei in direkte Abhängigkeit zu einer Krankenkasse zu geraten. Das Konzept sieht u.a. vor, im Rahmen der GKV-Versorgung durch Einhaltung und Überwachung bestimmter Zusagen unsererseits mit besonderen Konditionen parallel zur Abrechnung über die KZV abzurechnen, und das ohne Budgetzwänge.

In dieser Entstehungsphase ist uns Ihre Meinung sehr wichtig! Könnten Sie sich vorstellen, an einer solchen Integrierten Versorgung teilzunehmen? Glauben Sie, dass ein solches Konzept zukunftsfähig ist? Wo sehen Sie evtl. die größten Hindernisse bei der Akzeptanz in der Kollegenschaft? Dieses Konzept zielt dabei bewusst auf nur einen Teil (ca. 10 bis 15 %) der Zahnärzte, die bereit sind, Besonderes zu leisten, und richtet sich per se nicht an alle.

Bitte seien Sie so freundlich und sagen Sie mir hier offen Ihre Meinung. Für eine schnelle Rückmeldung in den nächsten Tagen unter E_Riedel@msn.com oder unter Fax 089/5440 4484 bedanke ich mich ganz besonders und freue mich auf eine rege Diskussion.

Beste Grüße,
Ihr Eberhard Riedel

Die teilnehmenden Zahnärzte bieten verlängerte Gewährleistung an.

Auszug:

Füllungen: 5-6 Jahre, Kombi-ZE: 5 Jahre,

Endo: 5 Jahre

Bis hier decken sich noch Anspruch und Wirklichkeit: höhere Honorare für ordentliche Arbeit. Gradmesser für die hochwertige Therapie ist die lange Gewährleistungsfrist.

In den abschließenden Paragraphen zu Vergütung und Gewährleistung wird der Qualitätsgedanke jedoch verwässert und in Teilen komplett wieder zurückgenommen: „Eine Gewährleistung liegt nur vor, wenn die Ursachen für das Scheitern von Wurzelkanalbehandlungen und Füllungen nachweislich beim Behandler liegen.“ Rechnet der Behandler keine Qualitätspauschale ab, bleibt es bei der gesetzlichen Gewährleistung jedoch ohne Budget, HVM oder Degression.

Mit anderen Worten: allein die Teilnahme am Projekt macht es möglich, 'auf Masse' zu behandeln, ohne Mengenbegrenzung und Restriktion durch Honorarverteilungszwänge. Man muss nur auf die Gewährleistungszuschläge verzichten. Rechnet ein IV-Teilnehmer andererseits Zuschläge ab, ist bei Therapieversagen ein Regress nur bei nachweislich schuldhaftem Fehlverhalten zu befürchten (Vorsatz oder grob fahrlässig). Für die Teilnahme am Projekt reicht es zudem aus, sich zu beeilen und unter den ersten 20 von 100 Zahnärzten zu sein.

II.3. Beurteilung

Die eigentliche Zielrichtung wird vor dem Hintergrund des Einkaufsmodells deutlicher: Die Direktabrechnung stellt das Fundament unseres Abrechnungswesens sowie die Kultur der Verhandlungen mit den Krankenkassen zur Disposition. Die Direktbeziehung schwächt die KZV'en und unterminiert die verbliebene Verhandlungsbalance mit den gesetzlichen Kostenträgern. Ein Effekt, der durchaus von der Politik gefordert und mit der Gesetzgebung zu den IV-Modellen auch gefördert wurde.

Das QS-Projekt des DAZ liegt mit seiner Präambel dem AOK-Projekt zugrunde. Es erlaubt Fingerzeige, die es dem Praxisinhaber gestatten, Optimierungen in seiner eigenen Praxis vorzunehmen. Als ein Instrument der externen Kontrolle ist es jedoch ungeeignet, dafür wurde es nicht konzipiert. Es ist schlicht überfordert. Eine stärkere Zugangs- und Teilnehmerdifferenzierung erscheint im AOK-Projekt auch nicht erwünscht. Die Vergütungsverträge des AOK-Projektes sprechen eine deutliche Sprache: Schwerpunkt ist nicht die Qualitätssicherung bzw. Qualitätssteigerung, sondern vielmehr das Anwerben von Zahnarztpraxen für die AOK-Direktabrechnung. Die zusätzliche Vergütung wird vordergründig für höhere Qualität bezahlt.

De facto werden genau diese Qualitätsanforderungen gleich wieder verwässert, bis hin zum Angebot an die Teilnehmer, auf Qualitätspauschalen im Zweifelsfall zu verzichten, jedoch unbedrängt von Mengenentwicklung und Honorarverteilungsmaßstab die Mengen auszuweiten.

Die vom AOK-Projekt beanspruchte Wirkung einer positiven Auslese „guter“ Zahnärzte kann sich durchaus ins Gegenteil verkehren. Vermutlich sind es gerade diejenigen, welche primär merkantil ausgerichtet sind, die sich als erste von einem solchen Projekt angesprochen fühlen, während die sorgfältigeren vorerst abwarten, bis vermutlich der Zug der „20% -Teilnahme“ weg ist.

Die Mehrvergütung wird nicht aufgewandt, um bessere Qualität zu bezahlen, sondern für den Einkauf von Teilnehmern verwendet. Es ist ein Einkaufsmodell.

Die Mehrhonorare kosten die Krankenkassen gar nichts. Sie werden von jenen Kollegen mitbezahlt, die dem AOK-Modell nicht angehören, letztendlich aus dem Topf der Gesamtvergütung. Die Kollegen werden auf diese Auszehrung ihrer Honorare reagieren müssen. Es werden sich weitere IV-Modelle entwickeln. Spätestens dann setzt der von der AOK induzierte Preiswettbewerb innerhalb der Zahnärzte ein. Der Honorarfahrstuhl wird dann nach anfänglichem Aufstieg recht schnell nach unten rauschen. Vermutlich wird er aber nicht wieder im Erdgeschoss halten, sondern, um im Bilde zu bleiben, bis in den Keller sinken. Der einzelne IV-Zahnarzt wird den Druck spüren, jedoch keinerlei Standsvertretung an der Seite haben und diesem Druck recht hilflos ausgesetzt sein.

In Brandenburg gibt es seit kurzem ein IV-Modell, welches dem der AOK-Bayern in Aufbau sowie Ausrichtung kongruent ist: Die AOK-Brandenburg nimmt über eine Münchner Managementgesellschaft („Medpolska“) polnische Zahnärzte unter Vertrag. Die Zahnärzte versprechen deutsche Qualitätsstandards und eine längere Gewährleistung als bei der Auslandsbehandlung üblich. Die AOK bietet einen Honorarsatz, der über dem in Polen liegt. Bei prothetischer Regelversorgung muss der Patient weder Praxisgebühr noch Eigenanteile (!) zahlen. Den Druck bekommen umgehend die bundesdeutschen Kollegen zu spüren.

Zitat des Sprechers der AOK-Brandenburg, welche die Managementgesellschaft „Medpolska“ gegründet hat: „Wir können den Preiswettbewerb (zwischen deutschen und polnischen Zahnärzten -d. Verf.) nicht behindern, und wir wollen es auch gar nicht.“

Es geht nicht um Qualität, es geht um den niedrigsten Preis. Sowohl in Brandenburg als auch in Bayern. Letztendlich nutzen die Managementgesellschaften nur diejenigen, die sie betreiben

Diskussion... Integrierte Versorgung...

und in ihnen beschäftigt sind. Für diese Leute eine lohnender Markt, finanziert von den Teilnahmegebühren der Zahnärzte.

FAZIT

Das AOK-Bayern-Modell sichert keine höhere Behandlungsqualität, dafür ist es auch nicht gemacht, es zielt vielmehr darauf ab, Zahnarztpraxen für die Direktabrechnung mit der Krankenkasse einzukaufen. Es sollen Verhandlungsparität und Selbstverwaltung beschädigt werden. Qualitätssicherung? Ja natürlich, aber angesiedelt unbedingt innerhalb unserer Landesvertretung! Wenn sie das nicht leistet, müssen wir dafür sorgen, dass sie es tut. Die Weichen dafür sind gestellt. In Jahrzehnten hat der Freie Verband sich dieser Aufgabe verweigert. Viele dieser Betonfunktionäre wurden abgewählt, gerade auch in Bayern. Wir sollten dafür einstehen, diese originären zahnärztlichen Aufgaben jetzt innerhalb unserer Selbstverwaltung zu entwickeln. Die KZV-Bayern hat mit den strukturierten Verträgen einen deutlichen Schritt in diese Richtung getan.

Die Diskussion im DAZ

Die jeweilige Position zum IV-Projekt der AOK-Bayern hat den DAZ gespalten. Die Kontroverse entzündet sich weniger an der Existenz dieses Projektes, als an der Tatsache, dass der Bundesvorsitzende des DAZ zugleich vertraglich gebunden als leitender Beratungszahnarzt der Managementgesellschaft „Dent-IV“ tätig sein wird. Mehrere DAZ-Mitglieder haben aus Protest gegen diese Ämterkollision unseren Verband verlassen. Andere haben den Austritt angekündigt.

Die Vorgeschichte

Der derzeitige DAZ-Vorsitzende Dr. Riedel hatte 2004 in Eigeninitiative die Gründung des AOK-Projektes verabredet. Der Vorstand wurde erst im nachhinein informiert, er war an der Ausgestaltung nie beteiligt. Auf Vorstand- und Ratssitzungen kam die Thematik wiederholt zur Sprache. Die Mehrheit der stellvertretenden Vorsitzenden lehnt eine Doppelfunktion Dr. Riedels als DAZ-Vorsitzender und als hauptamtlicher leitender Dent-IV-Mitarbeiter ab. Die Entscheidungen zur Mitarbeit im AOK-Projekt wurden jedoch ohne Vorstandsvotum getroffen. Der Vorsitzende Dr. Riedel macht deutlich, dass er auch bei ablehnendem Votum des Vorstandes an seiner Entscheidung der Personalunion festhalten wird. Einer jüngsten Äußerung zufolge fühlt er sich an ein Votum der Hauptversammlung gebunden.

Dr. Volkmar Lehrke, Nienburg

Der DAZ - ratlos?

Aus mehreren politischen Lagern ist zu hören, dass im Zuge der anstehenden Reform des Gesundheitswesens die Zahnmedizin ganz aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen KV herausgenommen werden soll. Auch wenn das kaum Realität wird - am ehesten ist eine radikale Neubestimmung von Basistherapien zu erwarten - so wird es ganz sicher auch um die Funktion der KZVen gehen. Wer erwartet, dass sie daraus gestärkt hervorgehen, wird enttäuscht werden. Zu lange hat sich die zahnärztliche Selbstverwaltung in Abwehrstrategien genügt und Entwicklungen beklagt statt eigenes Know how einzubringen. Das scheint sich jetzt bei der Diskussion um die Integrierte Versorgung (IV) zu wiederholen. Wer hat etwas anderes erwartet?

Unerwartet dagegen - jedenfalls für mich - die Situation im DAZ: der Verband, der wie kein anderer zahnärztlicher Berufsverband seit 25 Jahren das Thema Qualitätssicherung beackert, spaltet sich bei der Integrierten Versorgung. Die einen fordern, Dr. Riedel solle den Vorsitz niederlegen und die IV als Privatmann managen, die anderen sehen kein Problem in gleichzeitigem DAZ-Vorsitz und IV-Management.

Was die bisherigen Austritte betrifft, so finde ich sie bedauerlich, die Begründungen dafür, soweit sie mir bekannt sind, auch nicht stichhaltig. Ist es zu viel verlangt, zu erwarten, dass Kollegen vor ihrer Flucht aus dem Verband wenigstens den Versuch unternehmen, Mehrheiten für den eigenen Standpunkt zu finden? Wenn argumentiert wird, ein bezahltes Engagement bei einer IV-Managementgesellschaft sei mit dem

Vorsitz des DAZ nicht vereinbar, so soll das wohl Herrn Riedel auf die Moralstufe von Bankmanagern oder Regierungsmitgliedern stellen, die ihr Insiderwissen für die Optimierung persönlicher Geschäfte nutzen - Interessenskonflikt ist dafür ja nur eine positive Umschreibung. Dies schadet dem Gemeinwesen und ist kriminell. Wo aber soll der Interessenskonflikt bei Herrn Riedel liegen? Wer sich näher mit der IV-Materie befasst, wird diesen Interessenskonflikt schwerlich begründen können. Und natürlich kann auch jede KZV qualitätsorientierte Sonderverträge mit den Kassen abschließen, tut dies aber wieder einmal nicht. Die Körperschaften haben bislang (seit Jahrzehnten) immer erst unter staatlichem Zwang reagiert - und sich bitter darüber beklagt - statt unausweichliche Entwicklungen von Anfang an aufzugreifen und mitzugestalten - also zu agieren. Hat einer der Kritiker des Vorsitzenden, von denen die meisten ja KZV-Funktionen bekleiden, gesagt, was man alternativ machen sollte - statt IV-Beteiligung? Ich habe davon nichts gehört. Verhindern kann man IV-Projekte jedenfalls nicht mehr - die Konzepte dafür liegen bereits auf den Schreibtischen des Gesetzgebers.

Ich bezweifle auch, dass es die KZV Bayern in irgendeiner Weise beeindruckt, wenn Herr Riedel

auf den DAZ-Vorsitz oder das IV-Engagement verzichtet. Natürlich geht es dem bayerischen KZV-Chef »um die Geschlossenheit des Berufsstandes«. Davon haben auch die Vorstände des Freien Verbandes immer gesprochen, wenn sie ihre eigenen Interessen im Blick, aber keine Mehrheiten hatten. Der DAZ war dagegen immer der Verband der Abweichter. Haben wir damit dem Berufsstand geschadet? Ich denke, wir haben im Gegenteil Schlimmeres verhindert. Jedenfalls ist die IV für mich die konsequente Fortführung der DAZ-QS Vorschläge der ersten Jahrzehnte und des QS-Projekts der vergangenen Jahre in die Praxis - und ich habe großen Respekt vor der immensen Arbeit, die sich Eberhard Riedel damit gemacht hat. Auch die von Dr. Ebenbeck mitformulierte GO-Z wurde gegen den heftigsten Widerstand der Kammern Gesetz, hat aber geholfen, die schlimmsten Abzocker einigermaßen im Zaum zu halten.

Wo also liegt das Problem? Seit wann gibt es denn, und wo, Solidarität in der Kollegenschaft? Jeder von Ihnen muss sich doch jeden Tag behaupten - gegenüber den durch Werbung und Marketing »besseren« Kollegen, gegenüber der KZV, den Krankenkassen, den Behörden.

Am unglaublichsten erscheint mir das Argument, man habe von den IV-Aktivitäten Riedels nichts gewusst. Wenn der DAZ-Vorsitzende bereits am 1.10.2004(!) Vorstand und diverse Mitglieder um ihre Meinung zur IV bittet (»Ihre Meinung ist uns wichtig« siehe Kasten S.34) und seither fast jede Versammlung und jedes Forum das Thema beackert hat, dann zeigt das höchstens, wie wenig Bereitschaft bei Mitgliedern und Vorstand besteht, sich mit komplexerer

Materie im allgemeinen und der Integrierten Versorgung im besonderen so intensiv zu beschäftigen, dass man sachgerecht mitentscheiden kann. Solange ich Eberhard Riedel kenne - und das ist von allen im DAZ die längste Zeit - hat er sich als ruhiger, seriöser, kenntnisreicher und aufrichtiger Kollege gezeigt, der auch und gerade unangenehme Aufgaben - z.B. Verhandlungen mit überheblichen und desinteressierten Kassenfunktionären - gelassen und emotionslos absolviert hat (im Gegensatz zu mir und im Gegensatz zu Gerd Ebenbeck). Vielleicht ist er für umarmungsverwöhnte DAZler zu cool, aber »es kann schließlich nicht die primäre Aufgabe des 1. Vorsitzenden sein, das Gefühlsleben der Mitglieder zu bedienen« (U. Zibelius).

Wenn Dr. Riedel versichert, dass er sein IV-Engagement beendet, sollte sich zeigen, dass es für Zahnärzte oder den DAZ nachteilig ist, dann habe ich keinen Grund, daran zu zweifeln. Ich schlage vor, dass wir bis zur nächsten Jahreshauptversammlung warten und dann über die Ergebnisse der Erprobungsphase des IV-Projektes diskutieren. Danach können wir dann gern wieder über den Vorstand und den Vorsitzenden abstimmen.

Dr. Hanns-W. Hey, Münsing



...Integrierte Versorgung...in der D

Handlungsfähig bleiben

Liebe Freunde,

ich habe den DAZ immer als einen Verband für Vordenker und als Podium für offene intellektuelle Auseinandersetzungen betrachtet. Gerade, weil er über den Tellerrand hinausschaut, ist er für mich attraktiv. Denn der Mensch lebt nicht vom Brot allein.

Aufgrund der Gesetzgebung kam unser Vorsitzender Herr Riedel 2004 auf die Idee, sich mit der Integrierten Versorgung zu beschäftigen. Er rief im Internet zu Meinungsäußerungen und zur Diskussion auf (siehe Seite 34). Er verfolgte die Sache so zielstrebig, wie er alles andere auch tut. Wer wollte, konnte sich jederzeit informieren, mitarbeiten oder gegenteilige Auffassungen äussern.

Nach geraumer Zeit passiert etwas – es wird Kritik an der Verknüpfung von Amt und Projekt

laut. Neu und unvorhergesehen daran ist, dass diese Kritik nicht sachlich-argumentativ und mit der alten Offenheit geführt wird. Sie wird mittels Verdächtigungen, Mutmaßungen, Behauptungen und einseitigen Informationen geführt. Es geht hin und her. Es läuft aus dem Ruder, wie man sagt. Das Ganze einem Vorsitzenden gegenüber, dessen Arbeit bislang rundherum anerkannt war – seine Arbeit in der Forum-Redaktion, seine Beiträge im Forum, die Auflage und Durchführung des Qualitätssicherungsprojektes. Öffentliche Auftritte und Beiträge haben niemals die standespolitischen Auffassungen des DAZ in Frage gestellt.



Ich habe bei der ersten Vorstellung des IV-Projektes auch auf die Frage von Edeltraud Jakobczyk, ob wir so ein Projekt brauchen, mit „Nö“ geantwortet. Aber nicht, weil ich es für eine Bombe in den Händen eines Attentäters gegen die KZVen hielt und es die Zahnärzteschaft spalten könnte, sondern ganz einfach deshalb, weil ich selbst mich nicht damit beschäftigen könnte, da ich so schon nicht mehr hinterher komme mit allem, was beruflich und privat täglich auf mich

einstürzt und was ich bewältigen muss. Andere Kollegen, sowohl im DAZ als auch in anderen Verbänden, interessieren sich sehr wohl für das Projekt, das sich nach meiner Ansicht noch nicht einmal in den Kinderschuhen, sondern eher noch in der Embryonalphase befindet. Denen ist es egal, wer sich damit beschäftigt. Natürlich ist ein solches Projekt etwas zwiespältig, aber es liegt im Trend der Zeit, die sich durch eine Suche nach Lösungen auf breiter Front auszeichnet.

Ich für mein Teil bin neugierig zu sehen, ob die schwerfälligen KZVen durch solche Aktivitäten ihrerseits zum Handeln angeregt werden. Ich habe das Zutrauen zu einem Vorsitzenden, der bis zu diesem Zeitpunkt mit viel Fleiß, Engagement, Zeitaufwand und Zuverlässigkeit für unseren Verband gearbeitet hat, dass er größere Irrtümer bei der Beschäftigung mit der Sache selbst erkennt. Er verfügt über kritische und aufgeweckte Vorstandskollegen, um gegebenenfalls eine Korrektur vorzunehmen. Wir sollten Probleme, deren Ergebnisse sich erst zukünftig zeigen werden, nicht schon jetzt zu Ende denken wollen. Wir sollten handlungsfähig bleiben.

Dr. Eva Hübner, Berlin

Integrierte Versorgung untergräbt die Strukturen der Zahnärzteschaft

Mitglieder der Studiengruppe Berlin haben sich umfassend mit der im SGB V §140a beschriebenen Integrierten Versorgung beschäftigt. Nach gründlicher Durchsicht und Diskussion verschiedener Ausführungen und Analysen zur Integrierten Versorgung sind wir zu der Auffassung gelangt, dass diese Gesetzesvorgabe nur das Ziel hat, die bestehenden Strukturen der Ärzte und Zahnärzteschaft zu schwächen und zu untergraben. Der AOK Bundesverband nennt eindeutig als Ziel der Integrierten Versorgung: Kosteneinsparung!

„Für die AOK ist die Effizienz der Versorgung das wichtigste Ziel der IV. Das bedeutet: bessere Qualität bei höchstens gleichen Kosten oder gleiche Qualität bei niedrigeren Kosten. Darüber hinaus will die AOK mit solchen Projekten Strukturveränderungen vorantreiben und gesundheitspolitische Verantwortung übernehmen.“ (Zitat aus www.aok-bv.de)

Gesundheitspolitische Verantwortung übernehmen bedeutet im Klartext: der Sicherstellungsauftrag der KVen und KZVen wird untergraben. Aktive Mitglieder der Studiengruppe Berlin sehen darin eine Schwächung der KZVen und können damit keine Verbesserung der freiberuflichen Tätigkeit einschließlich qualitätsorientierter besserer Honorierung der zahnärztlichen Leistungen erkennen.

Mit Skepsis verfolgen wir das Engagement unseres Verbandsvorsitzenden Dr. Eberhard Riedel bei der Entwicklung und Einführung der Integrierten Versorgung im Land Bayern. Er hat maßgeblich die Vertragsgestaltung mit der AOK Bayern gestaltet. Der Vertrag sieht für eine begrenzte Anzahl der bayrischen Zahnärzte bei Einhaltung von

Qualitätskriterien eine zusätzliche Honorierung zum BEMA vor. Außerdem werden alle Zahlungen über eine Managementgesellschaft (dent-iv), also an der KZV vorbei und damit ohne Budgetierung und HVM, getätigt. Sie unterliegen somit nicht der gesetzlich vorgeschriebenen Wirtschaftlichkeitsprüfung der gemeinsamen Prüfungsgremien der KZVen und Kassen! (Vertrag dent-iv und AOK-Bayern, Stand Dezember 2005)

Diese Entwicklung entspricht nach unserer Auffassung nicht den Grundsätzen der Standespolitik unseres Verbandes.

Gerade in Zeiten knapper finanzieller Mittel halten wir die Selbstverwaltung für ein wichtiges Privileg. Selbstverständlich muss auch hier eine Weiterentwicklung der Strukturen erfolgen. Vor allem der qualitätsorientierte Wettbewerb sollte in den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Einzug halten. Das IV-Projekt in Bayern halten wir für ungeeignet und setzen auf die Entwicklung von Strukturverträgen (§73ff), wie sie in einigen KZVen schon angedacht sind bzw. entwickelt werden. Diese Verträge werden mit den KZVen gestaltet und nutzen die vorhandenen Strukturen der Selbstverwaltung. Der Zahnarzt hat keinen Einzel-/Gruppenvertrag mit einer Managementgesellschaft. Ein Abhängigkeitsverhältnis eines einzelnen Zahnarztes von einer Krankenkasse kann dadurch nicht entstehen.

Grundsätzlich ist die Projekt begleitende Mitarbeit von DAZ-Mitgliedern bei der Entwicklung neuer Strukturen zu befürworten.

Schon in der Diskussion auf der Ratssitzung in Berlin am 22.01.06 wurde deutlich, dass die Berliner Studiengruppe mehrheitlich der Meinung ist, dass die Tätigkeit als vertraglich gebundener beratender Zahnarzt für dent-iv mit der Position als Vorsitzender des DAZ unvereinbar ist. Im Rahmen der Projektentwicklung durch den DAZ-Vorsitzenden kommt es zur Identifizierung unseres Verbandes mit nur diesem Projekt.

Nachdem die Wahlen zu den hauptamtlichen Vorständen der KZVen in einigen Bundesländern neue Mehrheiten ohne Freiverbandsdominanz geschaffen haben, sind DAZler in die aktive Mitarbeit der KZVen einbezogen worden. Diese neuen Möglichkeiten der Einflussnahme sollten unbedingt für die Weiterentwicklung der KZVen und speziell der Strukturverträge genutzt werden.

Diese Verträge sollten das Anliegen des DAZ, für qualitätsorientierte Leistungen eine angemessene Honorierung zu bekommen, umsetzen. Forderungen zur angemessenen Vergütung bei Qualitätsgarantien gibt es seit Gründung des Verbandes. Bundesweite Einflussnahme durch Beteiligung an Projekten verschiedener KZVen ist unserer Meinung nach die Alternative zur Integrierten Versorgung. Die Integrierte Versorgung hat letztlich nur eine Stärkung der Kassen-seite zur Folge.



ZÄ Edeltraud Jakobczyk, Berlin und Dr. Annette Bellmann, Kirsten Falk, Dr. Almut Gerlach, Christian Keil, Dr. Elke Kutschke, Dr. Ulrike Scheybal, Dr. Frank Schwerin, Barbara Spuhle

Diskussion... Integrierte Versorgung...

Stellungnahme zur Kritik der Gegner der Integrierten Versorgung

Grundlegende Probleme

Die Auseinandersetzung mit den von den Gegnern alternativer Versorgungsstrukturen vorgenommenen Bewertungen fällt schwer angesichts der Tatsache, dass deren Argumente in die absolute Frühphase der Entwicklung dieser neuen Strukturen fallen, in der der sachliche Erfahrungshintergrund naturgemäß noch fehlt. Besser zu würdigen wären diese Aussagen allemal dann, wenn wenigstens alle Autoren die Notwendigkeit eines grundlegenden Wandels im Gesundheitswesens anerkennen und somit von ähnlichen Szenarien ausgehen würden, in denen sich die gesundheitspolitische Landschaft in Deutschland in den nächsten Jahren verändert. Der Hintergrund einiger unverrückbarer Tatsachen mag zu diesem Zeitpunkt noch nicht von allen Gegnern alternativer Versorgungsstrukturen zur Kenntnis genommen worden zu sein. Dieses Forum liefert mit dem Beitrag 'Wettbewerbliche Strukturen, Integrierte Versorgung und eine mögliche Rolle des DAZ' (siehe S.26) Sachinformation über ein Wissensgebiet, das die (Zahn-)Mediziner bislang getrost ausklammern durften. Bei Kenntnis der dort dargestellten Hintergründe hätten sich einige der weiter vorn abgedruckten skeptischen Spekulationen zur Integrierten Versorgung wahrscheinlich erübrigt.

Sofern hier alternative Vertragsstrukturen quasi als Ventil für allgemeine zahnärztliche Zukunftssorgen erhalten müssen, so ist eine solche Sichtweise genauso nachvollziehbar wie unzweckmäßig. Selbstverständlich ist jedes Infragestellen bewährter, lieb gewonnener (Abrechnungs-) Strukturen nur mit sehr viel Bedacht zu tun. Die überwiegend sinnvoll gewachsenen Selbstverwaltungsaufgaben gilt es dabei in ihren nutzbringenden Anteilen so lange wie möglich zu erhalten. Das Entstehen wettbewerblicher Strukturen in unserem Gesundheitswesen ist jedoch nicht mehr aufzuhalten, so sehr wir auch zu Recht auf die Erfolge unserer Selbstverwaltung verweisen mögen. Die Beschäftigung mit den neuen Bedingungen, die da auf uns zukommen, ist daher nicht abzulehnen, sondern im Gegenteil intensiv zu betreiben, um die zahnärztlichen Spielräume der rechtzeitigen Beeinflussung und Mitgestaltung zu erhalten.

Gerade auch das Argument, Integrierte Versorgung gäbe es nicht bei Zahnärzten, ist sachlich falsch, wie jetzt in Bayern der Beweis angetreten wurde. Hierzu bedurfte es keiner 'speziellen Auslegung' irgendwelcher Paragrafen, wie die Kollegin Dr. Frenzel mutmaßt, sondern nur der konsequenten Umsetzung der klaren gesetzlichen Vorgaben.

Ist die Solidarität wirklich gefährdet?

Argumenten wie denen einer angeblichen Unehrlichkeit und Unsolidarität der IV ist ebenfalls nicht zu begegnen, ohne sehr weit in die komplex ineinander greifende Funktionsweise wettbewerblicher Modelle einzudringen, die es freilich in dieser Form im Gesundheitswesen noch nicht gegeben hat. Hier ist die Einzelpraxis auf einmal nicht mehr behaglich eingebettet in die Kollektivgemeinschaft aller Vertragspraxen im KZV-Bereich, sondern sie ist 'nur noch' Teil einer kleineren 'Qualitätsgemeinschaft', die, überspitzt formuliert, ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten am Markt behaupten muss, wenn sie einen adäquaten Honoraranspruch rechtfertigen möchte.

Wenn sich das bayerische IV-Modell zunächst auf eine kleine Anzahl von Praxen beschränkt, so kann dieses nicht als unsolidarische Ausgrenzung aller anderen Kolleginnen und Kollegen missinterpretiert werden. Vielmehr geht es in der Anfangsphase darum, alle technischen Erfordernisse zunächst im kleinen Rahmen zu entwickeln und zu erproben und gleichzeitig die Abrechnungsvolumina der KZV nicht nennenswert zu verändern. Die Teilnahme-Grenze von max. 20 % der bayerischen Zahnärzte, die später de facto gezogen wird, verfolgt genauso einen doppelten Zweck: zum einen soll sie sicherstellen, dass die KZV durch den Erhalt des übergroßen Anteils des Abrechnungsvolumens in ihren hoheitlichen Funktion eben nicht geschwächt wird. Zum anderen markiert diese Grenze den gewollten und daher notwendigerweise systembedingten Unterschied zwischen der neuartig strukturierten und qualitätsgesicherten Versorgung auf der einen und der herkömmlichen Versorgung auf der anderen Seite. Noch völlig offen ist, ob denn überhaupt 20 % der Zahnärzte willens und in der Lage sind, die qualitativen Bedingungen zu erfüllen und zudem die dagegen stehenden Mehrhonorare für angemessen halten. Nirgendwo mehr als im DAZ ist allerdings das Prinzip akzeptiert, dass die nachgewiesene bessere Behandlungsqualität auch ein höheres Honorar rechtfertigt.

In diesem Zusammenhang ausgerechnet mit dem Solidaritätsaspekt zu argumentieren, wie es Kollegin Frenzel tut, ist mehr als irreführend. Hat eine falsch verstandene Solidarität nicht in der Vergangenheit zu einer erheblichen Mittelverschwendung beigetragen? Hat nicht der DAZ gebetsmühlenartig die Einführung von Qualitätssicherungsaspekten über die Selbstver-

waltung gepredigt und konkrete Vorschläge gemacht? Und blieben nicht dennoch Vielabrechner und Pfuscher weitgehend unbehelligt und bereicherten sich so an der Masse korrekter Kolleginnen und Kolle-

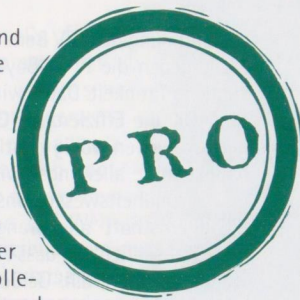
gen? Hier und nirgendwo sonst wurde und wird die Solidarität mit Füßen getreten, und das nach wie vor mit Duldung der KZVen. Wenn jetzt endlich der Spieß umgedreht wird und zusätzlich die qualitätsorientierten Kollegen ihren Honoraranspruch sogar noch ständig unter Beweis stellen müssen, so kann dieses doch wohl nicht als Bereicherung an denjenigen bezeichnet werden, die bis heute an ihre Behandlung weniger Ansprüche stellen. Durch das IV-Projekt in Bayern wird das KZV-Budget auch nur dort 'auf Kosten' der KZV-Kollegen mehrbelastet, wo an IV-Praxen BEMA-Honorare über Budget bezahlt werden. Solange eine IV-Praxis ihr Budget nicht überschreitet, entnimmt sie auch nicht mehr aus dem Gesamtbudget als bei der Normalabrechnung über die KZV. Überschreitet sie bei eingeschriebenen AOK-Patienten das Budget, so geht dieses wiederum teilweise auch zu Lasten dieser IV-Praxis, die ja alle Nicht-AOK-Patienten ebenfalls normal über die KZV abrechnet. Nennenswerte Auswirkung wird das aber weder auf die IV-, noch auf die Nicht-IV-Praxis haben, zumal alle Mehrhonorare ohnehin nicht dem KZV-Budget entnommen werden.

Stimmungswandel durch KZV-Amt

Interessant ist, dass Kollegin Frenzel eine der ersten erklärten Befürworterinnen der Grundideen des bayerischen IV-Projekts überhaupt war. Ziel und grundlegende Inhalte dieses Projektes haben sich zwischenzeitlich nicht geändert, wohl aber die standespolitische Verantwortung der Kollegin, die im Januar 2005 zur Vorsitzenden einer Bezirksstelle der KZV Bayerns ernannt wurde. Erst als solche entschied sie für sich, nicht nur von der IV abrücken, sondern gleich auch noch ihre DAZ-Mitgliedschaft kündigen zu müssen: eine kaum noch nachvollziehbare Kehrtwende, zumindest in ihrer Beziehung zum DAZ. Wichtig zu wissen ist dabei, dass sich Frau Frenzel nicht als DAZ-Mitglied für den Vorsitz der Bezirksstelle qualifizierte, sondern als gleichzeitiges Mitglied des kleinen bayerischen Verbandes ZZB, dem auch der KZVB-Vorstand angehört.

Kann man die Ziele der Krankenkassen kritisieren?

Insgesamt 9 Mitglieder der DAZ-Studiengruppe Berlin um die stellvertretende DAZ-Vorsitzende Edeltraud Jakobczyk, die Mitglied der Vertreter-



Integrierte Versorgung...in der Dis

versammlung der KZV Berlins ist, machen ebenfalls Front gegen die IV in Bayern und meine diesbezügliche Tätigkeit. Dabei wird das Ziel der beteiligten AOK, die Effizienz im Gesundheitswesen steigern zu wollen, völlig richtig zitiert. Gerade dieser Aspekt sollte allerdings zwischen allen Beteiligten im Gesundheitswesen unstrittig sein und darf nicht ernsthaft angeprangert werden. Effizienz bedeutet schließlich, dass Honorare sinnvoller verwendet werden, d.h. Gelder dort eingespart werden, wo sie bislang keinen adäquaten Gegenwert ergaben, und dort vermehrt investiert werden, wo z.B. qualitätsgesicherte Leistungen zu honorieren sind. Genau dieses ist die Idee des bayerischen IV-Modells, und es entspricht gleichzeitig uraltem DAZ-Gedankengut. Die Behauptung, mit Effizienz sei nur eine Netto-Kosteneinsparung zu Lasten der Zahnärzte beabsichtigt, ist somit sehr unsachlich. Dass eine Wirtschaftlichkeitsprüfung untrennbarer Bestandteil effizienter Mittelverwendung zu sein hat, ist ebenso eine Selbstverständlichkeit. Dabei wird die Wirtschaftlichkeitsprüfung im bayerischen IV-Modell, die sich übrigens auf die abgerechneten Behandlungsleistungen genauso erstreckt wie auf den Geschäftsbetrieb der Managementgesellschaft, einige Elemente mehr enthalten als die der KZVen. Die erklärte Absicht der AOK, Strukturveränderungen voranzutreiben und mehr gesundheitspolitische Verantwortung übernehmen zu wollen, darf ebenfalls nicht ernsthaft kritisiert werden. Entscheidend ist doch nur, welche Rolle die Ärzte und Zahnärzte als die notwendigen Vertragspartner auf der anderen Seite spielen, ohne die nun einmal keine einzige Kasse Verantwortung wirklich schultern kann. Hier kommt es also einzig und allein auf die Qualität der vertraglichen Beziehungen an. Tatsache ist, dass nicht nur die Kassen, sondern insbesondere der Gesetzgeber nicht mehr allein auf korporatistisch-monopolistische Vertragsstrukturen setzt und stattdessen einen Ausweg in der Differenzierung des Leistungsangebotes durch wettbewerbliche Strukturen sucht. Eine damit verbundene mögliche Stärkung der Kassenseite bedeutet wiederum mitnichten eine gleichzeitige Schwächung der Seite der Leistungserbringer. In diesem Zusammenhang gar von einem drohenden Abhängigkeitsverhältnis zu sprechen ist nichts weiter als ein unbegründetes Angstscenario. Auch die (Zahn-)Ärzte benötigen natürlich eine oder mehrere starke Gemeinschaften, von denen die KZV eine sein kann, aber nicht die einzige sein muss. Hier greifen dann die Marktprinzipien von Angebot und Nachfrage, und aus dem Wettbewerb ergeben sich Qualität und Preis.

Die Politik des DAZ

Wenn der DAZ mit der IV in Bayern identifiziert wird, so steht er mit diesem Projekt in einer alten Tradition. Warum aber ein außenstehender Betrachter den DAZ dann angeblich nur noch mit der IV identifizieren soll, ist schlicht nicht nachvollziehbar. Ein wesentliches Identifikationsmerkmal des DAZ stellt nun seit genau

mer Zeit unser ‚Projekt Qualitätssicherung‘ dar, welches wiederum auch wesentlicher Baustein innerhalb der Integrierten Versorgung in Bayern ist und in zukünftige ähnlich gelagerte Verträge Einzug halten könnte. Tatsächlich kann angewandte Qualitätssicherung auf Dauer kein Selbstzweck sein. Alle Verantwortlichen im DAZ waren sich stets darüber einig, dass das ‚Projekt Qualitätssicherung‘ einmal Grundlage für bessere Verträge mit den Krankenkassen sein sollte. Dieses wird nun mit der IV in Bayern Realität, weshalb die Proteste Einzelner nicht der vereinbarten politischen Linie des DAZ entsprechen.

Auch die Entwicklung alternativer Vertragsstrukturen über die KZVen, z.B. auf Basis der Strukturverträge, sollte vom DAZ unterstützt und gefördert werden. Es ist aber nicht verständlich, warum diese Entwicklung nicht völlig parallel zu der Entwicklung von IV-Modellen ohne KZVen laufen kann. Der DAZ kann das eine tun und muss das andere doch nicht lassen. Jahrzehntelange einschlägige Erfahrung mit den KZVen trübt zudem die Hoffnung auf schnelle grundlegende Veränderungen von dieser Seite. Gerade der DAZ wird angesichts seiner noch verschwindend geringen Präsenz in den KZVen nichts wesentlich beschleunigen können. Insbesondere die oben angesprochenen differenzierten Vertragsformen, die angestrebt werden, sind über KZVen als Vertreter des gesamten Zahnarztkollektivs nur schwer zu realisieren.

Unhaltbare Vorwürfe an die Managementgesellschaft

Am deutlichsten negativ fällt die Bewertung des stellvertretenden DAZ-Vorsitzenden Dr. Volkmar Lehrke aus, der allerdings einige grundlegende Fakten, die auch ihm vorliegen, teilweise gänzlich ignoriert und so zu mehreren irreführenden Schlussfolgerungen kommt. Tatsächlich äußerte sich Herr Dr. Lehrke bereits als Gegner der Integrierten Versorgung, noch bevor er überhaupt den speziellen Vertrag, wie er in Bayern entstanden ist, gelesen hatte.

Herr Dr. Lehrke kritisiert insbesondere die Funktionsweise der Managementgesellschaft und stellt in diesem Zusammenhang abenteuerliche Spekulationen über die Prosperität und Seriosität dieser privatrechtlich geführten GmbH an, noch bevor sie überhaupt ihren Geschäftsbetrieb eröffnet hat. Allein die Tatsache einer Abrechnung zahnärztlicher Honorare unter Umgehung der KZV reicht ihm dabei offenbar aus, in der Managementgesellschaft einen ‚riskanten Partner‘ zu sehen. Er konstruiert ferner, dass es im bayerischen IV-Modell nicht gelingen könne, die Behandlungsqualität positiv zu beeinflussen, insbesondere deshalb, weil die Managementgesellschaft seiner Meinung nach ständig steigende Gewinne machen müsse. Dieses sei nur bei einer stetig wachsen-

den Zahl von Zahnärzten möglich, die natürlich dann nicht mehr nach qualitativen Gesichtspunkten ausgesucht werden könnten.

Für mich nicht mehr nachvollziehbar ist das Beharren Herrn Dr. Lehrkes auf seinen Einschätzungen, obwohl er wiederholt richtig stellende Erläuterungen erhalten hat. Eine Managementgesellschaft, die zudem einer wirtschaftlichen Kontrolle unterliegt, wird als Privatunternehmen im Zweifel eine stringenter Mittelverwendung erzielen als eine Körperschaft des öffentlichen Rechts unter der Führung sich selbst teilweise schamlos bedienender Zahnärzte. Der Verwaltungsaufwand einer Managementgesellschaft, der sich bei einer begrenzten Zahl vertraglich gebundener Zahnärzte und Krankenkassen überschaubar gestaltet, ist einzig eine Funktion des Gesamtvolumens und nicht Motor irgendeiner ‚progressiven Gewinnentwicklung‘. Die Gewinnerzielung ist in diesem Fall ebenso wenig Ziel wie bei den Krankenkassen oder den KZVen. Vielmehr gilt es, ein ausgewogenes betriebswirtschaftliches Konzept zu verfolgen, das mit Hilfe dauerhaft attraktiver Verträge über die zahnärztlichen Verwaltungsbeiträge, wie sie in gleicher Höhe auch die KZVen erheben, alle Aufgaben der Managementgesellschaft finanziert. Die zahnärztlichen Teilnehmerzahlen können und müssen begrenzt bleiben, sodass die vertraglich vereinbarten Qualitätsaspekte stets untrennbarer Bestandteil sind und nicht ‚verwässert‘ werden. Gerade in diesem Aspekt der Abgrenzung vom Kollektiv unterscheidet sich die IV ja grundlegend von den herkömmlichen Strukturen.

‚Einkaufsmodell‘ und ‚Direktabrechnung‘

Herr Dr. Lehrke benutzt mehrfach die Begriffe ‚Einkaufsmodell‘ und ‚Direktabrechnung‘, allerdings ohne deren Inhalte näher zu erläutern. Er möchte offenbar den negativen Klang dieser Begriffe ausnutzen, wie er schon vor Jahren von Ständespolitikern alten Schlages geprägt wurde. Das ‚Einkaufsmodell‘ versinnbildlicht dabei den langen, starken Arm der Krankenkassen, die immer noch so überaus machtvoll und gefährlich sind und uns Zahnärzte durch eine gnadenlose Preispolitik nur in den Ruin führen wollen. Beim IV-Konzept, wie es der Gesetzgeber vorgegeben hat, ist hingegen ein funktionierender Wettbewerb zwischen allen Beteiligten im Gesundheitswesen Voraussetzung, wie er auch den Wirtschaftsmarkt kennzeichnet. Die Kasse hat dabei niemals die Macht und auch nicht



Diskussion... Integrierte Versorgung...

das Interesse, (Zahn-) Ärzte in eine von Niedrigpreisen dominierte Abhängigkeit zu bringen. Die Kasse muss sich vielmehr, um für Versicherte möglichst attraktiv zu sein, mit ihrem Angebot an ihre Versicherten sehr bemühen, sich vom Angebot der Konkurrenz abzuheben und wird daher bestrebt sein, nicht die billigsten, sondern die besten Versorgungsstrukturen unter Vertrag zu nehmen. Hier wird besonders deutlich die Bedeutung der Managementgesellschaften genauso wie die starker (zahn-) ärztlicher Gemeinschaften erkennbar, die ihre Fähigkeiten den Kassen anbieten. Da der Markt über Erfolg und Misserfolg bestimmt, ist das bayerische IV-Modell besser mit dem Begriff ‚Marktmodell‘ charakterisiert.

Wenn man unter ‚Direktabrechnung‘ den Honorarfluss unter Umgehung der KZV versteht, wäre nichts einzuwenden. Nicht richtig wäre allerdings die Bedeutung eines direkten Honorarflusses von der Kasse zum Zahnarzt. Diese gibt es zumindest im bayerischen IV-Modell nicht, da alle Honorarzahlungen über die Managementgesellschaft laufen.

Die Attraktivität des bayerischen IV-Modelles

Das IV-Modell in Bayern wurde nicht von der AOK Bayern entwickelt, sondern mit ihr ausgehandelt. Die Anschubfinanzierung der IV, durch die Krankenkassen' entspringt nicht deren gnadenlosem Machtanspruch (s.o.), sondern entspricht lediglich einer gesetzlichen Vorschrift (1% des KV-Budgets). Eine Attraktivität für ‚merkantil ausgerichtete Vielabrechner‘ zeichnet den bayerischen IV-Vertrag wahrlich nicht aus, was sich dem aufmerksamen Leser des Vertrages auch klar erschließt. Welche Kasse sollte denn überhaupt an einer so nachteiligen Konstruktion ein ernsthaftes Interesse haben? Die Mehrhonorare werden, was Herrn Dr. Lehrke mehrfach erklärt wurde, nicht dem KZV-Budget entnommen, sondern von der AOK-Bayern selbst gezahlt, was mithin die nicht an der IV beteiligten Kollegen nicht zusätzlich belastet, sondern stattdessen die AOK für den Nutzen, den ihre Versicherten und sie damit haben, in die Verantwortung nimmt. Sicher werden noch weitere IV-Modelle auch für Zahnärzte entstehen. Aber aus dieser Konkurrenz eine Honorarspirale nach unten zu konstruieren verkennt völlig die wettbewerblichen Strukturen, die ja u.a. auch zwischen den Krankenkassen herrschen. Hier liegen m.E. tatsächlich viel mehr Chancen als Risiken für uns Zahnärzte, sofern wir uns auf unsere Qualitäten besinnen und unseren Beruf mit der erforderlichen Sorgfalt verfolgen. Gerade der DAZ hätte hier ein Potential wie kaum eine andere zahnärztliche Gruppierung, nicht zuletzt auch über sein QS-Projekt.

Völlig daneben ist zudem Herrn Dr. Lehrkes Ver-

gleich mit dem fragwürdigen ‚Medpolska-Projekt‘ der AOK Brandenburg, das der bayerischen IV angeblich ‚kongruent‘ sein soll. Hierbei handelt es sich nämlich tatsächlich um ein Einkaufsmodell für grenznahe polnische Zahnärzte ohne jegliche Ähnlichkeit mit einer Integrierten Versorgung. Hier gibt es auch keinerlei Qualitätszusagen durch die beteiligten Zahnärzte. Werbend werden lediglich die niedrigen Eigenanteile der Patienten herausgestellt, wozu schlicht das Preisgefälle zwischen den Ländern ausgenutzt wird. Anders als Herr Dr. Lehrke behauptet, müssen alle Patienten nach wie vor die Praxisgebühr zahlen.

Auf einem Auge blind?

Den Vergleich mit einem in Westfalen-Lippe entstandenen so genannten IV-Vertrag sucht man bei Herrn Dr. Lehrke vergeblich, obwohl bei diesem sogar die von ihm so stark angeprangerten direkten Abrechnungen mit den Kassen erfolgen und die KZV bei der Abrechnung ausgeschlossen ist. Herr Dr. Lehrke wurde mehrfach aufgefordert, auch dieses Projekt, das ja nach seiner Sichtweise bekämpfenswert sein müsste, kritisch zu beleuchten, lehnt eine Beschäftigung damit aber bis heute rätselhafterweise ab. Da liegt der Schluss nahe, dass es Herrn Dr. Lehrke, wie er auch selber angedeutet hat, bei seinen Angriffen weniger um Kritik an der Integrierten Versorgung als solche geht als vielmehr um die Demontage meiner Person. Als Begründung muss die angebliche Unvereinbarkeit meines Vorsitzendenamtes mit der bezahlten Tätigkeit als Beratungszahnarzt für eine Managementgesellschaft herhalten. Unbeeindruckt ließ ihn bislang, dass es viele Beispiele dafür gibt, dass Verbandsvorsitzende gleichzeitig hochdotierte hauptamtliche KZV-Chefs sind und auch hier keine Interessenkollisionen vermutet werden. Auch mehrere DAZ-Mitglieder, u.a. Herr Dr. Lehrke selbst, bekleiden bezahlte Posten in KZVen, ohne dass hier jemals entsprechende Kritik laut wurde.

Die weitere Entwicklung

Der DAZ hat mir tatsächlich keine nennenswerten Vorteile verschafft, um mit der Managementgesellschaft oder der AOK in Verhandlungen zu treten. Diese Initiative entsprung einzig und allein meinen eigenen Vorstellungen unter Einsatz persönlicher Arbeitsleistung. Andersherum aber könnte der DAZ von der neuen Situation auf besondere Weise profitieren, nicht zuletzt durch einen Mitgliederzuwachs aus der qualitätsgesicherten Beteiligung an der Integrierten Versorgung. Ständig habe ich den DAZ über den Fortgang der IV-Entwicklung auf dem Laufenden gehalten und weitere Hintergrundinformationen angeboten. Herr Dr. Lehrke ist der einzige, der mir wider besseres Wissen anderes meint vorwerfen zu müssen. Frühzeitige, aber auch spätere Informationsangebote

meinerseits hat Herr Dr. Lehrke zu keinem Zeitpunkt wahrgenommen. Erst als die Dinge schon weit gediehen waren schaltete er sich plötzlich ein. Bezeichnenderweise interessierten ihn Sachzusammenhänge dabei zunächst überhaupt nicht, da er sich von Anbeginn auf die Torpedierung aller meiner Bemühungen und meiner Beteiligung an der Weiterentwicklung der IV festgelegt hatte. Dabei hat er vom Anfang der Auseinandersetzung an meine Position als DAZ-Vorsitzender angegriffen. Nach wie vor versucht er, das Votum der Mitgliederversammlung im Herbst letzten Jahres dadurch zu unterlaufen, dass er künstliche Mehrheiten gegen mich produziert. Weder gibt es aber die ‚Mehrheit der stellvertretenden Vorsitzenden‘, noch bestimmt irgendeine Rats- oder Vorstandssitzung über den Vorsitzenden. Nur das Votum der letzten wie auch der nächsten ordentlich einberufenen Mitgliederversammlung ist in der Lage, die gesundheitspolitische Richtung und die Führung des DAZ festzulegen bzw. zu wählen. Es entspräche gutem demokratischen Stil, dieses zu berücksichtigen.

Wichtig und sinnvoll ist es, das Für und Wider alternativer Versorgungsstrukturen im DAZ und auch anderswo zu beleuchten und dabei immer absolut kritisch zu hinterfragen. Für alle Beteiligten gewinnbringend kann dieses aber nur dann sein, wenn die Diskussion mit der gebotenen Sachlichkeit, intellektueller Schärfe und vor allem mit einer eindeutigen Themenstellung geführt wird. Insbesondere die Argumentation Herrn Dr. Lehrkes lässt einen ernsthaften Umgang mit der Integrierten Versorgung an sich gröblich vermissen und nimmt sich vielmehr den Vorsitzenden des DAZ als Zielscheibe, um diesen zuerst zu beschädigen und ihn dann zum Rücktritt zu bewegen. Ich bewerte dieses Vorgehen, insbesondere auch angesichts des unverhohlenen beleidigenden und konspirativen Stiles, der verwendet wurde, als zutiefst verwerflich, da es statt meiner Person den gesamten DAZ beschädigt und nun bereits über Monate eine zielstrebige Sacharbeit des DAZ praktisch verhindert hat.

Dieses Ergebnis kann nicht im Sinne der übergroßen Mehrheit der Mitglieder unseres Verbandes sein. Eine solche Entwicklung erfreut allerdings in jedem Falle unsere politischen Gegner, die wir in mehreren KZVen, trotz oder wegen der wenigen DAZler in KZV-Diensten, immer noch mehrheitlich haben. Wenn jetzt sogar einige Vorstandsmitglieder des DAZ unseren kritischen Verband an eine Einheitsmeinung anpassen und ihn so den politischen Gegnern in die Hände spielen wollen, so wird dieses zumindest auf meinen entschiedenen Widerstand stoßen. Denn der DAZ wird nach meiner festen Überzeugung auch noch weit in die Zukunft hinein als korrigierende und mahnende Kraft in der standespolitischen Landschaft gebraucht.

Dr. Eberhard Riedel, München

PRESSEINFORMATION der DAZ - Informationsstelle für Kariesprophylaxe

Speisesalzfluoridierung - eine unverzichtbare Public Health-Maßnahme

Fluoridiertes Speisesalz legt weiter zu - Breiter Einsatz gibt der Karies immer weniger Chancen

Der Aufwärtstrend von fluoridiertem Speisesalz, das als Jodsalz mit Fluorid im Lebensmittelhandel erhältlich ist, hält weiter an. 15 Jahre nach Einführung dieses Kombinationssalzes im Jahre 1991 hat sich sein Anteil am gesamten Speisesalzabsatz in Haushaltsgebunden im Vorjahr um weitere knapp vier Prozent auf jetzt rund 67 Prozent erhöht. Fluoridiertes Speisesalz hat damit erstmals die Zweidrittel-Marke überschritten und ist somit mit Abstand das am meisten gekaufte Haushaltssalz.

Die Verwendung von fluoridiertem Speisesalz im Haushalt ist eine einfache, sichere und kostengünstige Kariespräventionsmaßnahme, von der die ganze Familie profitiert und die nicht vergessen werden kann. Auf Grund ihrer Breitenwirkung zählt sie bereits seit Jahren zu den Standardmaßnahmen der Kariesprophylaxe. Als solche hat sie wesentlich zu dem erfreulichen Kariesrückgang von über 75 Prozent beigetragen, der seit ihrer Einführung bei 12-jährigen Kindern erzielt wurde. Da von der Speisesalzfluoridierung auch sozial schwächere Bevölkerungsteile profitieren, die bislang durch andere Formen des Fluoridangebots nicht genügend erreicht werden konnten, sehen Experten darin eine geradezu perfekte Public Health-Maßnahme, auf die nicht mehr verzichtet werden kann.

Weitere Impulse für Jodsalz mit Fluorid erhoffen sich die Experten der Informationsstelle für Kariesprophylaxe jetzt von den neuen „Leitlinien Fluoridierungsmaßnahmen“, die im Auftrag der Zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (zzq) und in Abstimmung mit anderen Institutionen von einer Autorengruppe der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) erarbeitet wurden. In diesen Leitlinien wird ausdrücklich auf die kariespräventive Wirksamkeit der Speisesalzfluoridierung verwiesen und die Anwendung von fluoridiertem Speisesalz generell empfohlen.

Positiv beurteilt werden Fluorid und die Speisesalzfluoridierung auch in der „Risikobewertung von Fluorid“ des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR), Berlin. Auch dort wird auf die günstige Wirkung von Fluorid auf die Zahngesundheit (Kariesprävalenz) und auf die hohe Akzeptanz von fluoridiertem und jodiertem Speisesalz in der Bevölkerung verwiesen. Das BfR empfiehlt die Anwendung nur einer Form der systemischen Fluoridierung, und zwar entweder fluoridiertes Speisesalz oder Fluoridsupplemente als Arzneimittel. Zusätzlich sollte Fluorid durch die Verwendung von fluoridhaltigen Zahnpflegemitteln lokal appliziert werden.

Die positive Entwicklung von fluoridiertem Speisesalz darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass dieses Salz mit dem doppelten Gesundheitsnutzen bislang nicht in Küchen für die Gemeinschaftsverpflegung verwendet werden darf. Diese Einschränkung sollte in Anbetracht der Tatsache, dass gegenwärtig jeweils etwa eine Million Kinder in Kindertagesstätten und Ganztageseschulen einen Großteil ihrer warmen Hauptmahlzeiten einnehmen, baldmöglichst aufgehoben werden. Wissenschaftliche Untersuchungen im Universitätsklinikum Heidelberg haben eindeutig gezeigt, dass ein noch größerer kariespräventiver Effekt zu erzielen ist, wenn Jodsalz mit Fluorid auch in Einrichtungen der Gemeinschaftsverpflegung verwendet wird, ohne dass damit irgend welche gesundheitlichen Risiken verbunden sind.

Groß-Gerau, Februar 2006

DAZ-Informationsstelle für Kariesprophylaxe
Postfach 1352
64503 Groß Gerau
Tel. 06152/81466
Fax 06152/81788
Mail: daz@kariesvorbeugung.de

ANZEIGE

Assistent Prothetik Nie war er so wertvoll wie heute....

Nach den dramatischen Umsatzeinbrüchen im Prothetikbereich zeigen interne Analysen in den „Erfolgspraxen“ deutlich, daß fast allen durchgeführten Arbeiten eine Intensivberatung vorausgegangen ist.

Ein Werkzeug für eine intensive Beratung ist die Software *Assistent Prothetik*.

Mit wenigen Mausclicks lassen sich individuell für den Patienten geplante prothetische Versorgungen und Alternativlösungen am Bildschirm darstellen. Eingefügt in die verschiedenen Layouts des Formularmanagers können die Vorschläge archiviert und, versehen mit der Praxis- oder Laboranschrift, problemlos ausgedruckt werden.

So läßt sich eine patientenbezogene Mappe mit individuellen Lösungen und Erklärungen, die dem Kostenvoranschlag beigelegt werden kann, innerhalb kurzer Zeit erstellen.

Ebenfalls zum Programm gehört eine Bilddatenbank. In diesem Katalog werden eigene Bilder, Filme oder Töne verwaltet und per Drag und Drop in andere Anwendungen oder z.B. den Formularmanager verschoben.

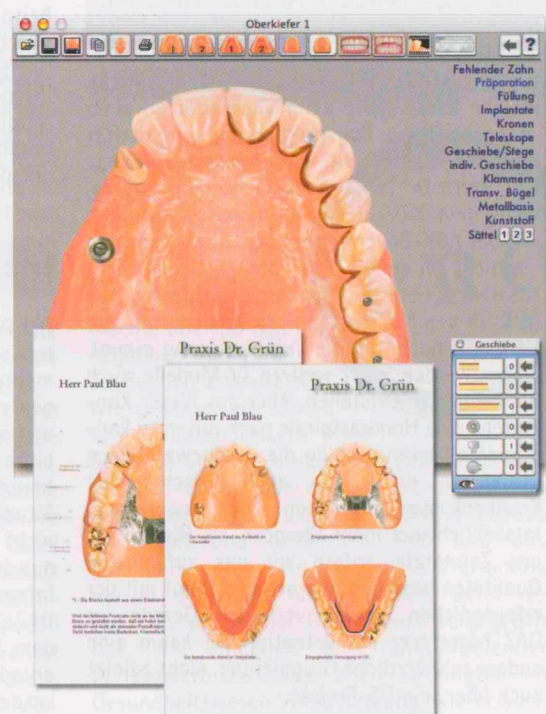
Unter der Rubrik „Merkblätter“ finden sich vorgefertigte Seiten zu allgemeinen Themen, die jederzeit von Ihnen geändert oder ergänzt werden können. Die 31 Filme umfassende Film- und Toolpalette hilft, dem Patienten technische Vorgänge z.B. bei

Implantaten, Klammern, Teleskopen, Infos über Kronenarten, Veneers, Füllungen usw. verständlich und auf einfache, saubere und unblutige Weise näher zu bringen.

Mit dem Zusatzmodul „Estimate“ lassen sich bei der Beratung die Kosten ermitteln. Hierfür werden beim Aufbau der geplanten prothetischen Versorgung mit dem Assistent-Prothetik automatisch die entsprechenden Kürzel in einen Kalkulator übernommen. Die vorgegebenen Labor- und Praxispreise können jederzeit von Ihnen geändert werden.

Der „Assistent“ wurde so konzipiert, daß er als dezentes Werkzeug im Hintergrund arbeitet. Der kompetente Berater ist und bleibt der Zahnarzt. Mit der Software „Assistent Prothetik“ können Sie Ihre Planungen eindrucksvoll umsetzen, Prothetik überzeugend darstellen und die Patienten für die geplanten Versorgungen begeistern.

Nähere Informationen:
www.is-dental.com
e-mail: info@is-dental.com
Tel. 02541 6730





Die Berliner Unabhängigen Zahnärzte sind ein berufspolitischer Verein, auf den regionalen Bereich von Berlin begrenzt. Gegründet wurde er 1988, hervorgegangen aus der sog. "Löchte Liste", zur Förderung der Umsetzung einer modernen, zeitgemäßen Zahnheilkunde. Die bis zu diesem Zeitpunkt in Berlin nahezu allein agierenden berufspolitischen Gruppierungen waren erstarrt in veralteten Strukturen und innerparteilichen Streitigkeiten und ließen keine Hoffnung auf die längst überfälligen Veränderungen in der Standespolitik zu. Die Satzung von BUZ wurde am 18. Januar 1988 in der Gründungsverammlung verabschiedet und war Grundlage für die Eintragung als gemeinnütziger Verein.

Folgende Ziele sind bis heute charakteristisch für unsere Arbeit:

1. Wahrung der beruflichen und sozialen Interessen der Zahnärzte.
2. Erhalt der Therapiefreiheit in der Zahnheilkunde.
3. Förderung der wissenschaftlichen Fortbildung.
4. Mitarbeit in der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Zahngesundheit (LAG).
5. Beratung und Unterstützung der Vereinsmitglieder in den Organen der gesetzlichen Körperschaften.

Die Gruppenprophylaxe ist Grundlage für eine effektive präventive Zahnheilkunde, die sich an sozialen Aspekten und an den wissenschaftlichen Erkenntnissen orientiert. Durch jahrelange federführende Tätigkeit von Dr. Peter Nachtweh als Vorsitzendem der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Zahnheilkunde (LAG) sind in Berlin Strukturen initiiert und gefestigt worden, die eine flächendeckende Betreuung in den Schulen und Kindergärten sicherstellen.

Die Individualprophylaxe in der freien Praxis hat wesentliche Unterstützung erhalten durch die Einrichtung des Prophylaxeseminars zur Ausbildung von qualifizierten Mitarbeiterinnen in

der Praxis. Dieses Ausbildungsseminar hat es ermöglicht, zahnärztliche Helferinnen für die Tätigkeit der Prophylaxeassistentin derart auszubilden, dass im Rahmen der Delegation eine fundierte und an höchsten Qualitätsmaßstäben orientierte Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten erfolgen konnte. Das Prophylaxeseminar ist beispielhaft in Form und Struktur für viele Ausbildungsstätten in ganz Deutschland geworden.

Zur Förderung der wissenschaftlichen Ausbildung wurde das Phillip-Pfaff-Institut ins Leben gerufen. Dieses Institut ist als erstes Fortbildungsinstitut in der Rechtsform einer GmbH gegründet worden. Gesellschafter sind die Zahnärztekammer von Berlin und die Zahnärztekammer Brandenburg. Als eigenständige wirtschaftliche Einrichtung ist dieses Institut in der Lage, unabhängig von den Kammerhaushalten sein wissenschaftliches Programm zu organisieren und durchzuführen. Ein wissenschaftlicher Beirat unterstützt die Institutsleitung bei der Erstellung und Durchführung der Fortbildungsprogramme.

Mit der Festigung der Strukturen der Gruppenprophylaxe, einer beispielhaften Ausbildungsstätte für Prophylaxeassistentinnen und einem in Deutschland vorbildlichen wissenschaftlichen zahnärztlichen Fortbildungsinstitut haben BUZ wesentliche Ziele ihres Programmes erfolgreich umgesetzt.

Die Standespolitik in Berlin wird seit der Gründung von BUZ wesentlich beeinflusst durch deren Präsenz in der Zahnärztekammer und durch die kritische und konstruktive Arbeit in der Vertreterversammlung der KZV.

Die positive Umsetzung des Paradigmenwechsels in der Zahnheilkunde in Deutschland, Prävention statt Zahnersatz, ist nach Auffassung von BUZ nur ein erster Schritt auf dem Wege zu einer modernen Zahnheilkunde. Unser Ziel ist es, die Prävention zum übergeordneten Prinzip unseres beruflichen Handelns zu machen. Hierfür bedarf es in Berlin eines einflussreichen und starken Engagements.

Die Erarbeitung einer modernen und zeitgemäßen Berufsordnung ist eine große Verantwortung für uns – ebenso wie die Forderung und kreative Mitarbeit zu einer Veränderung der Approbationsordnung, um bereits in der studentischen Ausbildung den Grundstein für den Paradigmenwechsel in unserem Beruf legen zu können.

Als regionale Vereinigung ist es uns möglich uns in regelmäßigen Zeitabständen zu unserem

Stammtisch zu treffen. Jedes Quartal findet am jeweils ersten Mittwoch ein Zusammentreffen der interessierten Kolleginnen und Kollegen statt. In engagierten Diskussionen werden die aktuellen Ereignisse beurteilt und über Perspektiven gesprochen. Wesentliche Impulse entstehen hierbei für die Arbeit in den berufspolitischen Gremien. Ein zentraler Aspekt dieser Diskussionen ist die Nachwuchsarbeit, die Voraussetzung für die Kontinuität unserer bisherigen Arbeit ist.

In dem Bewusstsein, für die Freiheit und Selbstbestimmtheit in der Ausübung der Zahnheilkunde in Deutschland Verantwortung zu tragen, arbeiten wir an Konzepten für eine ausgewogene und soziale Gesundheitspolitik im Einvernehmen mit Politik, gesetzlichen Krankenversicherungen und der Zahnärzteschaft.

Sie sind an einer Mitgliedschaft interessiert? Rufen Sie uns einfach an oder senden/faxen uns Ihre Beitrittserklärung.

Beitrittserklärung

Name, Vorname

Geb. Datum

Straße

PLZ, Wohnort

Telefon

Fax

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

BUZ- Mindestjahresbeitrag ab 1.1.2002

- Stud./cand.med.dent und Fördermitglieder sind beitragsfrei
- Assistenz ZÄ/ZA 120,- Euro
- Niedergel. ZÄ/ZA 180,- Euro



Berlins Unabhängige Zahnärzte e.V.

Kaiserdamm 97, 14057 Berlin

Tel.: 030 3023010 · Fax: 030 32556 10



Termine

Bitte schon vormerken:

20.04.2006

Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402 928811)

26.04.2006, 19 Uhr

Treffen der DAZ-NAV-Virchow-Bund-Studiengruppe Berlin/Brandenburg zum Thema "Definitive Versorgung von endodontisch behandelten Zähnen", Referent: Dr. Felix Blankenstein, Charité Berlin - Geschäftsstelle des NAV-Virchow-Bundes, Chausseestr. 119 b, Berlin-Mitte (Tel. 030 9915108)

06./07.05.2006

DAZ-VDZM-Frühjahrstagung in Frankfurt/Main, Bürgerhaus Bornheim, Gesundheitspolitischer Vormittag am 06.05.06 zum Thema „Chancen und Risiken der Integrierten Versorgung und anderer neuer Vertragsstrukturen aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherung“ mit dem bayerischen AOK-Vorsitzenden Dr. Helmut Platzer. Fachfortbildung zum Thema "Schmerz und Stress. Konsequenzen neurobiologischer Erkenntnisse für den zahnärztlichen Alltag", Referent Prof. Dr. med. Ulrich T. Egle, ärztlicher Direktor der Fachklinik für Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin Kinzigtal, Engingen; 07.05.06, 9-14 Uhr, DAZ-Ratssitzung

18.05.2006

Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402 928811)

07.06.2006, 20 Uhr

BUZ-Stammtisch, Hotel Seehof, Lietzenseeufer 11, Berlin (Tel. 030 3925087)

22.06.2006

Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402 928811)

28.06.2006, 19.00 Uhr

Treffen der DAZ-NAV-Virchow-Bund-Studiengruppe Berlin/Brandenburg zum Thema "Das Fronzahntrauma - aktuelle Therapiekonzepte und praktische Tipps zur Erstversorgung", Referentin: Dr. Ch. Schwerin, Brandenburg Geschäftsstelle des NAV-Virchow-Bundes, Chausseestr. 119 b, Berlin-Mitte (Tel. 030 9915108)

20.07.2006

Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402 928811)

17.08.2006

Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402 928811)

06.09.2006, 20 Uhr

BUZ-Stammtisch Hotel Seehof, Lietzenseeufer 11, Berlin (Tel. 030 3925087)

16.-17.09.2006

DAZ-Jahreshauptversammlung 2006 mit Jahresversammlung des Projektes Qualitätssicherung - Dietrich-Bonhoeffer-Haus, Ziegelstr. 30, Berlin-Mitte

21.09.2006

Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402 928811)

19.10.2006

Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402 928811)

16.11.2006

Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402 928811)

17.-18.11.2006

Bundeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bundes Novotel Berlin-Mitte

06.12.2006, 20 Uhr

BUZ-Stammtisch, Hotel Seehof, Lietzenseeufer 11, Berlin (Tel. 030 3925087)

14.12.2006

Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402 928811)

Bei den Veranstaltungen der DAZ-Studiengruppen und bei den DAZ-Tagungen werden Fortbildungspunkte vergeben.

Weitere Informationen unter Tel 0221 973005-45, Fax 0221 7391239, daz.koeln@t-online.de www.daz-web.de

Kontaktadressen

Berlin

Edeltraud Jakobczyk
Jenaer Straße 54
12627 Berlin
Tel. 030 9915003
Fax 030 99284908
jako.zahn@telemed.de

Dr. Annette Bellmann
Parkaue 37
10367 Berlin
Tel. 030 5594147
Annette.Bellmann@web.de

Baden-Württemberg

Dr. Wolfgang Schempf
Wilhelmstraße 3
72764 Reutlingen
Tel. 07121 338551
Fax 07121 338517
w.i.schempf@web.de

Baden-Württemberg

Dr. Jörg Krämer
Hauptstraße 215
79211 Denzlingen
Tel. 07666 2410

Elbe - Weser

Dr. Till Ropers
Alter Marktplatz 2
21720 Steinkirchen
Tel. 04142 4277
Fax 04142 2059
ropers@online.de

Hamburg

Thomas Murphy
Poppenbütteler Chaussee 45
22397 Hamburg
Tel. 040 6074151
Fax 040 6074152
thomas@murphy-hamburg.de

Nordrhein

Dr. Rainer Küchlin
Pleiserhoher Straße 27
53639 Königswinter
Tel./Fax 02244 875124
RKuechlin@gmx.de

Bayern

Dr. Eberhard Riedel
Wolftrathhauser Straße 189
81479 München
Tel. 089 534552
Fax 089 54404484
e_riedel@msn.com

Dr. Kai Müller
Seestraße 36
82237 Würthsee
Tel. 08153 990233
Dr_Kai_Mueller@web.de

Dr. Ursula Frenzel
Kidlerstraße 33
81371 München,
Tel. 089 773716
Fax 089 74665749
ursulafrenzel@hotmail.com

Niedersachsen

Rolf Tödtmann
Oldenburgerstraße 291

26180 Rastede
Tel. 04402 928811
Fax 04402 928831
RolfToedtmann@t-online.de

Dr. Roland Ernst
Diekweg 17
26188 Friedrichsfehn/Gem. Edewecht
Tel. 04486 6925
Ernst.Roland@t-online.de

Rheinhausen/Mainz

Dr. Andreas Vahlenkamp
Batzelsstraße 27
55116 Mainz
Tel. 06131 222218
Fax 06131 237294

Schleswig Holstein

Wolfram Kolossa
Bahnhofstraße 43
24217 Schönberg
Tel. 04344 9020
Fax 04344 3349
Wolfram.Kolossa@t-online.de

Westfalen - Lippe

Dr. Ulrich Zibelius
Mittelstraße 17
32657 Lemgo
Tel. 05261 10166
Fax 05261 92901
Ulrich.Zibelius@t-online.de

DAZ-Geschäftsstelle

Irmgard Berger-Orsag
Belfortstraße 9
50668 Köln
Tel. 0221 97300545
Fax 0221 7391239
kontakt@daz-web.de

Berlins unabhängige
Zahnärzte e.V.



Dr. Helmut Dohmeier-de Haan
Turmstraße 65
10551 Berlin
Tel. 030 3925087
helmut.dohmeier@buz-berlin.de

Dr. Peter Nachtweh
Kaiserdamm 97
14057 Berlin
Tel. 030 3023010
Fax 030 3255610
peter.nachtweh@buz-berlin.de

Stefan Günther
Georg-Wilhelm-Straße 3
10711 Berlin
Tel. 030 89092876
Fax 030 89092877
stefan.guenther@buz-berlin.de

Wir bieten besondere Lösungen!



Form X 289-012

= blend-a-mant Retard



Sicher injizieren: **Soft.Ject®** (Edelstahl)

Das Injektionssystem für die intraligamentäre Anästhesie

- ✔ Mit gleichmäßiger, kontrollierbarer Druckübertragung
- ✔ Überlegene Anästhesiemethode (Dirnbacher, Wehrmedizin und Pharmazie, 2/2003)
- ✔ Bietet große Vorteile für Behandler und Patienten

New Snowlight®



weiße, glasfaserverstärkte Composite-Stifte für ästhetische Coronawurzel-Rekonstruktionen

- ✔ ideale Biegefestigkeit durch dentin-ähnliches Elastizitätsmodul
- ✔ silanisierte Oberfläche für optimale Haftung
- ✔ keine Korrosion
- ✔ noch höhere Lichttransmission nach apikal
- ✔ verbesserte Röntgenopazität
- ✔ dentinadhäsive Druckverteilung über Klebefächen
- ✔ leicht auf gewünschte Länge zu kürzen
- ✔ farbcodiert incl. entsprechendem Drill

citoMant Politop



weiße, glasfaserverstärkte Polierer aus Composite

- ✔ Entfernen von Verfärbungen
- ✔ Reinigung des Schmelzes
- ✔ Bearbeitung von Composite-Füllungen
- ✔ leichtes Entfernen von Zementüberschuss
- ✔ Entfernen von provisorischem Zement

Kieferorthopädie
Parodontologie
Implantologie

Schmerzfreies Entfernen von Zahnstein



Die Natur zum Vorbild citoMant® - Das Original!

Diamanten, die wie Zähne nachwachsen

Dr. Wolfgang Weinert (DZW 45/99):
"Im Jahr 1997 wurden die Retard-Diamanten citoMant XXL, mds Medical und Dental Service, Höhr-Grenzhausen, auf den Markt gebracht. Sie sind mit den anderen Instrumenten (blend-a-mant Retard) völlig identisch."

"Meine Produkte - gut und preiswert!"



Dr. Luki



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

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

Schmeckt natürlich

Reines Alpensalz aus Natursole
mit Fluorid und Folsäure
für eine gesündere Ernährung



Bad Reichenhaller

Natürlich gut für mich