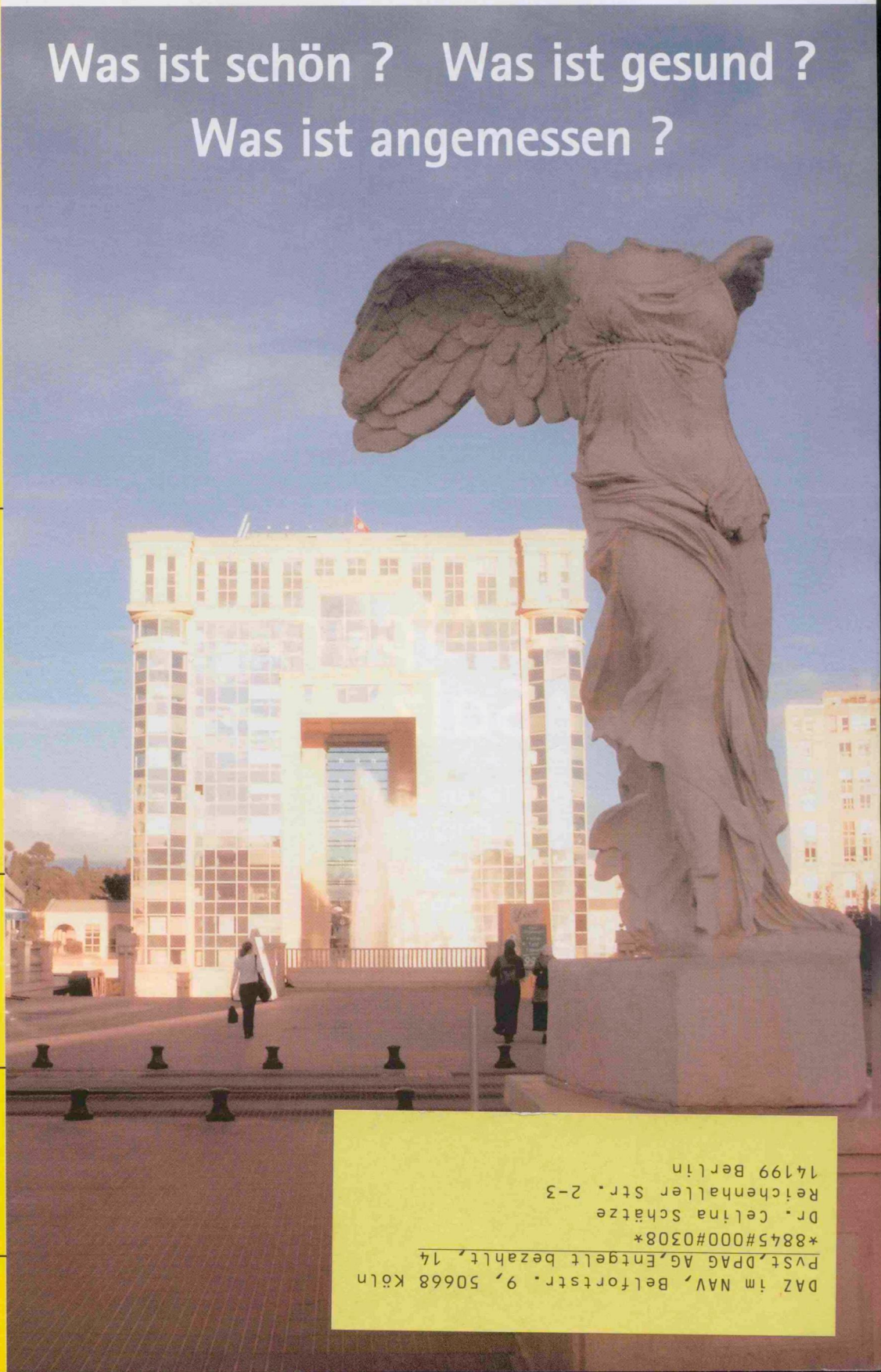
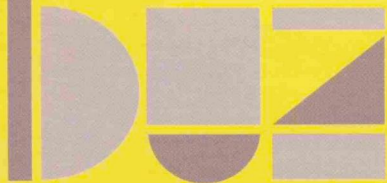


Was ist schön ? Was ist gesund ?
Was ist angemessen ?



Berlins unabhängige
Zahnärzte e.V.



Programm
DAZ-IUZB
Jahrestagung
in Berlin
20.09.2008

Wie geht's weiter
mit der
Weiterbildungsordnung?

Prof. Rebscher
zur Baustelle
Gesundheitsfonds

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

DAZ im NAV, Belfortstr. 9, 50668 Köln
Pvst, DPAG Ag, Entgelt bezahlt, 14
8845#000#0308
Dr. Celina Schätze
Reichenhaller Str. 2-3
14199 Berlin



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



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



Inhaltsverzeichnis

DAZ-Forum 96-2008

- 3 **Aus dem Berliner Sumpf: Herr Richter, was spricht er?**
Dr. Peter Nachtweh
- 3 **Impressum**
- 4 **Editorial: Von der Disneyifizierung des Lebensgefühls**
Dr. Celina Schätze
- 5 **Umsetzung des Gesundheitsfonds**
Prof. Dr. Herbert Rebscher
- 7 **Zahnärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung bleibt ein heißes Thema**
Dr. Celina Schätze
- 8 **Stärkung der Allgemein Zahnheilkunde gefordert
Stimmen zur geplanten Änderung der WBO**
- 10 **Berliner Standespolitik – etwas „Besonderes“?**
Dr. Helmut Dohmeier-de-Haan
- 11 **Neues aus dem Qualitätssicherungsprojekt des DAZ**
Dr. Peter Nachtweh
- 12 **DAZ-IUZB-Jahrestagung 20./21.09.08 in Berlin**
- 14 **(Zahn) Medizinische Eingriffe ohne Not**
Judith Storf, Patientenberatung Bielefeld
- 15 **Aufklärung oder Werbung?**
Irmgard Berger-Orsag
- 16 **Rundschlag, Kahlschlag, Querschlag und andere
Schläge – Implantologie-Debatte**
Dr. Sebastian Schmidinger
- 19 **Nachbemerkung der Redaktion**
- 19 **Zahnmedizin von Evidenzbasiertheit weit entfernt**
- 20 **Okklusionsschienen – warum und wie?**
Dr. Andreas Vahlenkamp
- 21 **Kinderärzte unterstützen Zahnärzte bei Prophylaxe**
Informationsstelle für Kariesprophylaxe
- 22 **Hilferufe aus der Ferne**
Dr. Peter Dierck, Kenyahilfe

Impressum

Herausgeber/Redaktion/Mediadaten:

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)

Belfortstr. 9, 50668 Köln, Tel. 0221/97300545, Fax 0221/7391239, Mail kontakt@daz-web.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. Helmut Dohmeier, Dr. Peter Nachtweh, Dr. Eberhard Riedel

Erscheinungsweise: 4x jährlich, diese Ausgabe: 1.000 Ex.

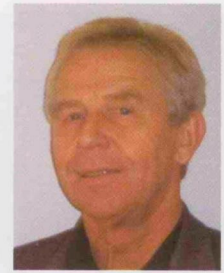
Bezugsbedingungen: Jahres-Abo 28,00 Euro incl. Porto. Für Mitglieder von DAZ/BUZ ist das Abo im Mitgliedsbeitrag enthalten. Einzelne Ausgaben werden kostenlos auf Anfrage zugesandt.

Bildnachweis: Privat, www.bagp.de, DAK, Humboldt-Uni, Niedersächsisches Zahnärzteblatt, Wikipedia, ProDente, KZBV, Techniker Kasse, Informationsstelle für Kariesprophylaxe, Kenyahilfe

Redaktionsschluss für DAZ-Forum 97-2008: 15.10.2008

Aus dem Berliner Sumpf:

Herr Richter, was spricht er?



Seit dreißig Jahren bin ich als niedergelassener Zahnarzt in Berlin standespolitisch aktiv und glaube, dass ich einen sehr guten Einblick in die Geschehnisse in der Zahnärztekammer, in der Kassenzahnärztlichen Vereinigung und in den zahlreichen Berufsverbänden habe. In den vergangenen Jahren wurden Beschlüsse und Entscheidungen der einzelnen Gremien von der Zahnärzteschaft immer ohne großartige Einwendungen oder Einsprüche akzeptiert. Man kann fast sagen, dass die Betroffenen in blindem Gehorsam Entscheidungen der Körperschaften befolgt und umgesetzt haben. Besonderes Vertrauen genossen die Beschlüsse, die nach Auskunft der Vorstände mit den Aufsichtsbehörden abgesprochen waren. Da wurde erst gar nicht lange diskutiert, es ging nach dem Motto: Was sein muss, muss sein.

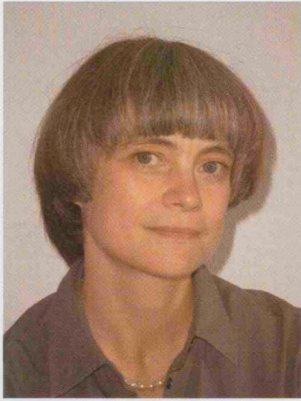
Die Zeiten haben sich geändert! Wer die Editorials und Kommentare im Mitteilungsblatt Berliner Zahnärzte (MBZ) liest, erfährt, dass es in Berlin eine Opposition zu den die Standespolitik bestimmenden Verbänden gibt, die es wagt, nachzufragen, anzuzweifeln, zu überprüfen, eigene Vorstellungen zu entwickeln, Anträge zu stellen, Rechtsmittel einzulegen, Rechtsbeistand zu suchen, Vorwürfe zu machen, anzuprangern, die Öffentlichkeit zu informieren, anzuzeigen, Gerichte anzurufen, Widerspruch einzulegen und die überhaupt jegliche Kollegialität vermissen lässt und als Höhepunkt ihrer ungebührlichen Aktivitäten die Wahl der Delegiertenversammlung für ungültig erklären lässt.

Ich bin Gründungsmitglied von Berlins Unabhängigen Zahnärzten (BUZ e.V.) und einer der stellvertretenden Vorsitzenden des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde (DAZ e.V.), gehöre also dieser Opposition an und schätze mich selbst als gemäßigt und den Ausgleich suchend ein. Ich trage nicht alle Vorgehensweisen der Opposition uneingeschränkt mit, aber der Erfolg gibt ihr Recht. Dabei sollten Sie wissen, dass in allen Belangen zuerst das kollegiale Gespräch gesucht wurde, bevor ein Klageweg beschritten wurde.

Und nun kommt das Erstaunliche. Egal in welche Wunde die Opposition ihre Finger gelegt hat, es war immer ein Stich ins Wespennest. Mir ist zur Zeit keine anhängige Klage gegen unsere Körperschaften bekannt, die nicht positiv für die Opposition von den unabhängigen Gerichten entschieden worden ist. Das gibt mir sehr zu denken und hat mein Vertrauen gegenüber Kammer und KZV schwer erschüttert.

Mit ihrer jüngsten Weigerung, dem DAZ eine (bezahlte) Beilage im MBZ, die über die in diesem Heft angekündigte Tagung mit Fortbildungsangebot informieren sollte, zu gestatten, nachdem anderen Organisationen vergleichbare Beilagen oder Anzeigen nachweislich genehmigt wurden, riskiert Berlins Standesführung die nächste juristische Schlappe zu Lasten der Berliner Zahnärzte. Ich habe die zahnärztlichen Körperschaften immer hoch gehalten als Form demokratischer Selbstverwaltung. Traurig, dass in Berlin die obersten Vertreter der Selbstverwaltung ständig der Nachhilfe in Demokratie durch die Gerichte bedürfen!

Dr. Peter Nachtweh, Berlin



Liebe Leserin,
lieber Leser,

Als ich neulich das Wort „Disneyfizierung“ in einem Kommentar gehört habe, kam mir in den Sinn, dass das auch eine passende Beschreibung der zu beobachtenden Entwicklung des gesamten allgemeinen Lebensgefühls sein könnte.

Der Zeitgeist mag es grell, bunt, glänzend, künstlich, angesagt und teuer. In diesem Kontext kann man die Themen dieses Heftes betrachten.

Der von ästhetischen Kategorien freie Schönheitswahn, der sich in der Gesellschaft ausgebreitet und mit der Medizin bereits verfilzt hat, sucht seine Vorbilder eher im Disneyland als in der Kunst und einem humanistisch geprägten Medizinverständnis.

Der Trend zu einer eitlen und immer kleinteiligeren Spezialisierung mit enormer technischer Aufrüstung basiert zum Teil auf der Vorstellung, dass mit Geld und



EDITORIAL: Von der Disneyfizierung des Lebensgefühls

Technikeinsatz alles zu haben sei. Wunscherfüllung ist machbar.

Technikverliebtheit und die Vorstellung, dass alles, was neu und teuer ist, auch gut sei, scheint auch die Einstellung zur Implantologie zu beeinflussen. Dieses Behandlungsmittel ist eine großartige Erweiterung unserer Möglichkeiten, aber nicht die Lösung aller Probleme und erst recht nicht das Ende der traditionellen Prothetik. Eine sorgfältige und differenzierte Betrachtung des Einzelfalles sollte jeder Therapieentscheidung zu Grunde liegen. Das entspricht aber leider nicht dem Bedürfnis nach Schnelligkeit, Modernität und Machbarkeit. Im Disneyland können Nilpferde Ballett tanzen.

Die Politik versucht, trendy und nicht so sehr solide oder nachhaltig zu sein. Eine Gesundheitspolitik für eine zufrieden stellende, wenigstens mittelfristig verlässliche Versorgung der Bevölkerung würde viel Sachkenntnis, handwerkliches Können und geduldige Arbeit verlangen. Das ist aber leider nicht vereinbar mit dem vermeintlichen Druck, den verschiedenen Lobbyisten und der breiten Öffentlichkeit schnelle, oberflächenglatte und zeitgeistkonforme Lösungsansätze zu bieten, die hoffentlich die ihnen anhaftenden Mängel erst nach Ablauf der eigenen Amtszeit offenbaren. Vielleicht ist der Gesundheitsfonds, der häufig als riesiger Topf darge-

stellt wird, von dem Geld-Pool des Onkel Dagobert inspiriert. Im Geld zu baden, ist einfach das Größte.

Zahnärztliche Verbände scheinen in ihrem Erfolg ebenso mit den Moden und der Ansprache von gerade super aktuellen Interessenverletzungen verbunden zu sein. Jeder zahnärztliche Verband soll und muss sich mit den Berufsinteressen seiner Mitglieder befassen. Eine nachhaltige Interessenpolitik muss sich aber auch mit so „langweiligen“ Themen wie Gesellschaft, Versorgungsforschung, Hochschule, Ethik usw. beschäftigen, weil wir unseren Beruf in diesen Zusammenhängen ausüben.

Das heißt: dicke Bretter bohren und das Ganze im Blick behalten. Das ist das Besondere am DAZ. Wir haben die Zahnheilkunde – ein Abstraktum – im Namen. Aus vielen Gesprächen weiß ich, dass genau deswegen viele Kollegen sehr froh sind, dass es uns gibt. Gleichzeitig sind von diesen vielen nur sehr wenige bereit, auch nur einen kleinen eigenen Betrag zu leisten.

Mit einem disneyhaften Märchenglauben hoffe ich, dass auf der Jahreshauptversammlung viele Leute Interesse an dem Kampf gegen die allgemeine Disneyfizierung bekunden und sich auch ein wenig oder etwas mehr beteiligen.

Bis bald in Berlin
Dr. Celina Schätze, Berlin
Stellvertretende DAZ-Vorsitzende



Patienten-Verbände gegen E-Card

Während momentan ein Skandal um illegal weitergegebene personenbezogene Daten von Bank- oder Versicherungskunden oder sonstigen Bürgern den anderen ablöst und große Unternehmen wie Telekom und DAK offensichtlich keine Datensicherheit gewährleisten können, verfolgt die Bundesregierung unbeirrt ihr Projekt Elektronische Gesundheitskarte. Der „Rollout“ soll ohne Abschluss und Auswertung verschiedener Vorlaufprojekte noch in diesem Jahr in Nordrhein-Westfalen beginnen. Neben ärztlichen Verbänden haben auch Patientenorganisationen grundlegende Kritikpunkte veröffentlicht und für den Fall, dass ihren Fragen und Forderungen nicht entsprochen wird, zum Boykott der E-Card aufgerufen.

Näheres unter: BundesArbeitsGemeinschaft der Patientenstellen www.baggp.de, Bundesverband der Frauengesundheitszentren e.V. www.frauengesundheitszentren.de, gesundheit aktiv. anthroposophische heilkunst.e.v. www.gesundheit-aktiv-heilkunst.de, Gesundheitsladen München e.V. www.gl-m.de.

Weitere Infos zur EGK: Aktion „Stoppt die e-Card“ www.stoppt-die-e-card.de, Chaos Computer Club www.ccc.de

Auch in anderen europäischen Staaten gibt es Bedenken gegen die Art und Weise, wie E-Health vorangebracht werden soll – hierzu äußerte sich die Europäische Arbeitsgemeinschaft der niedergelassenen Ärzte EANA.

Infos: www.nav-virchowbund.de



Umsetzung des Gesundheitsfonds

Offene Fragen und Baustellen des Gesetzgebers

von Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher

Prof. Rebscher, Vorsitzender der DAK, hat bei der DAZ-VDZM-Frühjahrstagung im April in Frankfurt die sich abzeichnenden Probleme des Gesundheitsfonds aufgezeigt. Fürs Forum lieferte er uns jetzt ein Update.

Schrittweises Vorgehen schafft mehr Sicherheit

In der Vergangenheit hat die Politik immer darauf geachtet, dass Reformvorhaben nicht von heute auf morgen, sondern schrittweise über einen längeren Zeitraum eingeführt werden. Man denke z. B. an die Einführung des Kassenwettbewerbs und Risikostrukturausgleichs ab 1993 oder die Einführung des DRG-Systems im Krankenhaussektor ab 2003. Das schrittweise Vorgehen führte zu einer höheren Akzeptanz der gesetzlichen Maßnahmen bei den Beteiligten. Zudem konnten Verwerfungen hinsichtlich der Versorgung der Versicherten vermieden, Probleme rechtzeitig erkannt und Neujustierungen vorgenommen werden. Das zeitlich abgestufte Vorgehen bei großen Reformvorhaben zahlte sich aus: Es erhöhte die Qualität der Ergebnisse.

Bei der Einführung des Gesundheitsfonds im Rahmen des GKV-WSG drängt das Bundesministerium für Gesundheit nach wie vor auf eine sofortige Umsetzung und damit Scharfschaltung. Dies ist umso erstaunlicher, als mit der aktuellen Reform eine grundlegende Abkehr vom bisher bestehenden Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfolgt und die damit verbundenen Folgen bisher noch völlig unabsehbar sind. Die Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, bis zum November 2008 ihre Haushalte aufzustellen und bei den jeweiligen Aufsichten vorzulegen. Eine seriöse Haushaltsplanung für das Jahr 2009 ist jedoch nicht möglich, da es im Moment noch zu viele unbekannte Größen gibt, wie etwa

- die Höhe des Einheitsbeitragssatzes,
- die kassenindividuellen Zuweisungen aus dem Morbi-RSA,
- die Wirkungen der Vergütungsreform im ambulanten Bereich,
- die Belastungen aus den Vergütungsstrukturen im zahnärztlichen Bereich und

- die Belastungen aus den Vergütungsstrukturen im Krankenhaussektor.

Zum 01.01.2009 soll nämlich nicht nur die Finanzierungssystematik der GKV umgestellt werden, sondern zeitgleich auch ein neuer Morbi-RSA starten. Außerdem werden die Honorarsysteme im ambulanten und stationären Sektor umfassend reformiert. Die Wirkungen dieser umfangreichen und komplexen Reformmaßnahmen kann heute niemand voraussagen. Auf einer derart spekulativen Grundlage sind jedoch weder solide Haushaltsentscheidungen der Krankenkassen, geschweige denn eine erfolgreiche Umstellung des GKV-Systems von heute auf morgen möglich.

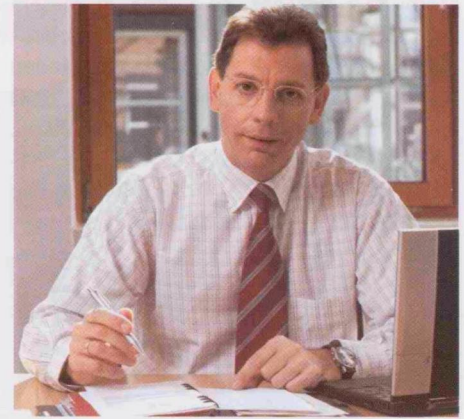
Wettbewerbsverzerrung durch den Gesundheitsfonds

Mit Einführung des Gesundheitsfonds verlieren die Kassen ihre Beitragssatzautonomie. Statt kassenindividueller Beitragssätze existiert ab 2009 nur noch ein bundesweiter Einheitsbeitragssatz, der durch das BMG erstmalig zum 01.11.2008 festgelegt wird. Die Einnahmeseite der Krankenkasse wird somit durch standardisierte Zuweisungen aus dem Fonds bundeseinheitlich nivelliert.

Ein Wettbewerb mit gleich langen Spießen, insbesondere hinsichtlich der Frage, ob eine Kasse einen Zusatzbeitrag erheben muss oder nicht, ist unter diesen Rahmenbedingungen nur dann möglich, wenn auch die Ausgabenseite der Krankenkassen für die kollektivvertraglichen Vergütungssysteme bundesweit nivelliert wird. Die bestehenden, historisch gewachsenen, kollektivvertraglichen Vergütungssysteme werden dieser Anforderung jedoch nicht gerecht. Sie sind weder mit dem Gesundheitsfonds kompatibel noch mit dem geplanten Morbi-RSA.

Die finanziellen Folgen der historisch gewachsenen Honorarsysteme auf die verschiedenen Krankenkassen wirken in höchstem Maße wettbewerbsverzerrend – losgelöst von deren versorgungspolitischer Notwendigkeit!

- Die bisher bestehenden kassenarten- und regionalspezifischen Unterschiede in der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen werden zwar künftig durch eine Punktwertangleichung neutralisiert. Dennoch werden auch weiterhin gesonderte re-



gionale Punktwerte auf Landesebene fortbestehen. Dies entspricht jedoch nicht der zukünftigen Logik bundeseinheitlicher Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds.

- Im vertragszahnärztlichen Bereich folgt die Vergütung ebenfalls nicht der Logik des Fonds. Hier hat die Politik es versäumt, Rahmenbedingungen für einheitliche Punktwerte zu schaffen. Die Preisunterschiede zwischen Ersatzkassen und Primärkassen bei der Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen bleiben deshalb bestehen. Die Ersatzkassen werden dadurch direkt mit ca. 169 Mio. € belastet, was allein für sich betrachtet schon einem monatlichen Zusatzbeitrag von ca. 1 € je Mitglied entspricht.

- Hier gilt es, kurzfristig Lösungsoptionen zu erarbeiten, die auf der einen Seite „Vergütungsgerechtigkeit“ für die Ersatzkassen schaffen, auf der anderen Seite eine angemessene Vergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen sicherstellen.

- Auch der stationäre Sektor ist von erheblichen Unterschieden geprägt. Eine Neutralität der Vergütungsstrukturen erfordert es, die sehr unterschiedlichen Landesbasisfallwerte durch die Vereinbarung von Bundesbasisfallwerten abzulösen. Gerade bei Regionalkassen kann ein hoher Landesbasisfallwert aufgrund der standardisierten Zuweisungen aus dem Fonds zu einer dramatischen Unterfinanzierung führen. Unterschiedlich hohe Landesbasisfallwerte haben aber auch bei bundesweiten Kassen – abhängig von der regionalen Verteilung ihrer Mitglieder – unmittelbar Einfluss auf die Höhe eines erforderlichen Zusatzbeitrages. Die neuesten Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz zementieren diesen, unter Fondsbedingungen dysfunktionalen Zustand bis zum Jahre 2015.

Morbi-RSA auch nach erfolgter Krankheitsfestlegung nicht kalkulierbar

War bis in die jüngste Vergangenheit noch nicht einmal die Methodik des zukünftigen

Morbi-RSA bekannt, so wurde in diesem Punkt durch die Festlegung der im morbiditätsorientierten RSA zu berücksichtigenden Krankheiten (Bekanntgabe vom 13.05.2008 und Änderungsbekanntgabe vom 29.05.2008), des Klassifikationsmodells und sämtlicher Berechnungsverfahren (Bekanntgabe vom 03.07.08) durch das BVA nunmehr Klarheit geschaffen.

Trotz der kompetenten Arbeit des BVA bestehen jedoch weiterhin erhebliche Unsicherheiten hinsichtlich der finanziellen Auswirkungen auf die einzelnen Kassen. Zwar wurden sämtliche gesetzlichen Vorgaben fristgerecht zum 01.07.2008 durch das BVA erledigt, aber die Bekanntgabe der für 2009 vorläufig ermittelten Grundpauschale, der Zu- und Abschläge ist erst zum 15.11.2008 vorgesehen.

Für die Haushaltsplanung 2009 der Krankenkassen bedeutet dies, dass genauere Berechnungen zu den Fondsausschüttungen frühestens im Spätherbst 2008 möglich sind. Bis zu diesem Zeitpunkt bleiben alle Berechnungen reine Spekulation.

Schleichende Verschlechterung des Versorgungsangebots durch Zusatzbeitrag

Der Wettbewerb wird sich zukünftig fast ausschließlich über die Höhe der Zusatzbeiträge abspielen. Krankenkassen werden immer dann einen Zusatzbeitrag erheben müssen, wenn die standardisierten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht kostendeckend sind. Diese Situation kann einerseits dann auftreten, wenn die Leistungsausgaben aufgrund der historisch gewachsenen und kurzfristig nicht beeinflussbaren Versichertenstruktur der Krankenkasse höher sind als die Zuweisungen über den Morbi-RSA. Von dieser Problematik sind insbesondere die großen etablierten Versorgerkassen betroffen. Andererseits kann, wie oben bereits ausgeführt, die fehlende Neutralität der heutigen Vergütungssysteme in den Bereichen „Ärzte“, „Zahnärzte“ und „Krankenhäuser“ zu einer für die Krankenkasse nicht zu beeinflussenden Unterdeckung ihrer Leistungsausgaben führen.

Von der Problematik eines notwendigen Zusatzbeitrages werden zunehmend mehr Krankenkassen betroffen sein, wenn bei steigenden Leistungsausgaben und einer sich nicht adäquat erhöhenden Einnahmehöhe der Einheitsbeitragsatz nicht angehoben wird und die Kapitalausstattung des Fonds, wie im GKV-WSG vorgesehen, unter 100% des GKV-Ausgabevolumens sinkt.

Der monatliche Zusatzbeitrag ist auf 1 % der beitragspflichtigen Einnahmen des einzelnen Mitglieds begrenzt, sofern Zusatzbeiträge oberhalb von 8 € erhoben werden sollen. Beitragseinnahmeausfälle aufgrund der genannten Härtefallklausel sind zunächst von den noch (!) nicht betroffenen Mitgliedern zu kompensieren. Hat die Krankenkasse insbesondere aufgrund ihrer gewachsenen Versichertenstruktur unvermeidbare Ausgaben, für die sie die für die Deckung der Ausgaben erforderlichen Beiträge aufgrund der 1 %-Härtefallregelung von keinem Mitglied mehr einziehen kann (max. 36,00 € = 1 % der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung von derzeit 3.600 €), so wird diese Krankenkasse zwangsläufig zahlungsunfähig. Diejenige Krankenkasse, zu der die Versicherten der insolventen (Versorger-) Kasse wandern, wird dann die nächste sein, die aufgrund ihrer neuen Versichertenstruktur zahlungsunfähig wird. Am Ende dieses Spiraleffektes steht ein massiver Konzentrationsprozess mit wettbewerbsschädlichen Folgen.

Exkurs: Einrichtung und Bearbeitung von ca. 51 Mio. Einzelbeitragskonten verschlingen ebenso wie der Einzug des Zusatzbeitrages selbst erhebliche Finanzmittel. Erste Schätzungen der GKV belaufen sich auf ca. 1,2 bis 1,3 Mrd. €. Dieser immense finanzielle Aufwand führt naturgemäß zu noch höheren Zusatzbeiträgen als eigentlich rechnerisch notwendig.

Wenn Krankenkassen sich rational im Sinne der Regelungen des Gesundheitsfonds verhalten wollen, so müssen sie aufgrund der Mechanik des Gesundheitsfonds zwingend ihre Ausgaben senken. Dies lässt sich in der Regel nur dadurch erreichen, alle nicht zwingend vorgeschriebenen Ausgaben zu streichen und insbesondere Leistungsausgaben gegenüber den Versicherten einzusparen. Da zu diesem Verhalten nach der Logik des Fonds alle Krankenkassen gleichermaßen gezwungen werden, hat durch Ausgabensenkungen keine Krankenkasse einen längerfristigen Vorteil. Im Ergebnis bleibt eine absehbare Spirale der Verschlechterung in der Versorgung der Versicherten. Statt des versprochenen Qualitätswettbewerbs wird sich ein fataler Selektionswettbewerb einstellen!

Erprobungsphase Gesundheitsfonds sinnvoll

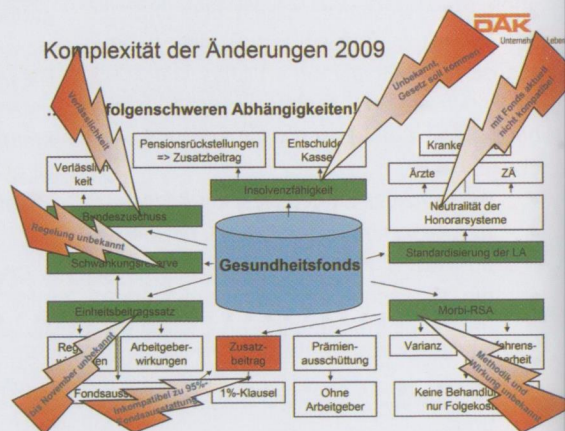
Aus den oben geschilderten Gründen erfordert die mit der Einführung des Gesundheitsfonds verbundene grundlegende Umstellung der Finanzierungssystematik der gesetzlichen Krankenversicherung eine mindestens einjährige Erprobungsphase. In dieser Testphase werden alle zentralen Reformelemente des GKV-WSG

realisiert, ohne jedoch gleich die neue Finanzierungssystematik scharf zu stellen. Das heißt:

- Der neue Morbi-RSA,
- das ebenfalls neue Vergütungssystem im ambulanten Sektor,
- das neue Insolvenzrecht der Krankenkassen und
- die Neuregelungen zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhauserfinanzierung

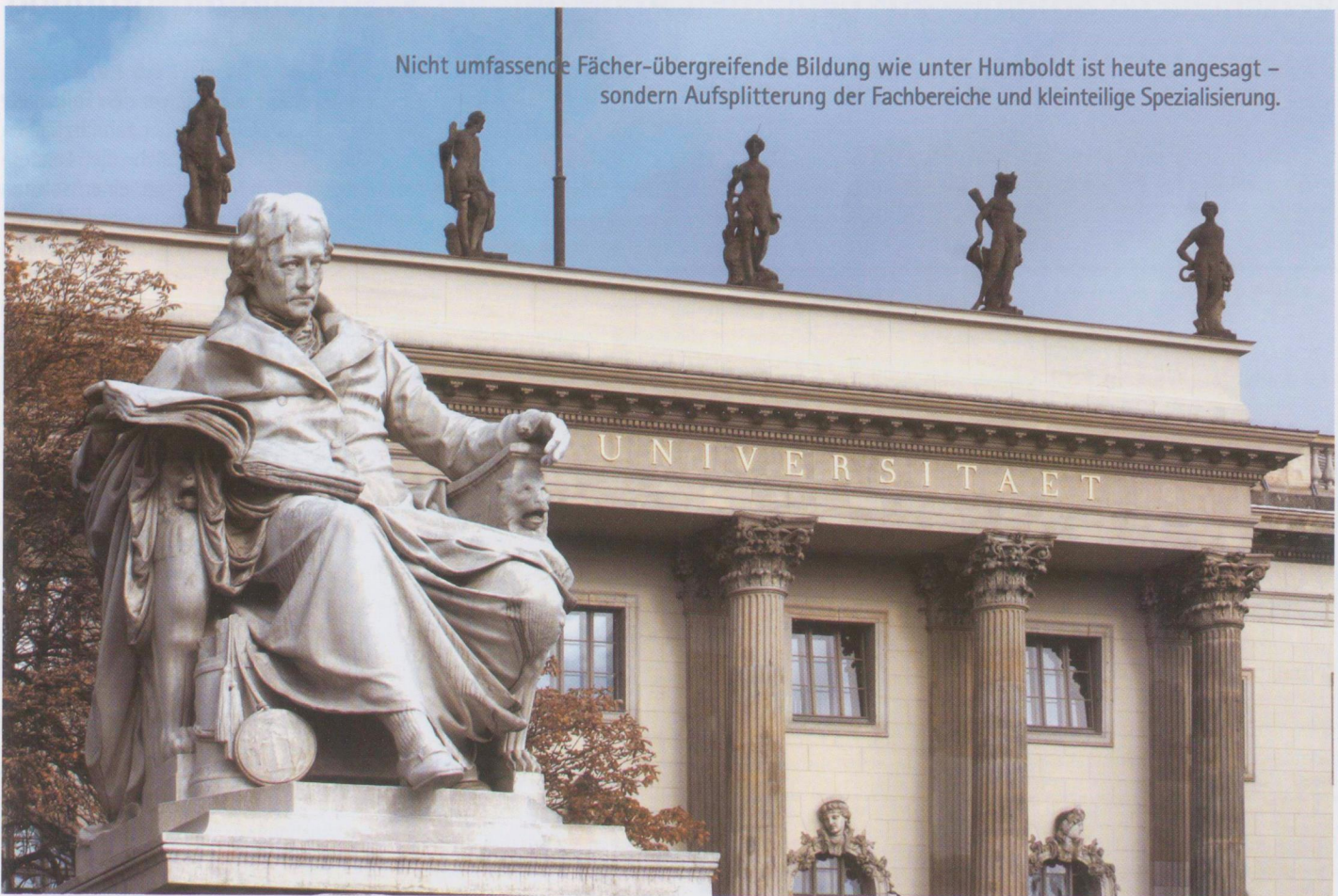
werden wie geplant in Kraft treten. Lediglich auf die Installierung des GKV-weit einheitlichen Beitragsatzes wird zunächst verzichtet. In dieser ersten Phase bleibt das funktionierende heutige Finanzierungssystem der GKV bestehen. Die Kassen könnten das Jahr 2009 auf Grundlage einer eigenen Finanzhoheit und eigenem Beitragsatz besser kalkulieren, eventuell unterjährig nachjustieren und durch die regionalen Wirkungen durch den eigenen Beitragsatz abfedern. So können die realen Wirkungen der genannten Reformelemente genau analysiert werden, um ggf. entsprechende Konsequenzen zu ziehen.

Das Bundesversicherungsamt kann in der Erprobungsphase ermitteln, wie sich die genannten Neuregelungen auf die Höhe der Zusatzbeiträge bzw. Prämienzahlungen der einzelnen Krankenkassen auswirken würden. Auf diese Weise können die Kassen die komplexen Wirkungsmechanismen der Neuregelungen bei ihren Haushaltsentscheidungen vor Scharfschaltung des Fonds mit berücksichtigen. Aber auch die Politik kann auf Basis der Ergebnisse der Erprobungsphase unerwünschte Wirkungen noch vor Scharfstellen der neuen Finanzierungssystematik beheben. All dies erhöht die Chancen für eine erfolgreiche Einführung des Fonds.



Zahnärztliche Fort- und Weiterbildung bleibt ein heißes Thema

Nicht umfassende Fächer-übergreifende Bildung wie unter Humboldt ist heute angesagt – sondern Aufsplitterung der Fachbereiche und kleinteilige Spezialisierung.



Die Entwicklung im Bereich der zahnärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung wird von DAZlern und auch von anderen politisch aktiven Zahnärzten seit längerer Zeit mit Sorge verfolgt. Der Berufsverband der Allgemeinzahnärzte (BVAZ) initiierte eine „Allianz gegen die Änderung der Weiterbildungsordnung“, der inzwischen verschiedene zahnärztliche Verbände einschließlich des DAZ beigetreten sind. Die an der Allianz beteiligten Organisationen mögen bei vielen Themen durchaus unterschiedlicher Meinung sein. Hier eint sie jedoch ein gemeinsames Problembewusstsein bezüglich einer Bedrohung für die Tätigkeit des Allgemeinzahnarztes.

Sogar von der BZÄK – als einem Beteiligten an der geplanten Weiterbildungsordnung (WBO) – ist zu hören, dass keinesfalls die de facto Einführung neuer Fachzahnärzte und die Schwächung der „Generalisten“ intendiert seien. Vielleicht ist es ja wahr, dass es keine solchen Intentionen gibt, aber die Wirkung der neuen Ordnung wird vermutlich dennoch so sein. Die Forderung der Allianz nach einem Moratorium und mehr Nachdenken ist deshalb so lange nicht

gegenstandslos, wie es keine Distanzierung von der geplanten Novelle gibt.

Die Probleme der Allgemeinzahnärzte sind unmittelbar mit denen der Patienten verbunden, die eine umfassende Versorgung auf einem sinnvollen Versorgungsniveau im Rahmen ihrer Versicherung brauchen. Sie brauchen nicht verschiedene, künstlich aufgeblasene, den Industrieinteressen gemäß übertechnisierte Spezialdisziplinen, die sie sich zusammensuchen und teuer bezahlen müssen.

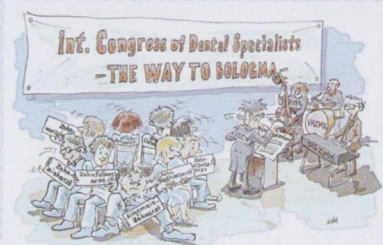
Die neue WBO betrifft auch die Hochschulen. Seit langer Zeit läuft eine Entwicklung von Personalkürzungen im Bereich des akademischen Mittelbaus, weg von der Möglichkeit einer postgraduierten Ausbildung im Rahmen der Hochschulen für die Mitarbeiter der Abteilungen. Diese qualifizierten Mitarbeiter wären dann auch für die Ausbildung der Grundstudenten nutzbar. Die Entwicklung geht hin zum Verkaufen von Weiterbildung als Dienstleistung nach außen, um Geld zu verdienen und den Kürzungen wenigstens etwas entgegenzusetzen zu können. Dies ist das Szenario bei den Hochschullehrern guten Willens.

Bei den anderen dient der Weiterbildungskommerz den eigenen Interessen.

Künftig werden Zahnärzte so viel in ihre Ausbildung investiert haben, dass sie ihre Dienstleistungen sehr viel teurer anbieten müssen, um noch irgendwie wirtschaftlich zu arbeiten. Gesellschaftlich kann das nicht ohne Konsequenzen bleiben.

Dr. Celina Schätze
Berlin

Zur Vorgeschichte sei als Lektüre der Beitrag von Dr. Dr. Rüdiger Osswald aus DAZ-Forum 95-2008, S. 12-15, empfohlen: „Die Reise nach Bologna“. Er ist erhältlich über die DAZ-Geschäftsstelle oder www.daz-web.de



Stärkung der Allgemeinzahnheilkunde gefordert

Verschiedene Stimmen zur geplanten Änderung der Weiterbildungsordnung

Nachdem auf Initiative des Berufsverbandes der Allgemeinzahnärzte (BVAZ) eine Diskussion über die WBO in Gang kam, haben sich zahlreiche größere und kleinere Verbände zu Wort gemeldet und u.a. erreicht, dass die Bundeszahnärztekammer zu dieser Thematik Stellung beziehen musste. Nachfolgend eine kleine Auswahl an Verlautbarungen zum Thema.

BVAZ-Hintergrundinformationen zur geplanten WBO-Änderung

Die Neufassung der Weiterbildungsordnung, die Ende 2008 auf dem Deutschen Zahnärztag verabschiedet werden soll, soll es möglich machen, dass man einen Fachzahnarzttitel durch den sogenannten „Part-time-Master“ auch berufsbegleitend erwerben kann. Der praktische Ausbildungsanteil erfolgt in der Praxis, die theoretische Ausbildung mitsamt Titelvergabe erfolgt an der Universität. Die bisherige strikte Grenzziehung zwischen Fort- und Weiterbildung wird damit aufgelöst. Zu diesem Zweck haben die BZÄK, die DGZMK und der Verband der Zahnmedizinischen Hochschullehrer VHZMK im Nov. 07 eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen. Der BVAZ-Vorstand hat in zahlreichen Gesprächen keinen Zweifel daran gelassen, dass die Etablierung berufsbegleitender „postgraduierter Master“ – schon gar keine im Nebenberuf gegen Sitzfleisch und Geld erworbene – mit den Allgemeinzahnärzten nicht verhandelbar ist, weil dies mit dem Bologna-Prozess (als dessen zwangsläufige Folge dies alles „verkauft“ werden soll) nichts zu tun hat. Man bräuchte diese Ausbildung nicht, wenn die Hochschullehrer ihre Pflicht zur Ausbildung der Studenten nicht vernachlässigen würden, um postgraduiert durch die Fortbildungskurse im Lande und durch die Regenbogenpresse zu tingeln. Vieles deutet darauf hin, dass es in der Zahnärzteschaft genau so laufen soll, wie weiland bei den Hausärzten: Erst schafft man zahlreiche Fach(zahn)arzt-Titel, die anschließend den Fach(zahn)ärzten zur Legitimation dienen, sich bei den Honoraren der Allgemein(zahn)ärzte zu bedienen. Die Dummen dabei wären die Allgemeinzahnärzte! (Quelle: www.bvaz.de)

Aus BVAZ-Meldung Mai 08: Die Qualität der zahnärztlichen Ausbildung wird für das schnelle Fortbildungs-Geld geopfert

Bevor im Herbst 2008 die deutschen Universitäten mit phantasievollen Bachelor- und Mastertiteln in den zahnärztlichen Fort- und Weiterbildungsmarkt einsteigen können, sicherte sich eine österreichische Universität schon ihre Pfründe: Gemeinsam mit der ZÄK

Hessen und deren Präsidenten Dr. M. Frank hat die Donau-Universität Krems einen Master-Lehrgang „Implantologie“ entwickelt. In Anschluss an das Curriculum Implantologie der hessischen ZÄK bietet sie gegen die Gebühr von 18.000 € eine dreisemestrige Weiterbildung zum „schildfähigen, akademischen Grad ‚Master of Science Implantologie‘“ an. Die Abschlussprüfung für die hessischen Implantologen findet im österreichischen Krems statt. „Wir wissen nicht, ... welche gewichtigen Gründe die hessischen Selbstverwaltungs-funktionäre dazu bewogen haben, die Fortbildungskompetenz der Kammer ohne Not in österreichische Hände auszusourcen“, kommentiert BVAZ-Präsident Dr. Günter Kau, „Aber wir sehen mit Sorge, dass schon im Vorfeld der Änderung der geplanten Weiterbildungsordnung die Claims abgesteckt werden.“

Die Donau-Universität Krems ist ein besonderes Modell: eine öffentliche Universität mit privatwirtschaftlicher Organisation und Finanzierung, spezialisiert auf postgraduale Weiterbildung. Sie verzeichnet eine Liste von über 100 Institutionen und Wirtschaftsunternehmen, mit denen sie kooperiert bzw. von denen sie gefördert wird. (www.donau-uni.ac.at)

Aus DAZ-Meldung Juni 08: BZÄK muss umgehend Farbe bekennen

Fatale Folgen für die Versorgung der Patienten und die Kosten im Gesundheitswesen erkennt der Vorstand des DAZ für den Fall einer Änderung der Muster-Weiterbildungsordnung in Richtung weiterer künstlicher Spezialisierungen, insbesondere über den Erwerb postgradualer Zusatzqualifikationen. ... Es ist davon auszugehen, dass in puncto postgradualer Spezialisierungen die BZÄK die breite Mehrheit der Zahnärztinnen und Zahnärzte in Deutschland gegen sich hat, welche es nicht hinnehmen werden, bei derart einschneidenden Veränderungen ihrer Berufsausübung faktisch übergangen zu werden. Diese Majorität der Zahnärzte, die ihre Patienten umfassend behandeln wollen und können, zählen genauso wenig zu den Nutznießern weiterer Fachzahnarztgebiete wie die allermeisten Patienten, die sich eine teure Spezialbehandlung in der Regel nicht leisten wollen oder können. Nutznießer sind vielmehr im Wesentlichen die Anbieter postgradualer Spezialisierungen, die außerhalb der normalen Studiengänge zusätzlich beschäftigten Hochschullehrer sowie die Dentalindustrie. Insbesondere vor diesem Hintergrund ist eine „Politik der offenen Karten“ seitens der BZÄK mehr denn je vonnöten.

Eindringlich warnt der DAZ vor den Folgen einer weiteren Zergliederung der zahnärztlichen Berufsausbildung, sollten sich die Landes-zahnärztekammern jemals an einer solchen Muster-Weiterbildungsordnung der BZÄK orientieren. Wenn es das Ziel ist, die flächendeckende zahnärztliche Versorgung in Zukunft schwerpunktmäßig nur noch in Spezialistenpraxen durchführen zu lassen, wird die eigentliche, zur tatsächlichen Berufsbefähigung führende Ausbildung erst nach dem Studium erfolgen. Darunter würde zwangsläufig die reguläre universitäre Ausbildung leiden, die dann nur noch Zahnmediziner produziert, die über eine lediglich theoretische Berufsbefähigung verfügen. Gleichzeitig müssten diese Zahnmediziner jeweils Fachzahnarztbefähigungen postgradual gegen viel Geld erwerben, was wiederum zwangsläufig eine erhebliche Verteuerung der zahnärztlichen Leistung zur Folge haben wird. Dieses kann gesamtgesellschaftlich jedoch kein ernsthaftes Ziel sein. Nach den Vorstellungen des DAZ ist der Königsweg zur Verbesserung der zahnärztlichen Befähigung eine wesentlich intensivere universitäre Ausbildung im Rahmen des Regelstudiums... Der Zahnarzt ... muss mit dieser Ausbildung und weiteren lebenslangen berufsbegleitenden Fortbildungen in der Lage sein, in sämtlichen Teilgebieten der Zahnmedizin verantwortlich zu behandeln. Der DAZ steht auf dem Standpunkt, dass Spezialisten nur bei wenigen besonders schwierigen Einzelfällen benötigt werden, während die alle Teilgebiete überschauende Behandlung durch den Generalisten die Regel bleiben muss. Nur so ist es möglich, mit den begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen effektiv und effizient umzugehen.

Aus Resolution der VW der KZVB Juli 08: Berufsgerechte Approbations-, Fort- und Weiterbildungsordnung gefordert

In der Diskussion um eine neue Approbations-, Fort- und Weiterbildungsordnung sind Überlegungen von Hochschullehrern bekannt geworden, einen „Hauszahnarzt“ mit eingeschränktem Therapiespektrum einzuführen und daneben diverse zusätzliche Fachzahnärzte einzuführen. Dahinter verbirgt sich unter anderem, mehr finanziellen Spielraum für Spezialisten auf Kosten der Generalisten zu erzielen. Diese Bestrebungen, einschließlich sektoraler Honorarverteilungsmaßstäbe werden von der Vertreterversammlung der KZV Bayerns entschieden abgelehnt. Durch solche Pläne

Berliner Standespolitik – etwas „Besonderes“?

Das Interesse der Kollegenschaft an unseren zahnärztlichen Körperschaften scheint zu schwinden. An der Wahlbeteiligung zu den Körperschaften KZV, Kammer und Versorgungswerk ist das unschwer abzulesen. Möglicherweise hat dies auch mit den seit geraumer Zeit heftiger werdenden berufspolitischen Auseinandersetzungen in Berlin zu tun, die häufig als „Verbandsgerangel“ wahrgenommen werden. Zumindest gibt es den Versuch von Seiten derjenigen, die den Zugang zu den offiziellen Mitteilungskanälen haben, eine solche Wahrnehmung zu fördern.

Jahrzehntelang haben der Verband der Zahnärzte von Berlin und der Freie Verband Deutscher Zahnärzte in Berlin die zahnärztlichen Körperschaften beherrscht.



Die lange Zeit der Machtausübung des VdZvB und des Freien Verbandes hat in allen drei Körperschaften eine Vetternwirtschaft und Selbstbedienungsmentalität begünstigt, welche die Kassenzahnärztliche Vereinigung, die Zahnärztekammer und das Versorgungswerk in große Schwierigkeiten geführt haben. Diese Missstände über interne kollegiale Gespräche zwischen kritischen Kollegen und dem Establishment schrittweise zu beheben, ist nicht gelungen. Die Arroganz der Macht in den Vorständen war stärker. Zunehmend mussten darum Gerichte bemüht werden, um die Arbeit in den Körperschaften wieder in satzungskonforme Bahnen zu lenken.

Nur drei Beispiele:

KZV

Nach wie vor ermittelt die Staatsanwaltschaft gegen den Vorstand der KZV wegen der Abrechnung von Sitzungsgeldern, welche der Rechnungsprüfungsausschuss als falsch beanstandet hat. Die auf Grund eines Verfahrensfehlers doppelt erfolgte Entlastung durch die Anhänger des Vorstandes wird ihm nicht viel nützen, falls es zu einer Anklage kommt. Deutlich wird aus dieser Entlastung trotz des offensichtlichen Fehlverhaltens des Vorstandes, dass von den Mehrheitsverbänden keine Besserung der Verhältnisse zu erwarten ist. Dass eine Ermächtigung für den Nachtnotfalldienst nur zum Schein dem Vivantes - Klinikum erteilt worden war, ist inzwischen auch gerichtlich unanfechtbar festgestellt worden. Betrieben wurde der Nachtnotfalldienst in Wirklichkeit von dem Pressesprecher der KZV Berlin, Vorstandsmitglied des Verbandes der Zahnärzte von Berlin und Mitglied des Haushaltsausschusses der KZBV Dr. M.

Kammer

Das Berliner Verwaltungsgericht hat die Wahlen zur Zahnärztekammer auf Grund grober Verfahrensfehler für ungültig erklärt. Ob die Wahlen manipuliert waren, musste das Gericht dabei nicht einmal entscheiden. Eine von vielen ungeklärten Fragen in diesem Zusammenhang ist, wie und welche der im Haus der KZV eingeworfenen Wahlbriefe zum Sitz der Zahnärztekammer gelangt sind. Schlamperei ist auch eine Form der Geringschätzung für die übernommene Verantwortung.

Versorgungswerk

Die erste angestrenzte Klage gegen das Versorgungswerk wegen der Kürzung der Rentenanwartschaften um 16 % - die entgegen allen anders lautenden Erklärungen überwiegend auf Fehlspekulationen mit Aktien zurückzuführen ist - hat zu einem Vergleich geführt, in dem das Versorgungswerk diese Kürzung für den Bereich

der freiwilligen Höherversorgung hat zurücknehmen müssen. Die Vorsitzende RichterIn sprach von einer tickenden Zeitbombe, obwohl sie nicht einmal die versicherungsmathematischen Gutachten kannte, die kritischen Beobachtern schon länger die Haare zu Berge stehen lassen.

Alle diese gerichtlichen Entscheidungen betreffen die Mitglieder der drei Körperschaften finanziell massiv. Wegen der personellen Verquickungen in den drei Körperschaften ist es nicht nur legitim, sondern sogar erforderlich, vor der anstehenden Neuwahl zur Zahnärztekammer Berlin auf die Missstände im ganzen Körperschaftshaus hinzuweisen. Der Filz, der seit langem in den Mehrheitsverbänden entstanden ist, kann nur über geänderte Mehrheiten aufgelöst werden. Die Kammerwahl ist die nächste Gelegenheit!

Ich kenne nur die Verhältnisse in Berlin, und Berlin versucht sich immer als etwas Besonderes darzustellen. Vielleicht ist das ja so und die Körperschaftsmitglieder anderer Regionen können sich mit Entsetzen von unseren Zuständen abwenden. Vielleicht gibt die Darstellung unserer Probleme aber auch Anstoß, woanders mit gesteigerter Aufmerksamkeit die eigenen Vertreter zu beobachten.

Dr. Helmut

Dohmeier-de Haan, Berlin

BUZ-Vorsitzender und DAZ-Mitglied

P.S. Ein - eigentlich nur marginales - Beispiel gutsherrlichen Verhaltens der Vorstände von KZV und Kammer betrifft den DAZ direkt: Ein Einladungsflyer für unsere Jahreshauptversammlung mit Fortbildung darf dieses Jahr wieder nicht in das Mitteilungsblatt der Berliner Zahnärzte eingelegt werden, weil das Verbandswerbung sei. Werbungen anderer Vereinigungen für vergleichbare Veranstaltungen wurden dagegen genehmigt.

Neues aus dem Qualitätssicherungsprojekt des DAZ

Im Herbst starten gemeinsame Patientenbefragungen in Arzt- und Zahnarztpraxen in Kooperation mit dem NAV-Virchow-Bund

Kernelemente des QSP

2004 hat der DAZ sein Projekt Qualitätssicherung (QSP) gestartet, an dem sich seither eine Reihe niedergelassener Zahnärztinnen und Zahnärzte beteiligen. Kernelemente des Projekts sind eine Selbstverpflichtungserklärung, sprich: die Verpflichtung der Teilnehmer auf bestimmte Grundsätze patienten- und qualitätsorientierter Arbeit, sowie eine permanente Patientenbefragung. Die Auswertungen wurden von Anfang an durch die Brendan-Schmittmann-Stiftung des NAV-Virchow-Bundes vorgenommen, die bereits eine Studie zu den ersten Ergebnissen veröffentlicht hat. Die gewonnenen Daten geben, anders als die meisten Patienten-Zufriedenheits-Erhebungen, Aufschluss auch über qualitätsrelevante Aspekte der Arbeitsweise einer Praxis und liefern Hinweise auf Verbesserungsnotwendigkeiten und -möglichkeiten.

NAV-Virchow-Bund führt ebenfalls Patientenbefragungen durch

Inzwischen ist die Einbindung des DAZ-Projektes in ein größeres Projekt in Angriff genommen worden. Der ärztliche Partnerverband des DAZ, der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, bietet, angeregt durch das DAZ-Konzept, seinen Mitgliedern ebenfalls ein Instrumentarium für Patientenbefragungen und Auswertungen über die Brendan-Schmittmann-Stiftung an. Da ein Teil der qualitätsbezogenen Fragestellungen in Arzt- und Zahnarztpraxen identisch ist, liegt es nahe, beide Projekte zu synchronisieren und so noch bessere Vergleichs- und Servicemöglichkeiten für die Projektteilnehmer zu erreichen.

Mithilfe von Pilotstudien und Experteneinschätzungen wurden die Befragungsinstrumente weiterentwickelt und nunmehr ein allgemeiner Fragebogen erstellt, der fachübergreifend in Zahnarztpraxen und Arztpraxen aller Fachrichtungen angewendet werden kann, ergänzt durch den überarbeiteten QSP-Fragebogen für den zahnärztlichen Bereich und zukünftig ergänzt durch spezifische Erhebungsbögen für ein-

zelne andere ärztliche Disziplinen. Diese neuen Materialien werden in absehbarer Zeit zur Verfügung stehen. Das DAZ-Projekt wird seine Regularien entsprechend anpassen.

Was bedeuten diese Veränderungen für die bisherigen Projektteilnehmer?

Die Projektleitung wird die alten Fragebögen nur noch sehr eingeschränkt versenden. Natürlich werden alle eingehenden Fragebögen in der alten bekannten Form ausgewertet. Wer die festgelegte Mindestzahl an Rückläufen und den Bewertungsdurchschnitt erreicht, dem wird wie gewohnt das Qualitätssiegel für den neuen Zeitraum, für die Jahre 2008 bis 2010, verliehen.

Mit dem 4. Quartal 2008 soll dann ein neuer Abschnitt unseres Konzeptes beginnen. Jede teilnehmende Praxis erhält eine festgelegte Anzahl von 80 Fragebögen. Der allgemeine Teil gilt für alle Arztpraxen jeglicher Fachrichtung. Für die Fachrichtung Zahnmedizin sollen unsere Patienten spezifische Fragen unseres Fachgebietes beantworten. Der ausgewählte Patient erhält neben unserem Flyer und einem Umschlag zur Sendung des Fragebogens an die Auswertungsstelle ein Anschreiben, das ihn über die Hintergründe der Umfrage aufklärt und ihn zum Ausfüllen der Fragebögen motivieren soll.

Befragungsaktion wird vereinfacht

Die Projektteilnehmer werden, auch wenn sie schon seit längerer Zeit zum QSP gehören, aus organisatorischen Gründen gebeten, noch einmal eine Teilnahmeerklärung abzugeben und einen Praxisfragebogen aktuell auszufüllen und an die angegebene Adresse zurückzuschicken. Zugleich erhalten sie ein Informationsblatt zur Patientenbefragung in ihrer Praxis.

Die wichtigste Veränderung gibt es im Austeilungsmodus der Fragebögen. Die Fragebogensets werden an aufeinander folgenden Öffnungstagen der Praxis ausgeteilt, bis alle 80 Fragebogensets ausgegeben sind.



Alle Patienten, die unsere Praxis aufsuchen, erhalten ein Fragebogenset. Ausnahmen: Patienten unter 18 Jahren, Patienten ohne ausreichende Deutschkenntnisse.

Nach dieser Veränderung wird eine Praxis nur noch in einem kurzen Zeitraum mit der Organisation der Fragebogenerhebung belastet. Das ist sicherlich eine Entlastung. Die Befragungsunterlagen erscheinen alle in einer neuen übersichtlichen und schnell auswertbaren Form. Aufgrund der neuen Fragebögen und des größeren Kollektivs beteiligter Praxen werden die Auswertungen zukünftig noch aussagekräftiger und interessanter.

Das QSP entwickelt sich weiter – Machen Sie mit!

Wir können Sie alle nur sehr herzlich einladen, zu der jährlichen Versammlung der QS-Projekt-Teilnehmer am 20. September 2008 in Berlin im Rahmen der DAZ-IUZB-Jahrestagung zu kommen. Diskutieren Sie mit über Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in Zahnarztpraxen! Bringen Sie Ihre Erfahrungen ein und tragen Sie bei zur weiteren Entwicklung des Projektes. Näheres über die Tagung erfahren Sie in diesem DAZ-Forum auf den Seiten 12-13. Detaillierte Informationen zum Projekt erhalten Sie übers Internet unter www.qsp-daz.de sowie über die Adresse:

Dr. Peter Nachtweh

Kaiserdamm 97, 14057 Berlin
Tel. 030/3022010, Fax 030/3255610
Mail pnachtweh@t-online.de
www.qsp-daz.de

Qualitäts-Management in Zahnarztpraxen ist inzwischen gesetzlich vorgeschrieben. Hier wird Ihnen eine praxisgerechte unbürokratische Möglichkeit geboten. Nehmen Sie Kontakt mit uns auf!

Dr. Peter Nachtweh, QSP-Projektleiter

DAZ-Jahrestagung 20./21. September 2008

Hotel Albrechtshof, Albrechtstr. 8, Berlin-Mitte

Der DAZ veranstaltet seine Jahrestagung dieses Mal zusammen mit der
Initiative Unabhängige Zahnärzte Berlin (IUZB)

Beide Verbände laden am Samstagvormittag zu einer öffentlichen Fortbildungsveranstaltung ein unter dem Titel:

„Medizin und Schönheitswahn – Ethische Grenzen einer marktorientierten Zahnheilkunde“

mit

Prof. Dr. Giovanni Maio,

Leiter des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Freiburg

Gesamt-Programm

Freitag, 19.09.2008

ab 20⁰⁰ **Start-Treffen** im Restaurant „Alvis“ des Hotel Albrechtshof, Albrechtstr. 8, 10117 Berlin, T. 030/30886-0

Samstag, 20.09.2008

10⁰⁰ Eröffnung der Jahrestagung
Referat von Prof. Dr. Giovanni Maio, Freiburg:
„Medizin und Schönheitswahn –
Ethische Grenzen
einer marktorientierten Zahnheilkunde“
anschließend Diskussion

Für die Fortbildung werden 3 Fortbildungspunkte gemäß BZÄK-KZBV-DGZMK-Richtlinien vergeben. Ein Tagungsbeitrag wird nicht erhoben.

13⁰⁰ Mittagspause – die Teilnehmer sind zu einem Imbiss eingeladen

14⁰⁰ **Jahreshauptversammlungen von DAZ und IUZB**

ab 20⁰⁰ Gemütliches **Beisammensein** im indischen Restaurant Bombay, Friedrichstr. 106, Ecke Ziegelstraße, 10117 Berlin-Mitte, Tel./Fax 030/28484953

Sonntag, 21.09.2008

9-14⁰⁰ Fortsetzung **DAZ-Jahreshauptversammlung** in der Praxis Dr. Eva Hübner (Eingang wie BZÄK), Chausseestr. 113, 10115 Berlin, Tel. 030/2823638, Fax 28097153



Innenhof des Albrechtshofes, Berlin-Mitte

DAZ-Jahreshauptversammlung

20.09.2008, 14⁰⁰ bis 17⁰⁰, sowie 21.09.2008, ab 9⁰⁰

- 1) Eröffnung durch den DAZ-Vorsitzenden, Wahl von Diskussions- und Wahlleiter, Festlegung der Tagesordnung
- 2) Tätigkeits- und Rechenschaftsbericht des DAZ-Vorstandes mit Informationen zur berufspolitischen Situation, zu Initiativen des DAZ und zur DAZ-internen Situation; anschließend Diskussion
- 3) Berichte aus der Geschäftsstelle und den verschiedenen Arbeitsbereichen des DAZ inkl. Forum-Redaktion und Diskussion
- 4) Anträge an die Mitgliederversammlung (satzungsgemäß eine Woche vorher beim Vorstand/der Geschäftsstelle einzureichen), Diskussion, Beschlussfassung
- 5) a) Berichte Kassierer und Kassenprüfer; Diskussion
b) Entlastung des Vorstandes
- 6) Turnusgemäße Neuwahl des DAZ-Vorstandes
- 7) a) Wahl der Kassenprüfer für 2009
b) Bestätigung der Beitragsordnung für 2009
c) Verabschiedung des Haushaltsplanes 2009
- 8) Planung der nächsten Aktivitäten, Jahrestagung 2009
- 9) Verschiedenes



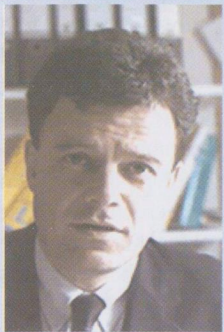
Versammlung des DAZ-Projektes Qualitätssicherung

20.09.2008, 17⁰⁰ bis 18³⁰

Bericht der Projektleitung, Vorstellung der Veränderungen beim Projekt wg. Synchronisierung des Projektes mit der Aktion Praxisbewertung des NAV-Virchow-Bundes, Diskussion und Beschlussfassung zur Anpassung der Projektordnung und div. Projekt-Materialien, Vorstellung der neuesten Befragungsergebnisse, Siegel-Vergabe, Planung der nächsten Schritte

Zum Referenten Prof. Dr. Giovanni Maio

Prof. Maio, der Medizin, Philosophie und Geschichte studiert hat und vor seiner Habilitation zunächst eine Facharztweiterbildung in Innerer Medizin absolvierte, leitet seit 2006 das Institut für Ethik und Geschichte der Medizin in Freiburg.



Er setzte sich u.a. kritisch mit der Zunahme zahnmedizinisch-kosmetischer Maßnahmen und der Kommerzialisierung in der Zahnheilkunde auseinander. „Der Patient“, so Maio, „wird uns heute in vielen Bereichen der Medizin vornehmlich als Kunde präsentiert, und er gibt sich mit seinem An-

spruchsdenken auch meistens als Kunde zu erkennen, so dass es mehr als nahe liegt, ihn von Seiten der Medizin auch als einen solchen zu behandeln. In ethischer Hinsicht stellt sich aber die Frage, ob eine solche Umorientierung der Medizin überhaupt statthaft ist. Gerade im Bereich der Zahnheilkunde und erst recht in Bezug auf die ästhetischen Angebote der ‚modernen‘ Zahnheilkunde treten die ethischen Grenzen eines solchen Identitätswandels offen zutage.“

Mehr erfahren Sie bei der Veranstaltung am 20.09.2008. Wir bitten um Anmeldung beim:

DAZ im NAV-Virchow-Bund

Belfortstr. 9, 50668 Köln

Tel. 0221/97300545, Fax 0221/7391239

Mail kontakt@daz-web.de



IUSB-Jahreshauptversammlung

20.09.2008, 14⁰⁰-18⁰⁰ Uhr

- 1) Begrüßung durch den Vorsitzenden
- 2) Bericht des Vorstandes
- 3) Bericht des Kassenwarts
- 4) Bericht über die Arbeit der gewählten Mitglieder der IUSB in der VV der KZV Berlin und anderen Gremien
- 5) Versorgungswerk
- 6) Kammerwahlkampf
- 7) Anträge
- 8) Verschiedenes

www.iusb.org

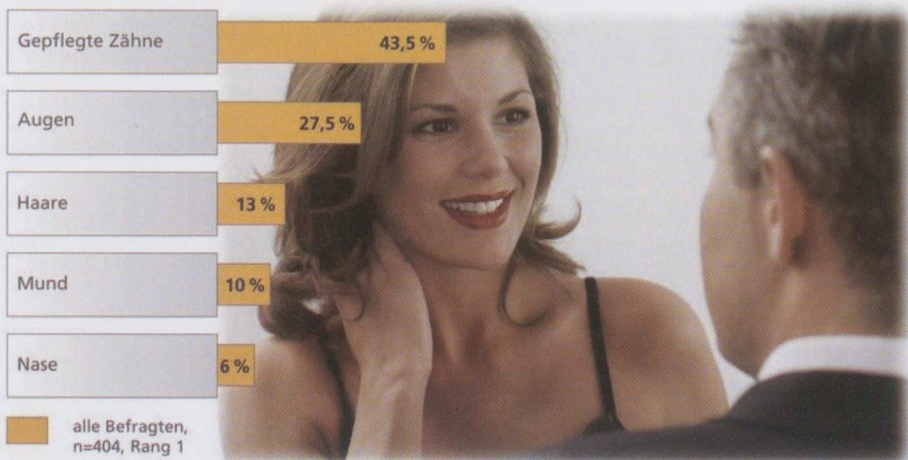


Symbol für Transparenz und Bürgerbeteiligung:
die öffentlich zugängliche und durchsichtige Kuppel des Berliner Reichstages

(Zahn-) Medizinische Eingriffe ohne Not?

Aufklärung ist unerlässlich – gerade bei Ästhetik-Behandlungen

Wonach beurteilen Sie die Attraktivität eines Menschen?



Quelle: EMROS, Stand Dezember 2006

Grafik: Initiative proDente e.V.

Keine Frage – Ästhetik ist gefragt und bedient sich immer häufiger nicht nur modischer und kosmetischer sondern auch medizinischer Mittel. Wie stellt sich diese Entwicklung aus Sicht von Patientenberatern dar? Judith Storf, Mitarbeiterin der Unabhängigen Patientenberatung Bielefeld (UPD) und zugleich Sprecherin der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP) hat uns ihre Erfahrungen geschildert. Sie konstatiert einen regelrechten „Schönheitswahn“.

Der zunehmende Schönheitswahn übt auf den medizinischen Bereich einen zunehmenden Einfluss aus. Umgekehrt wird der Wahn durch Mediziner/innen mit begünstigt. Der Anreiz, Verschönerungsmaßnahmen anzubieten, ist groß, die Gewinnspanne in diesem Bereich verführerisch hoch. Also werden mit wachsender Tendenz in ganz normalen (Zahn)Arztpraxen – fachübergreifend! – Angebote zur vermeintlichen Verschönerung angeboten. Die Tendenz, Patient/innen auch in diesem Bereich als Kunden zu definieren, nimmt zu. Fehlgeleitete Wünsche von Patient/innen werden von einem Teil der (Zahn)Ärzterschaft ausgenutzt.

Auf der anderen Seite gibt es immer häufiger Anfragen nach Maßnahmen zur „Verschönerung“ bei Nutzer/innen. Immer mehr Menschen verfallen der u.a. durch Medien und Werbung transportierten Idee, mittels chirurgischer Körperkorrekturen „bessere“ Menschen zu werden. Suggestiert wird beruflicher Erfolg, steigende Beliebtheit, glückliche Partnerschaft. Besonders ansprechbar sind zunächst junge Menschen,

weil sie mit diesem Schönheitswahn aufwachsen und entsprechend geprägt sind. Aber auch Frauen, die dem gewünschtem Schönheitsideal (schlank, glatt) nicht mehr entsprechen, entscheiden sich für „Nachbesserungen“ durch Chirurgen. Im zahnmedizinischen Bereich (Zahnregulierung) spielen zudem Kinder als Kunden eine große Rolle. Die Hemmschwellen, sich chirurgischer Mittel zu bedienen, sinken auf beiden Seiten, bei Ärzt/innen und Patient/innen.

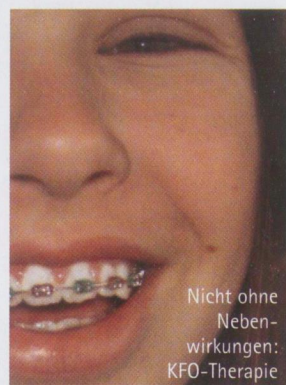
Für mich als Patientenvertreterin wird besonders deutlich, wie ungeschützt Patient/innen diesem neuem Markt ausgeliefert sind. Neben seriösen, verantwortungsvollen Anbieter/innen gibt es erschreckend viele zweifelhafte Anbieter/innen und Angebote. Erschreckend ist die mangelnde Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen von operativen Eingriffen. Erschreckend ist auch, wie wenig Qualitätssicherung in diesem Bereich existiert. Der Markt wird beherrscht von Intransparenz, aggressiver Werbung, teilweise Fehlinformation über Kosten, Risiken, Nebenwirkungen und Spätfolgen.

Das zeigen auch Beratungsanfragen in unabhängigen Patientenstellen. Die Fragen nach dem „besten“ Anbieter für Schönheitsoperationen nehmen genauso zu wie der Beratungsbedarf nach Komplikationen und Regressansprüchen. Nicht selten stimmen zudem die im Vorfeld vereinbarten Kosten nicht mit der Rechnung überein.

Diese Tendenzen werden auch im zahnmedizinischen Versorgungsbereich deutlich. Hier zeigt sich seit längerem ein klarer Trend, durch operative Maßnahmen die op-

tische Erscheinung der Person zu beeinflussen. Durch Werbung in Zeitungsanzeigen, auf Werbetafeln etc. wird an dem verbreiteten Denken angeknüpft, dass schöne Zähne beruflich und privat mehr Erfolg bringen. Mit Slogans wie „Ihre Zähne sind Ihr schönster Schmuck“, „Zähne aufgereiht wie Perlen“, „Zeigen Sie ihr schönstes Lächeln“ usw. drängen Zahnärzt/innen, Kieferchirurgen und Kieferorthopäden auf den Markt. Schöne Zähne werden teilweise gleichgesetzt mit korrekter Körperhygiene und gelten als Beleg für einen hohen Status der Person.

Wenn viele Zahnärzte/innen neben der normalen Versorgung mit zahnerhaltenden Therapien, Prothetik, Zahnersatz auch Maßnahmen zur „Verschönerung“ anbieten, ist das an sich nicht verwerflich, solange der gesundheitliche Nutzen erkennbar ist und den Patient/innen kein Schaden entsteht. Aber genau diese beiden Punkte sind längst nicht immer erfüllt. Der Markt der implantatgestützten Prothetik boomt beispielsweise wie noch nie. Viele Patient/innen wünschen heute keinen herausnehmbaren Zahnersatz mehr. Der ist wenig komfortabel und man fühlt sich damit so alt. Aber längst nicht jeder Kiefer eignet sich für eine Implantatversorgung. Auch werden Implantate teilweise ohne Not eingesetzt, wenn beispielsweise noch genügend eigene Zähne vorhanden sind, die sich als Brückenpfeiler eignen. Beispiele aus dem Beratungsalltag der Patientenstelle zeigen zudem, dass mancher Zahnarzt nicht davor zurückschreckt, gesunde, festsitzende Zähne zu ziehen, um Implantate einzusetzen. Weil die implantatgestützten Zähne heller, gerader und somit „schöner“ sind als die gesunden eigenen.



Besonders auffällig ist auch die rasante Zunahme der Patient/innen, die sich in die Behandlung zur Zahnregulierung begeben. Gemeint sind ausdrücklich nicht notwendige Maßnahmen im Bereich der Kieferchirurgie und Kieferorthopädie. Gemeint ist der



Der Patient muss über Risiken u. Alternativen aufgeklärt werden

wild wuchernde Bereich der Angebote ohne zahnmedizinische Notwendigkeit. Neben den Begründungen, dass eine Klammertherapie langfristig eine zahnerhaltene Maßnahme ist und zudem Kieferproblemen vorbeugen kann, spielt die Ästhetik eine große Rolle. Nebenwirkungen, Schädigungen an den Zähnen, Erfolgsaussichten der Therapie finden in vielen Aufklärungsgesprächen kaum Erwähnung. Galt man unter Kindern und Jugendlichen mit Zahnsperre früher noch als Loser, so ist sowas heute absolut schick. Die Eltern lassen sich überzeugen, sie wollen nur das Beste für ihre Kinder. Wer aber kontrolliert, ob eine Therapie wirklich notwendig ist? Die wenigsten Eltern haben die Möglichkeit, die Seriosität, Notwendigkeit und Qualität des Angebotes, Nebenwirkungen und Spätfolgen einzuschätzen. Die Gesetzlichen Krankenkassen haben zwar Kriterien festgelegt, wann eine Zahnklammer abrechnungsfähig ist, aber vermuten nicht viele Eltern dahinter eine Sparmaßnahme auf Kosten der Versicherten, in diesem Fall ihres Kindes? Regelmäßig beraten wir Betroffene bzw. Eltern nach misslungener Kieferregulierung.

Wirklich erschreckend ist die hohe Zahl von körperbezogenen „Schönheitsoperationen“, die durch Kieferchirurgen durchgeführt werden. Bauchstraffungen, Brustvergrößerungen und Lifting, ausgeführt beispielsweise in Belegbetten, die ursprünglich für Operationen aus dem zahnchirurgischen Bereich gemietet waren. Ausgeführt von nicht dazu ausgebildeten und daher meines Erachtens nicht legitimierten Kieferchirurgen. Die Folgen für die betroffenen Patientinnen sind katastrophal. Leider trauen sich nach wie vor die wenigsten Patienten, nach misslungener Operation gegen den Arzt aktiv zu werden. Die Scham, seiner Eitelkeit erlegen zu sein ist groß, Angebote der medizinischen und juristischen Unterstützung

sind gering. Zum Schutz der Nutzer/innen bedarf es konkreter Leitlinien, Weiterbildungen und Zulassungsvoraussetzungen für Anbieter/innen von Schönheitschirurgie. Eine professionelle, unabhängige Aufklärung von potenziellen Nutzer/innen über Sinn, Gefahren und Spätfolgen vor der "Schönheitsoperation" sollte Pflichtvoraussetzung sein. Diese sollte nicht von der/dem Operateur/in ausgeführt werden. Insgesamt lässt sich festhalten, dass Ärzte/innen

eine Verantwortung haben, sie sollen die Gesundheit ihrer Patient/innen (im Rahmen ihrer Möglichkeiten) erhalten und gegebenenfalls wiederherstellen. Sie sollen die Gesundheit Ihrer Patient/innen nicht aufs Spiel setzen!!!

Menschen sind individuelle Wesen, keine nach der Schablone gefertigten Puppen. Erfolgreiche „Verschönerungsmaßnahmen“ verschaffen den Nutzer/innen oft nur eine kurzzeitige Befriedigung, dann werden neue vermeintliche Mängel gefunden. Weil das eigentliche Problem oft ganz woanders liegt und mit chirurgischen Mitteln nicht aus der Welt zu schaffen ist.

Judith Storf
Patientenberatung Bielefeld



Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland UPD bietet an:

- persönliche Vor-Ort-Beratung in bundesweit 22 Beratungsstellen,
- überregionale themenspezifische Beratung sowie
- ein bundesweites Beratungstelefon

Tel. 01803/117722

Montag bis Freitag 10-18 Uhr

www.unabhaengige-patientenberatung.de

Aufklärung oder Werbung?

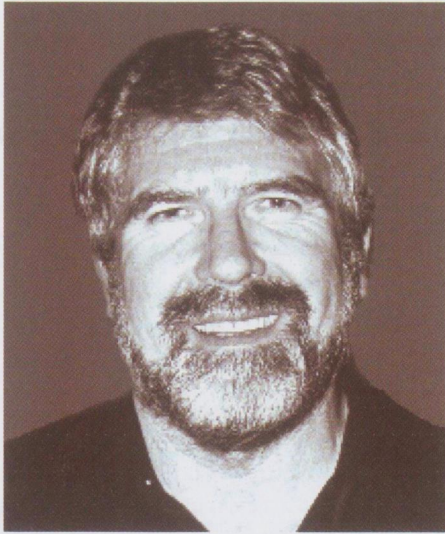
Die Körperschaften halten es mit dem Zeitgeist

Nicht nur Patientenberatern kommt zu Ohren, mit welchen fragwürdigen Angeboten Zahnarztpraxen auf Kundencapital gehen. So äußerte sich beispielsweise der Berliner Kammerpräsident Dr. Wolfgang Schmiedel im Mitteilungsblatt der Berliner Zahnärzte über Kollegen, die Haarepilation, Behandlung von Fibrömen, Falten, Altersflecken und Besenreisern sowie Permanent Make-up, Piercing und Tattoos feilbieten. Schmiedel sprach die Warnung aus, dass die Zahnärzteschaft so ihre Anerkennung als freier Beruf verlieren und der Gewerbesteuerpflicht unterworfen werden könnte. Als ob es nicht auch noch anderes zu verlieren gäbe...

Tatsächlich sind kritische Aussagen der Körperschaften zu den zunehmenden Betätigungen von Zahnärzten jenseits medizinisch begründeter Zahnheilkunde und zu der Werbung für diese Aktivitäten eher rar. Die Körperschaften und etablierten Verbände selbst heben die Schönheits-Angebote auf die Fortbildungsagenda – wenn ich mich nicht täusche, war hier und da auch mal ein Exkurs in ein Nachbargebiet wie die Botox-Faltenunterspritzung dabei. Letzterer Auswuchs dürfte inzwischen gestoppt sein, allerdings nicht durch die zahnärztliche Selbstkontrolle. Eher schon durch die Konkurrenz, z.B. die Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschland. Das Düsseldorfer Amtsgericht verhängte kürzlich wegen Faltenbehandlung gegen einen Zahnarzt einen Strafbefehl über 9000 Euro (AZ: 10 Js 274/07).

Subtiler als die offene Beauty-Werbung vieler Praxen wirkt die Verbreitung zahnmedizinischer Text- und Bildmaterials durch einige PR-Institutionen. Hier mischen Zahnärzterevertreter mit, so in dem von der BZÄK mitfinanzierten Zusammenschluss ProDente. Man findet die journalisten- und publikumsgerechten Text- und Bild-Häppchen dieser Organisationen wieder in allerlei Print- und sonstigen Medien – von der Apothekenzeitung bis zum Lokablättchen und Rundfunkspot. Das meiste ist fachlich fundierte Information. Jedoch wird zwischen den Zeilen und in den Bildern oft noch anderes transportiert: dass man etwas für sein Äußeres (und deshalb) für seine Zähne tun muss, dass der Zahnarzt der richtige Ansprechpartner für ästhetische Fragen ist, dass es fantastische Materialien gibt, dass mehr oder weniger alles machbar und erreichbar ist: Schönheit, Erfolg, ein tolles Lebensgefühl – nicht anders, als es die Auto- oder Alkoholwerbung verspricht. Das Umfragetableau auf Seite 14 z. B. hat bzgl. Mundgesundheit sicher einen Erkenntniswert nahe Null, es unterstützt jedoch die Werbung für Ästhetik-Leistungen. Neuerdings wird zudem vermittelt, dass bei Zahnproblemen oftmals nur der Spezialist weiterhelfen kann – ein Schelm, wer dahinter bestimmte Verbände vermutet! Wirksam sind diese professionell gestalteten, z. T. im Verbund mit medienmächtigen „Events“ lancierten Botschaften mit Sicherheit. Auch im Sinne von Aufklärung? Das fragt sich:

Irmgard Berger-Orsag, Troisdorf



Rundschlag, Kahlschlag, Querschlag und andere Schläge: Der gute alte Kirchhoff hat uns mal wieder provoziert

Im DAZ-Forum 95-2008 hat Dr. Wolfgang Kirchhoff die Entwicklung der Implantologie kritisch hinterfragt – hier eine Replik von einem, der seit 30 Jahren Implantologie betreibt, zahlreiche Kollegen im In- und Ausland implantologisch fortgebildet hat und trotzdem vor Ort seine Patienten als echter Hauszahnarzt (Hausbesuche inbegriffen!) betreut: Dr. Sebastian Schmidinger. Seine Vorschläge zur Organisation und Finanzierung der Zahnmedizin dürften Stoff für Diskussionen bieten.

Ach, was muss man doch von bösen Zahnärzten gar Schlimmes lesen, wenn sie schnöden Mammons wegen Implantate zahlreich legen in den Knochen, den oft morschen, statt für Zahnerhalt zu forschen!



Zugegeben, ich hab oft geschmunzelt bei der Lektüre des Forum-Beitrages von Wolfgang Kirchhoff über „Grundzüge und Strategien sozialmedizinisch vertretbarer implantat-prothetischer Versorgungsformen“ im Heft 95, ein wunderbarer Rundschlag gegen alles, was derzeit mithilfe der Implantologie implantatprothetisch möglich ist. Ein Schmunzeln, weil ich genauso alt bin wie Wolfgang Kirchhoff und nach dem Staatsexamen 1972 mit ihm zusammen einen grundsätzlichen Aufsatz über die Gruppen- und Gemeinschaftspraxis geschrieben habe und damit seine Sprache und seinen Ansatz verstehen kann. Zum anderen, weil ich, anders als er, seit 32 Jahren Implantologie eingebettet in die allgemeine Zahnmedizin betreibe, vom ersten Tag an dokumentiert und kritisch begleitet. Und da passt halt einiges gar nicht zusammen.

Ich würde gerne den Begriff „sozialmedizinisch vertretbar“ hinterfragen, der für Kirchhoff anscheinend eine klare und feste Größe darstellt, über deren Kamm allerlei geschoren werden kann, also auch die Implantologie. Heißt das, dass ein Zahnersatz und damit auch die implantologische Leistung von einer Versichertengemeinschaft bezahlt werden kann oder muss? Oder soll es eine sozialmedizinische Institution geben, die entscheidet, wer was bekommt?

Ich meine, dass es keine „sozialmedizinisch vertretbaren“ implantat-prothetischen Versorgungsformen geben kann, sondern nur eine in höchstem Maße auf das einzelne Individuum abgestimmte Versorgung, die von ihm nach eingehender Unterrichtung und Aufklärung (auch über mögliche Alternativen) gewählt wird. Begleitet wird dieser Vorgang von dem selbstkritischen Behandler, der sich die Frage stellen muss,

ob er diesen oder jenen Eingriff sicher durchführen kann, welche Prognose diese Behandlung hat und ob er in der Rolle des Patienten diesen Eingriff an sich selbst durchführen lassen würde.

Das ist kein idealistisches Blabla, sondern die Grundforderung schlechthin für das Patient-Arztverhältnis, die auch jeder (Leser) gerne für sich in Anspruch nehmen würde, egal bei welcher Erkrankung.

Leider ist es bei uns im Gesundheitswesen wie in der Ökologie: Es wird nicht gemacht, was der Mensch braucht, sondern was der Anbieter kann. Erst über den steinigen Weg des Vergleichs könnte man das Notwendige herausfiltern, da wo es Alternativen gibt. Macht die Kollegin oder der Kollege gerne und gut Amalgamfüllungen, aber auch Schmelz-Ätz-Technik sowie Gold- und Keramik-Restorationen, dann kann der Patient nach Aufklärung angemessen wählen, wobei die Kosten ein limitierender Faktor sein können. Und da kann dabei herauskommen, dass der Patient, der ca. 15% seines Einkommens in eine genossenschaftliche Versicherung einbezahlt, von dieser Versichertengemeinschaft die gut gemachte Amalgamfüllung erstattet bekommt, aber nicht mehr. Bene! Wer mehr (aber nicht unbedingt Besseres) will, kann es sich vielleicht leisten, aber das ist ausschließlich seine eigene Sache.

Gibt es keine Alternativen wie am Beispiel des atrophierten zahnlosen Unterkiefers: Hier sollte man keine Edlan/Melchiar Vestibulumplastik machen und auch keine Mundbodenvertiefung und selbstverständlich schon gar keine Auflagerungsplastik, weil sie bekanntermaßen zu keinem besseren Prothesenhalt führt. Diese präprothetische Plastik wird aber an den Kliniken durchgeführt, weil sie auf dem OP-Plan für

die Ausbildung zum MKG-Chirurgen steht. Die einzig sinnvolle Alternative für die bessere Retention der Prothese sind mindestens zwei Implantate im Bereich des ersten Prämolaren. (evidenzbasiert, das Ganze gibt es jetzt mehr als 30 Jahre, prospektiv und retrospektiv durchgenudelt). Die werden aber nicht gesetzt, weil die genossenschaftliche Versicherung/Krankenkasse keinerlei Zuschuss oder gar Kostenübernahme für diese Maßnahme gewährt, während die unsinnige Vestibulumplastik übernommen wird.

Was lernen wir daraus? Nichts! (Kahlschlag)

Im trüben Meer der immer noch mehr differenzierten Abrechnungsmodalitäten mit ihrem Wenn und Aber tummeln sich die ganz schlaue Abrechnungshaie und die Sachbearbeiter und Rechtsanwälte der Krankenkassen/Versicherungen in einer unheiligen Allianz (ich nehme dieses Wort seit einiger Zeit ungern in den Mund). Dieses Formelwerk, das mit seinen jeweilig neuesten Kommentaren (siehe Festzuschuss) bereits den Umfang der Bibel weit überschritten hat und die stärksten Rechner braucht, damit irgend etwas vorwärts geht, impliziert, dass der Patient auf keinen Fall durchblickt.

Er trägt eine dichte Augenbinde geflochten aus all den Abrechnungsregeln, die von der Krankenkasse/Versicherung und der Ärzte- und Zahnärzteschaft hinter seinem Kopf fest verknötet ist. Und weil das schon von Geburt an so ist, bemerkt er es auch gar nicht, dass er blind ist. Ich glaube nicht, dass Kirchhoff diesen Zustand für „sozialmedizinisch vertretbar“ hält.

Könnte man Licht in das Dunkel bringen? (Querschlag / Paukschlag)

Ja, mit Hilfe einer Speisekarte und einer Registrierkasse! In jedem Restaurant gibt es eine Speisekarte vor der Tür und innen drin. Da sind so 30 bis 40 Gerichte (beim Chinesen und beim Italiener auch mal 100) drauf, die haben alle einen Preis. Und je nach dem, wie groß der Hunger ist und was man wählt und isst, bekommt man von der Registrierkasse eine Rechnung, die man gleich vor Ort überprüfen kann.

Die Zahnheilkunde umfasst einschließlich der Implantologie keine 100 echten Behandlungspraktiken, die mit einem variablen Faktor versehen allemal ausreichen, um eine transparente Kostendarstellung zu erstellen. Der Patient weiß vorher (Leistungskatalog im Wartezimmer), was er nachher bezahlen muss (Registrierkasse/Klapprechner) und ob die auf der Rechnung aufgeführten Leistungen auch tatsächlich erbracht wurden. Ob das die Krankenkasse dann ganz oder teilweise bezahlt nach mehrfachen Prüfungen einschließlich der diversen Vereinigungen oder der Patient vor Ort, ist dann schon egal. Der Patient hat endlich die Augenbinde runter, er ist nicht mehr blind.

Was hat das alles mit sozialmedizinisch vertretbaren implantat-prothetischen Versorgungsformen zu tun?

Sehr viel: Kirchhoff suggeriert eine sozialmedizinische Norm oder Instanz, die sagt, was gut und böse ist und was dem Einzelnen an implantat-prothetischer Versorgung zugestanden werden kann. Diese Norm oder Instanz gibt es nicht! (doxa tou theou)

Es gibt den Wunsch des Patienten, der in aller Regel nicht aus Gaudi heraus entstanden ist.

Es gibt die individuelle anatomische Basis des Patienten:

- Höhe des Alveolarfortsatzes / Implantatlänge
- Breite des Alveolarfortsatzes / Durchmesser
- Interokkluslabstand
- Art der Gegenbezahnung
- Individuelle Konstitution

Es kann Defekte in der anatomischen Basis geben, die die Art der Versorgung limitieren oder augmentative Techniken erfordern.

Es gibt unterschiedliche Behandlungsfähigkeiten.

Es gibt altersbedingte Versorgungsformen.

Es gibt für viele Patienten ein Kostenlimit.

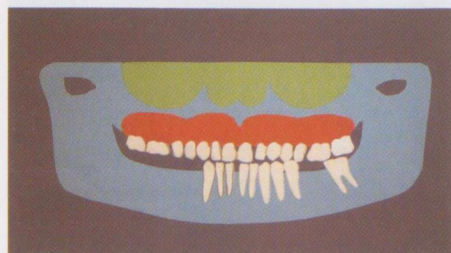
Ich möchte an einem BEISPIEL zeigen, dass es bei ein- und demselben Fall

UK-Freunde, es fehlen 44-47 und 36

sehr verschiedene Lösungsansätze geben kann und muss. (Dabei ist der Oberkiefer zum Teil vollprothetisch versorgt, zum Teil vollbezahnt.). Die Laborpreise sind deutsche Laborpreise.

Fall 1

Rüstige 80jährige Patientin, gut saugende OK-Totale, Verlust der Brücke 44-47 vor 2 Jahren, 37-43 ohne Befund. Patientin sagt, sie käme gut mit diesem Zustand zurecht und könne alles kauen.

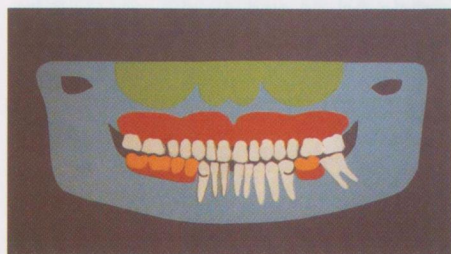


Art der Behandlung: Aufklärung über die verschiedenen Möglichkeiten, Belassen des Zustandes

Kosten: keine

Fall 2

Rüstiger Rentner, OK-Totale, 37 - 43 ohne Befund. Kommt mit der OK-Versorgung gut zurecht, wünscht unten auch „so was“ (Herausnehmbares).



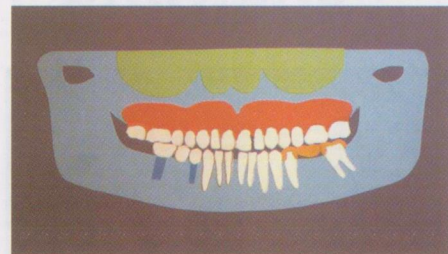
Art der Behandlung: SM-Guss mit Klammern an 43, 37 und 35

Kosten: 850.- € abzüglich Festzuschuss 300.- €. Der Festzuschuss entspricht ca. 35 % der Gesamtkosten.

Fall 3

Patientin 50 Jahre, OK-Totale, UK SM-Guss zum Ersatz von 44, 45, 46, 36.

„Bitte befreien Sie mich von diesem Teil, seitdem ich dieses Teil tragen muss, fühle ich mich unwohl.“ Wunsch nach festsitzender Versorgung

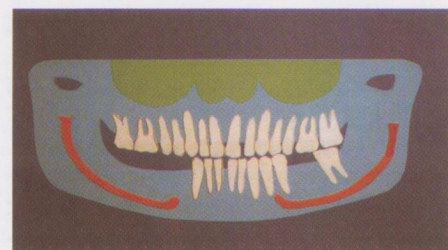


Art der Behandlung: Brücke 35 - 37, Implantatbrücke 44 - 46.

Kosten: Brücke 35 - 37 MK NE 2.100.- €, Brücke 44 - 46 MK NE 2 Implantate 3.800.- €, Gesamtkosten ca. 5.900.- € abzügl. 300.- € Festzuschuss. Der Festzuschuss entspricht ca. 5 % der Gesamtkosten.

Fall 4

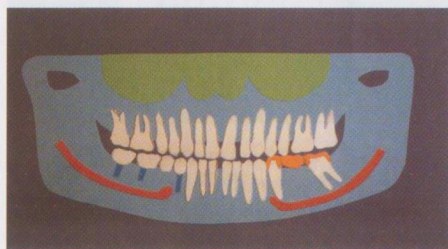
Patient 50 Jahre, OK vollbezahnt (17 - 27), UK: 14 mm Implantationstiefe möglich,



breiter Alveolarfortsatz 7 mm, hochliegendes Foramen mentale.

Art der Behandlung: Brücke von 35 - 37, NE, Implantatbrücke NE 44 - 47, 3 Implantate in der regio 44, 46, 47 mit 13 mm Länge / 5 mm Durchmesser.

Das entspricht 600 mm Implantatoberflä-

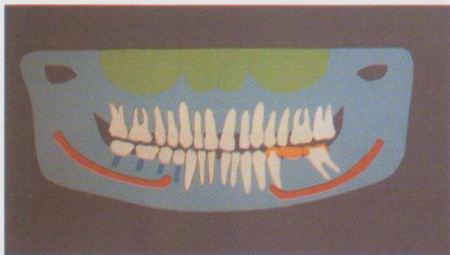


che anstelle der natürlichen Wurzeloberfläche von 1200 mm².

Kosten: Brücke 35 - 37 MK NE 100.- €, Brücke 44-47 MK NE 3 Implantate 5 450.- €, Gesamtkosten ca. 7.450.- € abzügl. 300.- € Festzuschuss. Der Festzuschuss entspricht ca. 4 % der Gesamtkosten.

Fall 5

Patientin 45 Jahre, OK voll bezahnt (17 – 27), Implantationstiefe in regio 45, 46, 47 nur 10 mm, schmaler Kieferkamm < 5 mm.



Art der Behandlung: Brücke 35 – 37 MK NE, Implantatkronen verblockt 44 nach 47, 4 Implantate regio 44, 45, 46, 47 mit 9 mm Länge / 3,8 mm Durchmesser, Implantatoberfläche 480 mm².

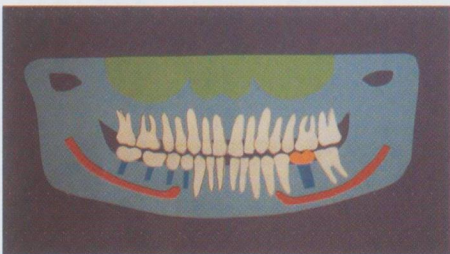
Kosten: Brücke 35 – 37 MK NE 2.100.- €, Brücke 44 – 47 MK NE 4 Implantate 6.900.- €, Gesamtkosten ca. 9.000.- € abzügl. 300.- € Festzuschuss.

Der Festzuschuss entspricht ca. 3 % der Gesamtkosten.

Fall 6

Patient 50 Jahre, OK voll bezahnt (17–27), UK 35 und 37 wurzelbehandelt, apikal o.B. Patient wünscht in regio 36 ein Implantat. 36: Implantationstiefe 14 mm, breiter Kieferkamm, Implantationstiefe in regio 45: 10 mm, 46,47: 12 mm, schmaler Kieferkamm < 5 mm.

Art der Behandlung: ZE auf Wunsch alles hochgoldhaltig, 36 Einzelkrone auf Implantat, Implantatkronen verblockt 44 mit

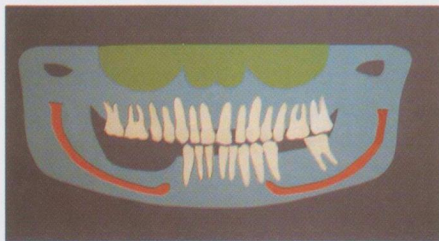


45, 46 mit 47, 5 Implantate regio 44, 45, 46,47 mit 13/9/11/11 mm Länge / 3,8 mm Durchmesser, regio 36: 13 mm Länge, 6 mm Durchmesser, Implantatoberfläche rechts 530 mm², Implantatoberfläche links 240 mm².

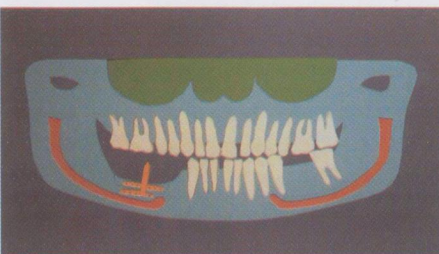
Kosten: Krone 36 MK, 1 Implantat, Kronen 44 – 47 MK, 4 Implantate, Gesamtkosten ca. 9.800.- € abzügl. 300.- € Festzuschuss. Festzuschuß entspricht ca. 3 % der Gesamtkosten.

Fall 7

Patient 50 Jahre, OK voll bezahnt (17 – 27), 35 und 37 wurzelbehandelt, apikal

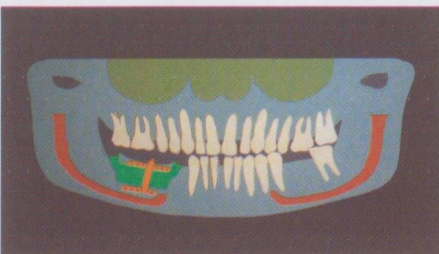


ohne Befund. Patient wünscht in regio 36 ein Implantat. Implantationstiefe rechts 7 mm, crestal schmal, apikal breite Basis;

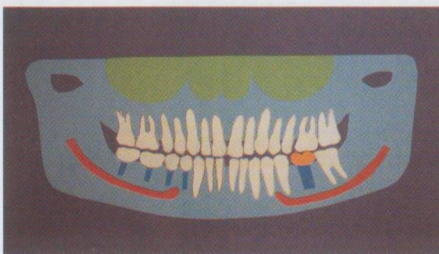


36: 14 mm, breiter Kieferkamm.

Art der Behandlung: 36: Einzelkrone auf Implantat, Distraction des rechten Alveo-



larfortsatzes um 8 mm, Implantatkronen einzeln bei 44 und 45, 46 mit 47, 5 Implantate regio 44, 45, 46, 47 mit 13 mm Län-



ge / 3,8 mm Durchmesser, regio 36: 13 mm Länge, 6 mm Durchmesser, Implantatoberfläche rechts 530 mm², Implantatoberfläche links 240 mm².

Kosten: Krone 36 MK, 1 Implantat, Kronen 44 – 47 MK, 4 Implantate, Distraction, Knochenaufbau: 2.100 €, Gesamtkosten ca. 12.000.- € abzügl. 300.- € Festzuschuss.

Der Festzuschuss entspricht ca. 2,5 % der Gesamtkosten.

Alle diese Fälle sind nach eingehender Aufklärung und kritischer Würdigung der Alternativen in der oben genannten Weise durchführbar, sofern das Können vorhanden ist. Keiner dieser Behandlungen könnte man das Kirchhoffsche Prädikat des Hurra-Implantismus anhängen.

Ich stimme Wolfgang Kirchhoff zu, dass der Erhalt der Hart- und Weichgewebe durch das Implantat als funktionellem Ersatz nicht immer gelingt. Das gilt ähnlich auch für das Augmentat (nicht aber bei der Distraction), das nicht immer hält, was es am Anfang verspricht. Hier haben wir noch keine ausreichend feinsinnigen Untersuchungsmethoden und Erkenntnisse über die Vorhersagbarkeit dieses Vorgangs: Erhalt oder Atrophie durch und trotz Funktion. Aber muss man deswegen gleich alle Augmentationstechniken und multiple Implantationen ablehnen, die über die absoluten Basisindikationen hinausgehen? Der klassische Sinuslift, in Deutschland seit 1990 in großem Umfang eingesetzt und dokumentiert, ist ein Segen für die Menschen, die ohne Gaumenplatte leben wollen.

Warum „boomt“ denn die Implantatprothetik? Weil die von Wolfgang Kirchhoff so hochgelobte klassische Prothetik in vielen Fällen ein funktional und ästhetisch unzureichendes Ergebnis bringt, vom seelischen „Kollateralschaden“ noch nicht geredet. Wir sind doch froh, dass wir endlich eine sehr brauchbare Alternative haben mit einer ausgezeichneten Prognose.

Ärgern muss ich mich (Rundschlag?) über die Aussage von Wolfgang Kirchhoff über die Renaissance der Endodontie. In dieser Zeitschrift wurde trefflich über das Wohl und Wehe der Endodontie mit ihren zahlreichen Unwägbarkeiten gestritten. Die bundesrepublikanische Wirklichkeit ist, dass sehr viele endodontisch behandelte Zähne früher oder später den Alveolarfortsatz unfreiwillig verlassen wegen apikaler Probleme oder Bruch aufgrund der unausweichlichen Versprödung.

Kein Spezialist der Endodontie gibt eine Garantie auf eine Wurzelbehandlung im Molarenbereich, wohl aber der Implantologe (üblich sind 3–4 Jahre!). Die Resektion von Molaren gehört meiner Meinung nach aus dem Katalog der Kassenleistungen gestrichen, da die Prognose mehr als dürftig ist und ein solcher Zahn nicht als Pfeilerzahn benutzt werden kann. Der Eingriff (WSR) ist allemal wesentlich heftiger als eine Implantation am selben Ort. Statt dessen sollte man endlich die

Behandlung des atrophierten Kiefers mit zwei Implantaten aufnehmen. Das wäre nicht nur „sozialmedizinisch“ vertretbar, es ist eine medizinische Notwendigkeit, so wie heute eine künstliche Hüfte von der Versicherungsgemeinschaft bezahlt wird anstelle des Rollstuhles. (Wenn bei gängigen und erprobten implantatprothetischen Behandlungen der Zuschuss 2,5 bis 5 % erreicht, dann wedelt der sozialmedizinische Schwanz mit dem Patientenhund, und das darf nicht sein.)

Zusammenfassung

Der Ansatz der von Kirchhoff eingeforderten „sozialmedizinisch vertretbaren implantatprothetischen Versorgung“ ist grundsätzlich nicht sinnvoll, weil er am Patienten vorbeigeht und einer nicht vorhandenen sozialmedizinischen Instanz Schiedsrichterkompetenz gibt. Nur der im weitesten Sinne aufgeklärte Patient kann über seine eigene Versorgung entscheiden. Der Zahnarzt muss höchste fachliche Kompetenz für komplexe implantatprothetische Rekonstruktionen besitzen, merkantile Interessen sind wie bei allen anderen zahnärztlichen Maßnahmen hintanzustellen. So einfach ist das.

Dr. Sebastian Schmidinger, Seefeld

Nachbemerkung aus der Redaktion

Dr. Schmidinger vergleicht in seinem Beitrag die implantatgetragene Unterkieferprothese mit künstlichen Hüftgelenken. Tatsächlich werden in Deutschland Hüftgelenksimplantate in Massen gesetzt, ohne in ausreichendem Maße über die Risiken und Alternativen, die nicht immer gleich der Rollstuhl sind, zu diskutieren. Das künstliche Hüftgelenk ist modern, es ist im Prinzip machbar, also hat man als moderner Mensch einen Anspruch auf eine „zeitgemäße“ Therapie. Die öffentliche Meinung wird von der Industrie und den medizinischen Leistungserbringern zu dieser Grundhaltung hinmanipuliert. Davon unabhängig ist es für viele individuelle Patienten ein Segen, dass es die Möglichkeit zur Implantation mit erstaunlich hoher Erfolgsquote gibt – richtige Indikationsstellung und gute Durchführung vorausgesetzt.

Wenn wir ihn recht verstanden haben, hat sich Dr. Kirchhoff im letzten DAZ-Forum gegen die manipulative Beeinflussung sowohl von Fachleuten als auch Patienten durch eine Implantatpropaganda ohne Problem- und Qualitätsbewusstsein ausgesprochen und nicht gegen im Einzelfall sehr sinnvolle bis notwendige Implantatversorgungen, die je nach Situation auch durchaus umfangreich sein können. Er hat insofern einen Rundumschlag gegen den Zeit(un)geist und nicht gegen sorgfältig und gewissenhaft arbeitende

Implanteure geführt und insbesondere das Bewusstsein für Risiken und Nebenwirkungen von Implantattherapien schärfen wollen.

Unseres Erachtens steht das Bemühen, im Dialog mit dem Patienten zu einer dem Einzelfall angemessenen Lösung zu kommen, dann, wenn auch die Risiken beachtet werden, nicht im Gegensatz zu der Forderung, die Wirksamkeit und das Risikopotential von Implantatbehandlungen mit adäquater Methodik zu erforschen und – solange keine entsprechenden Studien vorliegen – die Indikation umso zurückhaltender zu stellen, je invasiver der Eingriff ist. Dr. Schmidinger und Dr. Kirchhoff schreiben – so scheint es uns – nicht über dasselbe Thema.

Für die Redaktion:
Dr. Celina Schätze, Berlin

Zahnmedizin von Evidenzbasiertheit weit entfernt – selbstkritische Töne aus Fachkreisen

In den letzten Monaten haben mehrmals Veröffentlichungen für Diskussion gesorgt, die belegen, wie wenig durch randomisierte prospektive Studien abgesicherte Erkenntnisse es gibt – ob in der Endodontie, Prothetik oder Kieferorthopädie. Gleichzeitig zeichnen viele Fach- und Publikumsmedien und die Werbeauftritte und Selbstdarstellungen vieler Praxen, Privatkliniken und Anbieterketten ein völlig anderes Bild. Hier ersetzen die Einzelerfahrung und das schöne bunte Bild die Evidenz, je geringer die Absicherung einer Methode, umso eifriger die Werbung. In dieser Situation ist es zu begrüßen, dass bei einigen Beteiligten, u.a. in den Fachgesellschaften, das Problembewusstsein wächst und bspw. Studien des DIMDI zur Kfo und Endo sowie des IQWiG zur Prothetik mit selbstkritischen Kommentaren und Forderungen nach Ausbau der Versorgungsforschung beantwortet werden. Wer sich mit diesen Fragen auseinandersetzen möchte, findet Arbeiten dazu auf den Webseiten der folgenden Institutionen oder kann sie per Mail beim DAZ anfordern.

- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen www.iqwig.de – Gegenbezahlung (Vorbericht Juni 08), Suprakonstruktionen, insbes. bei verkürzter Zahnreihe (Auftrag 2005)
- Deutsches Institut für Medizinische Information und Dokumentation www.dimdi.de – Health Technology Assessment Berichte zu Knochenersatzmaterialien(2003), Molarenendodontie (2005), Kfo-Therapie mit festsitzenden Apparaten (2008)
- Cochrane-Zentrum - www.cochrane.de
- Netzwerk Evidenzbasierte Medizin www.ebm-netzwerk.de

Assistent Prothetik

Nie war er so wertvoll wie heute....

Interne Analysen in „Erfolgspraxen“ zeigen deutlich, dass fast allen durchgeführten Arbeiten eine Intensivberatung vorausgegangen ist. Ein Werkzeug für eine intensive Beratung ist die Software **Assistent Prothetik**.

Mit wenigen Mausclicks lassen sich individuell für den Patienten geplante prothetische Versorgungen und Alternativlösungen am Bildschirm darstellen, im Formularmanager einfügen und, versehen mit der Praxis- oder Laboranschrift, problemlos ausdrucken. Innerhalb kurzer Zeit lässt sich so eine patientenbezogene Mappe mit individuellen Lösungen und Erklärungen, die dem Heil- und Kostenplan beigefügt werden kann, erstellen.

Ebenfalls zum Programm gehört eine Bilddatenbank. In diesem Katalog können eigene Bilder, Filme oder Töne verwaltet und per Drag und Drop in andere Anwendungen oder z.B. den Formularmanager verschoben werden. Unter der Rubrik „Merkblätter“ finden sich vorgefertigte Seiten zu allgemeinen Themen, die jederzeit von Ihnen geändert oder ergänzt werden können. Die 31 Filme umfassende Film- und Toolpalette hilft, dem Patienten technische Vorgänge z.B. bei Implantaten, Klammern, Teleskopen, Infos über Kronenarten, Veneers, Füllungen usw. verständlich und auf einfache, saubere und unblutige Weise näher zu bringen.

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

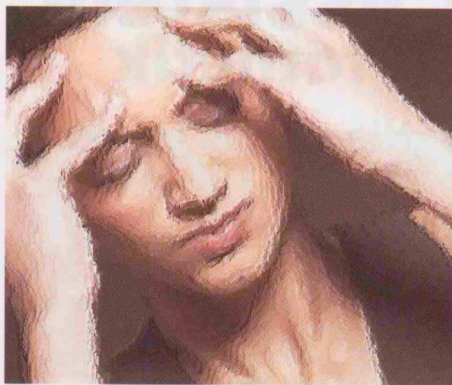
Mit der Software **Assistent Prothetik** setzen Sie Ihre Planungen eindrucksvoll um, stellen Prothetik überzeugend dar und begeistern die Patienten für die geplanten Versorgungen.

Nähere Informationen:

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

Anzeige

Okklusionsschienen – warum und wie? Zum Vortrag von Dr. Ottl in Frankfurt



Der Titel des Fachvortrages von Prof. Dr. Peter Ottl erscheint auf den ersten Blick einfach – aber es verbirgt sich dahinter ein umfangreiches Konzept, denn die Behandlung des Kiefer-Kopf-Gesichtsschmerzes ist ein komplexes Geschehen. Man schätzt den Behandlungsbedarf für diese sog. kranio-mandibulären Dysfunktionen (CMD) in Deutschland auf ca. 2,5 Mio. Patienten.

Meiner Erfahrung nach sind die häufigsten Begründungen für eine Okklusionsschienenbehandlung, die auf den Abrechnungsschemata im Rahmen kassenzahnärztlicher Behandlungen zu finden sind, schlicht "Knirschen", "Pressen" oder "Kopf- und Gelenkschmerz". Streng genommen sind dies keine Diagnosen, sondern Beschreibungen. Professor Ottl bemängelt in seinem Vortrag, dass es sich oft als Fehler herausstellt, dass der Zahnarzt allein diagnostiziert. Neben zahnärztlichen Maßnahmen müssen oft weitere medizinische Methoden zur Diagnosefindung und Behandlung einbezogen werden.

"If all else fails, try making a diagnosis" (Moffet 1983).

Neben zahnärztlicher Diagnostik sollten bei der Behandlung von CMD auch rheumatologische, dermatologische, psychosomatische, orthopädische, HNO-ärztliche und neurologische Aspekte mit einbezogen und die entsprechenden medizinischen Fachkollegen konsultiert werden.

- Die vielfältigen Bilder des rheumatischen Formenkreises können natürlich auch im Kopf-Halsbereich Auswirkungen haben (die differenzialdiagnostische Abgrenzung halte ich hier für besonders schwierig).
- Dermatologisch interessant ist eine psoriasis-assoziierte Arthropathie – die Frage stellt sich, ob sie selten ist oder nur selten diagnostiziert wird.

- Die psychosomatischen Einflüsse bei CMD drängen sich dem Zahnarzt oft regelrecht auf – Prof Ottl warnt in diesem Zusammenhang zwar vor voreiligen psychologischen Diagnosen, ermutigt aber zur Empfehlung allgemeiner entspannender Methoden als Alternative zum Motto "Zähne zusammenbeißen und durch".

- Insbesondere bei Schulter-Arm-Syndromen empfiehlt sich oft eine orthopädische Behandlung parallel zur zahnärztlichen.

- Eine chronische Infektion der Nasennebenhöhlen kann subtilen bis starken Kiefer-Gesichtsschmerz provozieren – in der Differenzialdiagnose bei CMD ein HNO-Beitrag.

- Aller Schmerz ist primär ein neurologisches Geschehen. Insbesondere bei neuralgiformem Schmerz, der nicht auf eine Pulpitis zurückgeführt werden kann, ist es ratsam, den Neurologen zu Rate zu ziehen.

Zahnärztliche Diagnostik

Beim Vorliegen typischer Erkrankungen der Zähne (Abrasionen, Parodontaldefekte), der Kiefergelenke (Schmerz, Gelenkgeräusche) und der Muskulatur (Hypertrophie, druckdolente Muskelansätze) besteht der Verdacht auf CMD. Beim Patienten ist somit eine Funktionsanalyse durchzuführen, um das pathologische Geschehen zuerst zu diagnostizieren und dann die erforderlichen Behandlungsschritte einzuleiten.

Prof. Ottl betont, dass die symptombezogene **Anamnese** diagnostisch absolut den gleichen Stellenwert wie die klassische Funktionsanalyse hat. Oft lassen sich anamnestisch sehr genaue Hinweise gewinnen, die für die Diagnose und die klinische Funktionsanalyse von erheblicher Bedeutung sind. Insbesondere lässt sich anamnestisch die Notwendigkeit weiterer interdisziplinärer Untersuchungen und Weiterbehandlungen erkennen.

In der **klinischen Funktionsanalyse** gilt es, pathologische Veränderungen der Zahnhartsubstanz zu beurteilen – im Zusammenhang mit der sog. statischen und der dynamischen Okklusion –, und dann den parodontalen Zustand des Gebisses zu befunden. Die Prüfung von Kiefergelenk, Kau- und Hilfsmuskulatur erfolgt durch Palpieren (es ist u.U. hilfreich, die Kiefer-

gelenke mit dem Stethoskop abzuhören).

Die Befundung wird erweitert durch die **manuelle Funktionsanalyse**. Dazu zählt man Methoden wie den "Provokationstest nach Krough-Poulsen" und den "Resilienztest nach Gerber". Die Prüfung des Kiefergelenkspiels durch "passive Kompression" oder isometrische Gelenkbelastungstests habe sich in der Diagnostik von CMD bewährt. Für Prof. Ottl ist es ein "back to the roots", wenn erfahrungsgemäß die klassische Funktionsanalyse (mit der "manuellen Erweiterung") die **instrumentelle Funktionsanalyse** mehr und mehr ersetzt. Nur in Spezialfällen erweitere die instrumentelle Funktionsanalyse das diagnostische Spektrum.

Die **bildgebenden Verfahren** haben sehr unterschiedliche Relevanz für die Diagnostik im Rahmen der CMD-Diagnostik.

- Das **OPG** ergibt eine ordentliche Beurteilungsmöglichkeit für die knöchernen Strukturen des Kiefergelenkes (Projektionen nach Schüller scheinen keine wesentliche Verbesserung der diagnostischen Möglichkeiten zu geben).

- Um Weichteilstrukturen im Kiefergelenk darstellen und beurteilen zu können, ist das **MRT** ausreichend aussagekräftig.

- **Ultraschalluntersuchungen** des Kiefergelenkes haben dagegen eher unbefriedigende diagnostische Ergebnisse erbracht.

Die Arbeitsgemeinschaft für Funktionslehre in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde hat zur Dokumentation der Funktionsanalyse einen **aktualisierten "klinischen Funktionsstatus"** entworfen. Dieser ist via Internet (www.dgzmk.de) erhältlich.

Zahnärztlich-therapeutisches Vorgehen

Leitsymptome bei CMD sind üblicherweise Schmerz und Einschränkung der Unterkieferbewegungsmöglichkeit. Grundsätzlich muss die anamnestisch gewonnene Verdachtsdiagnose durch die Ergebnisse der Funktionsanalyse erhärtet und abgesichert werden. Selbstverständlich muss präventionsorientiert vorgegangen werden, gleichzeitig möglichst wenig invasiv, um die biologischen Strukturen zu schützen, zu schonen und zu entlasten. Damit hat der **"Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche"** für die Initialbehandlung bei CMD eine große Bedeutung, weil discoligamentäre Strukturen, Parodontien und Zähne sowie Muskulatur "nicht invasiv" behandelt werden kön-

nen. Man vergegenwärtige sich in diesem Zusammenhang, dass das Einschleifen von Zähnen eine definitive und irreversible Maßnahme ist – eine Einschleiftherapie ohne muskulaturentlastende Vorbehandlung mittels Okklusionsschiene könnte eine funktionspathologische Situation im stomatognathen System regelrecht etablieren!

Schienenarten und Indikationen

Nach ihrer Indikation unterscheidet man die **Entspannungs/Stabilisierungsschiene**, die **Distractionsschiene** und die **Repositionsschiene**. Es sind im Grunde Modifikationen der sog **Michiganschiene** nach Ramfjord und Ash. Schienen im Oberkiefer, angefertigt aus auto- oder lichterhärtendem Kunststoff, haben grundsätzliche Vorteile:

- die Oberkieferfront wird fixiert und vor kieferorthopädischer Eigenbehandlung geschützt, der engere Zahnbogen im Unterkiefer ist diesbezüglich nicht gefährdet
- eine therapeutische Okklusion ohne wesentliche Einschränkung der Unterkieferbewegungen ist einstellbar
- wegen der hohen Eigenstabilität der Oberkiefer-Okklusionsschiene ist eine Eckzahnführung definiert einstellbar.

Mit einer Okklusionsschienenbehandlung soll das neuromuskuläre Bewegungsmuster neu geordnet werden. Es zeigt sich, dass bei muskulären Überlastungserscheinungen die Prognose einer Behandlung durchaus als gut zu bezeichnen ist – Arthropathien, Diskusverlagerungen oder Diskusverletzungen bedürfen längerer Behandlungen. Besonders heikel bewertet Prof Ottl Änderungen der Kieferrelation. Sollten sie notwendig sein, ist die neue Kieferrelation lange mittels Okklusionsschiene auszutesten und zu stabilisieren.

In 80% der Behandlungsfälle ist eine **Relaxierungs/Stabilisierungsschiene** indiziert: Die Okklusionsschiene wirkt als Abrasionsprävention, kompensiert unzureichende okklusale Abstützung, gleicht eine abgesunkene vertikale Dimension aus. Triggermomente für Bruxismus lassen sich durch therapeutisch gestaltete dynamische Okklusion ausschalten. Wie bei allen Schienenarten ist eine kiefergelenkbezogene Registrierung der Oberkieferposition mittels arbiträrem Gesichtsbogen nötig. Interessanterweise berichtet Prof Ottl, dass sich bei der Kieferrelationsbestimmung die Handbissnahme besser bewährt hat als die Stützstiftregistrierung.

Bei Diskusverlagerung ohne Reposition (= ohne Knacken!), meist mit Einschränkung der Mundöffnung, ggf. mit Schmerz, beim osteoarthrotischen Kiefergelenk oder bei-

DAZ-VDZM-
Frühjahrstagung
Fortbildung
zum Thema
„Okklusions-
Schienen –
warum & wie?“
mit
Dr. Peter Ottl
Universität Frankfurt

spielsweise bei schmerzhafter Diskusperforation ist der Patient mit einer **Distractionsschiene** zu versorgen. Anders als bei der Relaxierungsschiene wird das Kiefergelenk durch eine bei der Schienenanfertigung im Artikulator vorgenommene Erhöhung im Kondylenbereich entlastet.

Seltener werden sog. **Repositionsschienen** angefertigt. Der Behandlungserfolg ist statistisch deutlich geringer als bei den beiden anderen Schienenarten (45% Rezidive nach 6 Jahren). Reponiert werden soll dabei ein Diskus, welcher habituell nach anterior verlagert ist, bei Mundöffnen und -schließen zurückspringt (= Knacken) und gleichzeitig Schmerzen verursacht bei behinderter Mundöffnung (diagnostisch eindeutig ist hierbei der Schmerz bei Druck nach kranial im Gelenk). Durch eine protrusiv in der Okklusionsschiene eingestellte therapeutische statische neue Okklusion soll im Gelenk eine Rückverlagerung des Discus erreicht werden. Um diese Situation okklusal zu stabilisieren, ist aber eine prothetische Neugestaltung im Seitenzahnbereich notwendig – in Anbetracht der mäßigen Prognose eine "besondere Aufgabe" für eine umfassende Aufklärung des Patienten im Vorfeld.

Dr. Andreas Vahlenkamp, Mainz

DAZ-Informationsstelle für Kariesprophylaxe (IfK)

Oberlindau 80-82, 60323 Frankfurt,
Tel. 069/24706822, Fax 069/70768753
daz@kariesvorbeugung.de, www.kariesvorbeugung.de

Die 1991 auf DAZ-Initiative gegründete IfK fördert oralpräventive Forschung und Aufklärung mit Schwerpunkt auf Jodsalz mit Fluorid. Unter www.kariesvorbeugung.de gibt's kostenloses Infomaterial für Endverbraucher und Multiplikatoren, z.B.

Faltblätter
Broschüren
Abreiß-Blocks mit Fluoridfahrplänen
IfK-Newsletter 2007 (Download als pdf)
IfK-Newsletter 2008 (ab 25.09.08 als pdf)



Kinderärzte unterstützen Zahnärzte bei Kariesprophylaxe

Die Kinderärzte denken um. „Das zeigt die Resonanz des Mailings der Informationsstelle für Kariesprophylaxe IfK des DAZ Mitte letzten Jahres an rund 6.000 Kinderärzte“, erklärt Professor Stefan Zimmer, Sprecher der IfK. In dem Schreiben stellt die IfK dar, wie bedeutend die Zahnpflege- und Fluoridanwendungsberatung ist, um Milchzahnkaries vorzubeugen. Über 20% Prozent der Kinderärzte wollten dazu mehr wissen und bestellten teilweise sogar wiederholt das IfK-Infomaterial (siehe Kasten). Dem Mailing beigelegt waren die Leitlinie „Fluoridierungsmaßnahmen“ der Zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung im Institut der Deutschen Zahnärzte (ZZQ) sowie der IfK-Newsletter, die klare Empfehlungen zur Fluoridanwendung enthalten. Demnach ist bis zum zweiten Lebensjahr einmal täglich eine Fluorid-Kinderzahnpaste zu verwenden, zweimal täglich bis zum sechsten Lebensjahr. Zudem ist es wichtig, im Haushalt Jodsalz mit Fluorid einzusetzen. Denn insbesondere bei den Zweijährigen, bei denen gerade die besonders kariesanfälligen Milchmolaren durchbrechen, kann eine Fluoridversorgungslücke bestehen, wenn die von den wissenschaftlichen Gesellschaften der Kinderheilkunde favorisierten Fluorid-Empfehlungen mit Fluorid-Tabletten und fluoridfreier bzw. Fluorid-Kinderzahnpaste befolgt werden. Grundsätzlich ist bei Kindern unter sechs Jahren darauf zu achten, dass die tägliche Fluorid-Gesamtaufnahme 0,05 bis 0,07 mg F/kg Körpergewicht nicht überschreitet. Das heißt, ein einjähriges Kind, das im Durchschnitt etwa 10 kg wiegt, sollte insgesamt zwischen 0,5 und 0,7 mg Fluorid aufnehmen. Zum Vergleich: Bei Verwendung einer erbsengroßen Menge Kinderzahnpaste gelangen pro Anwendung maximal etwa 0,12 mg Fluorid in die Mundhöhle des Kindes, wovon wiederum nur ein Teil systemisch bioverfügbar ist. (IfK)



Hilferufe aus der Ferne

Bericht über die Arbeit der Arzt- und Zahnarztthilfe Kenya

Von Dr. Peter Dierck, Blomberg

Die Forum-Redaktion verfolgt die Arbeit der Arzt- und Zahnarztthilfe Kenya seit ihrer Gründung mit großer Sympathie und hat über ständige Berichterstattung dem geneigten Leser die Bedeutung dieses Projektes immer wieder ans Herz gelegt. Leider ist es in letzter Zeit zu Meinungsverschiedenheiten über grundsätzliche Fragen einer nachhaltigen Entwicklungshilfe sowie deren ehrlicher, nachvollziehbarer Abrechnung gekommen. Es hat Probleme in der Kommunikation und im Zusammenwirken der verschiedenen Beteiligten gegeben. Das Ergebnis ist ein Vorstand mit drei neuen Mitgliedern. Die Redaktion hat – auch aus persönlicher Verbundenheit – große Sympathie für die verdienten, aus ihren Funktionen ausgeschiedenen Mitglieder der Initiative. Dennoch scheint uns die AZK immer noch interessant zu sein, und so wollen wir den Lesern auch weiterhin Informationen über Kenia und die Kenyahilfe zur Kenntnis geben.

Seit 1999 leistet der Hilfsverein Arzt- und Zahnarztthilfe Kenya e.V. in Kenia Hilfe zur Selbsthilfe unter anderem im Gebiet Nyabondo bei den Ärmsten der Armen. Aus einer Behandlungsstation sind inzwischen sechs geworden, ein Witwendorf zur Selbstversorgung von größtenteils HIV-positiven Witwen wurde errichtet und Waisenkindern durch ein Patenschaftsprojekt eine Zukunftsperspektive gegeben. Dieses Projekt hat z. Z. einen Betreuungsumfang von 329 Kindern, von denen 278 von Paten in Deutschland finanziell betreut werden und weitere 51 vom Verein in ein Soforthilfeprogramm übernommen wurden. Durch die politischen Unruhen nach der Wahl hat der Verein die Hilfeinsätze von Kollegen vor Ort aussetzen müssen, bis die kenianischen Projektpartner im Februar /März signalisierten, dass eine direkte Gefährdung nicht mehr besteht.

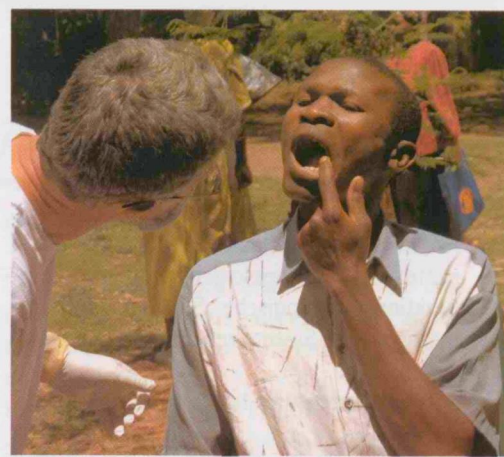
Durch die gewaltsamen Unruhen sind viele zusätzliche Probleme auf die Landbevölkerung zugekommen. Häuser und Schulen sind abgebrannt. Die Preise für Nahrungs-

mittel haben sich mehr als verdoppelt, und viele haben ihr Hab und Gut durch die Ausschreitungen verloren, von den Toten und Verletzten ganz zu schweigen.

Um die größte Not besonders der zahlreichen Flüchtlinge zu lindern, hat der Verein von Januar bis April 2008 an sechs verschiedene Projektpartner in Nyabondo, Kaplomboi und Nakuru und für das „Feedingprogramm“ im Witwendorf St. Monica insgesamt 11.000 Euro für Nahrungsmittel, Medikamente, Decken und Kleidung überwiesen. In unseren oben genannten zahnärztlichen Stationen werden z. Zt. die Behandlungen durch Kenianer aufrechterhalten. Der Verein wird seinen künftigen Schwerpunkt darauf legen, die Ausbildungsmöglichkeiten in Afrika besser zu nutzen, um qualifizierte Behandler vor Ort zu bekommen. Ein Lichtblick ist hier Sister Fabian, die nun im zweiten Jahr weiterhin engagiert und erfolgreich ihr Zahnmedizinstudium in Kampala (Uganda) absolviert.

Neu ist, dass erstmalig die Franziskanerinnen gemeinsam mit Nyanepha, den St. Monica-Witwen und den Ältesten in Nyabondo nach den Unruhen und deren katastrophalen Auswirkungen einen sehr detaillierten Projektantrag für ein Schulungs- und Selbsthilfeprogramm gestellt haben, so dass dadurch Transparenz und Selbstkontrolle vereinfacht sind. Die Ziele sind ein Ernährungsprogramm für Waisenkinder, Unterstützung für Flüchtlinge, Seminare über die Vergabe von Kleinkrediten und der Ausbau eines Geflügelprojekts von Nyanepha. Die Witwengruppen des St. Monica-Villages werden mit einbezogen sein, so dass auch von diesem Projekt für das Witwendorf Positives zu erwarten ist. Der Vorstand hat 4.388 Euro dafür überwiesen, und wir werden im Juli in Nyabondo die Geldverwendung prüfen und den Projektstand einschätzen. Überhaupt ist es das erklärte Ziel des Vereins, die Ver-

wendung der Spendengelder vor Ort noch stärker zu kontrollieren, um jedweden Missbrauch so gut wie möglich vorzubeugen. Daher werden drei Mitglieder des Vorstandes – auf eigene Kosten natürlich – im Juli nach Kenia fliegen, um dort vor Ort die bestehenden aber auch



überarbeiteten Verträge und Projekte neu mit den Partnern zu diskutieren und zu ratifizieren.

Der Verein braucht dringend wieder Hilfwillige, die einige Wochen ihres Urlaubs opfern, um in Kenia in unseren Zahnstationen tätig zu sein. Neben Zahnärzten sind auch Helferinnen und Zahn-techniker hochwillkommen.

Hier ein kurzer Auszug aus einem Schreiben, das der Verein aus dem Hospital in Nyabondo Anfang Mai erhielt:

„We are looking forward to seeing you our German dentists. We miss you not only in the hospital but also in the whole community of Nyabondo and even patients outside Nyabondo Hospital. You are aware that many people feel good when treated by a Mzungu, this has been the question when we go outside for mobiles. We welcome you once again to Nyabondo; continue coming the way you used to do in the past. Let that joy, happiness and cooperation among you, Nyabondo Hospital and the community continue“.

Des Weiteren bitten wir auch um die Übernahme von Patenschaften für die vielen Waisenkinder, denen noch keine Unterstützung zu Teil wurde. Mit bis zu 370 Euro im Jahr ermöglichen Sie einem Kind Schulbildung, Unterkunft, Ernährung und medizinische Betreuung. Es besteht auch die Möglichkeit, den Verein mit einer Spende zu unterstützen (gegen Spendenquittung).

Dass jeder Euro direkt den Bedürftigen zu Gute kommt, ist eine der Besonderheiten des Vereins. Die sehr geringen Verwaltungskosten belaufen sich wegen der ehrenamtlichen Tätigkeiten auf lediglich 1-2 Prozent des Jahresetats und werden voll durch die Mitgliedsbeiträge gedeckt. Mehr erfahren Sie über die

Homepage

www.zahnarztthilfe-kenya.de

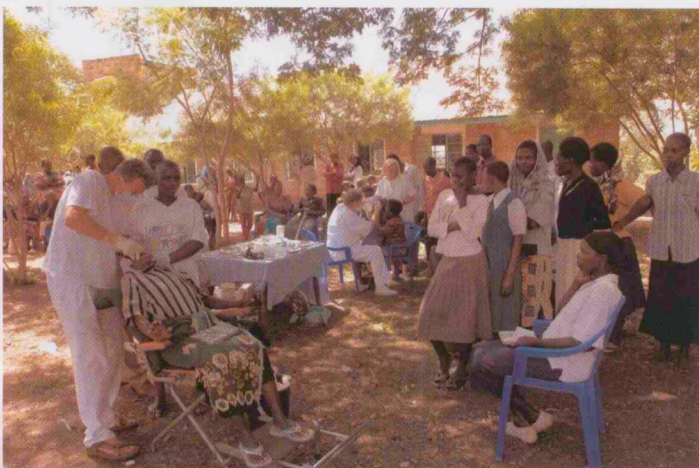
oder das Vereinsbüro

azk@zahnarztthilfe-kenya.de

bzw. Tel. 03634/621079

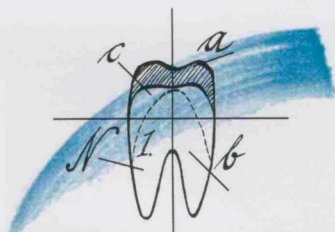
Wir freuen uns auf Ihre Resonanz.

Dr. Peter Dierck, 2. Vorsitzender der AZK



Billige China - Kronen gibt es an jeder Ecke!!!

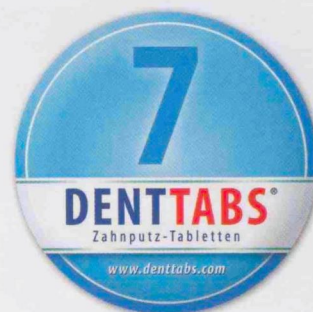
Aber nur bei proDentum® gibt es höchst anspruchsvolle Teleskoparbeiten und Vollkeramik - Kronen und - Brücken aus Berlin und Singapur.



proDentum® Dentaltechnik



DIN EN ISO 9001:2000
Zertifikat: 01 100 035012



Seit 1992.

Mit deutschem TÜV- Qualitätsmanagement.
Und dem einmaligen Service und der Geschwindigkeit
unseres TÜV zertifizierten Meisterlabors in Berlin und Singapur.

Wir holen und bringen mit unserem eigenen Lieferdienst
in Berlin und Köln/Bonn!
Oder mit Kurier-Express!

Nutzen Sie unser Einstiegs - Sonderangebot

1. Zirkonoxidkrone je Einheit **110 Euro** komplett
2. Ausservertragliches Teleskop nur **75 Euro**
3. Die proDentum® - Volkskrone dauerhaft nur **79 Euro**

Bestellen Sie unverbindlich Preislisten und Kostenvoranschlags-Formulare unter

Tel.: 0800 – 469 00 80 • Fax: 030 – 469 00 899

www.prodentum.de
Berlin

www.kaiser-dental.com
Singapur

Lieben Sie Ihre Zähne! Putzen, Polieren und Pflegen mit

www.denttabs.com

Bestellen Sie kostenlose Proben für Ihre Patienten

Beeindruckend

Als Anbieter ausländischen Zahnersatzes sind wir nur erfolgreich wenn wir Sie mit dem hohen Niveau unserer Produkte überzeugen. Deshalb achten wir besonders auf garantierte Qualität zu überschaubaren Kosten. So hinterlassen Sie bei Ihren Patienten den besten Eindruck.



AMPARK Werbeagentur © PAPIROBJEKT München

Wir empfehlen die tägliche Reinigung mit:

Kukident

Service mit Zukunft!
www.permadental.de

PERMADENTAL
Zahnersatz