



Berlins unabhängige Zahnärzte e.V.



Gesundheitsfonds - Moratorium gefordert

Implantologie kritisch betrachtet

Einladung zur DAZ-Jahrestagung in Berlin

Reise nach Bologna

www.daz-web.de
www.buz-berlin.de

FORUM

27. Jahrgang, Mai 2008

Von Zahnärzten für Zahnärzte

95

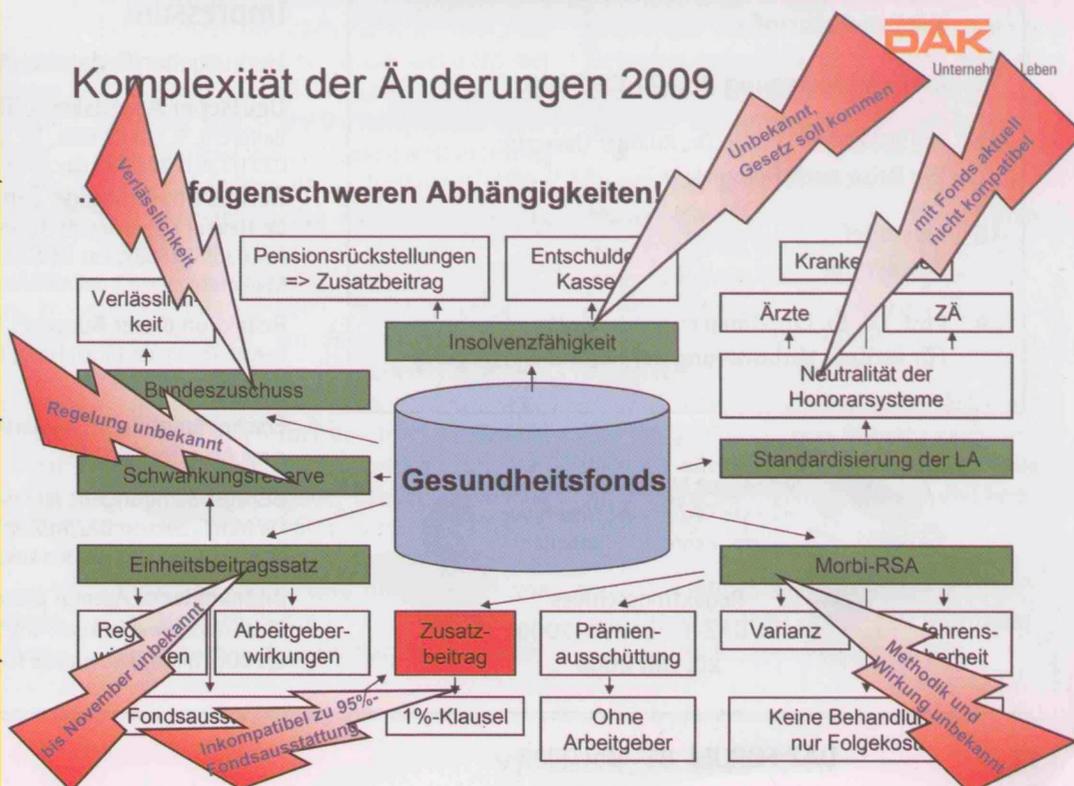
95

Start des Gesundheitsfonds 2009 bringt Chaos und mehr Bürokratie Zahnärzte fordern Moratorium



DAK-Chef Prof. Rebscher übte bei DAZ-VDZM-Frühjahrstagung in Frankfurt massive Kritik an der Gesundheitspolitik

Komplexität der Änderungen 2009





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



„Bieten Zahnärzte Ihre Leistungen bald an wie Friseure – vielleicht sogar auf einem Schild?“ Überlegungen dazu auf den folgenden Seiten.

Inhalt

DAZ-Forum 95-2008

- 2 Impressum
- 3 Dr. Celina Schätze / Dr. Peter Nachtweh:
Mitarbeit im DAZ: Chance zum Mitgestalten
- 4 Dr. Jochen Bauer::
Gesundheitsfonds – DAZ und VDZM lehnen faulen Kompromiss ab
- 6 Dr. Wolfgang Kirchhoff:
Grundzüge und Strategien sozialmedizin vertretbarer implantat-prothetischer Versorgungsformen
- 10 Irmgard Berger-Orsag:
Schönheit als Konsumgut, Statussymbol, Waffe im Konkurrenzkampf
- 11 **DAZ-Jahrestagung 20.-21.09.2008**
- 12 DIE OFFENE SEITE: Dr. Dr. Rüdiger Osswald:
Die Reise nach Bologna
- 16 **Leserbrief**
Erwiderung
- 18 Prof. Dr. Stefan Zimmer:
Für weitere Verbesserung der Fluorid-Versorgung



Schon jetzt können Sie sich aufs nächste DAZ-Forum freuen, vor allem, wenn Sie mitarbeiten!

Redaktionsschluss
für DAZ-Forum 96-2008:
20. Juli 2008



Aus dem Berliner Sumpf

Kurz nachdem im Forum 94 unsere Kurzmitteilung über die skandalös lückenhafte Satzung des Berliner Versorgungswerkes erschienen war, hat der Direktor des Versorgungswerkes eine 25%-ige Gehaltserhöhung erhalten (auf 125.000 Euro). Die Vertreterversammlung weiß davon bisher nichts und muss ja auch nicht gefragt werden. Die Exekutive ist – wir haben das nicht unterstützt – frei, so zu entscheiden.

Im Berliner Tagespiegel ist ein Bericht zu den Beanstandungen des Rechnungsprüfungsausschusses erschienen. Der KZV-Vorstand hat versucht, rechtlich dagegen vorzugehen, und ist auf der ganzen Linie gescheitert!

Impressum

Herausgeber/Redaktion/Mediadaten:

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)

Belfortstr. 9, 50668 Köln, Tel. 0221/97300545, Fax 0221/7391239, Mail daz.koeln@t-online.de, www.daz-web.de

Berlins unabhängige Zahnärzte (BUZ)

Dr. Helmut Dohmeier-de-Haan, Turmstr. 65, 10551 Berlin, Tel. 030/3925087, Fax 030/3994561, Mail drdohmeier@onlinehome.de, www.buz-berlin.de

Redaktion dieser Ausgabe: Dr. Celina Schätze (V.i.S.d.P.), Irmgard Berger-Orsag, Dr. Ulrich Happ, Dr. Peter Nachtweh, Dr. Eberhard Riedel

Erscheinungsweise: 4x jährlich, 700-2500 Ex.; diese Ausgabe: 1.000 Ex.

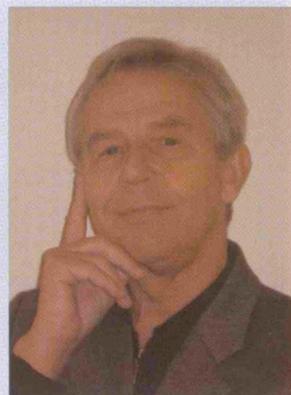
Bezugsbedingungen: Jahres-Abo 28,00 Euro incl. Porto Für Mitglieder von DAZ/BUZ ist das Abo im Mitgliedsbeitrag enthalten. Einzelne Ausgaben werden kostenlos auf Anfrage zugesandt.

Bildnachweis: Agentur Bildschoen Berlin, DAK, Privat, Wikipedia, Rita Kräbs, www.lookism.info, Niedersächsisches Zahnärzteblatt NZB 6/2008, Informationsstelle für Kariesprophylaxe



Editorial

Mitarbeit im DAZ: Chance zum Mitgestalten



Sehr geehrte Forum-Leserinnen und -Leser!

Es sind gravierende Entwicklungen im Gange in unserem Gesundheitswesen, die keineswegs nur unseren kleinen zahnmedizinischen Bereich betreffen. Der Bericht über unsere Frankfurter Frühjahrstagung zeigt einige der absurden Konsequenzen des bereits vom Parlament beschlossenen Gesundheitsfonds auf. Zusammen mit anderen Organisationen fordert der DAZ ein Aussetzen dieser Strukturveränderung, um gigantische Verschwendung durch noch mehr Bürokratie und nicht vorhersehbare Entwicklungen bis hin zum Chaos zu verhindern.

Ein Projekt von ähnlichen Dimensionen ist die elektronische Gesundheitskarte. Seit Jahren laufen die Vorbereitungen auf Hochtouren – ganze Wirtschaftszweige stehen in den Startlöchern, um hier das große Geschäft zu machen. Ob dem immensen Aufwand ein entsprechender Nutzen für kranke Menschen gegenübersteht, ist nach wie vor unklar. Ebenso ungeklärt sind die Fragen des Datenschutzes. Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung, das gerade in diesen Tagen vom Bundesverfassungsgericht gegenüber staatlichen Eingriffen mittels Online-Durchsuchungen gestärkt wurde, muss auch und gerade im hochsensiblen Medizinbereich gelten.

Dass medizinische Bemühungen auf das Wohl und die Gesundheit der behandelten Menschen abzielen, ist keine Selbstverständlichkeit mehr. So verabschiedete die Vertreterversammlung der Zahnärztekammer Hamburg einen „Ehrenkodex der Hamburger Zahnärzteschaft“. Er enthält – zwar etwas oberflächlich – ähnlich wie die vor Jahren entwickelte Selbstverpflichtungserklärung im Rahmen des DAZ-Projektes Qualitätssicherung Grundsätze, die eine patientenorientierte ärztliche Grundhaltung beschreiben. Inzwischen ist es an der Zeit, dass Ärzte sich solche Maximen ins Bewusstsein rufen und sich gegenseitig darin bestärken und sich gemeinsam dagegen wehren, die Medizin dem Kommerz unterzuordnen.

Dabei gerät das seriöse Medizinverständnis von zwei Seiten unter Druck: von Leis-

tungsanbietern, die aus pekuniären Gründen medizinisch nicht indizierte Leistungen offensiv an ihre Patienten/Kunden herantragen, und von Patienten, die, z.T. durch entsprechende Medienberichte und Werbung in die Irre geführt, gegen Geld die Erfüllung aller möglichen Wünsche von der Medizin erwarten, insbesondere die Schaffung eines attraktiven Körpers, passend zur aktuellen Mode. Da aus solchen Motiven heraus inzwischen selbst an Kindern und Jugendlichen riskante Eingriffe vorgenommen werden, sah sich der Gesundheitsausschuss veranlasst, über mögliche Einschränkungen der Schönheitschirurgie zu diskutieren.

Den DAZ wird das Thema bei seiner Jahrestagung im Herbst beschäftigen. Der Freiburger Medizin-Ethiker Prof. Giovanni Maio wird über „Schönheitswahn und Medizin – Ethische Grenzen einer marktorientierten Zahnheilkunde“ referieren. Es mehrten sich die Beispiele dafür, dass Zahnärzte selbst ihre Arbeit nicht mehr in den Zusammenhang von Gesundheit und Krankheitsbehandlung stellen, sondern stattdessen die „schönen weißen Zähne“, mit denen man größere Chancen auf einen gutbezahlten Job haben soll, als Verkaufsvehikel benutzen. Als pädagogischer Trick mag eine solche Argumentation vielleicht bei dem einen oder anderen Jugendlichen angebracht sein – als Darstellung des eigenen professionellen Selbstverständnisses eines Zahnarztes ist sie bedenklich. „Was unterscheidet da den Zahnarzt noch vom Frisör?“, ist man geneigt zu fragen.

Dass Zahnärzte demnächst mit fortgebildeten Frisören, mit Fitness-Trainern oder anderen nicht-akademischen Dienstleistern aus dem Gesundheits- und Wellnessbereich in einen Topf geworfen werden, ist vielleicht weniger weit entfernt, als man denkt. Ob es auf Dauer bei der Ausbildung an einer Universität und dem heutigen/früheren Qualifikationsniveau von Zahnärzten bleibt, wird nicht zuletzt von den Hochschullehrern und von den in zahnärztlichen Körperschaften und Fach-

gesellschaften mitmischenden Kollegen abhängen.

Dr. Dr. Osswald beschreibt in seinem Forum-Artikel Tendenzen zur Ausbildung immer kleinerer und speziellerer Spezialgebiete in der Zahnmedizin, mehr oder weniger verbunden mit der Forderung, dass bestimmte (höher honorierte) Behandlungen zukünftig nur noch den Spezialisten vorbehalten sein sollten. Viele Hochschullehrer tummeln sich munter in der lukrativen postuniversitären Spezialistenausbildung, während gleichzeitig das Studium an Niveau verliert.

Der Beitrag von Dr. Kirchhoff passt ebenfalls in diesen Kontext. Er zeigt auf, wie sehr der „Mainstream“ der Implantologie vom Zeitgeist und den Interessen von Leistungsverkäufern und Industrie infiltriert ist.

Die hier skizzierten Entwicklungen lassen es angeraten sein, dass man als Zahnarzt das berufs- und gesundheitspolitische Geschehen mitverfolgt und zusammen mit anderen Einfluss zu nehmen versucht. Ein kleiner Verband wie der DAZ kann nicht die Gesundheitspolitik aus den Angeln heben, wohl aber hier und da auf wichtige Entwicklungen hinweisen, unter den Teppich Gekehrtes hervorholen und publik machen und mit seinem Projekt Qualitätssicherung ein Stück weit ein positives Beispiel geben.

Damit dies auch in Zukunft möglich ist, braucht der DAZ Mitstreiter. Wir möchten Außenstehende herzlich einladen, den DAZ kennenzulernen, und unsere Mitglieder auffordern, sich – und sei es nur bei einem speziellen Thema – aktiv zu beteiligen. Bei der Hauptversammlung am 20./21. September 2008 in Berlin stehen Vorstandswahlen auf der Tagesordnung. Jedes Mitglied kann kandidieren und zukünftig eine wichtige Rolle im Verband übernehmen. Sie alle sind herzlich zum Mitmachen eingeladen!

Mit kollegialen Grüßen
Dr. Celina Schätze und Dr. Peter Nachtweh,
Stellv. DAZ-Vorsitzende(r)



Entsolidarisierend, fehlerbehaftet, teuer und in seinen Auswirkungen nicht kalkulierbar – das waren noch die freundlichsten Vokabeln, mit denen Prof. Herbert Rebscher, Vorsitzender der DAK, den geplanten Gesundheitsfonds beschrieb. Und dabei sollte er doch das Herzstück der Reformen auf dem Gesundheitssektor werden, eine der wenigen politischen Festlegungen von Angela Merkel und Ulla Schmidt.

Auf der gemeinsamen Frühjahrstagung der Zahnärzteverbände Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) und Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM) in Frankfurt erläuterte Prof. Rebscher die Inhalte des geplanten Fonds und analysierte die Konsequenzen, die sich aus den verschiedenen Eingriffen in das bestehende System der Sozialversicherung ergeben.

Tatsache ist, dass Krankenkassen, Arbeitgeber, Gewerkschaften, Wirtschafts- und Verbraucherverbände, Ärzte und Zahnärzte in seltener Einmütigkeit massiven Zweifel an der Sinnhaftigkeit des Vorhabens hegen. Was dem Bürger in schlichten Schaubildern als ein Topf dargestellt wird, in den Krankenkassen und Staat Beiträge einzahlen und aus dem dann – gerecht verteilt – den Krankenkassen wieder Mittel angewiesen werden, ist, so Prof. Rebscher, in Wahrheit ein hochkomplexer Eingriff in bestehende und bewährte Strukturen. Diametral der anspruchsvollen Vernetzung der sich beeinflussenden Komponenten entgegengesetzt ist die schlichte handwerkliche Konstruktion dieses Gesetzes. Die Mängelliste ist lang, für die Krankenkassen sieht die aktuelle Situation wie folgt aus:

- Ohne Kenntnis der Rahmendaten die gesetzliche Verpflichtung zur Haushalts-

Von guten Zutaten und falschen Rezepten: der Gesundheitsfonds DAZ und VDZM lehnen den faulen Kompromiss von SPD und CDU ab

aufstellung und Vorlage beim Bundesversicherungsamt (BVA) bis Nov. 2008

- Keine Ausführungen des Gesetzgebers über Größen in Bezug auf den Haushaltsplan 2009
- Keine Festlegung der Höhe des Einheitsbeitragsatzes
- Keine Kenntnis über die Zuweisungen aus dem morbiditätsorientierten Risiko-Struktur-Ausgleich (Morbi-RSA)
- Keine Klarheit über die Ausgestaltung und Kosten des Insolvenzrechts

Auch für die einzelnen Bundesländer ist nicht vorhersagbar, welche Belastungen auf sie zukommen, hier liegen allenfalls grobe Schätzungen vor. Unklarheit herrscht auch bei den Ärzten und Zahnärzten, denn dass eine Vereinheitlichung des Punktwertes und die reine Fondssystematik auch Auswirkungen auf die Vergütungsstrukturen haben werden, sollte allen Beteiligten bewusst sein. Welche Mehrkosten für die Versicherten zu erwarten sind, lässt sich ebenfalls nicht vorhersagen, nur eines scheint sicher: es wird teurer!

Zur vertiefenden Verwirrung Anmerkungen zu den Gesetzeszutaten:

Gemäß Vorgabe müssen die Kassen der Ministerin bis zum November einen Haushaltsentwurf für 2009 vorlegen. Dazu wäre zumindest die Kenntnis des Beitragsatzes erforderlich, denn der bestimmt nun mal die Höhe des Beitragsaufkommens. Diesen Beitragssatz will aber Ministerin Schmidt erst im November bekannt geben, und es spielt schon eine Rolle, ob er sich auf 14,6% oder 15,2% beläuft.

Außerdem wird das Beitragsaufkommen einer Kasse nicht zwangsläufig auch mit der Zuweisung aus dem Fonds identisch sein, das vermeintlich gerechte Steuerungselement soll der Morbi-RSA sein. Dieser Ausgleich löst den bisherigen RSA ab, er soll auf einer Kostenanalyse von 50 bis 80 schwerwiegenden und kostenintensiven chronischen Erkrankungen beruhen. Das daraus abgeleitete Klassifikationssystem soll bis zum 01.07.2008 durch das BVA festgelegt werden, und danach erhalten dann die Kassen ihre Morbiditätszuschläge. Leider hat sich die dazu gebildete Kommis-

sion schon kurz nach ihrer Gründung wegen unüberbrückbarer Meinungsverschiedenheiten wieder aufgelöst, und es ist eine sehr berechnete Frage, ob tatsächlich 80 Erkrankungen ausreichen, um ein halbwegs stimmiges Abbild des realen Finanzbedarfs einer Krankenkasse zu zeichnen.

Aber an solchen Kleinigkeiten wird das Vorhaben nicht scheitern, nur für die Kassen wird es, was erste finanzielle Abschätzungen bis Herbst 2008 anlangt, eng werden. Denn der Beitragsbedarf eines Versicherten wird anhand der Diagnosen und Verordnungen des Vorjahres (prospektiv) zugeordnet, und die Risikozuschläge werden als die krankheitsspezifischen durchschnittlichen Folgekosten erst im nächsten Jahr ermittelt. Wie seriös kann ein Haushalt geplant werden, wenn für teure Akuterkrankungen keine Zuschläge gezahlt werden sollen, ein Ausgleich lediglich bei den Folgekosten, nicht aber bei den Behandlungskosten vorgesehen ist?

Für die Krankenkassen bedeutet das fast zwangsläufig, dass sie einen prozentualen oder festen Zusatzbeitrag erheben müssen, sofern ihre Ausgaben die pauschalen Zuweisungen aus dem Fonds übersteigen. Zusatzbeiträge belasten ausschließlich die Mitglieder, eine paritätische Finanzierung ist nicht vorgesehen. Mit der Konsequenz für die Versicherten, dass sie den Aufschlag zu zahlen haben, ohne dafür einen wie auch immer gearteten Mehrwert zu erkennen. Die Obergrenze des Zusatzbeitrags beträgt 1 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds, die Härtefallregelung greift bei Zusatzbeiträgen höher als 8 €. Die zu erwartenden Einnahmeausfälle aufgrund der Härtefallklausel sind allein von den noch (!) nicht betroffenen Mitgliedern zu kompensieren, was die Attraktivität einer Kasse für diese nicht gerade erhöhen wird. Schon der Einzug des Zusatzbeitrages verschlingt erhebliche Finanzmittel und führt zu höheren Zusatzbeiträgen als rechnerisch notwendig. Insbesondere „große Versorgerkassen“ mit bereits strukturbedingten „eigenen“ Zusatzbeiträgen können die notwendigen Finanzmittel bei ihren Mitgliedern dann nicht mehr realisieren.

Da bereits kurzfristig (2010) eine Absenkung der finanziellen Ausstattung des Gesundheitsfonds (Untergrenze 95%) geplant ist, dürfen erhebliche Zweifel an der Kompatibilität dieser Gesetzesregelung mit einem akzeptablen Versorgungsniveau angemeldet werden.

Welche wettbewerblichen Folgen für die Krankenkassen die standardisierte Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds bei gleichzeitigem Verlust der Beitragssatzautonomie haben wird, ist immerhin absehbar. Da sich der Wettbewerb fast ausschließlich über die Höhe der zukünftigen Zusatzbeiträge (Absolutbeträge statt prozentualer Beitragssätze) abspielen wird, werden etablierte Krankenkassen mit strukturell bedingten Zusatzbeiträgen (Versicherten-nahe Anlaufstellen, Beratungsservice) trotz Wirtschaftlichkeit keine Chance gegenüber rein virtuellen Kassen haben. Kommt es zum Wechsel der Jungen, Gesunden und Gut-Verdienenden aus den Kassen mit hohem Rentneranteil, so verschlechtert sich die Risikomischung und zwingt zu noch höheren Zusatzbeiträgen. Damit vollzieht sich nicht nur ein Prozess der Selektion und Entsolidarisierung. Vielmehr kommt es in der Konsequenz auch zu einer schleichenden Verschlechterung des Versorgungsangebotes.

Eine weitere Unwägbarkeit besteht in dem vorgesehenen Bundeszuschuss. Für 2007 und 2008 sind jeweils 2,5 Mrd. € vorgesehen, darüber hinaus ist eine Steigerung ab 2009 um jährliche 1,5 Mrd. € bis auf insgesamt 14

Mrd. € geplant, wobei die Finanzierung noch in den Sternen steht.

Ein einheitlicher Beitragssatz und der Morbi-RSA verlangen auf der Ausgabe Seite auch bundesweit einheitliche Punktwerte, aber die Länder haben gerade beschlossen, ihre Strukturen nicht zu ändern. Zur Vervollständigung des bundesweit durchzuführenden Finanzkraftausgleichs werden die Belastungen in den wirtschaftlich starken Länder für die Versicherten steigen, in den finanzschwachen, insbesondere den neuen Bundesländern, fallen. Konkret bedeutet das Einbußen für Bayern (-36,5 Mio. €), Baden-Württemberg (-56,4 Mio. €), Hessen (-55,2 Mio. €) und Hamburg (-45,0 Mio. €) und Zugewinn für Sachsen (+74,2 Mio. €) und Thüringen (+26,2 Mio. €). Das Insolvenzrecht gilt jetzt für alle Kassen, betroffen davon sind insbesondere die AOKen, für die bislang Vater Staat die Leistungspflicht übernahm. Das wird den Finanzbedarf der AOKen zwangsläufig erhöhen.

Dass die gigantische Administration des Fonds erhebliche Verwaltungskosten verursachen wird, dürfte jedem Laien klar sein. Bisher erledigen die gesetzlichen Kassen auf hocheffiziente Weise in einem Schritt das Inkasso für Renten-, Arbeitslosen-, Pflege- und Krankenversicherung. Jetzt müssen Millionen von Einzelkonten für die Versicherten wegen der Kassen-individuellen Zusatzbeiträge eingerichtet werden, wodurch ein gro-



Diskutieren über den Gesundheitsfonds: Prof. Rebscher und C. Schätze, stellv. DAZ-Vorsitzende

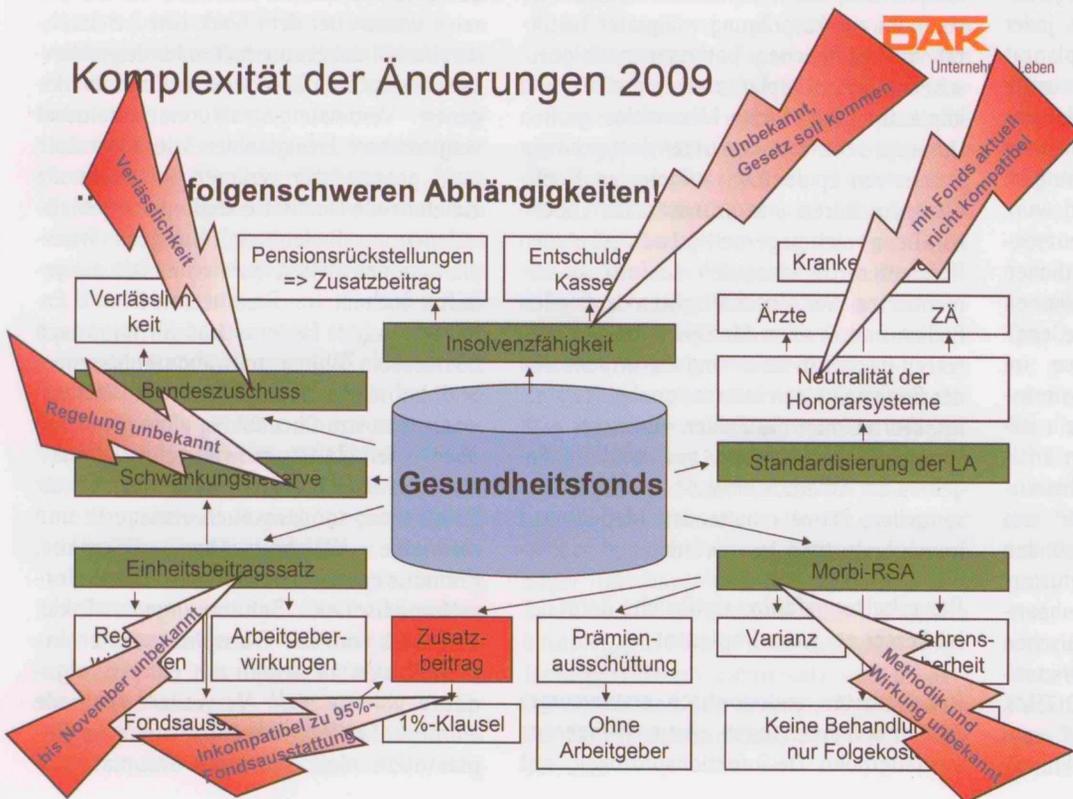
ßer Anteil der Zusatzbeiträge bereits durch die Erhebungskosten wieder verbraucht wird.

Für die Zahnärzte gilt, dass der Gesetzgeber es versäumt hat, Rahmenbedingungen für einheitliche Punktwerte zu schaffen. Damit bleiben die Preisunterschiede zwischen Ersatzkassen und Primärkassen bei der Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen bestehen, mit der Folge, dass die Ersatzkassen durch gesetzlich bedingte Vergütungsunterschiede im vertragszahnärztlichen Bereich mit 169 Mio. € direkt und nicht beeinflussbar belastet würden, was isoliert betrachtet einen monatlichen Zusatzbeitrag von 1 € je Mitglied nach sich zöge.

Angesichts dieser massiven Konstruktionsfehler und Werkmängel fordern DAZ und VDZM die Bundesregierung auf, die Einführung des Gesundheitsfonds zu stoppen. Wer Wettbewerbstärkung über ein Gesetz vorschreibt, sollte auch Wettbewerb zulassen und nicht mit Brachialgewalt ein funktionierendes System staatlicher Willkür unterwerfen und Millionen Menschen einem gigantischen Feldversuch mit ungewissem Ausgang aussetzen. Wenn beide Parteien CDU und SPD schon meinen, sie müssten die Finanzierung des Gesundheitswesens durch eine wie auch immer geartete Bürger- oder Kopfpauschalversicherung gewährleisten, dann sollten sie Versuchsanordnungen wählen, die kostengünstig, überschaubar, selbst-lernend und revidierbar sind. Ansonsten gilt es die bewährte solidarische Krankenversicherung behutsam und sachgerecht weiterzuentwickeln.

Dr. Jochen Bauer, Lohmar

Komplexität der Änderungen 2009



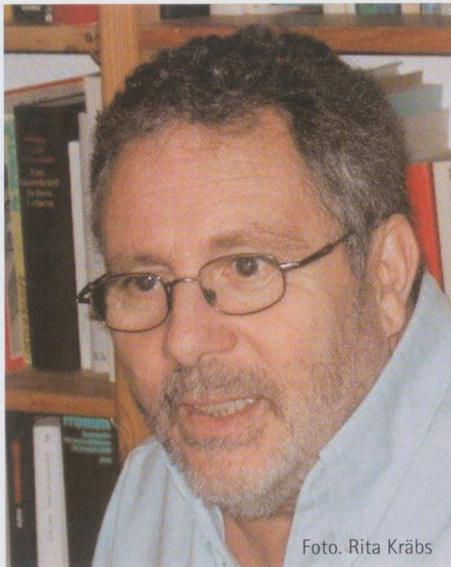


Foto. Rita Kräbs

Siegeszug invasiver Implantationsstrategien

Zur Implementierung einer allgemein akzeptierten dentalen Implantologie konnte die deutsche Zahnheilkunde in den letzten zwei Jahrzehnten den größten materiellen Einsatz ihrer langen Geschichte beobachten. Implantologen aus Wissenschaft und Praxis dominierten die Fortbildungsveranstaltungen souverän und verabschiedeten die Zähne erhaltenden Fächer ohne nennenswerte Gegenwehr in einen somnambulen Zustand. Dem objektiven Wissen über die unübersehbaren Vorteile umfassender Zahnerhaltung diametral entgegenstehend, ließen sich in allen zahnmedizinischen Fachdisziplinen destruktive und hoch invasive reparaturmedizinische Tendenzen etablieren, die mit den inzwischen geflügelten Worten charakterisiert wurden, dass jeder gesunde Zahn einem potenziellen Implantat im Wege stehe. Und so war es auch: unter skandalträchtiger Vernachlässigung der Parodontologie und der Kinderzahnheilkunde in den Gesellschaftsschichten mit geringem Bildungs- und Migrationshintergrund wurden zwischen 1991 und 2005 in Deutschland im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung zwischen 13 und 16 Millionen Zähne extrahiert.¹ Die sich anschließende Lückenversorgung erfolgte teilweise im „implantologischen Rotlichtmilieu“, wie Insider wissen wollten. So entstand ein öffentlich wenig und fachintern kaum kritisiertes Zerrbild von „innovativen“ Scheinlösungen nach teilweise „vorsorglich“ aus vermeintlich knochenprotektiven Gründen iatrogen herbeigeführten Zahnverlusten. Auf unserem Fachgebiet entstand unbeanstandet und von der zahnmedizinischen Wissenschaft permanent bis in die wissenschaftlichen Stellungnahmen der DGZMK hinein kolportiert, die „Knochenlücke“ vom vorhersagbaren Knochen- und Struktur-

Grundzüge und Strategien sozialmedizinisch vertretbarer implantat-prothetischer Versorgungsformen

Dr. med. dent. Wolfgang Kirchhoff

halt nach Implantat-Einbringung in den menschlichen Kiefer; ein anderes propagandistisches Meisterstück war die Beschwörung der vermeintlichen Vorteile des Erhalts der „Unversehrtheit der Zahnhartsubstanz“ durch Implantate gegenüber konventioneller Brückenprothetik.^{2,3} Orwell'sche Sprachschöpfungen wie „implantäre Kariesfreiheit“ machten die Runde, und „restitutio ad integrum“ mit maximal 32 Implantaten bis in alle statistische Ewigkeit, aber ohne die Vorlage von nach internationalen Standards ermittelten belastbaren Daten wurde von teilweise pseudowissenschaftlichen „zahnmedizinischen Fachgesellschaften“ versprochen. Der Vogel medizinischer Desinformation wurde abgeschossen mit der ernsthaft vorgetragenen Absicht, mehrwurzelige Zähne durch eine entsprechende Anzahl von Implantaten identisch zu ersetzen. Bezeichnend für die Gesamtsituation ist ein eklatanter Mangel an wissenschaftlicher Grundlagenforschung, an standardisierten Langzeitstatistiken und das Fehlen einer systematischen Erforschung von Risiken, Nebenwirkungen und mittel- bis langfristigen Misserfolgen der dentalen Implantat-Therapie. Knochenverlust durch das Einbringen von Implantaten, Implantat- und Knochenverluste durch Periimplantitis, das Fehlen desmodontaler Rezeptoren zur Ausprägung adäquater Taktilität mit zahlreichen pathogenen Folgeerscheinungen, implantat-technische und implantat-prothetische Misserfolge großen Umfangs verschwanden unter dem schönen Schein von epidemisch aufgelegten Hochglanzbroschüren und grundsätzlich „hochkarätigen“ sich gegenseitig hoch jubelnden Referenten der materiell umfassend alimentierten Wissenschaftseliten auf allen Podien und in allen Medien unter der perfekten Regie von Gold- und Platinsponsoren der finanzstärksten internationalen Hersteller. Wertet man die Zahlen verfasster wissenschaftlicher Arbeiten aus, wird im Ergebnis der Eindruck erweckt, als ob die essentiellen, Zähne erhaltenden Maßnahmen immer bedeutungsloser würden.

Der erhaltungsfähige natürliche Zahn ist besser als jedes Implantat

Dabei warten endodontisch erstversorgte Zähne, behandelt nach einem stringenten ausdauernden Desinfektionsprotokoll, mit

Erfolgsquoten von über 90 % auf. Parodontaltherapien können über lange Zeiträume vorhersehbar erfolgreich und der Implantat-Therapie überlegen sein.⁴ Axelson et al. konnten 2004 über einen Verlauf von 30 Jahren zeigen, dass bei regelmäßiger Nachfolgebetreuung parodontal behandelte Zähne in diesem Zeitraum nur 1,8 Zähne verloren gingen.⁵ Die langzeitprognostische Überlegenheit konventioneller Brückenkonstruktionen ist evident, und diese Therapie ist vergleichsweise weniger invasiv. Die Rekonstruktion der Frontzahnästhetik gelingt durch konventionelle Kronen- und Brückenversorgungen zumeist wesentlich besser als durch Implantate. Im Gegensatz zur Implantat-Therapie in der Folge von Extraktionen bleiben bei erfolgreicher Zahnerhaltung im Frontzahnbereich eventuelle Restaurationen der Nachbarzähne von ästhetischen Einbußen wie Rezessionen mit sich anschließenden Neuversorgungen verschont.^{6,7,8} Es bedarf zukünftig großer Anstrengungen, die Präferenzen wieder im Sinne der konventionellen Zahnerhaltung und Prothetik bzw. zu Gunsten der über lange Zeiträume bewährten, weniger invasiven endodontischen, parodontologischen und chirurgischen Methoden zu verändern. Wurzelspitzenresezierte Zähne auch im Molarenbereich weisen bei dem hoch einzuschätzenden Vorteil dabei zu erhaltender desmodontaler Rezeptoren in mikrostrukturell überlegenen Verbindungsstrukturen zumindest vergleichbare Erfolgszahlen wie Implantate auf;⁹ gegenwärtig verlieren sie durch die zunehmende Qualität endodontischer Maßnahmen an Bedeutung. Autogene Transplantationen gelten inzwischen als ausgereifte Technik im Routineeinsatz mit Erfolgsraten (mit Evidenz-Grad III) von knapp 80 % bei Zähnen mit abgeschlossenem und bei nicht abgeschlossenem Wurzelwachstum von über 87 %, alles gemessen über einen Zeitraum von zehn Jahren.¹⁰ Autogen transplantiert werden nicht nur Zahnkeime, sondern auch verlagerte und retinierte Weisheitszähne, Eckzähne, Prämolaren auch im Rahmen von kieferorthopädischen Behandlungen; Eskici berichtet von 450 Transplantationen innerhalb von 24 Jahren mit einer Erfolgsquote von 92 %.¹¹ Als weitere Methode chirurgischer Zahnerhaltung steht die Replantation nicht nur nach Traumata zur

Verfügung, während sich die transdentale Fixation aus unterschiedlichen Gründen nicht durchsetzen konnte. Kieferorthopädische Maßnahmen zur Zahnbewegung auch bei Erwachsenen können ein probates Mittel sein, Lücken wenig invasiv zu schließen, aber auch um Pfeilerzähne für herausnehmbaren oder festsitzenden Zahnersatz in topographisch günstige Positionen zu bewegen.

Ansätze zur Neubewertung der scheininnovativen implantologischen Maximaltherapie

Inzwischen blätterte der Lack von der scheininnovativen implantologischen Maximaltherapie ab; im Laufe der Jahre ist sie für den wissenschaftskritischen Betrachter unübersehbar in den Niederungen der statistischen Ebene und „hochprozentiger“ Misserfolge angekommen, wenn standardisiert nach internationalen Regeln über Zeiträume jenseits von fünf Jahren und das implantat-prothetische Gesamtergebnis klinisch, prothetisch und zahntechnisch untersucht wird. Zuvor verstummte Wissenschaftler, selbst langjährige Implantat-Protagonisten, meldeten sich im Jahr 2007 unerwartet kritisch zu Wort. Ohne dass diesbezügliche Untersuchungen durchgeführt worden waren, ließ sich plötzlich der implantäre Knochen- und Strukturhalt nicht mehr verifizieren und die knochenprotektive Wirkung des festsitzenden Zahnersatzes gegenüber herausnehmbarem Zahnersatz war nicht mehr nachgewiesen. Spiekermann rief dazu auf, das sozialmedizinische Entscheidungsdreieck „Kosten / Nutzen / Risiko“ wieder in den Vordergrund zu rücken und den Primat der zahnärztlichen Prothetik bei implantat-prothetischen Rehabilitationen wieder herzustellen. Er reanimierte verschüttete medizinische Alltagsbeobachtungen, dass die Langzeitprognosen der Implantate den konventionellen Zahnersatzlösungen nicht grundsätzlich überlegen seien und trat den maximaltherapeutischen 1:1-Implantatkonzepten entgegen mit seinem Appell, enorme Implantate nur dort einzusetzen, wo aus prothetischer Sicht ein Stützpfiler für die jeweils geplante Konstruktion notwendig sei.¹² Spiekermann plädierte dafür, den Patienten umfangreiche, risikobehaftete Eingriffe wie Augmentationen, Sinusboden-Elevationen und lange Behandlungszeiten zu ersparen und gleichzeitig festsitzenden, bedingt herausnehmbaren oder herausnehmbaren Zahnersatz zu inkorporieren.¹³ In welchem Gefahrenbereich sich die maximal invasive Implantat-Therapie bewegt, wird deutlich durch das Fazit von Knoll et al., die feststellten, dass

es bislang deutschlandweit keine validen Referenzdaten für postoperative Wundinfektionen in zahnärztlichen Praxen gibt. Sie hatten 2008 im Rahmen einer prospektiven Dreijahres-Untersuchung erstmals feststellen müssen, dass nach den üblichen zahnchirurgischen Maßnahmen in 8,5 % der Behandlungsfälle Wundinfektionen auftraten.¹⁴ Dieser Wert kann vereinfachend für die häufig mehrzeitigen, teilweise weitaus invasiveren implantären Operationsverfahren hochgerechnet werden. Hinzu kommen noch Risiken und Nebenwirkungen, die durch eine umfangreiche Begleitmedikation und die ständig zunehmende Strahlenbelastung bildgebender Verfahren im Rahmen der Implantat-Therapie entstehen können. Die Problematik der nicht auszuschließenden Risiken und Nebenwirkungen von diversen Knochenpräparaten und Knochenersatzmaterialien, die gelegentlich den wenigen Tierversuchen kaum entronnen sind und schon auf den OP-Tischen unserer fortschrittlichsten Implantologen als honorarpflichtige Humananwendung landen, kann hier nur angedeutet werden.

Auch die bei uns gegenüber ihren Kollegen in den USA ein Schattendasein fristenden Endodontologen meldeten sich zu Wort, um die Vorteile ihrer therapeutischen Bemühungen gegenüber dem vergleichbaren Einsatz von Implantaten zu reklamieren. Richtig selbstbewusst klang das Credo der Parodontologen plötzlich, als ihr derzeitiger Präsident Schlagenhauf betonte, dass das Setzen von Implantaten keine Parodontaltherapie sei und: „Es ist zudem ein unverantwortliches Experiment, im großen Stil zu implantieren“.¹⁵ Während die Maximaltherapeuten unter den Implantologen argumentativ gern auf die Steigerung der Lebensqualität bei der Entscheidung für festsitzenden Zahnersatz auf möglichst vielen Implantaten in Verbindung mit der desorientierenden Hypothese des Strukturhalts abheben, beklagen mit der konkreten Fragestellung befasste Wissenschaftler die bislang mangelnde Verfügbarkeit eines standardisierten Instrumentariums zur Erfassung der implantatbezüglichen Lebensqualität. Kramer konstatierte beispielsweise die geringe Anzahl prospektiv ausgerichteter, randomisierter Untersuchungen.¹⁶ Wobei man über deren Befragungsdesign sogar durchaus geteilter Meinung sein kann, wenn beispielsweise ein positiver kausaler Zusammenhang zwischen implantatgestütztem Zahnersatz und sexuellen Aktivitäten von ehemals Zahnlosen in der Kurzzeitbeobachtung hergestellt werden soll.¹⁷

Ende der „Hurra-Implantologie“

Versucht man ein Resümee des gegenwärtigen Standes der Akzeptanz der Implantologie in Deutschland, so dürften die Zeiten der einseitigen und unkritischen „Hurra-Implantologie“ der Maximalisten unter den Implantierenden bald vorüber sein und einer eher pragmatischen, die objektiv unzutreffenden, industriell optimierten „Erfolgsstatistiken“ invasiver Eingriffe zunehmend kritisch relativierenden Einschätzung weichen. Letzteres könnte mit den seit Jahren konservativ abwartenden Einstellungen vieler Berufskollegen/innen korrelieren, die selbst nicht implantieren und sich ein distanziertes und realistisches Verhältnis zur verstärkt kommerziell ausgerichteten Fachpresse und Fortbildung bewahrt haben. Die Reanimation von Teilen des Wissenschaftsbetriebs der Zähne erhaltenden Abteilungen ist als Zeichen des Aufbruchs zu werten. Die Widersprüche unseres Gesellschaftssystems mögen verantwortlich sein dafür, dass in der Vergangenheit gerade die ihren wirtschaftlichen Zielen folgende Zeitschrift *Die Zahnarztwoche* (DZW) hervortrat durch eine kritische Berichterstattung über die Auswüchse der Implantat-Szene. Die Zahnärztereinigungen DAZ und VDZM können es sich anrechnen, auf ihrer Frühjahrsveranstaltung 2007 in Frankfurt als erste der Berufsorganisationen den Mut gehabt zu haben, öffentlich eine umfassend kritische sowie medizinsoziologisch untermauerte Bestandsaufnahme der praktizierten dentalen Implantologie vorgenommen zu haben.¹⁸

Strategische Grundsätze implantat-prothetischer Planung

Mit Ausnahme der Zustände nach Traumata, nach umfangreichen Resektionen und im Fall des stark atrophierten zahnlosen Unterkiefers besteht keine vitale Indikation für eine Implantat-Therapie. Die zeitgemäße zahnärztliche Prothetik ist grundsätzlich in der Lage, eine konventionelle Rehabilitation der Kaufunktion auch unter schwierigen anatomischen und psychischen Ausgangsbedingungen zu erzielen. Insofern ist im Sinne der medizinischen Notwendigkeit nahezu jede implantat-prothetische Versorgung unter dem Gesichtspunkt der relativen Indikation zu bewerten und hinsichtlich der operativen Risiken und Nebenwirkungen auch von Produkten nach dem Arzneimittelgesetz und / oder dem Medizinproduktegesetz zu beurteilen.

Der Maximaltherapie ist mit einer Reihe von strategischen Ansätzen der geringer invasiven prothetischen Planung und Durchführung zu begegnen. Dies erfordert die prioritäre Einhaltung und extensive Nutzung der endodontischen, parodontologischen, kieferorthopädischen und chirurgischen Vorbehandlungen, denn grundsätzlich ist der Erhalt natürlicher Zähne im Rahmen des Möglichen anzustreben. Zu den Vorteilen der Erhaltungstherapie zählen die überlegene allgemeine Verweildauerwahrscheinlichkeit ebenso wie die physiologische Verankerung natürlicher Zähne mit allen Vorteilen der Infektabwehr, der Taktilität und ihre nachgewiesene, die Mitarbeit der Betroffenen vorausgesetzt, grundsätzliche parodontale Therapierbarkeit. Im Regelfall ist die konventionelle Prothetik hinsichtlich hygienischer, ästhetischer und phonetischer Belange noch immer eindeutig im Vorteil. Die therapeutische Kombination von natürlichen Zähnen mit Implantaten innerhalb eines Kiefers oder innerhalb einer prothetischen Konstruktion festsitzender oder herausnehmbarer Art ist grundsätzlich möglich. Kontrovers wird die Verwendung endodontisch behandelte Zähne im Rahmen der kombinierten Implantat-Prothetik diskutiert. Tendenziell kommt es vermehrt zu Verlusten von endodontisch versorgten Zähnen mit Stiftverankerung.¹⁹

Herausnehmbare und leicht erweiterbare Konstruktionen oftmals die beste Lösung

Eine prospektiv sinnvolle prothetische Planung im Rahmen herausnehmbaren Zahnersatzes kann auch diesen Tendenzen wirksam begegnen; bei medizinisch notwendigen Nachimplantationen ist die einfache Erweiterung mit Teleskopkronen, Kugelankern etc. möglich. Ausreichend belastbares Datenmaterial von Langzeitbeobachtungen über die therapeutische Kombination von natürlichen Zähnen mit Implantaten bei unterschiedlichen Suprakonstruktionen liegt nur in geringem Ausmaß vor.

Vor allem bei einer parodontal bedingten Vorerkrankung auch bei zwischenzeitlich Zahnlosen erweist sich herausnehmbarer Zahnersatz als das am besten geeignete Therapiemittel. Die herausnehmbare Suprakonstruktion ist bezüglich ihrer Hygienefähigkeit dem festsitzenden Zahnersatz eindeutig überlegen. Die Selbstreinigung durch Speichel ist auch bei eingesetzter Suprakonstruktion möglich, wenn das periimplantäre und parodontale Gewebe unbedeckt bleibt. Bei ehemaligen Parodontitis-Patienten sind weitere Zahn- bzw.

Implantat-Verluste grundsätzlich nicht auszuschließen; bei festsitzenden Suprakonstruktionen führt bereits der Verlust nur eines Zahnes/Implantats häufig zur Neuanfertigung des gesamten Zahnersatzes. Die herausnehmbare Suprakonstruktion benötigt infolge der überdurchschnittlichen Belastbarkeit von Implantaten gegenüber natürlichen Zähnen und durch Heranziehung zahnloser Kieferabschnitte zur kompensatorischen Kaudruckaufnahme eine geringere Anzahl von Implantaten als festsitzender Zahnersatz. Dieser Sachverhalt minimiert die Risiken, Nebenwirkungen und Misserfolge. Die Kombination von Zähnen mit Implantaten durch mit Doppelkronen verankerte Zähne ist möglich. Bereits bei vier teleskopierenden Pfeilern ist eine deutlich gaumenreduzierte Basisgestaltung zu erzielen. Bei Zahn-, bzw. Implantatverlust ist die Versorgung leichter erweiterbar. Bei gesundheitlich bedingter oder altersmäßig kurz- bis mittelfristig zu erwartender Einschränkung der zur Mundhygiene notwendigen Feinmotorik ist die herausnehmbare Suprakonstruktion auch für Pflegekräfte eindeutig von Vorteil.

Komplizierter Implantat-ZE überfordert viele betagte und behinderte Patienten

Höheres Lebensalter vermindert die manuellen Fähigkeiten; die insuffiziente Reinigung der Suprakonstruktionen begünstigt den progressiven Stützgewebeverlust. Hohe Implantatzahlen und komplexe Suprakonstruktionen können ihre Träger überfordern.²⁰ Die Veränderung der Alterspyramide in Deutschland geht einher mit einer signifikanten Zunahme altersspezifischer Erkrankungen wie Demenz, Alzheimer, Parkinson, Diabetes, Osteoporose etc., also Erkrankungsformen, die wenig bis gar nicht kompatibel sind mit der Fähigkeit, komplizierten Zahnersatz ausreichend effektiv zu pflegen. Die implantat-prothetische Versorgung zahnloser Patienten kommt zumeist mit 2 - 4 Pfeilern im Rahmen von Knopf-, Kugelankern, Stegverbindungen und Doppelkronen aus, um kostabile und risikoarme Rehabilitationen ohne begleitende chirurgische Maßnahmen zu erreichen. Steg- oder teleskopgestützte Suprakonstruktionen lassen in den meisten Behandlungsfällen eine gaumenfreie Versorgung zu, um im Oberkiefer objektive und subjektive Beeinträchtigungen analog der Vorteile des festsitzenden Zahnersatzes größtenteils zu reduzieren. Zur Rekonstruktion der erforderlichen Kaufunktion im stark reduzierten Restgebiss sichern ein bis zwei Implantate auf der kontralateralen Seite

bzw. die frontal-tangentiale oder noch besser quadranguläre Pfeilerverteilung den stabilen Prothesensitz. In bereits bestehenden teleskopgestützte Suprakonstruktionen lassen sich ohne großen Aufwand nachträglich implantatgestützte Kugelkopfanke bei Patienten aller Altersgruppen integrieren. Die Verankerung von Implantaten in ortständigem Knochen ist dem iatrogenen Knochenaufbau in jeder beliebigen Region vorzuziehen. Unter langzeitprognostischen Gesichtspunkten sind herausnehmbare Suprakonstruktionen mit Implantaten in ortständigem Knochen festsitzendem Zahnersatz auf der Grundlage umfangreicher Knochenaufbauender Maßnahmen vorzuziehen. Im zahnlosen Unterkiefer können sich in Zukunft anguliert gesetzte Implantate als vorteilhafte Alternative zu prospektiv quantitativ bislang nicht wirklich einschätzbaren Knochenaufbauten entwickeln.

Da mit jedem zusätzlichen Implantat und jeder zusätzlichen implantat-chirurgischen Begleitmaßnahme die möglichen Risiken, Nebenwirkungen und Misserfolge zunehmen, ist grundsätzlich der Zahnerhaltung Vorrang einzuräumen. Gleichzeitig ist bei der medizinischen Notwendigkeit einer Implantat-Therapie ein minimal invasives Vorgehen anzuraten. Das bezieht sich neben dem Vorrang der Zahnerhaltung vor allem auf die Anzahl der zu inserierenden Implantate und auf die Wahl der Suprakonstruktion. In der Regel müssen auch bei festsitzendem Zahnersatz die Zahneinheiten 7 und 8 nicht ersetzt werden. Selbst auf die Zahneinheit 6 kann gelegentlich verzichtet werden; zumindest ist die Zahneinheit 6 durch endständige Brückenpfeiler substituierbar. Die Anzahl körperfremder Materialien sowohl intraossär als auch in der Mundhöhle sollte grundsätzlich minimiert und einer Bewertung auf Biokompatibilität unterzogen werden, soweit der Stand der Wissenschaft diesbezüglich objektive Anhaltspunkte bietet. Der suprakonstruktive Aufwand ist durch Zerlegung in kleine Einheiten so gering wie möglich zu halten. Die grundsätzliche Überlegenheit festsitzenden Zahnersatzes gegenüber herausnehmbarem Zahnersatz ist außerhalb des Rahmens subjektiver Befindlichkeitsparameter für den Großteil der implantat-prothetischen Versorgungsformen durch keine evidenten und objektiv vergleichbaren klinischen Daten belegt.

Finanzielle Grenzen

Die implantat-prothetische Therapie ist sozialmedizinisch nicht verankert. Sie wird als private Leistung liquidiert, auch dann,

wenn über Festzuschüsse im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung eine Beteiligung am rein prothetischen Anteil erfolgt. Da der Anteil der Mitglieder von Privatversicherungen 10 % nicht überschreitet, ist das Anwendungsgebiet implantatprothetischer Versorgungsformen begrenzt. Die Zahl der in Deutschland inserierten Implantate korreliert sicherlich auch zukünftig nicht nur mit der wissenschaftlich vertretbaren Indikationsstellung sondern auch mit der Höhe des für den Eingriff und die Versorgung erhobenen zahnärztlichen und zahntechnischen Honorars.

Die „juristische Indikation“ der Maximaltherapie durch „Vertretbarkeit“

In der deutschen Rechtssprechung haben wir es mit einer symbiotischen Verbindung des Gerichts mit seinen Sachverständigen zu tun. Das Ergebnis dieser Symbiose kulminiert in dem Sachverhalt der Existenz einer weitgehend beliebigen „Vertretbarkeit“ zahnmedizinischer Leistungen. Die Sachverständigen sind mit Hilfe und im Geiste einer vorwiegend kommerziell orientierten Zahnheilkunde von meist pseudowissenschaftlich agierenden Fachverbänden streng geschult. Sie treten sachverständig und gutachterlich als annähernd monolithischer Block auf. Dabei werden sie begünstigt durch die die juristischen Abläufe formal vereinfachende Vorgabe einer sich wissenschaftlich mehrdeutig und undifferenziert begründenden „Vertretbarkeit“ medizinischer Maßnahmen. Mit dem Begriff „Vertretbarkeit“ wird die Legitimation hoch invasiver Eingriffe in die Körper der Betroffenen vorangetrieben, ohne dass die Verhältnismäßigkeit entsprechend den Anforderungen nationaler und internationaler wissenschaftlicher Standards geprüft werden muss. Eine dieserart juristisch legitimierte Berufsausübung konnte sich an ihrer Spitze zu einer industriell gesteuerten, experimentellen, maximaltherapeutischen Zahnheilkunde mit letztlich verbraucherfinanzierten Humanversuchen entwickeln. Es kann bezweifelt werden, ob die Betroffenen nach wirklich umfassender realistischer Aufklärung über mögliche Risiken, Nebenwirkungen und Misserfolge in die maximaltherapeutischen Maßnahmen einwilligen würden. Die Sachverständigen und Gutachter erweisen den Verbrauchern in diesem Zusammenhang objektiv einen schlechten Dienst, indem sie die Übermaßbehandlung ohne Vitalindikation und wissenschaftliche Absicherung von Risiken und Nutzen in der Langzeitbeobachtung an genügend großen Patientenzahlen juristisch zu verankern

helfen. Eine größere Anzahl von Gutachten und Sachverständigen aus dem Bereich der Wissenschaftseliten haben sich inzwischen eine monopolartige Stellung erobert, derer sie sich entsprechend bedienen. Sie forschen „drittmittelfinanziert“, ohne die Kontrolle einer unabhängigen Grundlagenforschung befürchten zu müssen. Aus dieser Position heraus werden sie Anwender in den vom Steuerzahler alimentierten Einrichtungen der Universitäten. Die objektiv als Humanversuche einzuordnenden therapeutischen Maßnahmen werden von ihnen persönlich privatrechtlich liquidiert, sind also einseitig vom Verbraucher, bzw. der jeweiligen Versichertengemeinschaft und nicht vom Hersteller finanziert. Gelegentlich verfügen die Gutachter über patentrechtliche Einnahmen aus dem konkreten therapeutischen Vorgang, besonders profitieren sie aber durch dessen publizistische Verbreitung. Denn über ihre Versuche berichten sie bei selbst organisierten Fortbildungsveranstaltungen und in Zeitschriften, in deren Redaktionsbeiräten sie sitzen und sich wissenschaftlich selbst kontrollieren. Dieser sich permanent selbst befruchtende, öffentlich unkontrollierte Wissenschaftsprozess ist pekuniär lukrativ und erzeugt das notwendige Renommee, um sachverständig bei deutschen Gerichten eigene und industrielle Interessen unbeanstandet und die „Vertretbarkeit“ fördernd, zu verankern. Die medizinischen Folgen beginnen zunehmend sichtbar zu werden; die Entwicklung verläuft jedoch naturgemäß langsam, weil speziell in der zahnärztlichen Prothetik, d. h. auch in der Implantat-Prothetik, das Problem darin besteht, dass die Folgen vieler maximaltherapeutischer Interventionen häufig erst nach Beobachtungszeiträumen von Jahren oder sogar Jahrzehnten materiell zu erkennen und zu bewerten sind.

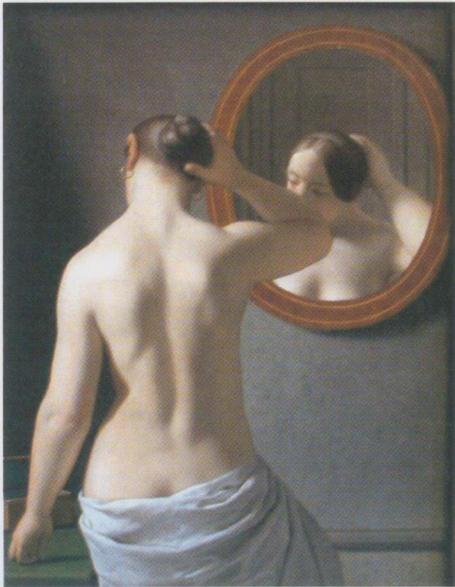
Mit der Zunahme der Anzahl der inserierten Implantate in Europa und den USA baut sich gerade eine Tsunami-Welle an vorzeitigen Verlusten und Nebenwirkungen im Zusammenhang mit durchgeführten Implantat-Therapien auf, deren Auswirkungen kritisch beobachtet werden sollten.

Dr. Wolfgang Kirchhoff, Marburg

Dr. Wolfgang Kirchhoff – Ausbildung als techn. Zeichner, Medizin- u. Zahnmedizin-Studium, Approbation als Zahnarzt 1971, Wiss. Angestellter Uni Gießen, 1979-2002 in eigener Praxis niedergelassen, seitdem beratende Tätigkeit für eine priv. Krankenversicherung, Gutachter des Med. Dienstes der Kassen, div. publizistische Aktivitäten

Literatur

- 1 Tulus, G., Brachwitz, J. Zahnerhaltung in der Zeit der Implantologie. In: *Implantologie Journal*, 7/2007, S.6
- 2 Kirchhoff, W. Knochenprotektion, Strukturverlust und medizinischer Vorteil von unversehrter Zahnhartsubstanz bei Implantattherapien? In: *ZMK* (23) 9/2007, S. 573-579
- 3 Kirchhoff, W. Regelmäßiger Knochenabbau im Rahmen der dentalen Implantation. In: *Implantologie Journal* 4/2008, S.8-16
- 4 Mombelli, A. Langfristig denken. In: *Dental Magazin* 6/2006, S.49-51
- 5 Renggli, H. H. Implantat oder Parodontaltherapie? In: *Implantologie Journal* 7/2007, S. 28-36
- 6 Zipprich, D. Endodontie versus Implantologie: Konkurrenz oder Synergie? Vergleichende Erwägungen. In: *BZB / April* /2007, S. 39-41
- 7 Rademacher, U., Lewitzki, M. Eine Abgrenzung von Implantologie und Endodontie am Beispiel eines Patientenfalles. In: *Oralchirurgie Journal* 3/2003, S. 30-34
- 8 Tulus, G., Brachwitz, J., Weber, Th. Zahnerhaltung in der Zeit der Implantologie. In: *Implantologie Journal* 7/2007, S. 6-16
- 9 Eickholz, P. Prävention statt Extraktion. In: *Dental Magazin* 3/2002, S. 38-39
- 10 Nolte, D., Hinrichs, K., Lange, St. Die autogene Zahntransplantation. In: *zm* 96, Nr. 24, 16.12.2006, (3356), S. 44-50
- 11 Eskici, A. Reimplantation und Transplantation von Zähnen. In: Horch, H.-H. (Hrsg.) *Zahnärztliche Chirurgie*, 2003
- 12 Spiekermann, H. Gasteditorial „Implantologie ist prothetisch geprägt“. In: *Dental Magazin* 4/2007, S. 5
- 13 N.N. „Prothetiker muss bei implantatgetragenen Versorgungen die Führung übernehmen“. In: *DZW* 19/2007, S. 1 und 4
- 14 Knoll, M., Göpfert, K., Borneff-Lipp, M. Erfassung von Infektionen in der zahnärztlichen Praxis: Eine prospektive Dreijahres-Untersuchung. In: *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift* 63. 2008. 2. S. 128-133
- 15 N.N. Selbstbewusste Positionierung. In: *Spectator Dentistry*, Ausgabe Nr. 8, November 2007, S. 1
- 16 Kramer, F.-J. Bringen Implantate mehr Lebensqualität? Eine kritische Analyse. In: *DZZ* 62 (2007) 8, S. 500-501
- 17 Heydecke, G., Thomason, J.E., Lund, J.P., Feine, J.S. The impact of conventional and implant supported protheses on social and sexual activities in edentulous adults. Results from a randomized trial 2 months after treatment. In: *J Dent* 33, 649-657 (2005)
- 18 Kirchhoff, W. Zahn-Implantate zwischen medizinischem Fortschritt, Maximal-Therapie und Humanversuch. Eine kritische Analyse von Anspruch und Wirklichkeit. Vortrag auf der gemeinsamen Frühjahrsveranstaltung der zahnärztlichen Vereinigungen DAZ und VDZM am 05.05.2007 in Frankfurt
- 19 Schirrmeister, J. F. Endodontie – Möglichkeiten und Grenzen. In: *Implantologie-Journal* 7/2007, S. 44
- 20 Bach, G. Implantate versus Zahnerhalt – eine persönliche Betrachtung. In: *Implantologie Journal* 7/2007, S. 18f.



Vor laufender Kamera unterziehen sich gesunde junge Menschen risikobehafteten Eingriffen, um vom „hässlichen Entlein“ zum „Schwan“ zu mutieren, zum bestandenen Abitur werden Gesichtskorrekturen und Busenvergrößerungen verschenkt, nach Umfragen ist selbst für die 9-14-Jährigen die Verschönerung durch Operation ein wichtiges Thema. Im April 2008 fand im Gesundheitsausschuss des Bundestages eine Anhörung statt mit dem Ziel, Mindestanforderungen an die Ärzte, die Schönheitschirurgische Eingriffe durchführen, zu diskutieren und über gesetzliche Beschränkungen rein ästhetisch motivierter Therapien bei Kindern und Jugendlichen nachzudenken.

Durch Gesetze wird sich allerdings diese Entwicklung, die nicht nur junge Menschen betrifft – man denke an „Botox-Parties“, bei denen Ältere sich ihre Falten unterspritzen lassen, an Face-Lifting und andere Versuche, mit dem Chirurgenkalpell oder Wunderpillen gegen das Sichtbarwerden des Alterungsprozesses anzukämpfen – wohl am wenigsten aufhalten lassen. Denn bei der Betonung des Äußeren geht es um einen quasi epochalen, mit anderen gesellschaftlichen Entwicklungen wie Vereinzelung der Menschen, Zunahme der Konkurrenz, Globalisierung usw. eng verbundenen Trend, es geht um milliarden-schwere Märkte, und die Medien mischen munter mit. „Fast noch schlimmer“ als die oft nachteiligen gesundheitlichen Folgen für die behandelten Menschen ist für Kardinal Lehmann „die Verzerrung des Menschenbildes, die hinter diesem Schönheitswahn steht“. Tatsächlich ist ein Wort wie „Schönheits-Wahn“ angebracht. Wer genauer hinschaut, kann manche individuelle wahnhaftige, psychopathologische Ent-

Schönheit als Konsumgut, Statussymbol und Waffe im Konkurrenzkampf

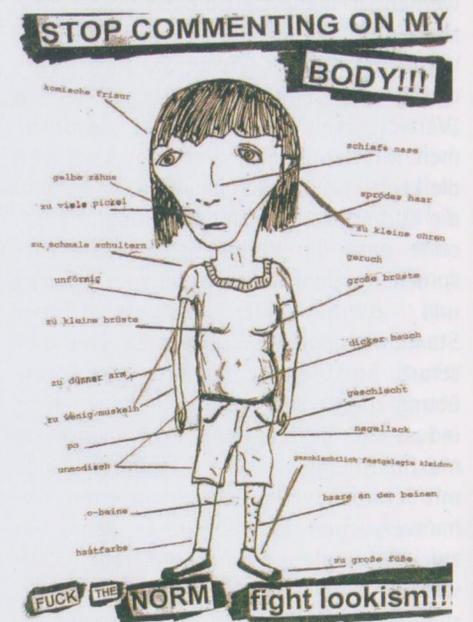
Welche Rolle spielen Ärzte und Zahnärzte bei dieser Entwicklung ?

wicklung beobachten, bei der – leider – medizinische Maßnahmen weniger zur Therapie als vielmehr zum Entstehen und zur Aufrechterhaltung des Wahns beitragen. Und die von Lehmann angesprochene „Verzerrung des Menschenbildes“ begegnet mehr oder weniger jedem, vom Kindergarten an. Während man bei dem in den Schulen beobachtbaren Mobbing gegenüber Kindern ohne „Marken-Klamotten“ noch über Abhilfe durch die Einführung von einheitlichen Schul-Uniformen (weh armselige „Lösung“!) nachdenken kann, ist bei körperlichen Merkmalen solche eher technische Abhilfe nicht möglich. Unser Grundgesetz will in vielerlei Hinsicht der Diskriminierung von Menschen vorbeugen. Es nennt u.a. Geschlecht, Rasse, Sprache, religiöse und politische Überzeugung und schützt explizit auch Menschen mit Behinderungen – hoffen wir, dass hier nicht eines Tages auch noch ein Verbot der Diskriminierung wegen ästhetischer Merkmale hinzukommen muss.

Gegen die vielen medialen Angebote, mit denen den Menschen Verbesserungen ihres Erscheinungsbildes versprochen werden, sei es mit dem Kauf aller möglicher Produkte, sei es mit Hilfe der Medizin, formieren sich, noch bescheiden, Aufklärungsaktivitäten und Gegenwehr „an der Basis“. So z.B. auf einer Website zum „Anti-Lookism“ (offensichtlich vom englischen „to look“ abgeleitet – siehe www.lookism.info) oder in Gruppen, deren Mitglieder bewusst zu ihrem Abweichen vom offiziellen Schönheitsideal stehen (z.B. www.clubderhaesslichen.de). Die Bundesärztekammer hat 2004 eine „Koalition gegen den Schönheitswahn“ ins Leben gerufen; weitere ärztliche Vereinigungen, politische Gremien auf Bundes- und Länderebene sowie Medienorganisationen haben sich des Themas angenommen. In einem vom Gesundheitsministerium herausgegebenen Heft mit dem Titel „Spieglein, Spieglein, an der Wand“, schreibt Ministerin Ulla Schmidt: „Eine Schönheitsoperation ist stets auch ein Schnitt gegen sich selbst – im wahrsten Sinne des Wortes... Wenn Schönheitsoperationen so alltäglich werden wie der Gang zum Friseur, wenn in Fernsehshows oder Radiosendungen Brustvergrößerungen verlost werden, brauchen wir Denkansätze zu dem Thema.“

Was hat all dieses mit der Zahnmedizin zu tun? Eine Menge. Denn viele Zahnärzte schwimmen nicht nur mit auf dieser Welle, nein – nicht wenige von ihnen marschieren munter vorneweg. Nicht genug, dass Zahnärzte heute Botox-Faltenbehandlungen, ästhetische Lippen- und z.T. hochinvasive chirurgische Gesichtskorrekturen anbieten. Auch auf ihrem originären Terrain, der Zahnbehandlung, treten sie immer stärker werbend für Maßnahmen in Erscheinung, die mit Prävention oder Krankheitsbehandlung wenig bis nichts zu tun haben.

Dies betrifft nicht nur einzelne kommerziell ausgerichtete Praxen, sondern zieht seine Kreise bis in Fachgesellschaften und etablierte Verbände. Die Deutsche Gesellschaft für Ästhetische Zahnheilkunde (DGÄZ) beispielsweise startet ihre Informationen für Patienten mit dem Slogan „Schöne Zähne befördern die Karriere“. „Stars im Showgeschäft und andere Prominente“, erfahren wir, „haben längst erkannt, dass ein schönes Lächeln und strah-



lend weiße Zähne wichtige Schlüssel zum Erfolg sind.“ Mit quasi wissenschaftlicher Verbrämung heißt es weiter: „Auch konnte nachgewiesen werden, dass Menschen mit strahlend weißen Zähnen im Berufsleben schneller Karriere machen und besser verdienen.“ (www.dgaez.de). Kein Wunder, dass im Folgenden dann in erster Linie das Bleaching als empfehlenswerte zahnärztliche Leistung herausgestellt wird. Bei dieser

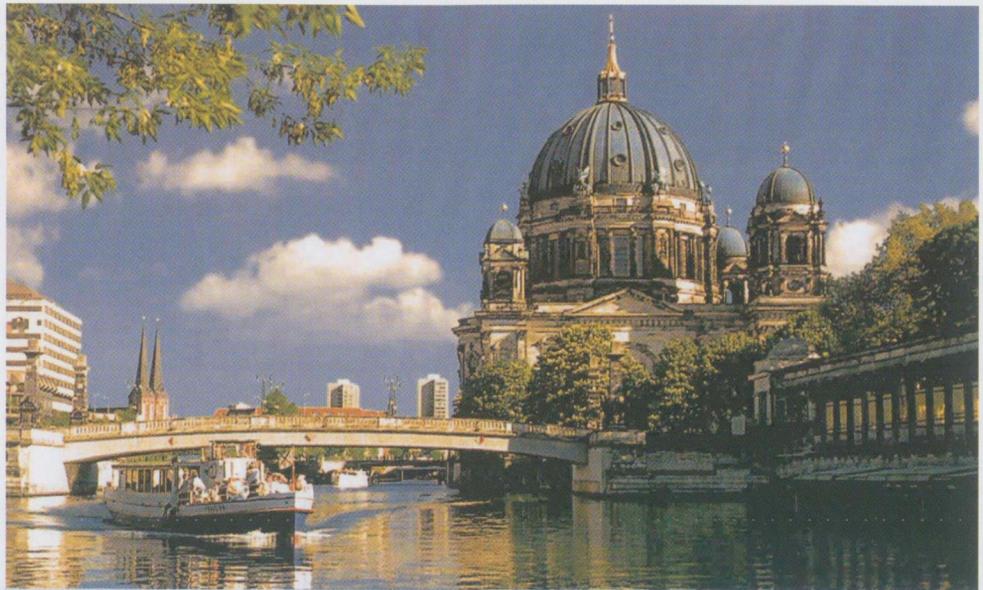
Art „Aufklärung“ erscheinen gesundheitliche Aspekte nur als Nebensache.

Beim diesjährigen Zahnärztetag unter dem Motto "Ästhetik und Laser in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde" tritt die Gesellschaft als Mitveranstalter auf. Auf einmal ist Ästhetik eine Sache der Persönlichkeit und nicht der „weißen Gartenzaunleisten“, es soll um Ganzheitlichkeit gehen, um Unterstützung von Natürlichkeit und Individualität. Vielleicht in den Sonntagsreden einiger renommierter Professoren. Und gleichzeitig wird bei anderen Veranstaltungen und der Industrieausstellung die Frage im Vordergrund stehen, wie sich die lukrativen Verschönerungs-Leistungen am besten vermarkten lassen, sprich: wie man dafür „Kunden“ gewinnen kann.

Ärzte und Zahnärzte sind wohlberaten, solche Entwicklungen kritisch zu verfolgen. Sie müssen sich auch und gerade bei ästhetisch motivierten Behandlungen Fragen nach wissenschaftlicher Fundierung, nach Evidenz-Basierung gefallen lassen, wie sie in diesen Tagen u.a. durch ein DIMDI-Gutachten gegenüber der Kieferorthopädie aufgeworfen wurden. Bei Behandlungen ohne medizinische Notwendigkeit, ohne umfassende medizinische Aufklärung und induziert durch Werbung wie für ein beliebiges Konsumgut droht eine Beschädigung der ärztlichen Professionalität und des Vertrauens der Patienten. Ärzte und Zahnärzte sollten sich fragen, ob sie wirklich das medizinisch fundierte Bemühen um Gesundheitserhalt und Krankheitsbekämpfung eintauschen wollen gegen das kommerziell orientierte Feilbieten modeorientierter Wellness- und Beauty-Leistungen. Dann können sie Gewerbesteuer zahlen, ihre Ausbildung an der Fachhochschule oder als Lehre absolvieren und vielleicht gleich eine Kooperation eingehen mit dem Friseur um die Ecke – warum nicht Zähne bleichen und Haare färben in einem Aufwasch?

Der DAZ hat sich schon öfter – so z.B. bei seiner Jahrestagung 2006, bei der es um „wunscherfüllende Medizin und Zahnmedizin“ ging – mit dieser Problematik beschäftigt und wird sie in 2008 erneut aufgreifen unter dem Motto „Medizin und Schönheitswahn“ und nach den „ethischen Grenzen einer marktorientierten Zahnheilkunde“ fragen. Sie sind herzlich eingeladen.

Irmgard Berger-Orsag, Troisdorf



DAZ-Jahrestagung 20./21. September 2007 Hotel Albrechtshof, Albrechtstr. 8, Berlin-Mitte – gemeinsame Tagung mit IUZB –

Der DAZ führt seine Jahrestagung wie üblich in Berlin durch – zum ersten Mal in diesem Jahr zusammen mit einer weiteren zahnärztlichen Organisation, zusammen mit der Initiative Unabhängige Zahnärzte Berlin (IUZB). Beide Verbände werden am Samstagvormittag zu einer öffentlichen Fortbildungsveranstaltung einladen. Ab 14.00 beginnen, ebenfalls im Tagungshotel Albrechtshof, die jeweiligen Hauptversammlungen. Der DAZ wird seine JHV am nächsten Tag in der Chausseestraße fortsetzen. Es geht um:

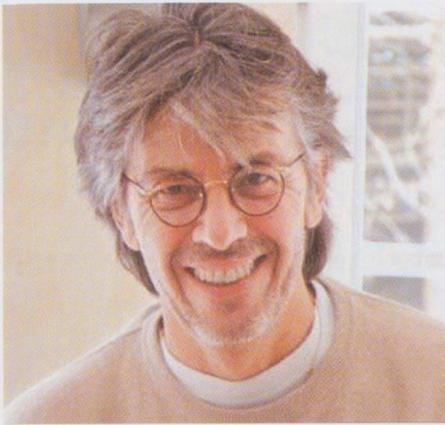
„Medizin und Schönheitswahn – Ethische Grenzen einer marktorientierten Zahnheilkunde“ mit

Prof. Dr. Giovanni Maio, Leiter des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Freiburg

Prof. Maio, der Philosophie und Medizin studiert und vor seiner Habilitation zunächst eine Facharztweiterbildung in Innerer Medizin absolviert hat, setzte sich bereits in früheren Jahren kritisch mit der Zunahme zahnmedizinisch-kosmetischer Maßnahmen und der Kommerzialisierung in der Zahnheilkunde auseinander. – Für die Beteiligung an der Veranstaltung (20.09.2008, 10.00–13.00) werden Fortbildungspunkte vergeben.

Die **DAZ-Hauptversammlung** beginnt mit einem öffentlichen Teil, in dem zunächst die aktuelle berufs- und gesundheitspolitische Situation beleuchtet und ein Bericht über die Arbeit in 2007/2008 vorgetragen und mit den Mitgliedern diskutiert wird. Im nichtöffentlichen Teil werden div. Vereinsformalia inkl. einer vorgeschlagenen **Satzungsänderung** abgehandelt. Vor allem steht die **Neuwahl des Vorstandes** auf der Tagesordnung. Alle DAZlerinnen und DAZler sind ganz besonders herzlich eingeladen und aufgefordert, zu prüfen, ob nicht eine aktive Mitarbeit im Verband und vielleicht sogar die Kandidatur für ein Vorstandsamt für Sie in Frage kommt. Den Abschluss des Samstags **bildet die Versammlung des DAZ-Projektes Qualitätssicherung**. Hier wird es Berichte zu verschiedenen neuen Entwicklungen im Projekt geben, es wird um eine Änderung der Projektordnung und die nächsten Arbeitsschritte gehen. Mitstreiter sind auch hier herzlich willkommen. Die Fortsetzung der JHV folgt am Sonntag, 21.09.2008, 9.00–14.00, Praxis Hübner, Chausseestr. 13.

Weitere Infos in **DAZ-Forum 96-2008**
und bei der **DAZ-Geschäftsstelle** (Tel. 0221/97300545, kontakt@daz-web.de).



In der letzten Forum-Ausgabe haben wir unserer Besorgnis über die Entwicklung im Bereich der zahnärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung Ausdruck verliehen und weitere Beiträge zu diesem Thema angekündigt. Geplant sind Stellungnahmen verschiedener Autoren, die in ihrer kritischen Haltung der unseren grundsätzlich nahe stehen – auch wenn nicht alle Akzente und Details der Meinung der Redaktion entsprechen. – – – – DIE FORUM-REDAKTION

Die Reise nach Bologna

von Dr. Dr. Rüdiger Osswald, München

Seit meiner Niederlassung vor 21 Jahren ist die Berufspolitik durch nachgerade kriegerische Auseinandersetzungen geprägt. Dabei ist wenig Gutes herausgekommen. Der Stand ist weit davon entfernt, mit einer Stimme zu sprechen, und berufspolitisch ausgesprochen erfolglos.

Wie konnte es passieren, dass wir durch die Festzuschussregelungen jedes Jahr 1,5 Milliarden für die Versorgung unserer Patienten verlieren und so die Sanierung der Krankenkassen alleine finanzieren?

Viel gravierender ist, dass wir unsere Zahnheilkunde aus den Augen verloren zu haben scheinen. Wie konnte es geschehen, dass uns der neue BEMA zur Körperverletzung auffordert, weil er vorschreibt, erhaltungswürdige Organe zu entfernen oder ihren Erhalt privat zu berechnen? Das ist mit meinem Bild von Zahnheilkunde nicht zur Deckung zu bringen.

Der Freie Verband befindet sich im freien Fall. In das entstehende Vakuum drängt eine Allianz aus Bundeszahnärztekammer, DGZMK und der Vereinigung der Hochschullehrer. Sie schickt sich an, die Weiterbildungsordnung zum Nachteil der Allgemein-zahnärzte unter ihre Kontrolle zu bringen.

Ausgangspunkt ist ein Gutachten des Wissenschaftsrates aus dem Jahre 2005.

Bezüglich der Qualität von Forschung und Lehre an den zahnmedizinischen Hochschulen kommt dieses Gutachten zu einem alles andere als schmeichelhaften Ergebnis. Davon haben Sie wenig gelesen? Das ist kein Zufall. Denn es steht nichts drin, womit man freiwillig Reklame laufen würde. Der Wissenschaftsrat fordert die Hochschulen ultimativ auf, sich endlich und sehr deutlich wieder an die Medizin anzunähern. Er droht offen, Fakultäten zu schließen, und zwischen den Zeilen, die Zahnheilkunde an die Fachhochschule zu relegieren.

Von der Medizin hat sich die zahnheilkundliche Lehre und Forschung nach dem Krieg in der Tat immer weiter entfernt, um der vorwiegend mechanistischen US-amerikanischen Lehre zu folgen. Bis zur Mitte des letzten Jahrhunderts wurden die international gültigen Standards in den deutschsprachigen Ländern gesetzt und medizinisch begründet. Heute wird im Wesentlichen nacherzählt, was die Amerikaner vorbeten. Der Wissenschaftsrat fordert jetzt eine synoptische, fachgebietsübergreifende Lehre und Forschung im Sinne von Oralmedizin, also eine deutliche Fokussierung auf die Ganzheitlichkeit im medizinischen Sinne. Damit fordert er deutlich das Gegenteil von dem, was in Deutschland erforscht und gelehrt wird.

In Reaktion auf dieses Gutachten haben profilierte Hochschullehrer das „Weißbuch der ZahnMedizin Band 2“ veröffentlicht.

Die Schreibweise signalisiert auffällig, dass die Botschaft verstanden wurde. Darüber haben Sie in der Standespresse gelesen? Auch das ist kein Zufall. Wir sollen anscheinend den Eindruck gewinnen, die Hochschullehrer hätten aus eigenem Antrieb heraus phantastische Perspektiven für unser Fachgebiet entwickelt. Die Realität ist eine andere. Es war vielmehr der Wissenschaftsrat, der der Hochschule eine Perspektive von Zahnheilkunde aufgezeigt hat, die sie bisher selbst nicht hatte. So muss Prof. Schlagenhaut nicht nur einräumen, dass niemand an der Hochschule über ein Gesamtbild von Zahnheilkunde verfügt und Oralmedizin nicht gelehrt wird. Er muss auch zugeben, dass er niemanden sieht, der diejenigen Hochschullehrer Oralmedizin lehren könnte, die in 6 bis 10 Jahren die Studenten zu Oralmedizinern ausbilden sollen.

Das Wort von der „Wissensexplosion in der Zahnheilkunde“ zieht sich wie ein roter Faden durch das Weißbuch.

Diese angebliche Wissensexplosion dient als Feigenblatt für die eigenen Versäumnisse. Zum einen sehen sich die Hochschullehrer nicht mehr in der Lage, den Studenten das notwendige Wissen und die erforderlichen praktischen Fähigkeiten zu vermitteln. Fünf Jahre des teuersten aller Studiengänge sollen nicht ausreichend sein, Oralmedizin zu lehren. Zum anderen dient die angebliche Wissensexplosion dem Zweck, die Forderung nach weiteren Fachzahnarzt- und Masterstudiengängen zu begründen, die hauptberuflich an der Universität oder berufs begleitend absolviert werden sollen. Dass die nebenberuflich erworbenen Titel hochpreisig sind, versteht sich von selbst. Dieselben Hochschullehrer, die die Studenten im regulären Studium nicht oralmedizinisch auszubilden vermögen, wollen das postgraduiert und gegen Geld plötzlich können.

Der Wissenschaftsrat fordert eine fachübergreifende, synoptische Zahnheilkunde im Sinne von Oralmedizin. Die Hochschullehrer geben vor, diese Forderung nur durch mehr zahnärztliche Spezialisierung erfüllen zu können.

Das ist ein Widerspruch in sich selbst. Ich sehe keine Wissensexplosion. Natürlich sind in der Zahnheilkunde nicht alle Fragen beantwortet. Wir haben jedoch kein wesentliches Problem fehlenden Wissens oder fehlender wissenschaftlicher Erkenntnisse. Wir haben vielmehr ein beachtliches Problem bei der Integration des vorhandenen Wissens zu einem Gesamtbild von Zahnheilkunde. Das größte Problem, das wir haben, ist jedoch die fehlende Umsetzung des vorhandenen Wissens in praktische und praktizierbare Zahnheilkunde im Sinne von Oralmedizin. Das müsste die Hochschule leisten. Das leistet sie aber nicht. Und sie kann es momentan auch nicht leisten. Warum?

An der Hochschule ist der höchste Grad der Spezialisierung erreicht, den man sich

in einem solch kleinen Fachbereich überhaupt vorstellen kann.

Und was kommt dabei heraus? Niemand überblickt den Gesamtfall. Die spezialisierten Abteilungen der Hochschule arbeiten nicht zusammen. Im besten Fall arbeiten sie nur aneinander vorbei. Im schlimmsten Fall arbeiten sie sogar gegeneinander. Ich möchte in keinem Falle den Eindruck erwecken, ich sei gegen Spezialisten. Ich arbeite sehr wenig kieferorthopädisch und überweise für gezielte Leistungen an einen Fachzahnarzt. In besonders schwierigen Fällen implantiere ich auch nicht selbst, sondern überweise an einen Kieferchirurgen. Die Notwendigkeit weiterer Fachzahnärzte oder gar Master bestreite ich jedoch ganz entschieden.

Als niedergelassener Allgemeinzahnarzt bin ich nämlich schon Spezialist: Der Spezialist für Zahnheilkunde.

Zahnmedizin ist keines der großen Fächer innerhalb der Medizin, wie Chirurgie, Innere, Gynäkologie oder Pädiatrie. Sie ist, wenn sie fachübergreifend ausgeübt wird, jedoch mit der Augen- oder der HNO-Heilkunde in jeder Beziehung vergleichbar. Innerhalb der DGZMK scheint jedoch die Auffassung verfestigt, unser kleines Fachgebiet sei inzwischen so komplex, dass es vom Allgemeinzahnarzt nicht mehr überschaubar sei. Natürlich kann nicht jeder alles machen. Deshalb wird jeder Allgemeinzahnarzt Patienten mit besonderen Problemstellungen für die Durchführung gezielter Maßnahmen an einen Kollegen überweisen, der sich aufgrund seiner besonderen Leistungen in diesem Fachgebiet einen guten Ruf erworben hat. Das war schon immer so. Aber ein nicht mehr überschaubares Fachgebiet? Eine medizinische Fachgesellschaft, die von ihren Mitgliedern behaupten würde, ihr Fachgebiet nicht zu überblicken, hätte sicher kaum welche!

Die behauptete „Wissensexplosion“ ist vorgeschoben und konstruiert.

Spezialisierung bedeutet zwangsläufig Ein- und Beschränkung. Die Hochschullehrer haben sich durch ihre Spezialisierung auf immer kleinere Disziplinen sehr weit vom medizinischen Fachbereich „Zahnheilkunde“ entfernt. Sie verdrängen die Realität, blasen ihre Disziplinen künstlich auf und scheinen inzwischen zu glauben, jeweils große medizinische Fächer zu vertreten. Sie müssen dringend auf den Boden der Realität zurückkehren und sich erin-

Wer die Originalaussagen des Wissenschaftsrates (WSR) nachlesen möchte, findet die „Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland“ vom Jan.2005 unter www.wissenschaftsrat.de oder kann das 75-seitige Gutachten per E-Mail beim DAZ anfordern. Der DAZ hat nach Vorstellung der Empfehlungen in DAZ-Forum 85-2005, S. 21-23, zu einzelnen Aspekten Stellung bezogen. Die von Dr. Dr. Osswald angesprochene Forderung nach mehr Fachzahnärzten (über Kieferorthopäden und MKG-Chirurgen hinaus) wird vom WSR nicht etwa von Versorgungsdifizen hergeleitet sondern vom Vergleich mit anderen Industrienationen, die keineswegs gleichartige Facharztdisziplinen und z.T. nur eine Handvoll solcher Spezialisten aufweisen, und vom Vergleich des kleinen humanmedizinischen Teilbereiches Zahnmedizin mit der gesamten Humanmedizin – ein wahrhaft gelungenes Beispiel für einen misslungenen Vergleich!

nern, dass sie jeweils nur Spezialisten für zahnheilkundliche Basisdisziplinen sind. Zahnmedizinisch war der Wissenschaftsrat offensichtlich sehr schlecht beraten.

Der Wissenschaftsrat ist weit davon entfernt, beispielsweise von den Augenärzten eine postgraduierte Ausbildung zum „Facharzt für oder Master of Kurzsichtigkeit“ zu fordern.

Wie konnte es soweit kommen? Ich will nur einen von vielen Gründen nennen. Der Fortbildungsmarkt ist schließlich ein Markt wie jeder andere. Nehmen wir an, dass sich innerhalb eines medizinischen Fachbereichs 5% der Kollegen berufen fühlen, die anderen 95% fortzubilden. Dann finden sich unter rund 4.000 Augenärzten 200 Referenten. Das ist gut auszuhalten. Bei rund 60.000 Zahnärzten errechnen sich jedoch 3.000 Referenten. Das sorgt in einem vergleichbar kleinen Fachgebiet für erhebliches Gedränge. Diese müssen sich profilieren, um die Aufmerksamkeit von 57.000 potentiellen Kunden auf sich zu lenken. Dabei überbieten sie sich gegenseitig. So kommt es zu Vorträgen wie dem auf einem Berliner Zahnärztetag, bei dem ein Endodontologe ernsthaft empfahl, den gangränösen Zahn und seine Umgebung vor der Trepanation zunächst 30 Minuten desinfizierend vorzubehandeln. Um aufzufallen, wird uns der Nächste vielleicht lehren wollen, dem Patienten vorher noch einen Einlauf zu machen. Denn ohne jeden Zweifel hat der Enddarm eine Verbindung zur Mundhöhle und damit zur gangränösen Pulpa.

Natürlich kann man jede zahnärztliche Verrichtung so lange verkomplizieren, bis sie den Spezialisten erfordert.

Weitaus schwieriger ist es, einfache, genau so erfolgreiche oder sogar erfolgreichere Protokolle zu beschreiben. Gerade die mechanistischen Voraussetzungen für eine lege artis-Verrichtung werden von den Spezialisten in immer neue Höhen getrieben, um ihr eingeschränktes Behandlungsspektrum zu rechtfertigen. Noch dazu sponsert die Industrie, die ein natürliches Interesse daran hat, uns immer neues technisches Gerät zu verkaufen, viele dieser Veranstaltungen. Dass solche verkomplizierten Protokolle ausgesprochen zeitintensiv und in der Folge nur noch privat-zahnärztlich zu bezahlen sind, versteht sich von selbst. In der Folge ist der Spezialist an der Behandlung des gemeinen AOK-Patienten nicht interessiert. Wir Allgemeinzahnärzte sind vielmehr aufgerufen, ihm unsere solventen Patienten zu überweisen. Und wer wird die erdrückende Mehrzahl der Patienten behandeln, die sich den Spezialisten nicht leisten kann oder will? Wir natürlich! Und wie behandeln wir dann? Irgendwie halt. In den Augen der Hochschule jedoch in keinem Falle lege artis! Das ist weder mit meinem Bild vom kompetenten Allgemeinzahnarzt noch von Zahnheilkunde zur Deckung zu bringen.

Dass sich Fachzahnärzte und Master mit weniger Honorar bescheiden werden, ist nicht zu erwarten.

Es muss also Geld für ihre überlegende Honorierung her. Um es zu beschaffen, entzieht uns Professor Noack im Weißbuch die Berufsbezeichnung „Allgemeinzahnarzt“ und degradiert uns zu „Hauszahnärzten mit eingeschränktem Behandlungsspektrum“. Nach seiner Vorstellung werden wir zukünftig mit den Hausärzten um die Versorgung sozial schwacher Patienten konkurrieren und dafür aus ihrem Topf bezahlt werden. Nein, Sie haben sich nicht verlesen. Noacks Hauszahnarzt soll sich mit den Allgemeinärzten die Patienten und das Honorar teilen! Denn wenn seine Hauszahnärzte teilweise aus dem Budget der Ärzte finanziert werden und nicht mehr alle zahnärztlichen Leistungen erbringen dürfen, verbleibt mehr Geld für die Honorierung seiner Spezialisten. Dies muss man vor dem Hintergrund bewerten, dass die Allgemeinärzte mit den Fachärzten inzwischen um jeden Euro bis aufs Messer streiten. Kollege Noack hat aber noch ganz andere Visionen.

Noacks – fast ist man versucht zu schreiben – „dusseliger“ Hauszahnarzt mit eingeschränktem Behandlungsspektrum soll zukünftig insbesondere präventiv arbeiten.

Er soll den Trinker von der Flasche, den Raucher vom Tabak und den Diabetiker vom Schokoriegel entwöhnen. Noch näher kann man uns Allgemeinzahnärzten wohl kaum treten. Auf der anderen Seite sieht Professor Noack ein Netzwerk strahlender Fachzahnärzte mit der Lizenz zur lege artis-Behandlung, die diejenigen, die es sich leisten können, mit wissensexplodierter Zahnheilkunde beglücken. Zur leistungsgerechten Honorierung der Meister reicht das bei den dusseligen Hauszahnärzten eingesammelte Geld aber noch nicht aus. Deshalb schreibt Professor Wagner in der Quintessenz völlig ungeniert über „gebührenrechtliche Auswirkungen der Schwerpunktbildung“ und „Budgetaspekte der Schwerpunktbildung (sektorale HVMS)“. Dafür wird er vom Senior der mechanistischen Zahnmedizin in Pischels DZW als Visionär gefeiert.

Hochschulseitig sind die Überlegungen, wie man die Honorare der Allgemeinzahnärzte in die Taschen der eigenen Kunden lenken kann, also bereits abgeschlossen.

Erkennen Sie die Parallelen? Genau so ist es bei den Allgemeinärzten gelaufen. Sie standen bereits mit einem Fuß jenseits der Klippe, ehe es ihnen durch die Gründung eines starken Berufsverbandes gelungen ist, die Fachärzte in die Position zurückzudrängen, die ihnen zukommt. Zuerst wurde den Hausärzten ihre angebliche Schmal-spurausbildung vorgeworfen. Anschließend dienten die eigenen Titel als Legitimation, sich großzügig bei den Honoraren zu bedienen. Das kann man nur als offene Kriegserklärung an uns Allgemeinzahnärzte bezeichnen. Eine vergleichbare Entwicklung müssen wir um jeden Preis verhindern. Um dabei erfolgreich zu sein, müssen wir uns in einem bundesweiten Verband organisieren und mit einer Stimme sprechen. Die Realität ist nämlich eine andere.

Viele Hochschullehrer ziehen sich mehr und mehr aus der Studentenausbildung zurück und überlassen sie unerfahrenen Assistenten.

Sie verbringen ihre Zeit mit der Vorbereitung und Veranstaltung kostenpflichtiger Curricula und reisen durch die Lande. Professor Hülsmann tingelt sogar durch die Regenbogenpresse, um unter Beugung der Wahrheit in äußerst unkollegialer Weise für die Kunden seiner AGET Patienten zu werben. Auf der Liste der Referenten in Krens fehlt kaum ein deutscher Hochschullehrer. Pischel applaudiert und reibt sich vergnügt die Hände. Und wir bekom-

men Assistenten zur Weiterbildung, die häufig kaum mehr als einen stark gelockerten Zahn extrahiert haben.

Unter dem Deckmäntelchen „Bologna-Prozess“ soll uns das als zwingend notwendig „verkauft“ werden.

Mit dem Bologna-Prozess hat das überhaupt nichts zu tun. Der Begriff eignet sich jedoch ideal, die zur Durchsetzung dieser Pläne erforderliche Verwirrung zu stiften. Jeder kennt ihn, aber kaum einer weiß genau, was sich dahinter verbirgt. Wenn man als Zahnmediziner den Bologna-Prozess ohne Not umsetzen will, muss man es machen wie die Schweizer, die ihren „cand.med.dent.“ zum Bachelor und den approbierten Zahnarzt zum „Master“ abgewertet haben. Eine Freundin meiner Tochter studiert Event-Management an einer privaten Einrichtung und wird mit dem Master abschließen. Meine Frau wird im örtlichen Fitness-Center von einer „Bachelor“ trainiert. Wir sollten sorgfältig überlegen, ob wir uns ohne Not mit solchen Titeln vergleichbar machen wollen. Noch haben wir ein sehr viel höher bewertetes akademisches Staatsexamen.

1999 wurde in Bologna von den Bildungsministern von 29 europäischen Staaten der Aufbau eines europäischen Hochschulraumes mit Hilfe gestufter Studiensysteme beschlossen. Über 60% der akademischen Ausbildungen sind inzwischen auf das Bachelor-Master-System umgestellt. Die Anpassungen im Rahmen des Bologna-Prozesses werden in Deutschland genutzt, um akademische Ausbildungsgänge stärker zu gliedern und zu straffen, auf Beschäftigungsfähigkeit orientierte Ausbildungen mit kürzerer Dauer zu schaffen und ganz neue Ausbildungsgänge zu etablieren. Im Medizinbereich wird über die Definition einer für alle Gesundheitsberufe verbindlichen Grundqualifikation mit Bachelor-Abschluss diskutiert. Für die Angehörigen bisheriger „Hilfsberufe“ (Pflegerkräfte, Assistenzpersonal in Praxen, Physiotherapeuten usw.) würde dies vermutlich eine Aufwertung bringen – für die ärztliche Ausbildung ist es umstritten. Zunächst bleibt es – wie für Juristen und Lehrer – bei der bisherigen Studienstruktur und dem Staatsexamen. Da für das Medizinstudium – anders als für die Zahnmedizin – vor einigen Jahren eine Modellklausel eingeführt wurde, die ein Abweichen von der Approbationsordnung erlaubt, werden allerdings derzeit an einigen Universitäten Studiengänge modellhaft erprobt, die Teile der Bologna-Kriterien erfüllen.

Interessierte erhalten weitere Infos zu Bologna über E-Mail daz.koeln@t-online.de bei der DAZ-Geschäftsstelle.

Master und Bachelor können wir immer noch werden, wenn Zahnmedizin aufgrund der vom Wissenschaftsrat bescheinigten unzureichenden Qualität von Lehre und Forschung an der Fachhochschule gelehrt wird.

Für Mediziner ist die Vorstellung eines „Master of Geburtshilfe“ völlig abstrus. Sie reden im Zusammenhang mit dem Bologna-Prozess allenfalls über „medizinnahe Berufe“. Wenn man sich in Gefahr begibt, kann man bekanntlich darin umkommen. Wir sollten uns deshalb sehr ernsthaft fragen, ob wir die selbstständig liquidierende „Bachelor of Mundhygiene“ oder den am Patienten arbeitenden „Master of Totalprothese“ unbedingt wollen.

Die zahnmedizinischen Hochschulen sind personell und finanziell unzureichend ausgestattet.

Wenn sie Lehre und Forschung verbessern wollen, müssen sie ihre wissenschaftlichen Assistenten langfristig binden. Mit dem Titel „Fachzahnarzt“ wollen sie ihnen eine Perspektive bieten. Diese langfristige Bindung von qualifiziertem Lehrpersonal ist auch im Interesse der Allgemeinzahnärzte. Wir werden in der Folge besser ausgebildete Assistenten zur Weiterbildung bekommen. Es ist auch keineswegs so, als hätten wir Allgemeinzahnärzte nicht eigene Probleme zu lösen.

In keinem Fall dürfen wir zulassen, dass die Hochschule ihre Probleme auf dem Rücken und mit dem Honorar der gewissenhaft arbeitenden Allgemeinzahnärzte löst.

Ich sehe die Notwendigkeit von neuen Fachzahnärzten nicht. Ich sehe aber keinen Grund, die Hochschule bei der Lösung ihrer Probleme zu behindern. In meinen Augen spricht nichts gegen zusätzliche Fachzahnärzte, wenn sie von der Hochschule als für sich selbst überlebensnotwendig angesehen werden. Folgende Bedingungen sind jedoch mit den Allgemeinzahnärzten nicht verhandelbar:

- Zukünftige Fachzahnärzte müssen mindestens vierjährig in Vollzeit an der Hochschule ausgebildet werden.
- Niedergelassene Fachzahnärzte dürfen ausschließlich in ihrem Fachbereich tätig werden.
- Niedergelassene Fachzahnärzte dürfen nur auf Überweisung durch einen Allgemeinzahnarzt tätig werden.
- Es darf keinen von einer deutschen Hochschule graduiert oder gegen Geld postgraduiert weitergebildeten Bachelor oder Master geben.

Ziel kollektiven ärztlichen Handelns ist die Verbesserung der Volksgesundheit.

Prof. Schlagenhauf behauptet, dass ca. 40% der Bevölkerung an einer behandlungsbedürftigen Parodontitis leiden. Prof. Hülsmann behauptet, dass 50% der wurzelkanalbehandelten Zähne nach 5 Jahren nicht mehr in Funktion stehen. Ich kenne eine große Menge kompetenter Allgemein-zahnärzte, aus deren Praxen diese Zahlen nicht stammen können. Wenn es denn aber so sein sollte - wie wollen wir diese gravierenden Probleme lösen? Mit Spezialisten, Mastern und Fachzahnärzten? Niemand kann ernsthaft glauben, dass das gelingen kann. Zumindest nicht in diesem Jahrhundert. Zur Lösung dieser Probleme führt kein Weg am kompetent diagnostizierenden und im Sinne von Oralmedizin fachübergreifend diagnostizierenden und indikationsgerecht therapierenden Allgemein-zahnarzt vorbei. Alles hängt mit Al-lem zusammen. Und es waren nicht die wenigen Milchzahnärzte, die der Zahn-gesundheit unserer Kinder zu ihrer Spitzenstellung in Europa verholfen haben. Einer muss den Überblick über den Ge-samtfall behalten. Das kann nur der er-fahrene Allgemein-zahnarzt. Deshalb ist der kompetente Allgemein-zahnarzt für die Patienten so unverzichtbar wie ihr Allgemein-zahnarzt.

Das Ziel ist erreichbar und alle Anstren-gungen wert.

Die Studenten benötigen eine solide oral-medizinische Ausbildung. Approbierte O-ralmediziner brauchen keine kostenpflichtige postgraduierte Master- oder Fachzahn-ausbildung, sondern eine Assistentenstelle bei einem kompetenten Allgemein-zahnarzt. Niedergelassene Allgemein-zahnärzte benötigen eine berufsbegleitende Fortbildung in unter den real existierenden Bedingungen auf hohem Niveau praktizierbarer, fachge-bietsübergreifender Zahnheilkunde. Wenn also jemand die vom Wissenschaftsrat ein-geforderte flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Oralmedizin umsetzen kann, dann sind es kompetent und teilge-bietsübergreifend diagnostizierende und therapierende Allgemein-zahnärzte!

Der kompetente Allgemein-zahnarzt ist der „Spezialist für Gesamt-zahnheilkunde“.

Fachgebietsübergreifende Zahnheilkunde ist sein tägliches Brot. Ein eingeschränktes Be-handlungsspektrum haben ohne jeden Zwei-fel die Spezialisten für Teilgebietszahnheil-kunde. Richtig ist, dass er sich der Allge-meinzahnarzt zum „Arzt für Zahnheilkunde“ weiterentwickeln muss. Arzt wird man aber nur durch ärztliche Approbation. Der Wis-senschaftsrat möchte den Oralmediziner.

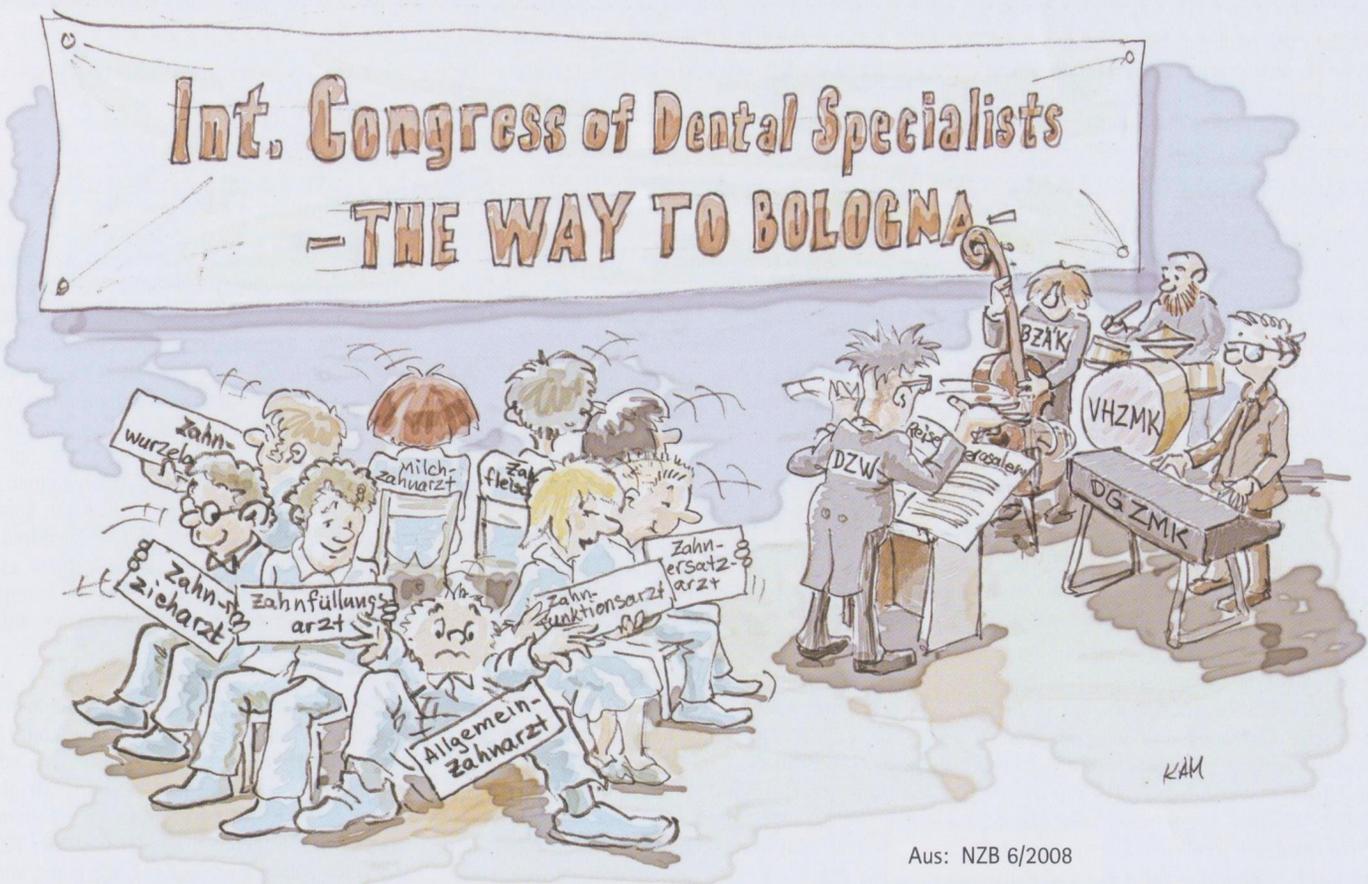
Gerne! Wir Allgemein-zahnärzte sehen kein Problem, ihm diesen Wunsch zu erfüllen.

Der zukünftige Allgemein-zahnarzt ist also nicht der „Hauszahnarzt mit einge-schränktem Behandlungsspektrum“ aus Noacks Visionen, sondern der „Fachzahn-arzt für Oralmedizin“.

Meister unseres Fachbereiches wird man nicht durch gegen Geld und Sitzfleisch erworbene Titel. Meister wird man durch grundsoli-de Ausbildung, grundsoli-de Fortbildung und vor allem durch umfangreiche Erfahrung in fach-übergreifender Zahnheilkunde durch die tägli-che Arbeit am und mit dem Patienten!

Die Umsetzung der Pläne von BZÄK, DGZMK und der Vereinigung der Hoch-schullehrer soll bereits im kommenden Herbst auf der Bundesversammlung be-schlossen werden. Wir Allgemein-zahnärzte müssen gemeinsam Sorge dafür tragen, dass diese Pläne von unseren Standesver-tretern mit dem gebotenen Nachdruck der erdrückenden Mehrheit ihrer Mitglieder und Wähler abgelehnt werden. Andernfalls wer-den wir ohne Stuhl in Bologna dastehen.

**Dr. Dr. Rüdiger Osswald
Allgemeinzahnarzt in München
Geschäftsführer des BVAZ
www.bvaz.de**



Aus: NZB 6/2008

Der nachfolgende Brief enthält eine Reihe persönlicher Angriffe auf den Vorsitzenden des DAZ. Der Abdruck des Briefes bietet jedoch die Gelegenheit zur Klarstellung. Die Redaktion

LESERBRIEF von Dr. Norbert Rinner

Zu „Schwangerschaftsrisiken senken“ in DAZ-Forum 94-2008, S. 10

Nun las ich als niedergelassener Zahnarzt mit meiner Brille für Kurzsichtige den Artikel „Schwangerschafts-Risiken senken: Parodontis erhöht Risiko einer Frühgeburt“. Herr Riedel, dachte ich so, ich möchte Ihnen gerne antworten. Mitunter stelle ich fest, dass es mir nicht nur Freude bereitet hat, diese vielen Worte unter die Lupe zu nehmen, nein ich startete das Experiment, mir der Reihe nach möglichst viele und gewichtige Perspektiven zum Geschriebenen zu erarbeiten. Als Inhaber vieler Rollen und somit von Herrn Riedels Worten in mehrerlei Hinsicht umfangreich betroffen, gestatte ich nun Ihnen, lieber Leser, an meiner Sicht durch die verschiedenen Brillen teilzuhaben. Als sonnenbebrillter Vater von einigen Kindern beeindruckte mich der wissenschaftlich anheimelnde Artikel insofern, als dass ich natürlich und selbstverständlich die Gesundheit meiner Zöglinge, aber auch meiner Partnerin, im Auge habe. Sollten denn nun die vielen (Prophylaxe- und Präventions-)Stunden meiner Lieben bei mir in der Praxis (ich gestehe, hier gesellt sich meine Brille für Kurzsichtige hinzu) in vertrauenswürdigem Atmosphäre umsonst gewesen sein? Ich, der zertifizierte Kinder- und Jugendzahnarzt mit hypnotischen, parodontologischen und allerlei anderen, in 25 Jahren zahnärztlicher Tätigkeit erworbenen Fähigkeiten schein nicht mehr das Beste für meine Familie zu sein. Es gibt da Qualität und Qualifikation betreffend etwas Besseres, schrillt es in meinem Kopf. Claridentis. Herr Dr. Riedel muss es wissen, so denke ich, denn in der ersten Spalte seines Artikels vermag er es, mir altem Hasen Angst einzujagen, auch wenn ich dort, was ganz nebenbei bemerkt durchaus an meiner Kurzsichtigkeit liegen mag, und ich ja obendrauf noch eine Sonnenbrille trage, wenig wirklich Evidenzbasiertes lesen konnte. Konsequentermaßen versuchte ich es mit der auf meinem Schreibtisch liegenden Brille für weitsichtige Standespolitiker, der ich ja nun auch schon lange bin. Die Rettung dachte ich, ein anderer Blick. Wenn Herr Riedel mich dann durch seine rosa-rote Brille anlächeln würde, so fragte ich ihn, warum denn über seinem Artikel nicht Werbeanzeige stand? Denn schließlich verschaffte er sich vor und besonders nach der gescheiterten Wahl in die Vertreterversammlung der bayrischen KZV, Stimmenfänger ist er halt nicht, Gehör bei Claridentis, für das er zur Zeit durch bayrische Metropolen tingelt, um endlich genügend Vertragszahnärzte für diese Form der „integrierten Versorgung“ (?) zu gewinnen. Natürlich würden auch mich seine finanziellen Verflechtungen in diesem Zusammenhang interessieren. Apropos finanziell. Kurzsichtig ge-

sprochen könnte ich doch eigentlich den Gynäkologen meiner Partnerin, die nun bis vor kurzem meinen Sohn in sich trug, fragen, ob er mir für 20 Euro pro Kopf schwangere Damen direkt in meine Praxis sendet, um gemeinsam mit mir, integriert, interkollegial und partnerschaftlich, zur Reduktion vermeintlicher Frühgeburten beizutragen. Eben meine Form der Direktvermarktung oder durch die rosa Brille formuliert meine zukunfts(über)weisende Vernetzung. Ethik hin oder her. Bei dem Thema wird mir mulmig. Mit meiner Taucherbrille schwimme ich in die moralischen Gewässer des DAZ. Das hermetische Korallenriff, in dem wir Zahnärzte getrost kollegial nebeneinander herpaddeln konnten, wird gemäß des zunehmenden Einflusses der Wirtschaft brüchig. Macht und wirtschaftliche Interessen treten an die Stelle von standesgemäßer Ethik und Qualität. Hier bewahrheitet sich die These von Volkmar Sigusch (2005), dass die Medizin immer mehr zur Hure der Ökonomie wird. Wenn ich das Licht der Moral durch eine entspiegelte Brille scheinen lasse, gibt es die Farben des Seins und des Scheins. „Claridentis Partnerzahnärzte haben sich zur Einhaltung besonderer Qualitätsstandards verpflichtet“, so Herr Riedel. Eine Praxis kann nicht an Claridentis teilnehmen, wenn staatsanwaltliche Ermittlungsverfahren bzw. eine rechtskräftige Verurteilung des Zahnarztes in einem strafrechtlichen Verfahren oder schwere Mängel, die jedoch nicht inhaltlich genau ausgeführt sind, vorliegen (vgl. DENT-iV Infoblätter für Interessierte). Augenwischerei, denn hier wird den Patienten und den vermittelnden Ärzten wie z.B. Kinder- und Jugendärzten eine außergewöhnliche Qualifikation vorgegaukelt. So in einem anderen Artikel aus der Feder der DENT-iV GmbH der wohl lautende Satz: „Auch die jeweils ausgewiesenen Claridentis-Partnerzahnärzte sind für die besonderen Anforderungen der Kinderbehandlung vorbereitet“. Den (Un)wissenheitsstand der beteiligten Krankenkassen über dieses Schein-Sein-Verhältnis vermag ich nicht einzuschätzen. Vor allem ängstliche und besonders fürsorgliche Patienten werden hier ermuntert, von ihrem langjährigen und möglicherweise höher qualifizierten Zahnarzt zu Claridentis zu wechseln. Der Patient wird vertraglich dazu verpflichtet, ‚freiwillig‘ weitestgehend auf die freie Arztwahl zu verzichten, da er nur unter wenigen Claridentis-Partnerzahnärzten auswählen kann. Mit einem wirkungsvoll installierten Scheibenwischer vor der Fensterglasbrille wird dies als Exklusivität vermarktet. Aufgetaucht aus dem nunmehr gräulich gewordenen Korallenriff, dessen Artensterben ich zur Kenntnis genommen habe, ist mir nach einem Blick in die Ferne. Als Mitglied der KZVB-Vertreterversammlung und KZVB-Bezirksstellenvorsitzender greife ich zu meinem Weltraumteleskop und bemerke, dass selbiger Riedel, der die KZVen für nicht mehr zeitgemäß

und überholt hält, im Begriff ist, ein funktionales Äquivalent en miniature zu erschaffen. Mal abgesehen von der Frage nach der Nützlichkeit einer zweiten Abrechnungsinstanz (sicher zufällig mit demselben prozentualen Einbehalt) entsteht in mir ein leiser Zweifel, wem noch mehr Daten behilflicher sind. Uns Zahnärzten bestimmt nicht. Unverdrossen suche ich immer noch nach den Vorteilen des neuen Paralleluniversums. Ich statte mich mit Scheuklappen aus und lausche den Worten des Herrn Riedel, dass Regelungen, die mir normalem Zahnarzt das Leben erschweren können, für mich als Partner von Claridentis nicht mehr gelten sollen, obwohl dies doch Bundesgesetze sind. Während ich so schweige, lächelt mein Sohn mich an, greift nach den Scheuklappen und ich kann seine ersten Zähne fast schon sehen. Ich werde ihn behandeln, denke ich, so wie meine und alle anderen Kinder in meiner Praxis auch. Qualifiziert, fortgebildet und erfahren als Kinder- und Jugendzahnarzt. Der schönen neuen (Claridentis-)welt entrissen, beende ich mein Brillenexperiment und komme für mich zu dem Fazit, dass Claridentis nur etwas für Blinde ist, allenfalls für Einäugige, die gerne einmal König sein wollen.

Mit freundlichen Grüßen
aus Regensburg
Dr. Norbert Rinner

ERWIDERUNG von Dr. Eberhard Riedel:

Sehr geehrter Herr Kollege Rinner,

nachdem ich nun vom Auf- und Absetzen aller von Ihnen bemühten Sehhilfen einen Tennisarm habe, sehe ich immer noch nicht klar, was Sie dem strapazierten Leser Ihres Textes sagen wollen. Wäre es nicht auch knapp und prägnant gegangen? Fakten statt gequälter Prosa? Warum nicht aus vollem Herzen ein unverblümter Angriff gegen mich? Klare Sprache hätte gut getan anstelle der vielen kleinen Sticheleien gegen meine Integrität. Klare Sprache setzt jedoch Sachkenntnis und die besseren Argumente voraus, und an beidem scheint es Ihnen zu mangeln, wenn Sie es ständig nötig haben, sich persönlich verunglimpfend anstatt sachlich präzise zu äußern.

Was aber gar nicht geht ist das Verkennen von Realitäten und die damit einhergehende Irreführung der Kollegenschaft. Dieses ist jedoch der rote Faden Ihres Briefes. Fangen wir gleich mit der dreitesten an: Ich sei kein Stimmenfänger! Tatsächlich hat der DAZ bei der KZVB-VV-Wahl 2004 nicht gerade abgeräumt, sodass

es nur für einen W-Sitz reichte, den der verstorbene Kollege Dr. Ebenbeck mit leichtem Stimmvorsprung vor den anderen Kandidaten errang. Jedoch wäre es auch zu diesem einen Sitz nicht gekommen, wenn nicht genau ich seinerzeit die Initiative ergriffen hätte und die Beteiligung des DAZ an den Wahlen überhaupt und ganz allein begonnen und federführend aufwändig gemanagt hätte! Sie, Herr Rinner, waren als Nachrücker für Dr. Ebenbeck Nutznießer dieser meiner DAZ-Aktivitäten! Ihr heutiger Sitz ist mein Erfolg und nicht der Ihre! Nicht nur, dass Sie glauben, Ihr Mandat nun nicht mehr im Sinne des DAZ nutzen zu müssen, nein, Sie werfen auch noch mit Dreck nach dem, der dafür und u.a. auch für Sie gekämpft hat! Die Wahrheit ist da so grausam wie Ihr Umgang mit ihr!

Ich selbst erhielt weiland übrigens gerade einmal 3 Stimmen weniger als Sie. Ob Ihr kleiner Stimmvorsprung nun wirklich von Vorteil ist? Charakter beweist Ihre ‚Vergesslichkeit‘ jedenfalls nicht. Und das Handheben in der W für die Vorhaben und Ansichten, die sich der KZVB-Vorstand ausgedacht hat und auch schon ohne die W in Gutsherrenmanier durchgezogen hat, formt auch nicht gerade den Charakter, den ein selbsternannter ‚weitsichtiger Standespolitiker‘ wie Sie haben sollte. Mir ist die Lust an einer ‚Selbstverwaltung‘ dieser Art restlos vergangen. Früher haben Sie das Anmahnen demokratischer und transparenter Strukturen in den KZVen die früheren Vorsitzenden des DAZ sowie mich machen lassen, heute haben Sie, auf der anderen Seite sitzend, offenbar auch diese Überzeugung vieler DAZler als Fehler erkannt.

Mein Engagement für die Integrierte Versorgung begann lange vor 2005 und lange bevor das Kind den Namen Claridentis bekam. Gehör bekamen damals allein meine Ideen und mein Umsetzungswille, neben der KZV etwas auf die Beine zu stellen, was der Kollegenschaft nützen könnte, gerade weil die KZV nicht beteiligt war. Der Rest ist jahrelange harte Entwicklungsarbeit, an der ich für die Zahnärzte die Freude hatte, federführend beratend beteiligt zu sein. Ihre Frage nach meinen ‚finanziellen Verflechtungen‘ soll Zwielflicht streuen, ist aber einfach nur unverschämt. Wie nötig eine neue Struktur gerade neben der seit der Hauptamtlichkeit seit 2005 noch mehr erstarrten KZV war, das war 2004 bei den ersten Anfängen der IV noch gar nicht abschätzbar.

Claridentis erhebt nicht den Anspruch, die Zahnheilkunde neu erfunden zu haben und verkennet keinesfalls die heute schon reichlich vorhandene Qualifikation vieler Zahnärzte. Vielmehr schließt Claridentis gerade die Zahnärzte zusammen, die einen besonderen Qualitätsanspruch haben, und das nach überprüfbaren Kriterien und im Rahmen der sozialen Marktwirtschaft. Nicht zulässig ist selbstverständlich der Umkehrschluss, dass diejenigen Kollegen, die nicht mitmachen (und das sind naturgemäß die meisten), alle nur unterdurchschnittlich arbeiten! Warum Marktmacht und wirtschaftliche Interessen zwangsläufig an die Stelle von stan-

desgemäßere Ethik und Qualität treten, erklären Sie leider auch nicht. Wo bitte bleibt denn die Ethik, außer in der gleichnamigen Falle, und wo bleibt die Qualität, wenn die Kassenbudgets ohne jede Qualitätsdifferenzierung mit der HVM-Gießkanne verteilt werden und die überdurchschnittliche Leistung genauso honoriert wird wie die unterdurchschnittliche? Da können Sie noch so viele Brillen aufsetzen und dennoch bewusst darüber hinwegsehen, wie die KZVen hier die letzten knapp 20 Jahre ihre vornehmlichen Aufgaben für den Berufsstand verschlafen haben. Wenn jetzt einzelne Ärztgruppen antreten, dieses professionell durchorganisiert und zudem vom Gesetzgeber gefordert und gefördert besser zu machen, dann kann man die KZV-Larmoyanz gut verstehen. Allein, sie kommt knapp 20 Jahre zu spät!

Ein in seiner Berufsausübung strafrechtlich verurteilter Zahnarzt kann bei Claridentis nicht teilnehmen. Auch wenn das Ihnen und der KZVB egal ist oder egal zu sein hat, die Forderung einer strafrechtlichen Unbescholtenheit ist ja wohl als Minimalbedingung innerhalb einer kollegialen Gemeinschaft zuallerletzt zu kritisieren. Das gleiche gilt für transparente Abrechnungswege zahnärztlicher Leistungen. Dieser Claridentis-Vertragsbestandteil (übrigens immer auch DAZ-Credo gewesen, Herr Rinner!) soll und möchte nichts weiter als die große Zahl der Ehrlichen unter den Zahnärzten ansprechen. Alle diejenigen, die ihr Heil in massiver Unwirtschaftlichkeit oder gar Abrechnungstrickerei suchen, sollen sich gerne weiter hinter den hierfür geeigneten KZV-Schutzmauern verstecken. Leider braucht keine Kasse heute noch ein Weltraumteleskop, um unlauteren Machenschaften dennoch irgendwann auf die Schliche zu kommen. Daher hat die von der KZVB praktizierte Intransparenz der Abrechnung überhaupt keinen Nutzen, sondern führt vielmehr gleich zum doppelten Schaden: Es entsteht ein (für die meisten Zahnärzte natürlich ungerechtfertigter) Pauschalverdacht, der obendrein eine schlechtere Gesamtvergütung zur Folge hat. Claridentis ist mit seinem Konzept da einfach erfolgreicher: Die von vornherein transparent vorgelegte Abrechnung schafft Vertrauen gegenüber allen Vertragspartnern (auch bei den Patienten) und verbessert zugleich die Honorarsituation.

Wer sich, wie offenbar Sie, noch nicht mit der Sinnhaftigkeit von Praxisnetzen befasst hat, für den ist die Optimierung von Behandlungswegen innerhalb des Netzes ein Widerspruch zum Gebot der freien Arztwahl. Selbst dem KZVB-Vorstand musste erst unter erheblicher Strafandrohung untersagt werden, weiter wahrheitswidrig zu behaupten, Claridentis schränke das Recht auf freie Arztwahl ein. Was freilich Sie erneut nicht exakt von dieser Vermutung abhält, obwohl auch Sie längst erkannt haben sollten, dass die Verpflichtung des Teilnehmers an einer Integrierten Versorgung das Recht auf freie Arztwahl nicht außer Kraft setzt. Mit genau dem gleichen Gehalt an Unsinn könnte man behaupten, der KZV-Kollektivvertrag schränke die freie Arztwahl ein, weil ja alle Nicht-Vertragszahnärzte ebenfalls nicht aufge-

sucht werden können!? Hilfreich in diesem Zusammenhang ist, die Denkungsart von Zwangsmitgliedschaften abzulegen! Claridentis ist ein Selektivvertrag, bei dem das ‚Kollektiv‘ der teilnehmenden Zahnärzte nur deutlich kleiner ist als im Kollektivvertrag. Ansonsten gilt die gleiche Regel: wer sich außerhalb des Systems behandeln lässt, darf das, muss es aber selbst bezahlen. Obwohl auch die Kassen ihre Mitglieder zur Nutzung der Vertragspraxen verpflichten, um dort Behandlungen zu besonders günstigen Konditionen zu erhalten, müssen sich die Mitglieder nicht daran halten. Dann verlassen sie eben dieses Vertragssystem, so wie auch Claridentis-Patienten die Möglichkeit haben, die Integrierte Versorgung auf eigenen Wunsch zu verlassen und jeden anderen Arzt in Anspruch zu nehmen. Nur der Behandlungs- und Kostenvorteile von Claridentis gehen sie damit verlustig und zahlen voraussichtlich drauf.

Und was abschließend Ihre Zweifel betrifft, Claridentis sei eventuell doch keine echte Integrierte Versorgung, so sollten Sie als W-Vertreter und Bezirksstellenvorsitzender doch so nahe am KZVB-Vorstand sein, dass Sie vom Schreiben des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Soziales (bereits vom 17. Mai 2006 !) an den KZVB-Vorsitzenden wissen, in dem dem Claridentis-Vertrag die Erfüllung der Kriterien für eine Integrierte Versorgung ausdrücklich bescheinigt wurde. Auch Sie könnten diese Tatsache irgendwann zur Kenntnis nehmen und damit aufhören, die Kollegenschaft mit eindeutig falschen (und inzwischen sogar gefährlichen) Tatsachenbehauptungen zu täuschen.

Nutzen Sie Ihre Fähigkeiten doch besser positiv im eigenen Interesse und fangen Sie irgendwann an, auch und gerade die mittlerweile vielen Kolleginnen und Kollegen wertzuschätzen, welche anders und offenbar selbstständiger denken, als es Ihnen lieb ist, und auch diese als mündige und verantwortungsbewusste Zahnärztinnen und Zahnärzte anzuerkennen. Bevormundungen stehen niemandem gut an, selbst nicht dem weitest-sichtigen Standespolitiker! Die probate Methode, hier nur auf einen einzigen einzuprügeln, ist genauso verwerflich wie zwecklos!

Wenn Sie ein vernünftiges Gespräch über Sinn oder Unsinn der Integrierten Versorgung führen möchten, so stehe ich Ihnen hierzu gerne persönlich zur Verfügung. Über Ihre diesbezügliche Anfrage würde ich mich sehr freuen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen
aus München,
Dr. Eberhard Riedel

Die Redaktion behält sich vor,
eingesandte Texte sinnwährend
zu kürzen.

Neue Leitung der Informationsstelle für Kariesprophylaxe Für weitere Verbesserung der Fluorid-Versorgung

Zum Auftakt des Jahres 2008 hat die PR-Agentur Dorothea Küsters Life Science Communications GmbH die Leitung der Informationsstelle für Kariesprophylaxe (IfK) des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde (DAZ) übernommen. Prof. Stefan Zimmer, Düsseldorf, der Sprecher des wissenschaftlichen Beirates, begrüßt, dass mit Jutta Bednarz und Petra Wollburg 2 erfahrene Expertinnen für Kommunikation zukünftig für die Öffentlichkeitsarbeit zuständig sind.

Seit der DAZ 1991 die Kariesprophylaxe mit fluoridiertem Speisesalz in Deutschland angestoßen hat, ist die Kariesprävalenz stark zurückgegangen. Der Marktanteil von fluoridiertem Speisesalz beträgt inzwischen nahezu 70 Prozent. „Diese Ergebnisse stellen DAZ und IfK zufrieden – doch das ist erst der Anfang“, so Zimmer, „fluoridiertes Salz nicht nur in Haushaltspackungen, sondern auch in Großpackungen für die Gemeinschaftsver-

erlaubnis einholt. „Es ist Zeit, das wirkungsvolle Instrument für Kariesprophylaxe auf weitere Bereiche wie Gemeinschaftsverpflegungen oder Bäckereien auszuweiten“, erläutert Bednarz.

Warme Mahlzeiten mit fluoridiertem Salz zu verzehren, erhöht die Fluoridkonzentra-

und Mineralstoffen hat das Europäische Parlament im April 2006 die Anreicherung von Lebensmitteln mit Fluorid ausdrücklich zugelassen. Bis diese Regelung nationale Verordnungen ablöst, sind von EU-Gremien weitere Entscheidungen zu treffen, z.B. für welche Lebensmittel der Zusatz erlaubt sein soll. Die IfK setzt sich

dafür ein, den Zusatz von Fluorid auf das Speisesalz zu beschränken und findet dafür breite Unterstützung in Wissenschaft und Politik. Denn nur auf diesem Weg ist es möglich, ein klares Fluoridierungskonzept zu verfolgen und unnötige Vielfach-Fluoridierungen zu vermeiden. Voraussetzungen für einen sicheren Zugang zu Fluorid in allen Ländern zu schaffen, dazu haben auch World Health Organisation (WHO), World Dental Federation (FDA) und Inter-

national Association for Dental Research (IADR) Ende 2006 in Genf aufgerufen. (IfK)

Prof. Dr. Stefan Zimmer
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Poliklinik für Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde



Wissenschaftlicher Beirat der IfK

Dr. Matthias Brockstedt, Berlin
Prof. Dr. Johannes Einwag, Stuttgart
Prof. Dr. Gisela Hetzer, Dresden
Dr. Hanns-Werner Hey, München
Prof. Dr. Berthold Koletzko, München
Prof. Dr. Thomas Marthaler, Zürich
Dr. Wolfgang Micheelis, Köln
Dr. Gudrun Rojas, Brandenburg a.d.Havel
Dr. Michael Schäfer MPH, Düsseldorf
Prof. Dr. Dr. Hans-Jörg Staehle, Heidelberg
Dr. Sebastian Ziller MPH, Berlin
Prof. Dr. Stefan Zimmer, Düsseldorf (Sprecher)

pflung: Dafür setzen wir uns ein“. Denn in Deutschland ist der Vertrieb von Fluoridsalz bis heute ausschließlich für den häuslichen Gebrauch gestattet. In Großküchen darf es nur verwendet werden, wenn der Betreiber eine entsprechende Sonder-

tion im Mundspeichel signifikant und ebenso lang andauernd, wie mit fluoridhaltiger Kinderzahnpaste die Zähne zu putzen. „Das haben Untersuchungen bei Kindergartenkindern ergeben“, erklärte Professor Andreas Schulte vom Universitätsklinikum Heidelberg auf dem wissenschaftlichen Symposium „15 Jahre Speisesalzfluoridierung in Deutschland“ im September 2006 in Freiburg. Dass nach einem Mittagessen mit fluoridiertem Jodsalz bei Jugendlichen und Erwachsenen der Fluoridgehalt im Mundspeichel signifikant ansteigt, stellte auch Frau Prof. Gisela Hetzer vom Universitätsklinikum Dresden in ihren Beobachtungen fest. Fluorid in fluoridiertem Speisesalz wirkt, wenn eine Mahlzeit den Zahnschmelz mittels Säure angreift. Es gerät unmittelbar über die Nahrung in den Speichel und etwas verzögert auch auf dem Blutweg. Die längerfristig erhöhte Fluoridkonzentration in der Mundhöhle stabilisiert somit das Gleichgewicht zwischen De- und Remineralisation.

In der EG-Anreicherungs-Verordnung Nr. 1925/2006 über den Zusatz von Vitaminen

Neue Adresse der IfK

Hier erhalten Sie kostenloses Infomaterial für Praxis u. Gruppenprophylaxe:

Informationsstelle für Kariesprophylaxe
des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde
Oberlindau 80-82, 60323 Frankfurt
Telefon: 069/24706822
Fax: 069/7076 8753
Mail: daz@kariesvorbeugung.de
Internet: www.kariesvorbeugung.de

Ansprechpartnerinnen:
Jutta Bednarz, Petra Wollburg



Bad Reichenhaller

Unsere Alpen. Unser Salz.

Gewonnen aus den Tiefen der Alpen und angereichert mit Fluorid und Folsäure leistet Bad Reichenhaller MarkenJodSalz einen Beitrag für eine gesündere Ernährung.

www.bad-reichenhaller.de



Fluorid härtet den Zahnschmelz und ist daher wichtig für die Zähne. Bad Reichenhaller MarkenJodSalz mit Fluorid und Folsäure ist von der Aktion zahnfreundlich e.V. mit dem Zahnmännchen ausgezeichnet. www.zahnmaennchen.de



Ästhetisch

Wir legen größten Wert auf natürliches Aussehen bei exzellenter Passgenauigkeit. So können Sie Ihren Patienten mit unserem Auslandszahnersatz eine ästhetisch und medizinisch überzeugende Alternative anbieten. Qualität die sich als meisterhaft entpuppt.



AMPARK Werbeagentur

Wir empfehlen die tägliche Reinigung mit:



Service mit Zukunft!
www.permadental.de

PERMADENTAL
Zahnersatz