



FORUM

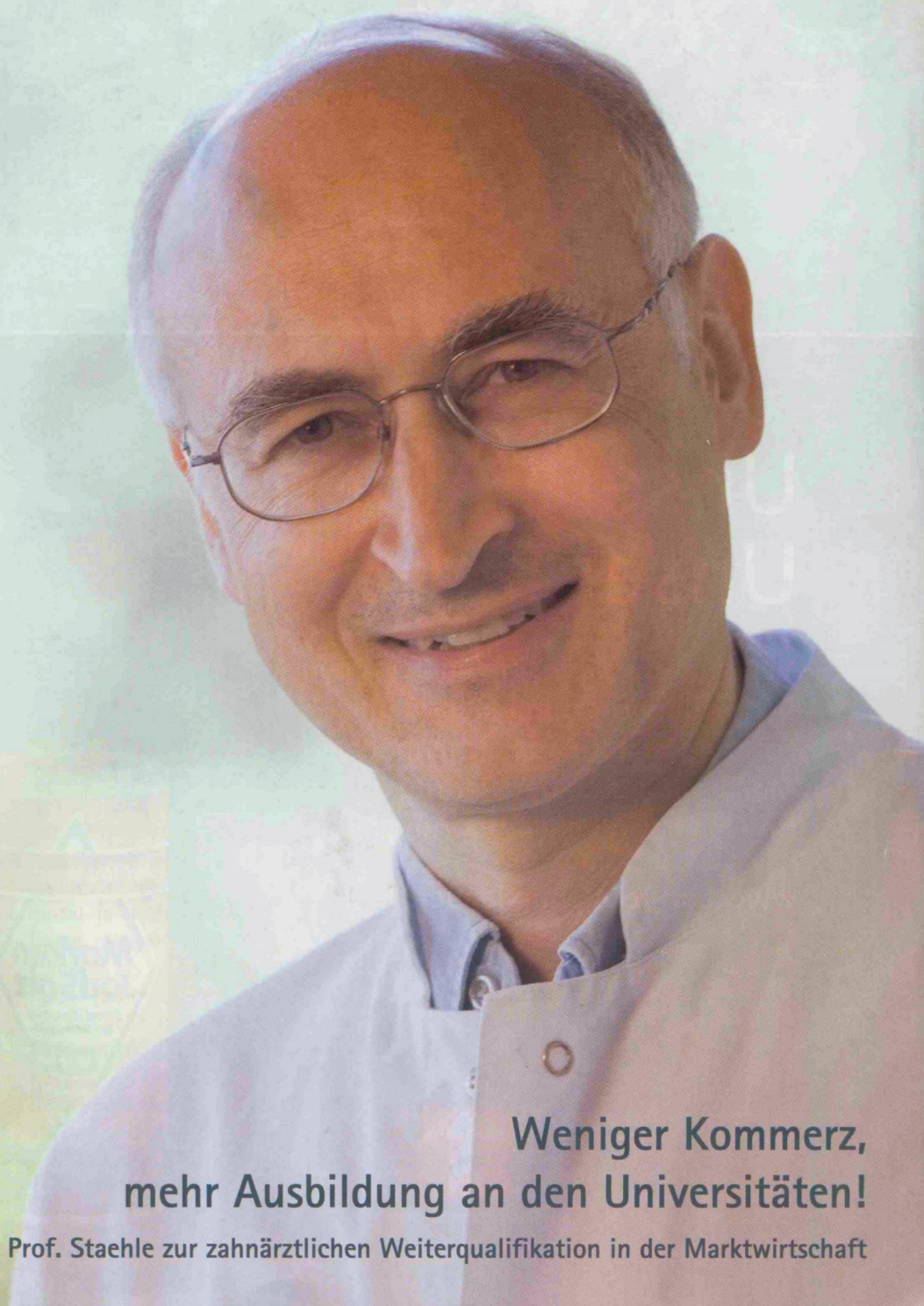
28. Jahrgang, März 2009

98

Von Zahnärzten für Zahnärzte

98

Ein neuer Blick  
auf die Aus-, Fort- und Weiterbildung



Weniger Kommerz,  
mehr Ausbildung an den Universitäten!

Prof. Stahle zur zahnärztlichen Weiterqualifikation in der Marktwirtschaft

Berlins unabhängige  
Zahnärzte e.V.



DAZ-VDZM  
Frühjahrstagung  
in Frankfurt/M.  
25./26.04.2009

Akademischer Disput in  
Frankfurt: Heidemann  
versus Osswald

Die zahnärztliche  
Prophylaxe  
und der DAZ

Erinnerung an die erste  
deutsche Zahnärztin,  
H. Hirschfeld-Tiburtius

[www.daz-web.de](http://www.daz-web.de)  
[www.buz-berlin.de](http://www.buz-berlin.de)



# 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](http://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](http://www.zahnmaennchen.de)





# Editorial: Reicht es?

Liebe Leserin,  
lieber Leser!

Im Herbst 1979 vereinbarten die Studiengruppen München und Regensburg, sich zum Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde zusammenzuschließen. Die Kollegen realisierten die bestehenden Defizite der kassenzahnärztlichen Versorgung und wandten sich gegen die vom Freien Verband monopolisierten Körperschaften, die jede oppositionelle Meinung als Zumutung empfanden und Prophylaxebestrebungen als Einkommensbremse fürchteten.

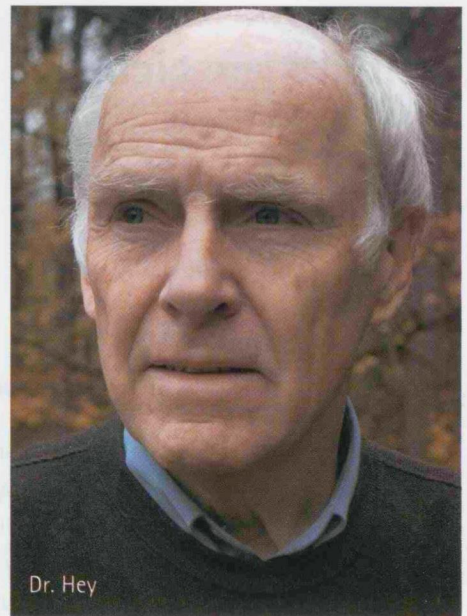
Neben der Diskussion über die Behandlungsqualität war es dann gerade dieser Themenkomplex Prophylaxe, der die im DAZ vereinigten Zahnärzte am meisten beschäftigt hat, woraus sich die erste Fachtagung, das erste Forum-Sonderheft und die ersten programmatischen Vorschläge entwickelt haben.

Unsere Überlegungen waren wohl so realistisch und nachvollziehbar, dass wir von zwei Bundesministerien zur Mitarbeit an mehreren Studien beauftragt wurden, bei denen es um die Relationen zwischen Zeitaufwand und Vergütung kassenzahn-

zer Vorbild und nach Gruppenprophylaxe für Kinder und Jugendliche brachte uns massive Vorwürfe unserer Körperschaften und einzelner Standesfunktionäre ein, wobei wir als „nützliche Idioten“ der Kassen und der Regierung apostrophiert wurden, als „sozialistische Verbrecher“ und als „Denunzianten, die man nach dem Krieg als erste liquidiert“.

Was einschüchtern sollte, hat im DAZ das Gegenteil bewirkt: Die Mitgliederzahl wuchs, das Engagement wurde stärker, Ideen und Programme konkreter, das öffentliche Ansehen größer. Schließlich wurde unser Vorsitzender Gerd Ebenbeck mit der Erarbeitung einer neuen GOZ beauftragt. Und dem DAZ gelang es – ohne Mitwirkung von Körperschaften und Fachgesellschaften – die Zulassung von fluoridiertem Haushaltssalz als kostengünstigste Prophylaxe zu erreichen.

30 Jahre DAZ-Arbeit – für die Redaktion Anlass zu einer Retrospektive, die in diesem und den nächsten beiden Heften die Quintessenz unserer Beiträge zur Prophylaxe, zur Qualitätssicherung und zur zahnärztlichen Aus- und Weiterbildung in Erinnerung rufen möchte. Schließlich hat sich die Behandlungsqualität in den letzten Jahrzehnten erheblich verbessert, und Prophylaxe ist fester Bestandteil des zahnärztlichen Alltags, im öffentlichen Gesundheitsdienst, in Kindergärten und Schulen – positive Entwicklungen, an denen der DAZ sicherlich erheblichen Anteil hat. Kein Anlass also zum Suizid, wie Kollege Kimmel in *Die Zahnarztwoche* (DZW) befürchtet. Bei aller Finalität erfordert ein Suizid ja doch Initiative und Entschluss. Daran mangelt es jedoch, weniger in der Führung, als vor allem bei den Mitgliedern. Auch wenn es anderen Fachverbänden ähnlich geht, fragt man sich doch, was die Kollegenschaft in Praxis und Klinik überhaupt noch bewegt. Früher haben wir viel mehr diskutiert, heftig miteinander gestritten und beim gegenseitigen *chairside-consulting* viel gelernt! Und jetzt?



Dr. Hey

Ist wirklich alles zur Zufriedenheit geregelt? Kaum zu glauben, wenn man z.B. den Beitrag von Prof. Staehle über „Zahnärztliche Weiterqualifikation im System der Marktwirtschaft“ in diesem Heft liest. Woraus sich auch die generelle Frage stellt, ob Sie als DAZ-Mitglied bzw. *Forum*-Leser die komplette Kommerzialisierung unseres Berufes gutheißen? Ob man etwas tun sollte gegen das kollektive Misstrauen gegenüber der gesamten Ärzteschaft? Dagegen, dass Ärzte nur noch Erfüllungsgehilfen von Betriebswirten sind, man uns den unnötigen Austausch funktionierender Geräte (z.B. Sterilisatoren) vorschreibt? Wir Praxisgebühren für die Krankenkassen eintreiben müssen und völlig überzogene Arbeitseinschränkungen für Schwangere aufgebürdet bekommen? Haben Sie kein Problem mit dem elektronischen Gesundheitspass und mit der aberwitzigen Bürokratie?

Muss man, müssen wir uns nicht weiter gegen solcherlei Unfug und Fehlentwicklungen zur Wehr setzen? Oder soll alles seinen Gang gehen? Wie hieß es bei uns in der Schule: Wer nur den lieben Gott lässt walten, und hat nichts – und hoffet auf ihn allezeit, und tut nichts – den muss er wunderbar erhalten, sonst wird's nichts! Ich finde, nach drei Jahrzehnten Arbeit im DAZ und für den Berufsstand haben es die Aktiven zumindest verdient, dass die Mitglieder ihnen sagen: jetzt reicht es – oder macht weiter.

Dann aber nur mit Ihrer Mitarbeit, es geht schließlich um Ihre beruflichen Rahmenbedingungen!

Ihr Hannes Hey

**Vorankündigung  
DAZ-Jahrestagung  
in Berlin-Mitte,  
19./20. September 2009,  
9.30 – 17.30 / 9.30 – 14.00  
im Albrechtshof, Albrechtstr. 8**

**Bitte Termin schon vormerken!**

Am Vormittag steht Fortbildung auf dem Programm, am Nachmittag ist die DAZ-Jahreshauptversammlung mit Vorstandswahlen. Es geht um die Zukunft des DAZ!

ärztlicher Leistungen ging sowie um die Möglichkeit, qualitative Behandlungsdefizite anhand anonymisierter Patienten- und Behandlerdaten festzustellen. Diese Arbeit und unsere Forderung zur Einrichtung von Schulzahnkliniken nach Schwei-



## Inhaltsverzeichnis

### DAZ-Forum 98-2009

- 3 Editorial: Reicht es?  
Dr. Hanns-Werner Hey
- 4 Aus dem Berliner Sumpf  
Dr. Helmut Dohmeier-de Haan
- 4 Impressum
- 5 Zahnärztliche Weiterqualifikation im System der Marktwirtschaft  
Prof. Dr. Hans Jörg Staehle, Universität Heidelberg
- 7 Aufklärung zur EGK ist ärztliche Aufgabe  
Interview mit dem NAV-Virchow-Bund-Vorsitzenden
- 8 Wissenschaftler versus Praktiker beim Frankfurter Akademischen Disput  
Irmgard Berger-Orsag
- 11 Kammerwahl Berlin – Neuanfang, der keiner war  
Dr. Peter Nachtweh
- 12 Evidenz von KfO-Behandlung mit festsitzenden Apparaten lt. DIMDI weitgehend ungeklärt  
Dr. Wolfgang Kirchhoff
- 14 DAZ-VDZM-Frühjahrstagung 25./26.04.09 Frankfurt mit GOZ-Diskussion und Parodontologie-Fortbildung
- 15 Pauschale Ablehnung der Öffnungsklausel entlarvt Versagen der Standesführung  
Dr. Eberhard Riedel
- 18 30 Jahre Kampf des DAZ für die Prophylaxe  
Dr. Ulrich Happ
- 23 Für sozial Benachteiligte gibt es Hürden  
Dr. Gudrun Rojas
- 24 Henriette Hirschfeld-Tiburtius: 1. deutsche Zahnärztin  
Dr. Eva Hübner, Irmgard Berger-Orsag
- 26 Leserbrief zur Debatte Schmidinger-Kirchhoff
- 26 Döllein-Dossier zur Gesundheitspolitik  
Infoangebot auf DAZ-Web-Seiten

.....  
**Redaktionsschluss DAZ-Forum 99 – 2009:  
05. Mai 2009**

### Qualitätsmanagement ist jetzt Pflicht.

Kennen Sie das **PROJEKT QUALITÄTSSICHERUNG des DAZ?**

Es ist patienten-orientiert,  
preiswert,  
praxis-nah.

**Infos: Dr. Peter Nachtweh**  
Tel 030/3023010, Fax 030/3255610  
Mail [pnachtweh@t-online.de](mailto:pnachtweh@t-online.de)



## Aus dem Berliner Sumpf: Berliner KZV-Vorstand betreibt die De-Facto-Abschaffung des Rechnungsprüfungsausschusses

Die neueste Idee: die Vertreterversammlung soll so schnell wie möglich eine Rechnungsprüfungsordnung beschließen. Diese soll das Akteneinsichtsrecht des Ausschusses weitgehend von der Entscheidung desselben Vorstandes abhängig machen, dessen Tätigkeit die Vertreterversammlung nach unserer Satzung zu überwachen hat! Der Vorstand soll befugt sein, das im Sozialgesetzbuch gesetzlich festgeschriebene Akteneinsichtsrecht zu verweigern.

Im Falle der Weigerung soll der Rechnungsprüfungsausschuss sich an den Vorsitzenden des Hauptausschusses wenden dürfen, und dieser wieder an den Vorstand, um die Einsichtnahme zu vermitteln. Wenn das nicht möglich sei – soll natürlich wieder nur der Vorstand entscheiden kann –, soll der Hauptausschuss befugt sein, Einsicht in die gewünschten Unterlagen zu nehmen, und dem Rechnungsprüfungsausschuss anschließend über seine Erkenntnisse berichten.

Noch lieber sähen es die Autoren des Entwurfes, wenn der Rechnungsprüfungsausschuss zukünftig darauf beschränkt wäre, nur noch den Bericht der Rechnungsprüfer der KZBV zu prüfen und die Entlastung des Vorstands vorzubereiten.

Adieu, demokratische Verfasstheit der KZV!  
Willkommen im Absolutismus!



Wir warten gespannt darauf, wann der Vorstand der KZV die Vertreterversammlung bitten wird, die Erblichkeit der Vorstandsämter zu beschließen.

**Dr. Helmut Dohmeier-de Haan, Berlin**

### Impressum

Herausgeber/Redaktion/Mediadaten:

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)  
Belfortstr. 9, 50668 Köln, Tel 0221/97300545, Fax  
0221/7391239, Mail [kontakt@daz-web.de](mailto:kontakt@daz-web.de), [www.daz-web.de](http://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](mailto:drdohmeier@onlinehome.de), [www.buz-berlin.de](http://www.buz-berlin.de)

Redaktion dieser Ausgabe: Dr. Celina Schätze (Vi.S.d.P.), Irmgard Berger-Orsag, Dr. Ulrich Happ, Dr. Hanns-W. Hey, 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: Univ. Heidelberg; NAV-Virchow-Bund; Dr. L. Riefenstahl; B. Dohlus; Z. Kirchhoff; L. Galli, Informationsstelle für Kariesprophylaxe; Dr. Tiburtius; Privat



# Zahnärztliche Weiterqualifikation im System der Marktwirtschaft

von Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle, Universität Heidelberg

## Einleitung

Es ist seit langem bekannt, dass ein Zahnarzt das umfangreiche Fach der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde mit seinen vielseitigen Facetten nicht mehr hinreichend überblicken kann.

Gleichwohl kann ein kontinuierlich fortgebildeter Generalist nach wie vor ein sehr breites Spektrum abdecken und dabei auch einzelne Schwerpunkte bilden. Die vor einigen Jahren hierzulande von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften eingeführte und von den Zahnärztekammern kopierte zertifizierte und strukturierte Fortbildung hat dabei sehr viel zur verbesserten Qualifikation der Zahnärzteschaft beigetragen. Der gut positionierte Generalist ist und bleibt der Dreh- und Angelpunkt der zahnmedizinischen Versorgung in der Bevölkerung.

Für komplexe orale Erkrankungen sind jedoch ausgewiesene Spezialisten erforderlich. Dabei würde eine relativ kleine Zahl von Fachexperten genügen, um die Bevölkerung besser als bisher versorgen zu können. Insofern erscheint für einen gewissen Prozentsatz der Zahnärzte eine auf hohem Niveau angesiedelte mehrjährige Spezialisierung nach dem Studium aus fachlichen Gründen dringend geboten. Das Ziel besteht darin, unter Beachtung epidemiologischer Daten zum Versorgungsbedarf die große Anzahl von Generalisten durch eine kleine Anzahl von Spezialisten entsprechend den jeweiligen Erfordernissen zu ergänzen.

Die Zahnärztekammern haben bislang ihre vom Gesetzgeber zugeordnete Aufgabe, nämlich die Weiterbildung in Form von Fachzahnarzt- und Zusatzqualifikationen bedarfsgerecht und flächendeckend zu organisieren, nicht hinreichend wahrgenommen. Mit Ausnahme der Kieferorthopädie, der Oralchirurgie und dem öffentlichen Gesundheitswesen existieren – von regionalen Besonderheiten abgesehen – keine Fachzahnarztgebiete. Änderungen sind derzeit noch nicht zu erwarten. So beschloss beispielsweise die Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg im Jahr 2008 erneut: „Die Ein-

führung weiterer Fachzahnarztgebiete wird abgelehnt“

Aus diesem Mangel heraus wurden andere Wege der postgradualen Ausbildung gesucht. Ein Beispiel dafür sind die Spezialisierungsprogramme einiger wissenschaftlicher Fachgesellschaften. Sie konnten sich allerdings nur langsam etablieren. Auf die Gründe wird weiter unten eingegangen.

## Spezialisierungsprogramme nach den Vorgaben von Fachgesellschaften

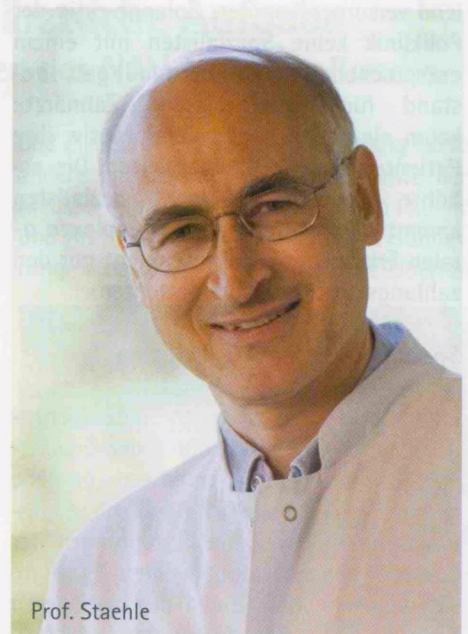
In der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde der Klinik für Mund-, Zahn- und Kieferkrankheiten des Universitätsklinikums Heidelberg haben die angestellten zahnärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter seit Mitte der 1990er Jahre die Option, auf den Gebieten der Zahnerhaltung (präventiv und restaurativ), der Endodontologie, der Kinder- und Jugendzahnheilkunde sowie der Parodontologie einen Spezialistenstatus zu erwerben. Grundlagen hierfür sind die in den Spezialisierungsrichtlinien der diversen Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung, Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde, Deutsche Gesellschaft für Parodontologie) festgelegten Voraussetzungen. Sie umfassen eine mehrjährige supervidierte Tätigkeit in dem angestrebten Spezialisierungsfach mit dem Nachweis eines umfangreichen Behandlungskatalogs, aussagekräftiger Falldokumentationen sowie bestimmten Lehr- und Forschungsleistungen. Damit sind die Spezialisierungsprogramme weiter gefasst und anspruchsvoller als die Fachzahnarztqualifikationen.

## Effekte von Spezialisierungsprogrammen

Seit Einführung der Spezialisierungsprogramme sind folgende Effekte zu beobachten:

### Lehre

Es konnte durch die postgradualen Ausbildungsprogramme Fachpersonal herangebildet werden, das auf seinem jeweiligen Fachgebiet über eine besonders hohe Expertise verfügt. Dies kam dem Studentenunterricht unmittelbar zugute. Das Niveau der Unterrichtsveranstaltungen konnte sowohl in den theoretischen Seminaren und Vorlesungen



Prof. Staehle

als auch in den praktischen Kursen deutlich erhöht werden. Der seitens einiger Zahnärzterevertreter immer wieder erhobene Verdacht, man wolle durch Spezialisierungsprogramme die Ausbildung der Studierenden verschlechtern, um sie später in teuren Kursen das Versäumte nachholen zu lassen, kann eindeutig widerlegt werden. Die Qualität der Lehre hat sich für die Studierenden durch die Spezialisten in der Poliklinik deutlich verbessert und nicht verschlechtert.

### Forschung

Die Einbindung von Spezialistenanwärtern in Forschungsprojekte kam sowohl den Drittmittelakquisitionen als auch den Publikationsleistungen der Poliklinik zugute. Ein besonderer Effekt war, dass sich das „Forschungsklima“ verbessert hat. Wissenschaftliches Arbeiten läuft nicht mehr nur „nebenher“, sondern ist ein unverzichtbarer Teil der Dienstaufgaben geworden. Jeder, der in der Poliklinik eine Spezialisierung anstrebt, weiß, dass er sich auch in Forschungsprojekten engagieren muss.

### Patientenversorgung

Besonders deutlich zeigten sich die Effekte der Spezialisierung in der Patientenversorgung. Die Zahl von Überweisungspatienten mit komplexen oralen Erkrankungen ist stark gestiegen. So nehmen beispielsweise in der Sektion Parodontologie der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde die Patienten mit schwer verlaufenden Parodontopathien, die in der Bevölkerung mit einer Prävalenz von nur wenigen Prozenten vertreten sind, inzwischen den zahlenmäßig fast bedeutendsten Teil ein. Dies ist nur dadurch zu erklären, dass zahnärztliche Überweiser eine Anlaufstelle für solche Patienten erhielten, die sie bislang selbst nicht zufriedenstel-



lend versorgen konnten. Solange es in der Poliklinik keine Spezialisten mit einem entsprechenden Kenntnisstand gab, bestand für niedergelassene Zahnärzte kaum ein fachlich plausibles Motiv, ihre Patienten dorthin zu überweisen. Die erhöhte Fachexpertise der Spezialisten kommt *allen* Patienten mit komplexen oralen Erkrankungen zugute, nicht nur den zahlungskräftigen Privatpatienten.

### Spezialisten versus Generalisten

Ein häufiger Einwand gegen Spezialisierungen liegt darin, dass dadurch der Gesamtüberblick über den Patienten verloren gehe („Scheuklappendenken“). Auch diese Befürchtung kann aus den Erfahrungen der Poliklinik nicht bestätigt werden. Es zeigte sich vielmehr, dass durch die besonderen Kenntnisse der Mitarbeiter der konsiliarische Austausch verbessert und eine synoptische Betrachtungsweise gefördert wurde. Spezialisten erscheinen zudem durchaus in der Lage, eine Pionierfunktion wahrzunehmen und damit indirekt das Niveau der Generalistentätigkeit insgesamt zu heben.

### Spezielle Anliegen der Universität

Obwohl die Weiterqualifikation nach dem Studium eine Angelegenheit der gesamten Zahnärzteschaft sein muss, soll an dieser Stelle nicht verschwiegen werden, dass damit auch etliche spezifische Verbesserungen an der Universität erwartet werden. Die oben aufgezeigten Effekte sind nur möglich, wenn es gelingt, stark engagierte und erfahrene Mitarbeiter über mehrere Jahre an einer Abteilung zu halten. Es erscheint angebracht, dass diesem besonders qualifizierten Personal eine Würdigung durch eine Urkunde, die dem späteren beruflichen Fortkommen dient, zuteil wird.

Die Akzeptanz der Spezialistenprogramme ist unter anderem deshalb erschwert, da sich die Anwärter und späteren Absolventen zu Recht fragen, warum ihre Anstrengungen bislang von den Zahnärztekammern nicht hinreichend anerkannt werden.

In praktisch allen medizinischen Fächern ist es üblich, dass eine Facharztausbildung Voraussetzung zum Beispiel für eine Oberarztstätigkeit oder auch eine Habilitation ist. Durch das Fehlen von entsprechenden *Fachzahnarzt*-Bezeichnungen gibt es an der Universität somit strukturbedingt klinisch-wissenschaftliches Personal „erster und zweiter Klasse“. Die vor kurzem erfolgte Einführung von besseren Gehaltsgruppen für Fachärzte und Fachzahnärzte hat diesen

Nachteil jenen Zahnärzten, denen von vornherein eine Weiterbildung zum Fachzahnarzt verwehrt wird, an etlichen Universitäten besonders deutlich werden lassen.

### Ideologische Hintergründe für die Boykotthaltung der Zahnärztekammern in Sachen Fachzahnarzt-Weiterbildung

Die von den Zahnärztekammern in Deutschland – im Gegensatz zu den Ärztekammern – seit Jahren vorgenommenen Restriktionen in der Weiterbildung gefährden eine hochwertige zahnärztliche Versorgung der Bevölkerung und schaden vor allem dem zahnärztlichen Nachwuchs, indem sie dessen Perspektiven beeinträchtigen. Sie sind aber nicht nur Ausdruck eines Generationenkonflikts sondern auch einer ideologischen Grundhaltung. Die von zahlreichen Kammern inzwischen als Alternative für weitere Fachzahnarzt- und Zusatzbezeichnungen nicht ungerne gesehene Masterausbildung weisen den Weg: Die postgraduale Weiterqualifikation soll durchgängig kapitalisiert werden.

Bislang war es bei der Facharzt- und Fachzahnarztausbildung wie auch der Spezialistenausbildung so, dass die betroffenen Anwärter ein Assistentengehalt bezogen, mit dem sie ihren Lebensunterhalt bestreiten konnten. Es gab bei Stellenengpässen zwar immer wieder Tendenzen von Abteilungsleitern, den betroffenen Assistentinnen und Assistenten Teilzeit- oder gar vollständig unbezahlte Stellen anzubieten und stillschweigend eine Vollzeitstätigkeit zu erwarten. Dies galt aber – zumindest nach außen hin – als sittenwidrig. Durch die Untätigkeit der Kammern in Sachen bezahlter Weiterbildung wurde inzwischen ein Markt etabliert, mit dem sich in Form von kostenpflichtigen Masterprogrammen der Spieß umdrehen lässt. Die Betroffenen bekommen für ihre hauptberufliche Arbeit (die eine intensive Patientenbehandlung zwingend erforderlich macht, falls eine hohe Qualifikation angestrebt wird) nicht nur kein Einkommen, sondern müssen dafür sogar bezahlen. Dies ist aus marktwirtschaftlicher Sicht dann konsequent, wenn die so qualifizierten später nur noch einem bestimmten Anteil der Bevölkerung ihre erhöhte Expertise für gesteigertes Honorar zukommen lassen. Neben einer Polarisierung der Versorgung in der Bevölkerung wird somit auch eine Polarisierung in der Zahnärzteschaft dahingehend verfolgt, dass solche Zahnärzte, die schon in jungen Jahren über genügend finanzielle Mittel verfügen, sich nach dem Studium leicht weiterqualifizieren können, wohingegen andere Kolleginnen und Kolle-

gen, deren ökonomisches Polster geringer ist, von Anfang an entsprechende Qualifikationsnachteile hinnehmen müssen. Wenn die Zahnärztekammern in der Fachzahnarzt-Weiterbildung im Sinne einer bezahlten Assistententätigkeit ihre Boykotthaltung weiter verfolgen, werden die Universitäten nicht umhin kommen, sich in kostenpflichtigen Master-Ausbildungen zu engagieren – mit all den oben angesprochenen Konsequenzen.

Wie zwiespältig sich die Thematik darstellt, kann am Verhalten von einzelnen Verantwortungsträgern beobachtet werden. So gibt es etliche standespolitische Wortführer, die erbittert gegen jeden Ausbau der Weiterbildungsordnungen mit der Schaffung neuer Fachzahnarzt- und Zusatzbezeichnungen in Deutschland kämpfen, die sich aber gleichzeitig nicht scheuen, ihren eigenen Kindern im Ausland hochkarätige Spezialisierungen zukommen zu lassen oder zu Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen internationale Referenten mit eben jenen besonderen Expertisen einzuladen, die sie ihren eigenen Kammermitgliedern verwehren.

### Berufsbegleitende Masterprogramme

Ungeachtet ökonomischer Effekte sind sämtliche fachlich begründeten Weiterqualifikationen vom Grundsatz her zweifellos zu begrüßen. Dies gilt auch für berufsbegleitende Masterprogramme, die zum Teil als sehr innovativ und anspruchsvoll bewertet werden können. Berufsbegleitende Masterprogramme können aber nicht als Alternative zu echten Weiterbildungen oder Spezialisierungen angesehen werden, die – wie bereits ausgeführt – eine hauptberufliche Tätigkeit an geeigneten Stellen erfordern. Insbesondere entfalten solche Programme nicht die oben genannten Effekte an den universitären Einrichtungen.

Auch die gravierenden Qualitätsunterschiede dieser Programme erscheinen nicht unproblematisch. Bei genauerem Hinsehen entpuppen sich manche berufsbegleitende Masterstudiengänge lediglich als neue Form einer besonders kostspieligen, strukturierten Fortbildung, der die Merkmale einer wirklichen Weiterbildung oder Spezialisierung fehlen. Dass trotz des teilweise extrem ungünstigen Preis-Leistungsverhältnisses viele Zahnärzte solche Programme buchen, lässt sich unter anderem dadurch erklären, dass nicht eine Erhöhung des Fachwissens, sondern eine Art indirekter Titelkauf (Master of ...) im Vordergrund zu stehen scheint.



## Aufklärung zur EGK ist ärztliche Aufgabe Interview mit dem Vorsitzenden des NAV-Virchow-Bundes

Die in der Verantwortung stehenden Ständesvertreter räumen häufig ein, die Einführung neuer Facharzt- und Zusatzbezeichnungen sei zwar fachlich durchaus geboten, „politisch“ hingegen nicht durchsetzbar, da die gewählten Delegierten in Kammerversammlungen dies grundsätzlich als „generalistenfeindlich“ bekämpften. Wer einmal solche Versammlungen erlebt hat, kann dies eindeutig bestätigen. Insofern kann man in den meisten Regionen Deutschlands von einem „selbst gewählten Schicksal“ der Zahnärzteschaft sprechen, das sich deutlich von dem der Ärzteschaft unterscheidet.

Man überlege, welche Situation bestehen würde, wenn die Ärztekammern nach dem Zweiten Weltkrieg nur wenige Facharztgruppen (z. B. Allgemeinmediziner, Chirurgen und Internisten) anerkannt hätten und alle anderen ärztlichen Weiterqualifikationen über kostenpflichtige Masterprogramme hätten laufen müssen mit dem primären Ziel, diese vornehmlich den begüterten Bevölkerungsanteilen zukommen zu lassen. Dies hätte vermutlich über viele Ärztegenerationen hinweg zu kontroversen Diskussionen geführt. Die Zahnärzteschaft nahm in dieser Hinsicht eine andere Position ein, was sich durch die unterschiedlichen Wurzeln des Arzt- und des Zahnarztberufs medizinhistorisch erklären lässt.

Es sieht im Augenblick nicht so aus, als ob es den nachfolgenden Zahnärztegenerationen gelingen könnte, ihre etablierten Ständesvertreter umzustimmen. Insofern wird die rein marktwirtschaftliche Ausrichtung der Weiterqualifikation – auch gegen jede fachliche Vernunft – vermutlich ihren Fortgang nehmen.

Die Spezialisierungsprogramme der wissenschaftlichen Fachgesellschaften waren als Übergangslösungen gedacht, um Zahnärztekammern eine Hilfestellung für den zügigen Ausbau der bezahlten Weiterbildung zu geben. Sie könnten auch als Grundlage für die inhaltliche Verbesserung und Weiterentwicklung des Fachzahnarztwesens mit dem Ziel einer *breitenwirksamen* Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung dienen. Diese Chancen wurden bislang nicht wahrgenommen.

Wie lange sich die Spezialisierungsprogramme der Fachgesellschaften in ihrer bisherigen Form im Zeitalter der kostenpflichtigen Masterausbildungen mit ihrem stark ökonomisierten und kommerzialisier-

Nach einer aktuellen Studie der Techniker Kasse (TK) ist die Mehrheit der Deutschen für die Elektronische Gesundheitskarte. Das Deutsche Ärzteblatt hakte bei Dr. Klaus Bittmann nach, dem Vorsitzenden des NAV-Virchow-Bundes.

**Ärzteblatt:** Die TK stellte Ende Februar eine Studie zur EGK vor, nach der die meisten Versicherten in den Testregionen dem Projekt positiv gegenüberstehen. Hat Sie das überrascht?

**Bittmann:** Natürlich sind die Menschen offen für Neues, zumal dann wenn ihnen vorgespielt wird, hierdurch kämen mehr Patientensicherheit und technischer Fortschritt. Interessanterweise ist die konkrete Frageformulierung nirgendwo veröffentlicht. Also muss man davon ausgehen, dass es sich um eine oberflächliche Bewertung des „Gesamtprojektes elektronische Gesundheitskarte“ handelt. Es macht doch einen Unterschied, ob ich frage „Wollen Sie eine chice neue Karte mit Bild von Ihnen?“ oder „Wollen Sie eine maschinenlesbare Karte als Grundlage für die zentralisierte Speicherung und Verarbeitung aller Ihrer bisherigen und zukünftigen Gesundheitsdaten?“

**Ärzteblatt:** Unter den befragten Ärzten ist die Haltung nach wie vor kritisch. Wie erklären Sie sich die Diskrepanz?

**Bittmann:** Das Projekt der elektronischen Gesundheitskarte mit allen ihren Optionen

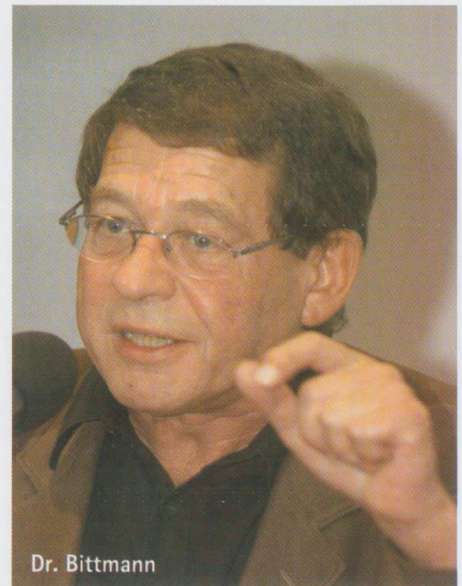
ten Umfeld noch werden halten können, erscheint unklar. Zumindest wäre zu fordern, dass jenen Kolleginnen und Kollegen, die mehrjährige anspruchsvolle Spezialisierungsprogramme wissenschaftlicher Fachgesellschaften erfolgreich durchlaufen haben, von den Kammern nachträglich der Fachzahnarztstatus zuerkannt wird.



**Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle**

Poliklinik für Zahnerhaltungskunde der Klinik für Mund-, Zahn- und Kieferkrankheiten des Universitätsklinikums Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg  
hans-joerg.staehle@med.uni-heidelberg.de

und Zielsetzungen greift – wie bislang keine andere Entwicklung in der Geschichte der Medizin – in das Verhältnis zwischen Patient und Arzt ein. Solch grundlegende Veränderungen verursachen grundlegende Überle-



Dr. Bittmann

gungen und Folgeabschätzungen. Wir haben doch die Ergebnisse aus den 10.000er Tests noch gar nicht alle ausgewertet. Auf die wichtigen 100.000er Tests wird aus mir unverständlichen Gründen völlig verzichtet und gleich mit dem Roll-out in Nordrhein begonnen. Wir wissen, vor uns liegt die Büchse der Pandora und bevor wir diese öffnen, müssen wir Ärzte uns doch Gedanken machen.

**Ärzteblatt:** Aus der Studie geht hervor, dass sich die Patienten weniger um die Datensicherheit sorgen als die Ärzte. Sind die Ärzte übervorsichtig oder die Versicherten zu sorglos?

**Bittmann:** Die oft beobachtete Sorglosigkeit der Verbraucher wird beispielsweise bei der völlig unkritischen Nutzung von Bonuskartensystemen deutlich. Für zwei Euro Vorteil liefern manche Menschen den Unternehmen ihr komplettes Konsumverhalten auf dem Silbertablett. Viele können die Konsequenzen ihres Handelns weder wissen noch abschätzen. Dafür brauchen sie Sachverstand. Und hierfür stehen Verbraucherschützer, Datenschützer und auch wir Ärzte.

Die Forum-Redaktion bedankt sich für die Abdruckgenehmigung beim Deutschen Ärzteblatt – [www.aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de)



# Heidemann versus Osswald – Wissenschaftler versus Praktiker beim Akademischen Disput in Frankfurt:

## Niedergelassene wünschen sich Praxis-nahe Endo-Forschung von der Hochschule

von Irmgard Berger-Orsag, Troisdorf

### Volles Haus in Frankfurt

Während am 25.02.2009 andernorts die Parteien zum politischen Aschermittwoch luden, gab es in der Hessischen Zahnärztekammer ein Ereignis besonderer Art: einen



Prof. Heidemann

„Akademischen Disput“ zum Thema Endodontie zwischen Prof. Dr. Detlef Heidemann, Direktor der Abteilung für Zahnerhaltung am Frankfurter Carolinum,

und dem niedergelassenen Zahnmediziner Dr. Dr. Rüdiger Osswald aus München. Gastgeber war eine der ältesten Zahnärzte-Organisationen Deutschlands, der Zahnärztliche Verein zu Frankfurt am Main von 1863. Neben anderem hat er es sich zur Aufgabe gemacht, jährlich eine Veranstaltung zu einem aktuellen Thema, dargestellt von einem Hochschullehrer und einem Praktiker, zu organisieren. Uni versus Niederlassung, Theoretiker versus Praktiker – so waren schon im Vorfeld die beiden Kontrahenten verortet worden.

Die Endodontitis und die indikationsgerechte Behandlung dieser „einfachen“ bakteriellen Infektion sind das Kernthema des Arztes und Zahnarztes Rüdiger Osswald, das er seit Jahren auf- und abwärts dekliniert, zu dem er schreibt und Vorträge hält und das sich auch bei seinem Engagement im von ihm mitbegründeten Berufsverband der Allgemeinzahnärzte (BVAZ) wiederfindet. An Osswald scheiden sich die Geister. Er hat seine „Fangemeinde“, wozu insbesondere Praktiker zählen, die mit seinem Konzept gute Erfahrungen gemacht haben, und er hat Gegner, insbesondere in Teilen der Endodontologen-Szene, wo man sein fachliches Vorgehen für obsolet hält, sich aber noch mehr an seinem persönlichen Auftreten stört. Umso begrüßenswerter, dass der Frankfurter Zahnärzterein sich von sachfremden Aspekten nicht beeinflussen

ließ, sondern dieses Streitgespräch organisierte – um der Sache willen, um in punkto voraussagbar erfolgreicher endodontischer Zahnerhaltung vielleicht einen Schritt weiterzukommen.

Der Saal in der Frankfurter Zahnärztekammer war übertoll – man rechnete mit einer spannenden Kontroverse, inszeniert nach dem Vorbild eines sportlichen Wettkampfes. Die Thematik wurde in drei Blöcke aufgeteilt, zu denen beide Referenten jeweils aufeinander folgend Stellung nehmen sollten. In Runde 1 war eine Einführung ins Thema Endodontie sowie die Charakterisierung der ersten Phase jeder Wurzelkanalbehandlung – mechanische Aufbereitung des Kanals – vorgesehen. Nach Entscheid per Münzwurf rief der Vorsitzende des Frankfurter Vereins Dr. Paul Schmitt Prof. Heidemann als ersten in die Arena.

### Kanäle mit OP-Mikroskop finden und maschinell aufbereiten

„Primum nihil nocere“, so sein Credo. Hieran habe sich auch die endodontische Behandlung zu orientieren, deren Ziel der langfristige Erhalt eines erkrankten Zahnes sei. Vor Behandlungsbeginn ist laut Heidemann eine sorgfältige Risikoabschätzung erforderlich, bei der auf Grundlage von Anamnese, Röntgenbefunden, klinischer Situation u.a. die Vorgeschichte (z.B. Revision, Trauma), kariöse Defekte, Frakturen, parodontale Läsionen, besondere Morphologie, Perforationsgefahr, Hartsubstanzablagerungen, Fehlstellungen und die Restaurationsfähigkeit des Zahnes bewertet werden müssen. Schnell landete Heidemann bei seinen Aufbereitungsgrundsätzen, die den anwesenden Zahnärzten vermutlich wohl vertraut waren: Schaffung einer Zugangskavität (bei koronalen Defekten unter Umständen Stabilisierung durch einen adhäsiven Aufbau) und Aufbereitung entsprechend der ursprünglichen Kanalform, wobei der Frankfurter Wissenschaftler zur Schonung von Händen und Zeitbudget maschinelles Arbeiten mit Drehmoment-gesteuerten Motoren und Nickel-Titan-Instrumente empfahl. Längenmessungen, elektronisch oder per Röntgenaufnahme, dienen ebenso wie Stopps an den verwendeten Instrumenten

dazu, die Kanalerweiterung kurz vor dem Apex zu beenden. Es gilt, auf mechanischem Wege so viel an erkranktem Gewebe und

so viele Bakterien wie möglich aus dem Kanal zu entfernen. Möglichst sollte die Aufbereitung in einer Sitzung abgeschlossen sein. Für den Hochschullehrer



Dr. Osswald

ist das Operationsmikroskop (auch bei Frontzähnen!) eine Selbstverständlichkeit, ebenso Kofferdam als Infektionsschutz, beides Anforderungen, die Reaktionen unter den Zuhörern hervorriefen und in dieser Zuspitzung in Frage gestellt werden, nicht nur von Dr. Osswald, der nunmehr als zweiter mit seinen Ausführungen startete, zunächst zur endodontologischen Aufgabenstellung insgesamt.

### Nur 1/3 der Hohlräume mechanisch zu reinigen

Für Osswald sind auch heute noch eine wichtige Quelle die Arbeiten von Prof. Friedrich Otto Walkhoff (1860-1934), der bereits in den 1880er Jahren die Anatomie und Morphologie des Zahnapparates untersuchte und unmittelbar nach der Entdeckung von Röntgenstrahlen und radioaktiver Strahlung diese – zunächst in Form von Selbstversuchen – in seine Forschungsarbeit einbezog und sie für Diagnostik und Therapie nutzbar machte. Er erkannte, dass die Erkrankung der Pulpa von Bakterien verursacht wird und dass die Erreger sich im weitläufigen Hohlraumssystem im Inneren des Zahnes in unzähligen Schlupfwinkeln verkriechen. Dem war mit noch so raffinierter Mechanik nicht beizukommen, weshalb er mit chemischen Desinfektionsmöglichkeiten experimentierte und eine nach ihm benannte Lösung aus Chlorphenol, Kampfer und Menthol entwickelte.



Seit Walkhoffs Entdeckungen hat es, was u.a. Prof. Heidemann beschrieb, bei der instrumentellen Aufbereitung von Wurzelkanälen Fortschritte gegeben. Dennoch, und hier setzte Osswald ein, sind nach wie vor zwei Drittel des Zahninnern der mechanischen Reinigung nicht zugänglich. Es gibt neben den Hauptkanälen unzählige Seitenkanäle, Verbindungskanäle, Blindkanäle und das apikale Delta, von den Aber-tausenden Dentintubuli, in die die Bakterien bei einer Infektion ebenfalls vordringen, ganz zu schweigen. Sorgfältige mechanische Aufbereitung ist Osswald wichtig: Jedoch lohne es sich, da man für den nicht erreichbaren größeren Teil des Hohlraum-systems in jedem Fall eine andere Strategie einsetzen muss, nicht, hierbei für minimale Zugewinne riesigen Aufwand zu treiben. Anders als Heidemann hält er es für erforderlich, mechanisch Zugang zu allen potentiell infizierten Bereichen zu schaffen. Dazu zählen neben dem endodontischen Hohlraumssystem auch der Parodontalraum, das Granulom, die Zyste und die Fistel. Für Osswald ist „die Aufbereitung Diener der Desinfektion“.

### Chemische Reinigung mit Spüllösungen und Einlagen

Womit man bei der Aschermittwochsveranstaltung beim nächsten Thema ange-langt war. Den Zahn desinfizieren und seine Reinfektion verhindern – mit diesem Motto startete Prof. Heidemann seinen 2. Referatbeitrag. Dabei hat es der Zahnarzt nicht nur mit einzelnen im Kanal umher schwimmenden Bakterien zu tun. Vielmehr organisieren sich die Erreger als Biofilm, kommunizieren untereinander und können sich gemeinsam wirksamer der Desinfektion widersetzen. Biofilme im Zahn sind ausgesprochen individuell, ähnlich der Mundhöhlenflora. Wie sich allerdings diese Erkenntnisse nutzbringend für die Endodontitisbehandlung anwenden lassen, blieb für die Zuhörer offen.

Zur Entfernung von Dentinspänen, Smear Layer und nekrotischem Material und zur Desinfektion bringt Heidemann verschiedene Spüllösungen und ggf. medikamentöse Einlagen zum Einsatz. Angestrebt ist eine Tiefenwirkung auch im infizierten Dentin, zu verhindern allerdings gleichzeitig ein Überpressen des eingebrachten Mittels. Hier helfen Kanülen mit seitlichen Öffnungen. Der erreichbare Desinfektionseffekt ist abhängig von der Konzentration, der Applikationsmenge und -dauer, der Temperatur und natürlich der gewählten Substanz. Heidemann zielt darauf ab, den keimtötenden und Gewebe

auflösenden Effekt auf den Zahninnenraum zu beschränken bzw. Wirkstoffe einzusetzen, die sich außerhalb des Zahnes möglichst biokompatibel verhalten. Mittel der Wahl sind für ihn: Natriumhypochlorit (NaOCl) in 0,5 bis 5,25%iger Konzentration; warm appliziert, zur Gewebeauflösung und Zerstörung von Endotoxinen, Ethylendiamintetraessigsäure (EDTA) zur Entfernung der Schmier-schicht, Chlorhexidindigluconat (CHX) je nach Fall, um z.B. Problemkeime wie *Enterococcus faecalis* zu bekämpfen, sowie Calciumhydroxid (Ca(OH)<sub>2</sub>) als Einlage. Diese stark alkalische Substanz ist seines Erachtens zwar nicht perfekt, jedoch „ein sehr gutes Desinfektionsmittel“.

### Aufbereitung und Desinfektion über den Apex hinaus

Osswald, für den die Desinfektion das Herzstück der endodontischen Behandlung darstellt, verfolgt keine andere Zielsetzung. Wie Heidemann will er durch Bakterienreduktion eine Situation herbeiführen, in der der Organismus mit seinen Selbstheilungskräften die Infektion überwindet. An zwei Punkten schätzt er jedoch die Gegebenheiten deutlich anders ein. Zum ersten sieht er keine Strukturen, vergleichbar z.B. mit den Lymphknoten im übrigen Körper, die geeignet wären, das Einwandern von Bakterien in die den Zahn umgebenden Gewebe zu verhindern. Auch die apikale Konstriktion stelle keine ausreichende Barriere dar. In der wissenschaftlichen Literatur fand er Belege dafür, dass beispielsweise Granulome und Zysten an erkrankten Zähnen bakteriell besiedelt waren. Daraus folgerte er – wobei interessant wäre, welche empirischen Belege für und wider hierzu vorliegen –, dass auch diese benachbarten Strukturen in die Desinfektion einbezogen werden müssen. Zweifellos dürfen bei einem solchen Vorgehen nur Spüllösungen zum Einsatz kommen, die außerhalb des Zahnes keine gravierenden Nebenwirkungen erzeugen.

Der zweite Unterschied betrifft die Einschätzung der gängigen Desinfektionsmittel. Hier und heute besteht große Sensibilität gegenüber gesundheits- und umweltschädlichen Stoffen. Und so geht es nicht nur Prof. Heidemann, sondern ebenso den Fachgesellschaften und der Bundeszahn-ärztekammer darum, den von ihnen empfohlenen Substanzen möglichst Biokompatibilität zu attestieren. Dies hält Osswald jedoch für Augenwischerei. Für ihn steht außer Frage, dass zur Behandlung einer bakteriellen Infektion im Zahn ein potentes Medikament benötigt wird, ein regel-rechter Bakterienkiller. Ein solcher könne

per definitionem nicht biokompatibel sein. Die Lösung des Problems wäre ein Mittel, das seine Wirkung nur im Zahn entfaltet und ansonsten völlig harmlos für den Organismus ist. Laut Osswald können die von Heidemann vorgestellten oder von der DGZMK empfohlenen Substanzen die Bedingung, entweder über den Zahn nicht hinauszugelangen oder aber außerhalb nicht zytotoxisch und biokompatibel zu sein, nicht erfüllen. In seinem 2. Referat- abschnitt belegte er dies zum Teil mit Untersuchungen. Umso kritischer müsse geprüft werden, in welchem Verhältnis die Risiken zu den Erfolgen der Behandlung stünden. Seine Literaturdurchsicht zu den gängigen Spül- und Einlagemitteln fiel wenig positiv aus:

### Gängige Desinfektionsmittel nebenwirkungsreich oder hauptwirkungsarm?

Natriumhypochlorit, so der Münchner Zahn- arzt, desinfiziere und löse totes Gewebe auf – aber auch lebendes. Es schwäche das Dentin durch Herauslösung organischer Bestandteile und mache es spröde (Frakturgefahr). Die Verbesserung der erwünschten Wirkung im Wege der Konzentrationserhöhung von ursprünglich 0,5% auf inzwischen über das 10fache sei nicht belegt. Die Nebenwirkungen reichten von Verätzungen über starke und anhaltende Schmerzen, Nervirritationen und Lähmungen bis hin zu Weichteilnekrosen und bedrohlichen allergischen Reaktionen. Bei offenem Foramen apicale (ist nicht jedes Foramen offen? – fragt Osswald) halte das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) NaOCl für kontraindiziert. Der Münchner Zahnarzt gab an, dieses Mittel seit 15 Jahren nicht mehr zu verwenden.

Die nächsten Kandidaten auf Osswalds Liste, CHX und Wasserstoffperoxid (H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>), kamen nicht viel besser weg. Entgegen den Hoffnungen nach den ersten in vitro-Studien habe sich CHX nicht zu einer überzeugenden Alternative entwickeln können wegen seiner Empfindlichkeit gegenüber entzündlichem Sekret, mit dem es gerade in infizierten Wurzelkanälen standardmäßig zusammentreffe, und H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> habe eine zu geringe desinfektorische und keine Gewebe auflösende Wirkung. Dem Risikopotential dieser zweifellos zytotoxischen Substanzen stünde eine zu geringe positive Wirkung im Sinne der angestrebten Behandlung gegenüber.

Nicht viel anders lautete die Beurteilung des Mittels, das derzeit von den Hochschulen als Goldstandard für die Langzeitdesin-



fektion propagiert wird: Ca(OH)<sub>2</sub>. Laut Osswald ist auch dieses Medikament zytotoxisch, jedoch nicht zytotoxisch genug. Auf einige Keime wirke es gar nicht, auf andere in zu geringem Maße, so dass es als alleiniges Desinfizienz nicht ausreicht. Das Einzige, was seines Erachtens in der Endodontie mit der notwendigen wissenschaftlichen Evidenz belegt ist, ist, dass Ca(OH)<sub>2</sub> zur Desinfektion des endodontischen Hohlraumssystems ungeeignet sei.

### Osswalds Patentrezept: ChKM-Lösung nach Walkhoff

Nachdem er schließlich noch das kortisonhaltige Ledermix und das formaldehydhaltige N2 abgehakt hatte, ließ Osswald zum ersten Mal den Namen der Substanz fallen, die für ihn eine Alternative zu den zuvor kritisierten Desinfektionsmitteln darstellt und die er für die überdurchschnittlichen Behandlungserfolge in seiner Praxis verantwortlich macht: die von Walkhoff entwickelte Chlorphenol-Kampfer-Menthol-Lösung ChKM. Die (seit 2005 als Medikament zugelassene) Substanz ist hochwirksam gegen die in Wurzelkanälen vertretenen Bakterien. Schädigende Nebenwirkungen wurden laut Osswald bisher nicht beobachtet. ChKM wird jedoch von der offiziellen Lehrmeinung als obsolet geächtet. Erläuternd sollte man hinzufügen, dass es auf dem Markt verschiedene Präparate mit den o.g. Bestandteilen und dem Namen ChKM gibt, die Zulassung und die von Osswald angeführten Ergebnisse jedoch nur für die Original-Walkhoff-Lösung gelten.

### Zum Wurzelfüllen Bewährtes und Neues

So gern einige vielleicht schon an diesem Punkt in die Diskussion übergewechselt wären – zunächst musste noch der 3. Vortragsblock zum Thema Obturation abgeschlossen werden. Routiniert beschrieb Prof. Heidemann die breite Palette der aktuell gebräuchlichen Materialien, Füllsysteme und –techniken. Trotz zahlreicher Neuerungen spielen Guttapercha in verschiedenen Zubereitungen immer noch eine große Rolle. Mit einem erfolgreich behandelten Revisionsfall beendete der Frankfurter Professor seinen Vortrag.

Für Osswald ist nicht die Technik der Obturation entscheidend, sondern dass überhaupt ein – bakteriendichter – Verschluss herbeigeführt wird. Die dafür entwickelten neueren Methoden werfen für ihn allerdings verschiedene Fragen auf. Nicht umsonst wurde seines Erachtens früher von Wurzelfüllmaterialien leichte Einbringbar-

keit, leichte Entfernbarkeit, desinfizierende Wirkung und Resorbierbarkeit außerhalb des Wurzelkanals verlangt. Diese Kriterien vereinfachten das Vorgehen, insbesondere bei nötigen Revisionen, und erhöhten die Fehlertoleranz. Inzwischen gäbe es dagegen, um ein Beispiel zu nennen, Sealer, die nicht etwa bakterizid wirken, sondern wie Resilon sogar das Bakterienwachstum beförderten. Andere Sealer enthielten Arsen (MTA) oder spalteten beim Abbinden Formaldehyd ab (AH26), was bei diesen Substanzen erstaunlicherweise nicht zur Ablehnung durch die Wissenschaft führt. Endomethasone N, das als Langzeitdesinfizienz das gegen den Problemkeim *Enterococcus faecalis* sehr gut wirksame Dijodid-Thymol enthalte, werde dagegen überraschenderweise abgelehnt.

### Endo-Behandlung muss bezahlbare Basisleistung bleiben

Insgesamt kritisierte Osswald, dass bei der Obturation, ähnlich wie bei der Aufbereitung, der technische Aufwand immer höher geschraubt würde und Revisionen wesentlich erschwert würden. Mit einem „Operationsfoto“, das einen endodontischen Eingriff unter höchsten Sterilitätsbedingungen und mit aufwändigstem Instrumentarium zeigte, schloss er seinen Vortrag. Sein Plädoyer: Die Therapie der massenhaft auftretenden Volkskrankheit Endodontitis, einer einfachen bakteriellen Infektion, darf nicht zu einem schweren operativen Eingriff, der hochgerüstete Spezialisten erfordert, hochstilisiert werden. Sie stellt vielmehr eine zahnärztliche Basisleistung dar, die mit eingrenzbarem Aufwand von jedem Allgemeinzahnarzt erfolgreich zu erbringen ist.

In der nachfolgenden Diskussion wurde – nicht zuletzt vom Vorsitzenden des gastgebenden Verbandes, Dr. Paul Schmitt – eine Frage eingebracht, die während der rein fachlich orientierten Vorträge keine Rolle gespielt hatte, jedoch vielen Zuhörern auf den Nägeln brannte: wie der beträchtliche Aufwand für Wurzelkanalbehandlungen angesichts der Honorierung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zu leisten sei. Auch wenn man das Vorgehen der Hochschule als übertrieben einstufen könne – es wurde ein Beispiel Heidemanns mit vier verschiedenen Spüllösungen und OP-Mikroskop im Frontzahnbereich angesprochen –, bliebe ein hoher Aufwand, und selbst Osswald, der für ein einfacheres Vorgehen plädierte, bekannte sich zu Zuzahlungen. Hier meldete sich der anwesende Vorsitzende der Kas-

senzahnärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Jürgen Fedderwitz, zu Wort. Aus seiner Sicht brauche es eine neue Art der Honorierung. Wie in der prothetischen plädierte er auch in der endodontischen Therapie für ein Festzuschuss-System mit adäquater Selbstbeteiligung der Patienten.

In seinem Vortrag hatte Dr. Osswald detailliert Kritik geübt an Methoden und Materialien, wie sie gemäß der „gängigen Lehrmeinung“ zum Einsatz gebracht werden. Seinen eigenen, davon abweichenden Ansatz hatte er zwar in den Grundzügen dargestellt, nicht aber sein konkretes Vorgehen in Einzelheiten beschrieben, so dass die Aufforderung, genau dieses im Rahmen der Diskussion nachzuholen, von mehreren Seiten und nicht unerwartet kam. Er rekapitulierte in wenigen Sätzen seine Prinzipien, musste aber für Weiteres auf seine Veröffentlichungen und Fortbildungsveranstaltungen verweisen. Tatsächlich war inzwischen bei dem Akademischen Disput, einer Abendveranstaltung, der ursprünglich gesetzte Zeitrahmen längst erreicht, schon mussten die ersten Teilnehmer zum Aufbruch schreiten. Für die Forum-Leser sei an dieser Stelle ergänzt, dass die Endo-Behandlung mit ChKM sowie kritische Darstellungen dieser Methode bereits in den Ausgaben 86/2006 und 87/2006 der Zeitschrift breiten Raum einnahmen. Dr. Osswalds Veröffentlichungen zum Thema sind über seine Webseite [www.tarzahn.de](http://www.tarzahn.de) abrufbar.

### Wer macht Forschung zu ChKM?

Zum Schluss kamen noch weitere sehr wichtige Fragen zur Sprache, die aufgrund der knappen Zeit nicht mehr alle beantwortet werden konnten. Nachdem Osswald die unbefriedigenden Erfolgsraten der konventionellen Endo-Therapie sowie seine deutlich positiveren Ergebnisse ins Feld geführt hatte, lag es nahe, nach der wissenschaftlichen Absicherung der ChKM-Behandlung zu fragen. Da schließlich die Überlegung „Wer heilt, hat recht“, nicht ganz von der Hand zu weisen sei, regte u.a. der Präsident der Hessischen Zahnärztekammer, Dr. Michael Frank, an, die von Osswald propagierte Methode wissenschaftlich zu untersuchen. Das wäre – kann man nur dazusetzen – eine gute Gelegenheit, gleich auch das, was als abgesicherte Lehrmeinung gilt, wozu bisher jedoch nur wenige prospektive randomisierte klinische Studien vorliegen, mit unter die Lupe zu nehmen.

Der Vorschlag Franks war umso bemerkenswerter, als zuvor Prof. Heidemann ver-



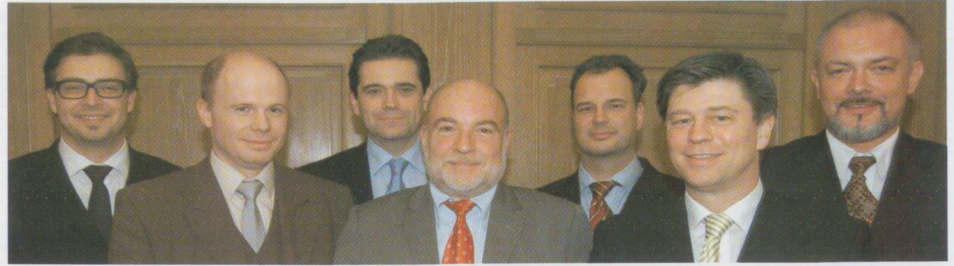
sucht hatte, den Spieß umzudrehen und Osswald aufzufordern, er solle doch wissenschaftliche Beweise für sein Vorgehen vorlegen. Dies kann nun allerdings nicht vom einzelnen Praktiker verlangt werden. Es ist Aufgabe der Hochschule, mit entsprechend qualifizierten und für solche Arbeiten bezahlten Kräften nicht nur Grundlagenforschung und universitäre Studien zu betreiben, sondern auch das reale Versorgungsgeschehen, die Arbeit im niedergelassenen Bereich, forschend zu begleiten. Wenn von einem gar nicht so kleinen Teil der Zahnärzte – in einer Umfrage der Uni Mainz (ZWR 115(6), 2006) gaben immerhin von knapp 2.200 Befragten 20,6% an, ChKM zu benutzen – eine von der Wissenschaft mit Skepsis betrachtete Methode angewandt wird, möglicherweise sogar mit gutem Erfolg, dann sollte die Hochschule, sofern nicht schwerwiegende gesundheitliche Risiken gegen eine solche Untersuchung sprechen, die Methode prüfen und sie dann entweder rehabilitieren oder definitiv und wissenschaftlich begründet verwerfen.

#### Verstärkte Zusammenarbeit Uni-Praxis

Der vom Zahnärztlichen Verein zu Frankfurt organisierte Akademische Disput konnte eine solche Prüfung natürlich nicht ersetzen. Er war eine spannende Veranstaltung und zeigte ein breites Spektrum von Möglichkeiten der modernen Endodontie auf, ließ aber zugleich auch erkennen, dass viele Fragen noch offen sind, sowohl auf Seiten der Praktiker wie der Hochschulen. Dass noch nicht gerade ein Übermaß an gesicherter Erkenntnis vorliegt, drückt sich vielleicht auch darin aus, dass für die Zahnheilkunde bisher ganze 4 Leitlinien vorliegen, davon genau eine, gerade erst veröffentlicht, zu einem Teilaspekt der Endodontie, zur Wurzelspitzenresektion. Die DGZMK hat in diesen Tagen einen Aufruf an die zahnärztlichen Körperschaften, Fachgesellschaften und Berufsverbände und letztlich an die zahnärztliche Basis gestartet, sich aktiv an der Leitlinienentwicklung zu beteiligen. Dies alles könnte in die Richtung gehen, die Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis zu verstärken und vielleicht ganz gezielt Forschungsprojekte unter Beteiligung von Praktikern in Gang zu setzen. Es wäre sicher sehr im Sinne seiner Initiatoren, wenn der Frankfurter Akademische Disput mit seinen Neben- und Nachwirkungen dazu beitragen würde, eine solche Entwicklung zu fördern.

Irmgard Berger-Orsag, Troisdorf  
 berger-orsag@t-online.de

## Kammerwahl in Berlin: ein Neuanfang, der keiner war



Die Berliner Zahnärzteschaft hat gewählt, nein, sie *musste* während einer Legislaturperiode noch einmal wählen, weil ein Wahlausschuss mit seinem Vorsitzenden die Modalitäten einer bestehenden Wahlordnung nach den Regeln, „Das haben wir schon immer so gemacht“, zu großzügig ausgelegt hatte, und die Vorstände der Kammer und der sie dominierenden Verbände erst einmal der gleichen Ansicht waren. Das Verwaltungsgericht war den Klägern, Zahnärzten mit einem hohen Anspruch an Gerechtigkeit und Demokratie, gefolgt und hatte die erste Wahl für ungültig erklärt.

Nach einem Jahr, in dem der amtierende Vorstand – woher nahm er eigentlich seine Legitimation? – seine Amtsgeschäfte ausübte, ohne diese lästigen und hinderlichen Delegiertenversammlungen abhalten zu müssen, war es Ende Januar endlich so weit: Die konstituierende Versammlung mit dem Schwerpunkt – Wahl des Vorstandes – konnte einberufen werden. 46 Delegierte waren bereit, in geheimer Wahl ihre Stimmen abzugeben.

Wie nicht anders zu erwarten: **Zuerst wurden die Aufwandsentschädigungen erhöht.** Diese Abstimmung war ein Test für die Koalition. Sie sollte die Stimmenverhältnisse dokumentieren und der Opposition zugleich signalisieren, dass es in diesem Block keine Abweichler gibt. Für die weiteren Abstimmungen war somit auch das Verhältnis 26 / 20 festgelegt, und es diente als Messlatte für die Punkte, die ein Bewerber für ein Vorstandsamt erhalten konnte.

Der Verband der Zahnärzte von Berlin, uneingeschränkter Gewinner der Kammerwahl, nominierte ein Nicht-Mitglied seines Verbandes als Kandidaten für das Amt des Präsidenten. Dabei verfügt dieser Verband über eigene fähige Mitglieder, die sogar der Delegiertenversammlung angehören und die ein weitaus größeres Vertrauen des Plenums genießen als der alte und neue Kammerpräsident, der mit seinem Wahlvorschlag vielen anderen Listen weit unter-

legen war. Gewinner des Abends waren zwei junge Kollegen mit 32 beziehungsweise 31 Ja-Stimmen, beide Mitglieder des Verbandes der Zahnärzte von Berlin. Mit diesem Abstimmungsverhalten zeigte die so genannte Opposition, dass sie zustimmt, wenn es in der Sache der Berliner Zahnärzteschaft zum Vorteil gereicht.

**Warum verzichtet der Verband der Zahnärzte von Berlin auf das Präsidentenamt?** Warum begnügt sich ein Wahlsieger mit der Nominierung von drei Beisitzern und überlässt sogar das Amt des Vizepräsidenten dem Freien Verband Deutscher Zahnärzte?

Mit großer Nachdenklichkeit haben andere Verbände diese Tatsachen zur Kenntnis genommen. Auf Fragen wollten oder konnten an diesem Abend keine Antworten gegeben werden. Dafür gab es dann eine große Geste, als der wiedergewählte Präsident als Zeichen eines Neubeginns einem seiner Hauptkritiker als Erstem die Hand gab. Dieses Zeichen und die versöhnliche Stimmung mussten allerdings sehr schnell wieder der Realität weichen, als der erste Ausschuss gewählt wurde. Verband und Freier Verband waren es sich gegenseitig schuldig, die Bewerber aus anderen Gruppierungen „heraus zu wählen“.

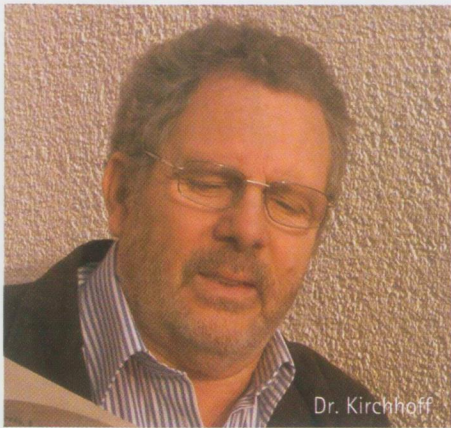
Darf man dem versprochenen Neuanfang dieses Präsidenten vertrauen, oder ist er nur ein Spielball des Verbandes, dem er seine neuerliche Präsidentschaft verdankt? Ich möchte es gern anders sehen, es fehlt mir jedoch der Glaube. Unsere Hände ziehen wir jedoch so schnell nicht zurück.

Dr. Peter Nachtweh, Berlin

#### Stolze Herrenriege

In Berlins Zahnarztpraxen stellen Frauen über die Hälfte der Behandler: Im Februar 2008 standen 1844 niedergelassenen und angestellten Zahnärztinnen 1781 männliche Kollegen gegenüber. Gleichzeitig ist der neue Kammervorstand eine reine Herrenriege.





Dr. Kirchhoff

### DIMDI-Studie zur KfO aus dem Jahr 2008

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) hat im Jahr 2008 einen viel beachteten HTA-Bericht (HTA: Health-Technology-Assessment) „Mundgesundheit nach kieferorthopädischer Behandlung mit festsitzenden Apparaten“ herausgebracht. Dieser Bericht tauchte die KfO für die Allgemeinzahnärzte in ein grelles, bislang arg vermisstes Licht fundamentaler Erkenntnisse; diese von Experten seit langer Zeit vermuteten Ergebnisse vor allem hypothetischer /fiktiver Wirksamkeit sollten hinsichtlich einiger Fragestellungen zu einer Neubewertung der wesentlichen kieferorthopädischen Interventionen führen. Diese Fragestellungen berühren sowohl die seriöse Patientenaufklärung / Haftung des Zahnarztes als auch versicherungsrechtliche Leistungs-Probleme bei vorrangig ästhetisierender Therapie, beim kostenintensiveren Einsatz vermeintlich innovativer Materialien, Röntgenverfahren und invasiver Maximaltherapie ohne evidenzbasierten Wirksamkeitsnachweis und nicht zuletzt die deutlich vorzutragende Forderung nach größerer therapeutischer Zurückhaltung. Ohne evidente Nachweise von therapeutischer Wirksamkeit entbehren beispielsweise risikobehaftete neuere radiologische Begleitmaßnahmen zur diagnostischen Optimierung (3D-Diagnostik wie CT/DVT) formal der medizinischen Logik. Keinesfalls will die DIMDI-Studie der KfO mit ihren Ergebnissen die Existenzberechtigung nehmen. Die therapeutischen Bemühungen einer erfolgreichen Beseitigung des offenen Bisses, der Non-Okklusion, die präprothetischen Maßnahmen der Aufrichtung gekippter Zähne oder der Pfeilerdistalisierung etc. sollen mit diesem Beitrag auch nicht kritisiert werden.

### Gesellschaftliche Eliten fördern systematisch das Nichtwissen

Die Zahnmedizin ist nicht gerade arm an invasiven therapeutischen Verfahren, de-

## Evidenz von Mundgesundheit nach kieferorthopädischer Behandlung mit festsitzenden Apparaturen weitgehend ungeklärt

von Dr. Wolfgang Kirchhoff, Marburg

ren Evidenz von den Verantwortlichen absichtsvoll im Dunklen belassen wird. Verantwortlich dafür sind unsere eng mit industriellen und standespolitischen Kreisen verflochtenen Wissenschaftseliten, die sich durch Nichtbefassung hervortun. Verantwortlich sind aber auch unsere parteipolitischen und von Lobbyisten durchsetzten ministeriellen Eliten, die es absichtsvoll unterlassen, entsprechende Forschungsaufträge zu vergeben. Ausnahmen bestätigen die Regel und ergeben sich nur, wenn sie Beitragsstabilität durch Einsparungen oder Erhaltung des Status quo in der GKV erreichen können. Im Bereich der PKV zeigt der Staat nur geringes Interesse an wissenschaftlicher Aufklärung. Hier bleiben der Humanversuch und die bewusste Irreführung zulässig. Zu denken ist dabei an die Mär vom Knochenerhalt durch Implantateinbringung, „funktionelle“ Herstellung von Eckzahnführungen inklusive iatrogener Kauflächengestaltung unter maximaler Abtragung von Zahnhartsubstanz an allen verfügbaren Zähnen, die permanente Funktionsanalyse in allen Lebenslagen, die maximale CMD-Therapie (CMD: cranio-mandibuläre Dysfunktion) mit kieferorthopädischer Vorbehandlung und maximaler implantat-prothetischer

Einzelkronen-Versorgung in Vollkeramik zur Behebung des Beckenschiefstandes, von paramedizinischen und ganzheitlichen Humanversuchen gar nicht zu reden. In dieser Nische hielten sich die Kieferorthopäden aus der Praxis und aus den im Wissenschaftsbereich nicht sonderlich ernst genommenen kieferorthopädischen Abteilungen weitgehend abseits der Beantwortung wissenschaftlicher Sinnfragen. Im Umgang reichlich solidarisch, Berufseinsteiger durch geringe Kapazitäten disziplinierend, erhielten sie in ihrer Funktion nicht angezweifelt einen überdurchschnittlichen Teil der für die Zahnmedizin zur Verfügung stehenden Mittel und avancierten zur am Besten verdienenden Gruppe innerhalb des Berufsstandes und das ohne wissenschaftlichen Nachweis der Evidenz ihrer zur Prävention deklarierten Maßnahmen hinsichtlich des Auftretens von Karies, Parodontopathien, CMD etc. Die Legitimation der Berufsausübung beschränkte sich vornehmlich

auf den optischen Eindruck der Ebenmäßigkeit außerhalb biologischer Vielfalt und der Zunahme des psychosozialen Wohlempfindens der Betroffenen.

### Die Studieninhalte auf den Punkt gebracht

Die KfO ist ein Teil der zahnmedizinischen Wissenschaft mit nicht ausreichend standardisierten Maßnahmen, dem es am Nachweis wissenschaftlicher Evidenz mangelt. Selbst unter Einschluss weicherer Untersuchungsdesigns wie nicht-randomisierte oder retrospektive Studien gelten Fragen der Indikationsstellung als nicht ausreichend untersucht: Unter dem Gesichtspunkt des erweiterten Begriffes der Mundgesundheit sind hinsichtlich festsitzender kieferorthopädischer Maßnahmen keine Studien verfügbar, die sowohl die langfristige Wirkung der kieferorthopädischen Intervention als auch die Auswirkungen auf die Mundgesundheit untersuchen. Ob die Behebung von Zahnstellungsanomalien eine wirksame Voraussetzung für die Erhaltung der natürlichen Bezahnung ist, wurde bislang nicht beantwortet; ähnliches gilt für die Voraussagen hinsichtlich der Kariesanfälligkeit. Für die Ermittlung des Kariesrisikos im Sinne epidemiologischer Kennzahlen existierte keine Studie, die zumindest Anteile oder Raten des Auftretens

Keinesfalls will die DIMDI-Studie der KfO mit ihren Ergebnissen die Existenzberechtigung nehmen.. Unerlässlich ist aber die Abwägung von Nutzen und Risiken.

von Karies im Vergleich zu einer nicht behandlungsbedürftigen Kontrollgruppe ermittelt hat. Ungeklärt ist, welche diagnostischen Maßnahmen (Vermessungstechniken, bildgebende Verfahren etc.) wissenschaftlich ausschlaggebend und ausreichend begründet sind. Noch unbeantwortet ist die Frage, welche Indikationsstellungen für die Anwendung festsitzender Apparate nach Analyse der wissenschaftlichen Literatur zu empfehlen sind. Selbst Wurzelresorptionen im Rahmen kieferorthopädischer Therapieverfahren wurden quantitativ nicht erfasst oder die diesbezüglich gefährdeten Patientengruppen identifiziert. Es besteht Anlass zu der Vermutung, dass die Bereitschaft und Motivation zur Mundhygiene einen größeren Einfluss auf das Auftreten von Zahnerkrankungen



haben als die Zahnstellung. Kieferorthopädische Interventionen haben offensichtlich keinen Einfluss auf die Verhinderung von parodontalen Erkrankungen. Es wurde keine Evidenz gefunden für die Hypothese, dass kieferorthopädische Interventionen einer TMD (temporo-mandibuläre Disfunktion) vorzubeugen geeignet wäre. Aus einer biologischen Sichtweise heraus dürfte eine ganze Reihe von Zahnstellungsanomalien als nicht behandlungsbedürftige Variationen anzusehen sein.

Aus wissenschaftlicher und ethischer Sicht bedürfen nicht-vitale Interventionen am Menschen einer grundsätzlichen, über individuelle ärztliche Erfahrung hinausgehenden Absicherung. Auch wenn am Erfolg einzelner individueller kieferorthopädischer Interventionen nicht gezweifelt wird, ist der Nachweis von Evidenz für Betroffene und Versicherungsunternehmen nicht verzichtbar. Ohne eine nachvollziehbare Integration belastbarer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die klinische Praxis sind in der Kieferorthopädie keine aussagefähigen Kosten-Nutzen-Analysen für Versicherte und Versicherungsunternehmen möglich; das bedeutet für den Versicherten, dass er nicht wirklich aufgeklärt in die eigene Behandlung einwilligen kann, und für den Versicherer, dass die erforderliche Kalkulation der Beiträge nicht mit der erforderlichen Genauigkeit gelingt. Bislang ist der Interventionsbedarf aufgrund fehlender belastbarer Daten wie der Analyse der Nachhaltigkeit, aber auch der abwägenden Quantifizierung von Nebenwirkungen wie Karies, Wurzelresorptionen, Rückstellungen oder Strahlenbelastung nicht ermittelt. Solange die Frage der Indikationsstellung auf der Grundlage der wissenschaftlichen Literatur völlig offen ist, sind auch technische Innovationen wie neue Röntgenverfahren hinsichtlich ihrer medizinischen Notwendigkeit erst recht kritisch zu hinterfragen; das gilt besonders bei invasiven, potenziell die Gesundheit gefährdenden Verfahren, wenn beispielsweise mit Nebenwirkungen durch hohe Strahlenbelastung, operative Eingriffe etc., vor allem bei Kindern und Jugendlichen, zu rechnen ist.

Die Autoren der Studie werfen abschließend die Frage auf, welche Indikationsstellungen nun für die Intervention als wissenschaftlich abgesichert gelten können. Denn Forschung zur Absicherung der Indikationen fehlt nahezu gänzlich, da auch die erforderlichen Evaluationsparameter wie beispielsweise mittel- bis langfristiger Zahnerhalt nicht erforscht wurden. Diese Forschungslücke sei bedenklich, weil dies aufgrund der gesundheitsökono-

mischen Koppelung von Feststellung des Bedarfs (Bedarfsweckung) und Leistungserbringung in mitteleuropäischen Finanzierungssystemen gegeben ist und damit Rahmenbedingungen für das Schaffen einer möglichen so genannten angebotsinduzierten Nachfrage eröffne.

Ohne eine an wissenschaftlichen Standards orientierte Erforschung der Indikationsstellungen verbleibt die KfO auf dem unzumutbar niedrigen Niveau von individuellen und subjektiven Einschätzungen des Therapeuten. Die bisher geübte Praxis der Veröffentlichung von methodisch völlig unverwertbaren oder mit zahlreichen offensichtlichen Fehlern behafteten Studien sei zu Beginn des 21. Jahrhunderts vor dem Hintergrund der evidenzbasierten Medizin, der allgemein bekannten Methodenlage und der angespannten Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems inakzeptabel, schlussfolgerten die Autoren.

### Resonanz im Blätterwald

Diese wissenschaftliche Erhebung hat natürlich Kommentatoren, Standespolitiker oder wirtschaftlich involvierte zahnmedizinische Persönlichkeiten, z. T. als Initiative der DZW, auf den Plan gerufen. Besonders zu nennen sind hier Gernot Göz vom Universitätsklinikum in Tübingen, Bärbel Kahl-Nieke als Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGFO) und Rolf Hinz als Mitherausgeber der DZW. Gernot Göz schaffte es in einem Atemzug, die vor nicht allzu langer Zeit allgemein von Kieferorthopäden verteufelten und bekämpften „Kieferorthopädischen Indikationsgruppen“ (KIG) jetzt als Kronzeugen für eine wissenschaftlich fundierte, individuelle und subjektive Einschätzungen exmitierende Indikationsammlung aufzurufen. Letztlich aber konnten auch die „Kieferorthopädischen Indikationsgruppen“ nur das ökonomisch die Ausuferungen begrenzende Ergebnis einer wissenschaftlich nicht evidenten Kieferorthopädie sein. Zum anderen sind die KIG Bestandteil der Verträge nur mit der GKV und nicht mit der PKV, wobei letztere es verstärkt mit der sozusagen unangefochten „alten“ Kieferorthopädie zu tun hat und GKV-Patienten teilweise genötigt werden, Zusatzleistungen der alten Art hinzu zu kaufen. Die Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie, Bärbel Kahl-Nieke, sah euphemistisch eine große Chance zur beachteteten Weiterarbeit und dichtete das katastrophale Studien-Ergebnis in allerlei nicht nachvollziehbare Verdienste und beachtenswerte wissenschaftliche Leistungen um, während die

DZW die Ergebnisse der DIMDI-Studie wesentlich realistischer referierte. Dieser Linie folgte auch Rolf Hinz, der wirtschaftlich und fachlich in die kieferorthopädische Technik involviert ist.

### Schlussfolgerungen

Die DIMDI-Studie gibt wertvolle Hinweise für den „Verbraucher“. Dieser sollte sich nicht vorschnell von präventiven Argumenten überzeugen lassen, die eine Verringerung des Risikos, an Karies, Parodontopathien, TMD/CMD zu erkranken versprechen. Die KfO ist vorrangig ein Therapieverfahren zur Verbesserung der Ästhetik, andere Indikationen sind noch ungeklärt. Die Zurückhaltung, eine Therapie zu veranlassen, sollte umso größer sein, je geringer die Zahnstellungsanomalie und je ungünstiger das Mundhygieneverhalten eingeschätzt wird. Überweisende und selbst therapierende Allgemeinzahnärzte und Fachzahnärzte für KfO sollten sich ebenfalls an diese Hinweise halten und bedenken, dass eine unvollständige und die Ergebnisse dieser Studie negierende Aufklärung Konsequenzen hinsichtlich der Vertrauensbildung, aber auch rechtlicher Art nach sich ziehen kann. Die GKV wäre gut beraten, die KIG studienanalog zu überdenken und zu optimieren. Die Ergebnisse dieser äußerst wertvollen Studie könnten ein Anlass sein zur Abkehr von therapeutischer Arroganz der Gestalter uniform designter Zahnreihen als Beitrag zur iatrogenen Herbeiführung von Normgesichtern. Wohl wissend, dass es in diesen Zeiten wenig goutiert wird, wäre eine größere Achtung vor individueller biologischer Vielfalt und die Einsparung wertvoller Ressourcen der Beitragszahler wünschenswert.

**Dr. Wolfgang Kirchoff**  
kuwkirchoff@gmx.de

### Literatur

- Frank, W., Pfaller, K., Konta, B. Mundgesundheit nach kieferorthopädischer Behandlung mit festsitzenden Apparaturen. GMS Health Technol Assess 2008; 4:Doc02. Artikel online frei zugänglich unter <http://www.egms.de/en/journals/hta/2008-4/hta000051.shtml> Der vollständige HTA-Bericht steht zum kostenlosen Download zur Verfügung unter: [www.gripsdb.dimdi.de/de/hta/hta\\_berichte/hta2\\_05\\_bericht\\_de.pdf](http://www.gripsdb.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta2_05_bericht_de.pdf)
- Göz, G. Persönliche Stellungnahme zum HTA-Bericht des DIMDI. In: kfo.info 03/08 – S. 11-15
- N.N. HTA-Bericht sieht „KfO wissenschaftlich unzureichend abgesichert“. In: DZW 19/2008, S. 1+6
- Kahl-Nieke, B. „HTA-Bericht ist für unser Fach ein wichtiges Signal und eine Chance“. In: DZW 19/2008, S. 1+4
- Hinz, R. Die Kieferorthopädie – nicht evidenzbasiert? In: DZW 19/2008, S. 3





Foto: Luca Galli, Torino

# DAZ-VDZM-Frühjahrstagung

Frankfurt/Main, Bürgerhaus Bornheim

Arnsburger Str. 24, Tel 069/943403-0

25./26. April 2009

Gesundheitspolitische Diskussion und fachliche Fortbildung  
sowie verbandsinterner Austausch

Samstag, 25.04.2009, 10.00 – 13.00 Uhr

Gesundheitspolitischer Vormittag:  
Die neue GOZ – Risiken und Chancen



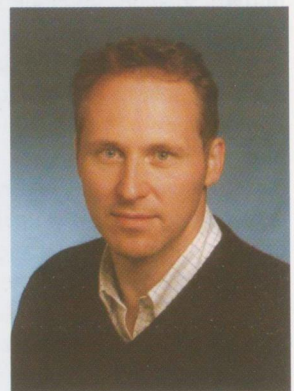
Trotz Verschiebung: früher oder später wird die neue GOZ kommen. Es empfiehlt sich, die Zeit für die Erarbeitung konkreter Vorschläge zu nutzen. DAZ und VDZM haben Min.-Rat Dr. Michael Dalhoff aus dem Bundesgesundheitsministerium, Jurist und zuständig

Pro Veranstaltung gibt es  
3 Fortbildungspunkte.

für Krankenhausversorgung und Qualitätssicherung eingeladen. Er wird den Entwurf des BMG präsentieren und ebenso für Fragen zur Vergütungshöhe wie zu geplanten strukturellen Veränderungen zur Verfügung stehen. Auch die Auswirkungen auf den BEMA und die kontrovers diskutierte Öffnungsklausel werden thematisiert.

Samstag, 25.04.2009, 14.00 – 18.00 Uhr

Fortbildung: Zwischen BEMA, Biofilm und Frühgeburt:  
Parodontitis und Parodontistherapie 2009



Priv.-Doz. Dr. Gregor Petersilka aus Würzburg nimmt die Teilnehmer mit auf einen Streifzug durch die moderne Parodontistherapie. Der steigende Therapiebedarf im Bereich Parodontologie stellt die Zahnärzte in den Praxen vor neue Herausforderungen. Der Vortrag greift aktuelle und therapierelevante Aspekte auf: Er bringt Neues zu Ätiologie und Pathogenese der Parodontitis, zum Zusammenhang zwischen Parodontitis und Allgemeingesundheit sowie Aktuelles zur nichtchirurgischen und chirurgischen Parodontistherapie in der Praxis.

dontologie stellt die Zahnärzte in den Praxen vor neue Herausforderungen. Der Vortrag greift aktuelle und therapierelevante Aspekte auf: Er bringt Neues zu Ätiologie und Pathogenese der Parodontitis, zum Zusammenhang zwischen Parodontitis und Allgemeingesundheit sowie Aktuelles zur nichtchirurgischen und chirurgischen Parodontistherapie in der Praxis.

ungen. Der Vortrag greift aktuelle und therapierelevante Aspekte auf: Er bringt Neues zu Ätiologie und Pathogenese der Parodontitis, zum Zusammenhang zwischen Parodontitis und Allgemeingesundheit sowie Aktuelles zur nichtchirurgischen und chirurgischen Parodontistherapie in der Praxis.

Sonntag, 26.04.2008, 9.30 – 14.00 Uhr, Arbeitstreffen von DAZ und VDZM im Bürgerhaus Bornheim

**Infos zur Tagung und Anmeldung:** Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchow-Bund  
Belfortstr. 9, 50668 Köln, Tel. 0221/97300545, Fax 0221/7391239, Mail kontakt@daz-web.de, Internet www.daz-web.de



# Pauschale Ablehnung der Öffnungsklausel entlarvt Versagen der Standesführung

## - Freiberuflichkeit auf dem Prüfstand -

von Dr. Eberhard Riedel, München

Die Diskussion über Wert und Gefahren von Selektivverträgen wird im DAZ seit längerer Zeit und kontrovers geführt. Der nachfolgende Artikel greift dieses Thema erneut auf, um die ganze Bandbreite der möglichen Betrachtungsweisen zu zeigen. Er gibt nicht die abgestimmte Meinung des Verbandes wieder. Die Redaktion

Auch wenn Vorlagen aus dem Bundesgesundheitsministerium von ärztlicher und zahnärztlicher Seite schon lange mit gesunder Skepsis begegnet wird: selten bestand so viel Einigkeit innerhalb unseres Berufsstandes wie bei der Ablehnung der GOZ-neu. Selten auch konnte sich die geballte Front unserer obersten Standesfunktionäre der Unterstützung in dieser ablehnenden Haltung quer durch alle standespolitischen Lager so gewiss sein, ist eine mehr als magere Gebührenanhebung nach 20 Jahren Stillstand (und damit eine erhebliche de facto Absenkung) doch ein offenkundiger Affront gegen den 'kleinen Arzt auf der Straße'.

Aber fast stärker noch als bezüglich des Wehklagens um die staatlich verordnete Gebührensabspeisung scheint die Ablehnung hinsichtlich der im Paragraphenteil der GOZ neu erstmalig verankerten sog. Öffnungsklausel zu sein. Die mit dieser Klausel zusätzlich eingeräumte Freiheit für selektive Vertragsabschlüsse zwischen privaten Krankenkassen und einzelnen Ärzten oder Ärzteguppen ist zunächst nichts anderes als eine Gleichstellung der Privatversicherer mit den gesetzlichen Krankenkassen. Nur folgerichtig war es, eine ähnliche Regelung aus dem SGB V auch in die GOZ zu übernehmen.

### Wie frei ist ein Freiberufler?

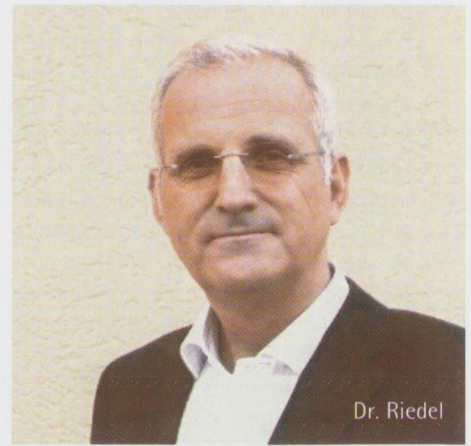
Ein so hohes Maß an Freiheit scheint sich nun offenbar nicht mit der gerade von unseren Spitzenfunktionären stets so gebetsmühlenartig beschworenen Freiberuflichkeit zu vertragen. Seit Bekanntwerden des GOZ neu-Entwurfes lassen unsere Spitzenfunktionäre kaum eine Gelegenheit aus, vor den von ihnen ausgemachten

vermeintlichen Gefahren der Öffnungsklausel und der daraus folgenden Zergliederung des Vertragswesens und des Berufsstandes eindringlich zu warnen. Ruinöser Wettbewerb, Preisdumping und die neue Macht der Versicherungsgesellschaften, die vom Gesetzgeber nun angeblich mit dem Instrumentarium ausgestattet seien, um auf praktisch sämtliche Details unserer Berufsausübung Einfluss zu nehmen und so die Zahnärzte zu erpressen, sind die K.O.-Argumente, die die Zahnärzte zurückschrecken und weiterhin ausschließlich im herkömmlichen kollektivvertraglichen System verharren lassen sollen. Sogar über eine angebliche Verfassungswidrigkeit der Öffnungsklausel wird schwadroniert, um gleichzeitig zu verschweigen, dass die entsprechende Regelung des SGB V mit den gesetzlichen Kassen, die nie entsprechend bekämpft wurde, offenbar verfassungskonform ist. Im Ergebnis wird dem Gesetzgeber die Konsequenz sinkender Behandlungsqualität angedroht, ein Vokabular, das sich eigentlich von allein verbietet und das auch noch nie wirklich Eindruck machen konnte.

### Allmacht der Versicherungen?

Aller solchen Panikmache ist dabei ein Aspekt gemein: Stets ist nur von der Macht des Staates, der Kassen und der Beihilfestellen die Rede, niemals aber von der Verhandlungs- bzw. Marktmacht der Zahnärzteschaft, von der durchsichtigen Behauptung einmal abgesehen, dass die Möglichkeiten zur politischen Durchsetzung zahnärztlicher Interessen in diesem Lande durch eine Aufsplitterung des Berufsstandes eingeschränkt bis beseitigt wären. Nirgends wird berücksichtigt geschweige denn erwähnt, dass ja auch Zahnärzte im Rahmen von Selektivverträgen ernst zu nehmende Vertragspartner darstellen, die (und nur wir können das!) etwas ausgesprochen Unverzichtbares zum Vertragsgelingen beisteuern, nämlich die Heilbehandlung der Versicherten. Tatsächlich sind es sogar ausschließlich solche Einzelvertragsformen, in denen wir uns als die Leistungserbringer auf einer Augenhöhe mit den Kostenträgern befinden.

Trauen unsere Spitzenfunktionäre nun den eigenen Berufskollegen tatsächlich so we-



Dr. Riedel

nig zu, dass sie diese den Herausforderungen eines sich differenzierenden Gesundheitsmarktes nicht mehr gewachsen sehen? Oder möchte man gar eine sinnvolle Gliederung des Berufsstandes nur aus Gründen des eigenen Machterhalts verhindern?

Wohlgemerkt: Die Sorge um die Zukunft des Berufsstandes unter derart veränderten Bedingungen mag ehrlich sein und hat auch einen durchaus realen Hintergrund. Die Konsequenz in Form einer schlichten Totalverweigerung ist aber genauso funktionärstypisch wie eindeutig falsch. Denn auf die enormen, ja historischen Chancen, die die Öffnungsklausel ebenfalls bietet, wird dabei wie auf das Kind mit dem Bade auf unverantwortliche Weise verzichtet.

### Kein Vertragswettbewerb über den Preis

Zwei Besorgnisgründe sind im Zusammenhang mit einzelvertraglichen Strukturen tatsächlich als real auszumachen:

- ein für alle Vertragsbeteiligten unverantwortlicher Wettbewerb allein über das Behandlungshonorar und
- die fehlende Markt- und Unternehmererfahrung auf Seiten der (Zahn-)Ärzteschaft.

Die Gefahr eines reinen Preiswettbewerbs von Selektivverträgen darf nicht allein von der Zahnärzteschaft als solche ausgemacht werden. Weder im Interesse des Gesetzgebers noch in dem der Kostenträger darf die vertragliche Bindung solcher Mediziner sein, die vorgeben und sich dazu verpflichten, zu Honorarsätzen zu behandeln, die noch unterhalb der ohnehin schon inakzeptablen Sätze von GOZ oder BEMA liegen. Denn dreierlei ist sicher:

- Die unter derart eingeschränkten wirtschaftlichen Bedingungen zu erwartenden, unter hohen Zeitdruck gestellten Betreuungszustände und



Behandlungsergebnisse in den Praxen werden kaum einen Patienten zufrieden stellen und damit dem Kostenträger sogar kurzfristig erhebliche Probleme und Nachteile beschieren.

- Schlimmer noch, und dies im Hinblick auf eine gewünschte Beschränkung der Versorgung auf das wirklich notwendige Maß, wird die im Rahmen der Billigmedizin zu befürchtende zwangsläufige Ausweitung des Behandlungsumfanges auf medizinisch nicht indizierte Leistungen eine erhebliche Überversorgung hervorbringen, die ebenfalls wirklich in Niemandes Interesse liegen kann.
- Schließlich wird ein Ködern von ‚Billigzahnärzten‘ durch das Versprechen der Kostenträger, das niedrige Honorarniveau durch die verstärkte Zusteuerung von Patienten auszugleichen, das Qualitätsproblem noch einmal potenzieren und scheidet daher als ernst zu nehmendes Vertragskonstrukt erst recht aus.

#### Die Qualität bestimmt das Honorar

Somit sind vernünftige Vertragspartner, selbst beim ausschließlichen Verfolgen von Eigeninteressen, beim Abschluss von Einzelverträgen auf Gedeih und Verderb auf einen Wettbewerb eingeschworen, der in allererster Linie über die Qualität der Behandlungsleistung stattfindet. Versicherungsgesellschaften, die die gesetzlich verbrieftete Möglichkeit aus der Öffnungsklausel zum Wohle ihrer Versicherten und ganz besonders zur Neugewinnung von Mitgliedern nutzen möchten, haben nur diese eine Chance, nämlich bei uns Zahnärzten Qualität einzukaufen. Und genau dieses ist auch die Chance der Zahnärzteschaft, die dabei ganz überwiegend nicht zu befürchten hat, nunmehr vor unerfüllbare oder gar von außen diktierte Qualitätsanforderungen gestellt zu werden. Die Zahnärzteschaft hat lediglich die Aufgabe, mit ausreichendem Marktgeschick einer solchen Nachfrage der Versicherungen eine adäquate Leistung entgegenzusetzen, die in ihrer Wertigkeit unter Beweis gestellt ist, beispielsweise über verlängerte Gewährleistungsfristen, aber auch über eine Reihe anderer Merkmale, wie sie z.B. der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) mit seinem bundesweiten ‚Projekt Qualitätssicherung‘ definiert hat. Es liegt völlig auf der Hand, dass eine so überdurchschnittliche Leistung NICHT für unterdurchschnittliches Honorar ‚verkauft‘ werden darf.

Eine klare Forderung im Sinne einer *conditio sine qua non* muss es daher sein, dass der Wettbewerb von Selektivverträgen ausschließlich ein Qualitätswettbewerb sein darf und diese Verträge zudem ausschließlich im Honorarbereich deutlich OBERHALB von BEMA bzw. GOZ rangieren dürfen.

#### Spezialistentum ist keine Lösung

Aus Sicht einer Krankenversicherung dürfte es allerdings weniger interessant sein, ausgewiesene Spezialisten in einem Selektivvertrag zu bündeln. Zum einen wird ein Kostenträger eine durchgehend starke Überschreitung der GOZ-Sätze, wie sie ein Spezialist für seine zeitintensive Arbeit abrechnet, kaum im größeren Stil bezahlen wollen. Zum anderen ist bei der spärlichen Verteilung von Spezialistenstandorten, zumal bei der jeweiligen Beschränkung eines Spezialisten auf nur ein sehr enges Fachgebiet, ein derart zergliedertes und unübersichtliches Leistungsangebot kaum ein werbewirksames Produkt für einen Versicherer. Spezialisten, so sehr sie für vereinzelt auftretende Problemfälle gebraucht werden, können niemals eine flächendeckende Versorgung bewerkstelligen. Eine Zahnheilkunde auf diesem Kostenniveau verkräftet nicht nur eine Volkswirtschaft nicht, sie ist letztlich schlicht nicht effizient.

Das Behandlungsangebot, das Versicherungen daher am Markt suchen werden, ist also weder die Billig-, noch die High-End-Medizin. Was vielmehr gefragt sein wird ist die überdurchschnittliche Regelversorgung, die nach einfachen nachvollziehbaren vertraglichen Regelungen ihr gutes Niveau dauerhaft beweisen muss. Zur Etablierung solcher Strukturen bedarf es des zahnärztlichen Sachverständes genauso wie des professionellen Managements sämtlicher Vertragsinhalte. Allein schon um den in Management und Jurisprudenz geschulten Versicherungsvertretern Paroli bieten zu können, bedarf es eines Know Hows, das Zahnärzte gemeinhin nicht mitbringen. Auch all diejenigen Funktionäre, die für die Körperschaften Verträge und Punktwerte mit Krankenkassen aushandeln, haben bislang, selbst mit juristischem Beistand aus ihrer Körperschaft, oft kein Verhandlungsgeschick an den Tag gelegt. Erst recht fehlen in den KZVen sinnvolle Managementanstrengungen für die Zahnärzteschaft wie beispielsweise die Unterbeweisstellung der hohen Leistung der vertretenen Zahnärzte, was eine vorteilhafte ‚Positionierung der Zahnärzte am

Markt‘ unmöglich macht. Tatsächlich war es in vertraglicher Sicht schon immer ein ernst zu nehmendes Handicap eines jeden KZV-Funktionärs, ein Kollektiv vertreten zu müssen, das in vielerlei Hinsicht und insbesondere auch in puncto Behandlungsqualität und Wirtschaftlichkeit ausgesprochen inhomogen ist.

#### Selektivvertragswesen geht nicht ohne externes professionelles Management

Derart in ihren Möglichkeiten und ihrem Erfahrungsschatz eingeschränkte Funktionäre werden die ganz andersartigen Erfordernisse eines qualitätsorientierten Vertragsmanagements, insbesondere im Hinblick auf Selektivverträge, nicht leisten können. Genauso wenig ist dieses einzelnen (zahn-)ärztlichen Gruppierungen zuzutrauen. Das Problem der beruflich begründeten Unterlegenheit der (Zahn-)Ärzteschaft muss daher sinnvollerweise durch die Zuhilfenahme des externen privatwirtschaftlichen Know Hows aus dem Bereich Management, IT, Betriebswirtschaft und Jura beseitigt werden, geliefert von Experten, mit denen Ärzte Hand in Hand zusammenarbeiten. Der Unterzeichner arbeitet selbst seit mehreren Jahren in solchen Strukturen und kennt daher die hier vorhandenen Möglichkeiten, die der Ärzteschaft nicht nur große Vorteile bieten, sondern die zur professionellen Umsetzung und Etablierung von Einzelvertragsstrukturen im Sinne der Ärzteschaft schlichtweg völlig unverzichtbar sind.

#### Versagen der Funktionäre

Zu den größten Versäumnissen der Zahnärzteschaft innerhalb der letzten 30 Jahre gehört es, dass ein nachvollziehbarer und glaubwürdiger Beleg für die eigene Leistungsfähigkeit nicht erbracht wurde. Inzwischen ist es, insbesondere durch die nachhaltige Weigerung unserer Spitzenfunktionäre, die Qualitätsprobleme im ausreichenden Maße anzugehen, auch völlig ausgeschlossen, dass dieser Beweis im Rahmen des Kollektivs aller Vertragszahnärzte noch geführt werden kann. Gelingen kann er nur noch bei den Zahnärzten, die sich genau aus diesem Kollektiv mit seinem bewusst diffus gehaltenen Leistungsniveau lösen und aus eigener Anstrengung die Qualität und Nachhaltigkeit ihres professionellen Tuns unter Beweis stellen.

Von unseren Spitzenfunktionären werden nun bislang ausschließlich und ausgerechnet die Spezialisten protegert und Zahn-



ärzte z.B. durch das Angebot immer neuer Master-Studiengänge ermutigt, sich auf Kosten der Gesamtheit und zudem auf qualitativ ebenfalls nur diffusem Niveau zu profilieren. Ausgerechnet bei dieser kleinen und im Interesse einer guten Gesamtversorgung der Bevölkerung weniger bedeutsamen Gruppe wird sogar die sonst so gegeißelte Aufspaltung des Berufsstandes wissentlich in Kauf genommen.

Einen genauso wenig sinnvollen Beitrag zur bestmöglichen Versorgung der Bevölkerung stellt auf der anderen Seite das so krampfhaft verordnete Festhalten am Kollektivvertrag durch den übergroßen Rest der Zahnärztinnen und Zahnärzte dar, indem diesen vom Abschluss von Selektivverträgen pauschal abgeraten wird. Die oberste Standesführung muss sich daher den Vorwurf gefallen lassen, dass sie mit einer solch kurzsichtigen Politik lediglich die Strukturen einer Billigmedizin verfestigt. Sie selbst wettet massiv und mit Recht gegen alle Verstaatlichungs- und Vereinheitlichungstendenzen aus dem Bundesministerium für Gesundheit, wendet aber die dort kritisierten dirigistischen Methoden selbst an, um für die eigenen Kollegen kollektivistische planwirtschaftliche Strukturen wie für einen ‚volkseigenen Betrieb‘ zu betonieren.

Somit werden unter Verkenning der Erfordernisse des Gesundheitsmarktes der Zukunft sowohl die Spezialisten des Faches als auch die Masse der Zahnmediziner durch die zahnärztliche Standespolitik in eine Art Isolation manövriert, aus der ihnen der sich bietende Ausweg zu freierlicheren und wirtschaftlicheren Strukturen ideologisch und praktisch ganz enorm erschwert ist. Intelligente Vielfalt von Versorgungsstrukturen ist aus lauter Angst vor dem Versagen der Zahnärzteschaft und wohl auch vor dem Eingeständnis des eigenen politischen Versagens nicht erwünscht.

### Ist der Kollektivvertrag am Ende?

In dem hohen Maße, wie früher ein Kollektivvertrag zur Sicherstellung der Versorgung, insbesondere bei der früher weitaus geringeren Praxisdichte, richtig und notwendig war, ist seine Existenzberechtigung heute nicht mehr gegeben. Dennoch wird er, weil andere Strukturen noch nicht flächendeckend existieren, nach wie vor gebraucht, was aber ebenfalls bedeutet, dass es, solange es noch kollektivvertragliche Strukturen gibt, in diesen Grenzen auch kein Entrinnen aus Budgetzwängen,

schlechten Honorarverteilungsmaßstäben und anderen Nachteilen geben wird. Wer diese überwinden und gleichzeitig Qualitätsdefizite ausgleichen möchte, muss radikal umdenken und sich mittelfristig aus dem kollektivvertraglichen Denken lösen. Für eine effektive (qualitative) und effiziente Versorgung der Bevölkerung hat der Kollektivvertrag seine Unbrauchbarkeit bereits seit langem unter Beweis gestellt.

Die Klasse, die jetzt langsam der Masse folgen muss und wird, wird, auch wegen zukünftig notwendiger intelligenterer Versorgungsformen, zwangsläufig nicht mehr von jedem heute tätigen Zahnarzt erbracht werden können und müssen. Auch hier gilt Darwins Lehrsatz ‚survival of the fittest‘: Nur diejenigen Zahnärztinnen und Zahnärzte, die willens und in der Lage sind, sich den Herausforderungen eines freien Vertragsmarktes zu stellen und anzupassen, werden an diesem auch teilhaben können. Das vermeintliche Paradoxon ‚höheres Honorarniveau bei gleichzeitig konstantem Gesamthonorarvolumen‘ löst sich nur auf, wenn sich dieses Volumen auf weniger Leistungserbringer verteilt. Ich sehe diese Entwicklung, genau wie Darwin, freilich nicht als einen gnadenlosen Verdrängungskampf ‚Jeder gegen Jeden‘. Der Zeitraum, innerhalb dessen sich dieser Wechsel in der zahnärztlichen Vertragslandschaft vollziehen wird, ist lang genug, so dass auf ‚nicht-angepasste‘ Praxen keine nennenswert größeren Härten als bislang zukommen werden. Gerade die jüngeren Kolleginnen und Kollegen aber sollten sich schon bald mit den Herausforderungen des neuen Vertragsgeschehens befassen. Und die Standespolitik würde ein wenig Glaubwürdigkeit zurückgewinnen, wenn auch sie nicht im ewig Gestrigen verharrt, sondern stattdessen beginnt, mit ernsthafter Besinnung auf die übernommene Verantwortung dazu beizutragen, den Berufsstand auf die zukünftigen Chancen vorzubereiten.

### Zur Freiberuflichkeit gehört auch Vertragsfreiheit mit Kostenträgern

Wie frei ist also ein Freiberufler? Wie viel Freiberuflichkeit erlaubt sich die Zahnärzteschaft? Heute treibt die Propaganda mit diesem Begriff Blüten, die förmlich einen Wandel der Freiberuflichkeit hin zum Gewerbeschaffen heraufbeschwört und offenbar die fatalen Wirkungen einer solchen Entwicklung verkennt. Solange nämlich interessierte Kreise unter dem Vorwand des freiberuflichen Status weiter und allen Ernstes auf die Durchsetzung

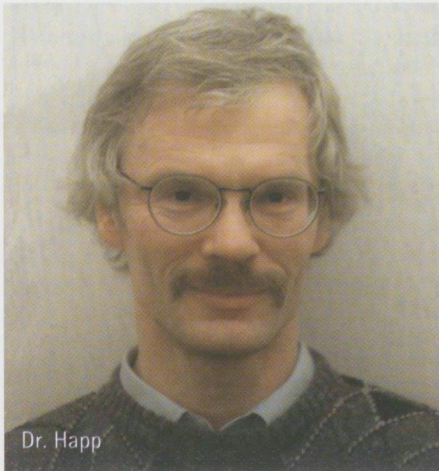
ausschließlich direkter vertraglicher Beziehungen zwischen jedem Zahnarzt und seinem Patienten drängen, bescheren sie dem Berufsstand Bedingungen, vor denen er sich gerade wegen seiner Freiberuflichkeit dringend schützen muss. Denn so ein Zustand ist doch in Wahrheit einer, der auf vertragliche und insbesondere gebührenrechtliche Strukturen zur Gänze verzichten will. Damit hätten wir aber Bedingungen genau wie private Gewerbetreibende, und wer den gnadenlosen Preiskampf und Verdrängungswettbewerb gerade in diesem Bereich der Wirtschaft kennt, der kann dieses nicht wirklich auch für die (Zahn-)Ärzteschaft wollen. Die Existenz übergeordneter Vertragsstrukturen und Gebührenverzeichnisse ist per se kein staatliches Gängelband (was freilich die geringe Höhe der Gebühren nahe legt), sondern eine Errungenschaft, um die uns die freie Wirtschaft beneidet.

Es darf daher auch nicht darum gehen, diesen vertragsbasierten Zustand abzulehnen oder gar abschaffen zu wollen. Ganz im Gegenteil müssen die vertraglichen Möglichkeiten, die sich bieten, zur Schaffung hinreichender betriebswirtschaftlicher Rahmenbedingungen ausgenutzt werden. In genau dieser Hinsicht dürfen gerade die Chancen aus der Öffnungsklausel nicht verkannt werden. Ausgerechnet im Zusammenhang mit der Öffnungsklausel von drohendem Preisdumping zu reden, stellt die wahren Verhältnisse also tatsächlich völlig auf den Kopf. Denn nicht Einzelverträge führen zum Preiskampf, sondern die völlig unregelmäßige Direktbeziehung zwischen Arzt und Patient. Nur selektivvertragliche Vereinbarungen, die zwischen Kostenträgern und uns Behandlern auf Augenhöhe getroffen werden, werden mittelfristig noch in der Lage sein, sowohl ein angemessenes Honorarniveau zu sichern als auch einen gnadenlosen Honorarkampf zu vermeiden.

Wer also Freiberuflichkeit wirklich und glaubhaft will, der muss gerade auch die Vertragsfreiheit mit den Kostenträgern akzeptieren. So wie wir ein staatliches Gängelband ablehnen, so müssen wir auch die von Spitzenfunktionären vorgegebene Gängelung durch die viel zu enge Interpretation von Freiberuflichkeit ablehnen. Die offensive Nutzung differenzierter, innovativer und viel versprechender Strukturen durch den Berufsstand wäre der Sieg der Freiberuflichkeit.

**Dr. Eberhard Riedel,  
München**





Dr. Happ

## 30 Jahre Kampf des DAZ für die Fluorid- und Gruppenprophylaxe

von Dr. Ulrich Happ, Hamburg

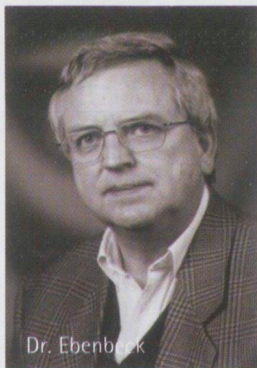
1979 wurde aus den Studiengruppen München und Regensburg der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) gegründet (1980 konstituierte er sich als e.V.). Dieses Jahr wird er die 100. Ausgabe des DAZ-forum publizieren. Dies ist ein guter Anlass zur Rückbesinnung: Was hat die Kollegen vor 30 Jahren dazu bewogen, den DAZ aus der Taufe zu heben, wofür haben sie sich engagiert, welche Ideen sind in die Berufspolitik eingeflossen?

Die Durchsicht der bisherigen 97 Ausgaben der DAZ-Zeitschrift zeigt: Sehr viele Probleme wurden angesprochen und Lösungsansätze aufgezeigt. Wie ein roter Faden ziehen sich

DREI THEMEN von Nr.1 (April 1982) an durch fast alle Ausgaben bis heute. Die Beschäftigung mit diesen drei Themen soll in diesem und den nächsten zwei Foren zusammengefasst werden, verbunden mit der Frage: Hat der Einsatz des DAZ etwas bewegt? Die DREI THEMEN sind ganz grob umrissen: Zahnmedizinische Prävention (über 100 Beiträge), Qualität der zahnärztlichen Behandlung (über 70 Beiträge), Aus- und Weiterbildung (ca. 40 Beiträge).

### Deutschland: Weltmeister im Zahngoldverbrauch

In einer Rede vor dem F.D.P. Bundesfachausschuss<sup>1</sup> umriss der Gründungsvorsitzende des DAZ, Kollege Dr. Gerd Ebenbeck, die fatale Situation in den be-



Dr. Ebenbeck

ginnenden 80er Jahren: „Für die Reparatur zahnmedizinischer Defekte wurden in der Bundesrepublik im Jahre 1980 ca. 28 Tonnen Gold aufgewendet. Nahezu alle Schulkinder, z.B. 98% in München, haben kariöse Zahnschäden. Diese Fakten zeigen auf, wie notwendig zahnmedizinische Vorsorge ist.“

In diesem Referat formuliert er auch die Anregungen des DAZ, wie das Problem angegangen werden sollte, so u.a.:

1. Regelmäßige zahnärztliche Untersuchungen in den Kindergärten und Schulen mit Dokumentation, Zahnpflegeinstruktionen und Prophylaxemaßnahmen. Dabei ist der Einsatz von Fluoriden unerlässlich und unbedenklich.
2. Der Einsatz von Hilfspersonal unter Supervision eines Zahnarztes ist unentbehrlich.
3. Aus Effizienzgründen muss der kollektiven Prophylaxe (Gruppenprophylaxe) der Vorzug vor der Individualprophylaxe gegeben werden, was nicht heißt, dass individuelle Pro-

phylaxemöglichkeiten in der zahnärztlichen Praxis nicht notwendig und sinnvoll sind.

4. Ein Jugendzahnpflegegesetz (muss) erlassen bzw. die bestehenden Ländergesetze (müssen) aufeinander abgestimmt (werden).

„Besitzstandswahrung“ über allem?

Nun kommt einem das alles heute vernünftig, ja, alltäglich und nicht revolutionär vor.

Diese Vorschläge, denkt man, hätten doch von allen Zahnärzten unterschrieben werden können. Dem war nicht so. Man muss sich in den zahnärztlichen Zeitgeist der 80er Jahre versetzen, um den Zündstoff in diesen Forderungen zu verstehen. Deutlich wird das in einer kleinen Notiz von Dr. Hermann König, Vizepräsident der bayrischen Landes Zahnärztekammer<sup>2</sup>, die wir unten einkopieren und in der es ungeschminkt heißt: „Ja, wer

### PATIENTEN ZEITUNG

...direkt gesagt...



Dr. Hermann König

### Wetten, Sie schütteln ungläubig den Kopf?

Kürzlich fragte mich ein Patient während einer Behandlungspause: „Warum machen eigentlich die Zahnärzte so was wie Prophylaxe?“ Eine interessante Frage, und, in der Tat, nicht nur Patienten fragen sich das, auch wir Zahnärzte müssen uns immer wieder diese Frage stellen. Aus der Schweiz oder auch aus Skandinavien ist zu erfahren, daß die Zahnärzte in freier Praxis geringere Umsätze und erheblich weniger Behandlungsfälle im kostenträchtigen Bereich Zahnersatz verzeichnen.

Auch wenn die Verhältnisse in der Schweiz und in Skandinavien nicht ohne weiteres auf die Bundesrepublik zu übertragen sind, muß ein Berufsstand nachdenklich werden. Er muß zur eigenen Sicherheit und zur Glaubwürdigkeit vor sich selber auf diese Frage eine schlüssige Antwort finden.

### Auszug aus DAZ-forum 3, 1983

Die Antwort ist einfach und dennoch sehr komplex: Die Zahnärzteschaft forciert den Gedanken der Vorbeugung und Krankheitsverhütung ausschließlich deswegen, weil sie sich in ihrer Gesamtheit der ethischen Verpflichtung ihres Arztberufes verpflichtet fühlt. Diese Antwort zudem konfrontiert mit dem in der Öffentlichkeit leidlich ausgeschlachteten Popanz vom „Spitzenverdiener Zahnarzt“, erregt in unserer heutigen materialistischen Zeit verständlicherweise Kopfschütteln.

Aber überlegen Sie selbst einmal, verehrter Leser: Die Ergebnisse umfassender Vorbeugung, wie sie in Teilen der Schweiz praktiziert wird, sind eindeutig. Die Zahnerkrankungen gehen zurück. Das ist die eine Seite. Die andere: Die Unkosten (Personal, teure Geräte und Raummiete) sind in zahnärztlichen Praxen um vieles höher als bei anderen Heilberufen.

Und schließlich: Wer gibt schon gerne etwas ab, was er einmal besitzt. Damit meine ich die fraglos guten Einkommen der Zahnärzte. Es bleibt – bei Abwägung dieser Faktoren – tatsächlich nur der Hinweis auf die Verpflichtung des Zahnarztes, nicht nur Krankheiten zu heilen, sondern sie auch zu verhüten – auch wenn Sie immer noch ungläubig den Kopf schütteln sollten.



*gibt schon gerne etwas ab, was er ... besitzt?* Es wird lange dauern, bis die deutschen Zahnärzte begreifen, dass Prophylaxe sie nicht brotlos macht. Nicht nur der Freie Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) als Sprachrohr der Zahnärzte wehrte sich hartnäckig dagegen, einen vermeintlichen Besitzstand zu verlieren.

### Massive Vorbehalte gegen Trinkwasserfluoridierung

Auch der Zeitgeist sprach sich gegen die nachweislich wirkungsvollste Prophylaxemaßnahme, den Einsatz von Fluoriden, aus: Im alternativen Verlag Zweitausendeins erschien der überaus erfolgreiche Ratgeber „Chemie in Lebensmitteln<sup>3</sup>“, der mit 100.000 verkauften Exemplaren allein in den ersten 6 Monaten nach Erscheinen großen Einfluss auf das öffentliche Meinungsbild ausübte und bei der herrschenden ökologischen Gesundheitswelle mit seinen Warnungen auf fruchtbaren Boden fiel<sup>4</sup>:

*Wir sehen in der Trinkwasserfluoridierung einen Eingriff in eine grundsätzlich geschützte Sphäre eines jeden Bürgers, denn er wird gezwungen, ein Lebensmittel zu sich zu nehmen, das mit Chemikalien versetzt ist, die medizinisch wirken sollen.*

*Wer versichert uns, dass rein prophylaktisch nicht demnächst auch etwas Jod ins Trinkwasser kommt gegen Strahlenschäden oder vielleicht etwas Beruhigungsmittel zur Versachlichung der Diskussion...?*

*Man muss sich vor allem im Klaren sein, dass Karies keine Fluormangelkrankheit ist, sondern das Ergebnis allgemeiner Fehlnahrung und mangelhafter Zahnpflege.*

Diese letzte durchaus richtige Feststellung konnte in dieser Zeit leider nicht in einer vernünftigen wissenschaftlichen Diskussion zum Nutzen der Fluoride verarbeitet werden. Vielmehr waren die nicht belegten spektakulären Behauptungen der Autoren dieses Buches geeignet, jede sachliche Auseinandersetzung zu sabotieren. In dem Buch finden sich etwa 30 weitere Aussagen zur Gefährlichkeit von Fluoriden – hier einige Beispiele:

*Teilweise liegt die tägliche Aufnahme von Fluor durch Lebensmittel und Atemluft heute beträchtlich höher über der Menge, die unser Körper ausscheidet... Der Überschuss lagert sich ab... Symptome... sind: Beschwerden im Magen-Darmtrakt, Mundschleimhautentzündungen, Ausschläge, Kopfschmerzen, Ohrensausen, Sehstörungen ... auch die Funktionen*

*von Schilddrüse ... können lebensgefährlich beeinträchtigt werden.*

Das lässt sich noch steigern: *In Chile stellte man erhöhte Todesraten aufgrund künstlicher Trinkwasserfluoridierung fest... In den USA besteht eine Korrelation zwischen Trinkwasserfluoridierung und erhöhter Krebssterblichkeit.*

Und berichtet wird, dass Chemiker unter Hitler einen Plan ausgearbeitet hätten, der durch Trinkwasserfluoridierung Menschen ver dummen sollte. *Nach ihren Erfahrungen hätte die Fluoridierung die Wirkung, einen Teil der Funktionen der linken Gehirnhälfte abzuschwächen ... Darüber hinaus hätte diese Vergiftung durch kleinste Mengen den Effekt, Frauen steril zu machen.*

Obwohl all diese Behauptungen durch Wissenschaftler widerlegt wurden und die Erfolge in Nachbarländern für sich sprachen, waren die Vorbehalte gegen die Fluoridierung und das Prophylaxeprogramm des DAZ groß. In den folgenden Ausgaben des forum lassen sich viele Versuche finden, gestützt auf wissenschaftliche Belege den großen Nutzen der Fluoridierung bei richtiger Dosierung darzustellen, so durch Prof. Bergmann vom Bundesgesundheitsamt<sup>5</sup> und durch Prof. Marthaler<sup>5</sup> von der Universität Zürich.

### Deutschland – in Sachen Prophylaxe ein Entwicklungsland

Aus den USA kam eine neue, sehr erfolgreiche Prophylaxemaßnahme nach Deutschland, die Fissurenversiegelung<sup>6</sup>. Die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) zu dieser Methode war sehr knapp ausgefallen: „Fissure sealing? – Forget about!“ (Deutscher Zahnärztekalendar 1981).

Die zahnmedizinische Prophylaxe fristete in Deutschland weiterhin ein Schattendasein. Im April 1985 machte der DAZ einen neuen Versuch der Situationsbestimmung<sup>7</sup>. Daraus einige Zitate:

*In den letzten zwei Jahrzehnten hat sich der Kariesbefall bei Kindern und Jugendlichen in westlichen Industrieländern dramatisch vermindert. Die Bundesrepublik (Deutschland) bleibt allein eine Insel der Karies.*

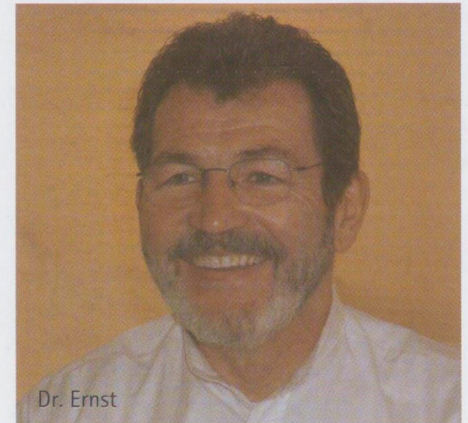
*Die Aufzählung (der Prophylaxeerfolge anderer Länder) ließe sich seitenweise fortsetzen. Nichts davon aber in der Bundesrepublik. Ganz offenbar stimmt der Satz von Lange: „Es ist nicht das Können, es ist das Wollen.“*

*Die Zahl der hauptamtlichen Jugendzahnärzte ist von 1970 bis heute (1985) von 2473 auf unter 300 zurückgegangen.*

*In Deutschland fürchtet der „Freie Verband“ immer noch von Prophylaxehelferinnen ... erbrachte Leistungen.*

*Und Hans-Henning Bieg, Bundesvorsitzender der FVDZ: „Zunächst werden den freien Praxen die Kinder weggenommen (!), später immer weitere Bevölkerungskreise.“*

DAZ-Kollege Dr. Roland Ernst resümierte: „Wer die Karies unserer Jugend zu seinem un-



Dr. Ernst

*verzichtbaren Besitzstand erklärt, darf sich nicht wundern, wenn sein ethischer Anspruch auf tiefes Misstrauen stößt.“* Der Jesuit Rupert Lay (Zitat aus <sup>7</sup>) fand beim 25. Jahrestag der Bayerischen Zahnärzte 1984 deutliche Worte: „Wer vom Haben besessen ist, kann nicht heilen.“

### Neuer Rückschlag durch MONITOR-Sendung über Fluoride

Im Oktober 1985 erfuhren die zahnärztlichen Prophylaxebemühungen einen herben Rückschlag durch eine Sendung des angesehenen Fernseh-Magazins MONITOR, die der Fraktion der GRÜNEN Anlass zu einer kleinen Anfrage im Bundestag gab. In dieser Anfrage wurde die Behauptung der Gesundheitsgefährdung aufgegriffen und den Fluoriden jede kariesprophylaktische Wirksamkeit abgesprochen. Das DAZ-forum<sup>8</sup> brachte daraufhin eine umfangreiche Richtigstellung mit Stellungnahmen aus Hochschule und Max-Planck-Institut.



## Das Obleutekonzept: Alibiveranstaltung und Imagepflege

Wenn es auch aus dem Ausland zahlreiche und aus der Bundesrepublik einzelne Berichte über beachtliche Erfolge in der systematischen Gruppenprophylaxe mit Anwendung von Fluoriden gab, propagierte die zahnärztliche Standesführung stattdessen ein von Dr. Klaus-Dieter Hellwege entwickeltes freiwilliges Obleutekonzept mit Besuch von Kindergärten, ohne dafür eine Effizienzanalyse vorzulegen<sup>9</sup>. Dieser fast reinen Imagepflege stellte der DAZ noch einmal seine Vorschläge zur Verbesserung der Jugendzahnpflege entgegen:

1. *Ausbau des bestehenden jugendzahnärztlichen Dienstes, der in Kindergärten und Schulen für Prophylaxeunterricht, Mundhygieneinstruktionen und Fluoridierungsmaßnahmen verantwortlich ist*
2. *Eröffnung der Behandlungsmöglichkeiten für Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes*
3. *Ausbildung von Prophylaxehelferinnen und angeleiteten Hilfskräften nach Schweizer Muster.*

Außer im Landkreis Stormarn änderte sich jedoch nichts in Sachen Mundgesundheit, und in ihrem neuen „Weißbuch Zahnärztliche Prophylaxe“ stellte die DGZMK 1986 (endlich) selbst fest: „Mit dem Obleutekonzept ist eine breitenwirksame Gruppenprophylaxe nicht realisierbar“<sup>10</sup>, was auch in dem Jahresgutachten 1987 des Sachverständigenrates der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bestätigt wurde<sup>11</sup>. Konsequenzen wurden daraus jedoch nicht gezogen, denn zu groß war die Angst der Zahnärzte, sich den eigenen Ast abzusagen<sup>12</sup>.

## Neue Themen und erste Erfolge

Die Präventionsbefürworter im DAZ ließen sich nicht entmutigen, stellten positive Beispiele vor<sup>13</sup>, erarbeiten Vorschläge<sup>14</sup> und machten aufmerksam auf die neue, große Gefahr der kariogenen „Zuckertees“<sup>15</sup>. Auch wurde eine weitere kaum versorgte, aber durch Karies besonders gefährdete Bevölkerungsgruppe, die Behinderten, in unser Bewusstsein gerufen<sup>16</sup>. An die Fissurenversiegelung wurde wieder erinnert, nachdem die DGZMK ihre frühere Ablehnung, da unhaltbar, 1985 widerrufen musste<sup>17</sup>. Die Ziele der WHO für das Jahr 2000 schienen unerreichbar fern:

1. *50% der 5- bis 6-jährigen Kinder sollen kariesfrei sein.*

2. *Mit 12 Jahren soll kein Jugendlicher mehr als 3 kariöse, fehlende oder gefüllte Zähne haben*
3. *85% der 18-Jährigen sollen voll bezahnt sein (mit Ausnahme der Weißheitszähne).*

Dennoch blickte der DAZ nach vorn und brachte erneut seine Vorstellungen an die Öffentlichkeit<sup>18</sup>. Ein kleiner Lichtblick: „Die DGZMK, vertreten durch die Arbeitsgemeinschaft für Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe, erklärt sich bereit, bei der Formulierung der Anforderungen an eine effiziente zahnmedizinische Prophylaxe im Kindes- und Jugendalter mitzuwirken“<sup>19</sup>. Die Vorurteile, von der erwähnten MONITOR-Sendung breitenwirksam gesät und von vielen Medien wiederholt, hatten sich fest in den Köpfen verankert (Zeitgeist). Das machte eine erneute, ausführliche Aufklärung im DAZ-forum notwendig<sup>20+21</sup>, wobei auch nicht die Bedeutung der Ernährung<sup>22+23</sup> vergessen wurde.

Endlich, 1988, gab es glückliche Momente: *Unter der maßgeblichen Mitwirkung des früheren DAZ-Vorsitzenden Dr. Ebenbeck schlossen jetzt der Bundesverband der Betriebs-Krankenkassen und die KZBV die erste vertragliche Vereinbarung darüber, wie künftig Prophylaxeleistungen bei BKK-Versicherten erbracht und abgerechnet werden können.*<sup>24</sup>

## Beginn einer sachlichen Diskussion über Fluoride

Es war Kehrtwende, auch beim FVDZ<sup>25</sup> – mit erwarteten „katastrophalen“ Folgen, die in Zürich schon registriert<sup>26</sup> (*wenn 64% der 17-20-jährigen keiner zahnärztlichen Behandlung bedürfen, ist der Langzeiterfolg... ausgewiesen*) und von Prof. Marthaler aus Zürich im Interview mit dem DAZ erörtert wurden<sup>27</sup>. Der Schweizer Wissenschaftler sprach vom Rückgang der konservierenden Leistungen auf ein Fünftel. Die Arbeitsgemeinschaft Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der DGZMK zog nun auch mit und schloss sich laut Stellungnahme vom 11.02.89<sup>28</sup> den Grundsätzen des Deutschen Ausschusses für Jugendzahnpflege (DAJ) an. Grundpfeiler der Prophylaxe sind laut DAJ:

- \* *Ernährungsberatung und*
- \* *Mundhygiene und als Angebot*
- \* *Fluoridierung und*
- \* *Reihenuntersuchung.*

Im Bericht des DAZ-Prophylaxe-Referenten<sup>29</sup> wurde 1990 dafür plä-

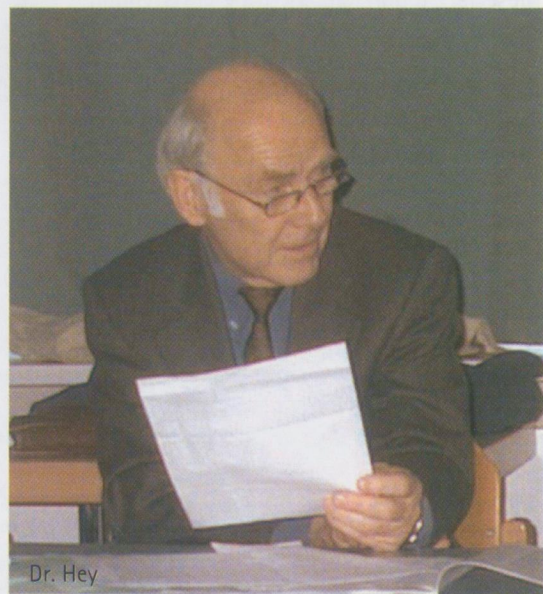
diert, die guten Ansätze der Präventionsmodelle der neuen Bundesländer weiter zu entwickeln und ihre Erfahrungen mit der Fluoridierung zu nutzen. Es folgten im DAZ-forum umfangreiche Arbeiten zu diesem Thema, Standortbestimmungen<sup>30</sup> und insbesondere von DAZ-Mitglied Dr. Hanns-Werner Hey: „Kochsalzfluoridierung, die vernünftigste und effektivste Kariesprophylaxe“<sup>31</sup>.

Die „Gegenseite“ war auch nicht faul und antwortete mit einem „Aktionsprogramm“<sup>32</sup> – Anlass für den DAZ, mit dem forum 34 eine umfangreiche Dokumentation zur Salzfluoridierung herauszugeben, die insbesondere die wissenschaftlichen Grundlagen dieses Präventionsansatzes aufzeigte<sup>33</sup>. Die Autoren waren: Dr. Genadi Pakhomov, WHO-Genf, Priv.-Doz. Dr. Johannes Einwag, Universität Würzburg, Prof. Thomas Marthaler, Universität Zürich, Doz. Dr. Gisela Hetzer, Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde, Dresden, Prof. Dr. Otfried Strubelt, Toxikologisches Institut der Universität Lübeck, und Dr. Hanns-Werner Hey, DAZ München.

## Dr. Hey schafft den Durchbruch: Erstes Fluoridsalz kommt auf den Markt

Zusammenfassend schrieb Dr. Hey in forum 34: *„Wir haben jetzt das richtige Salz – dass es vom Verbraucher auch angenommen wird, sollte unser aller Anliegen sein. In der Schweiz verwenden bereits 85% der Verbraucher im Haushalt nur noch fluoridiertes und jodiertes Speisesalz. Die Erfolge dieser Maßnahme sind ... vielversprechend.“*

Auch die erwachsenen Patienten wurden vom DAZ nicht vergessen und die Möglichkeiten der Individualprophylaxe<sup>34</sup>, der Behinderten<sup>35</sup> und Schwangerenprophy-



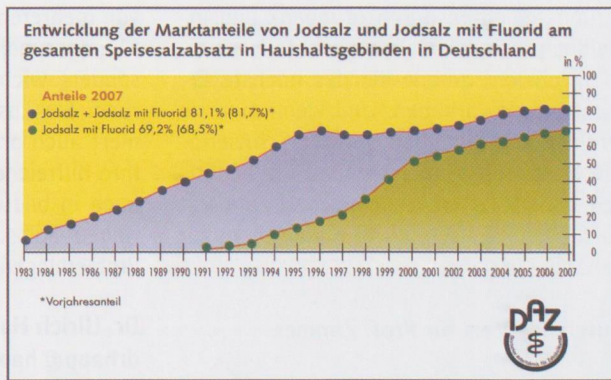
Dr. Hey



laxe<sup>36</sup> dargestellt. Auch die Industrie engagierte sich bei der Prävention<sup>37</sup>, z.B. als Sponsor beim Verein für Zahnhygiene, bei der Aktion zahnfreundlich oder auch bei der Informationsstelle für Kariesprophylaxe des DAZ (IfK).

### Von Dr. Hey ins Leben gerufen: die IfK

Die IfK entstand auf Initiative von Dr. Hey, nachdem 1991 zunächst der Vertrieb eines französischen Fluoridsalzes zugelassen worden war. Die Salzhersteller unterstützen seither nicht nur Öffentlichkeitsarbeit zugunsten fluoridierten Speisesalzes sondern auch die Aktivitäten eines wissenschaftlichen Beirates, der kontinuierlich die Forschung im Bereich der Fluoridprophylaxe verfolgt und durch Fachpublikationen, Symposien, Stellungnahmen und Anträge die Entwicklung der Kariesprophylaxe vorantreibt. Regelmäßig wurden die IfK-Hinweise zur Anwendung von fluori-



1996 stellte sich auch die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde hinter die Empfehlung für fluoridiertes Jodsalz<sup>43</sup>, und im Jahre 1997 schlossen sich die DGZMK sowie die Deutsche Gesellschaft für Ernährung an<sup>44</sup>. Der Durchbruch zur erfolgreichen Kariesprophylaxe war geschafft.

Im weiteren Verlauf wurde die Fluoridanwendung<sup>45</sup> in der Bundesrepublik zu einer Erfolgsgeschichte; das fluoridierte Speisesalz war und ist im Aufwind. Im Jahr 1999 hatte es einen Marktanteil von 39,9%<sup>46</sup>, im Jahr 2000 waren es schon 49%<sup>47</sup> und 2007 69,2%<sup>48</sup>! Nach Prof. Hildegard Przyrembel, Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz, sollte es mit Blick auf die Breitenwirksamkeit auch bei der Gemeinschaftsverpflegung, also in Kantinen, Mensen usw. zugelassen werden<sup>49</sup>. Ebenfalls wichtig ist angesichts des zunehmenden Konsums von Fertigprodukten auch die Verwendung von Fluoridsalz in Konserven, bei Tiefkühlkost, Fertigsuppen usw. Hier besteht nach wie vor Handlungsbedarf, da die bisherige Zulassung auf kleine Haushaltspackungen von Salz beschränkt ist.

### Dreigleisiges Prophylaxe-Modell des DAZ

Wie man den forum-Berichten entnehmen kann, zog der Präventionsgedanke immer weitere Kreise. Prophylaxemaßnahmen ließen sich in der Praxis oder als Gruppenprophylaxe gut durchführen<sup>50,51,52</sup>, auch auf der Basis des GSG 93<sup>53</sup>. Im Konsensvorschlag 2000<sup>54</sup> stellte der DAZ ein dreigleisiges Modell für eine erfolgreiche Prophylaxe vor: 1. Kollektivprophylaxe (insbesondere durch fluoridiertes Speisesalz erreichbar), 2. Gruppenprophylaxe im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und 3. Individualprophylaxe als Intensivprophylaxe in der zahnärztlichen Praxis. Aus der Schweiz wurde über die sich weiter entwickelnden großen Erfolge der Prophylaxe berichtet: 90% Rückgang der Zahnschäden<sup>55+56</sup>. Beim 2. Berliner Prophy-

laxe-Symposium des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Berlin konnte Frau Dr. Erika Reihlen ausführlich darstellen, dass die BRD allmählich auf den gleichen Weg kommt: „Tempora mutantur et nos mutantur in illis“ („Die Zeiten ändern sich, und wir uns in ihnen“)<sup>57</sup>. Auch aus Düsseldorf wurden erfolgreiche Schritte der Gruppenprophylaxe beschrieben<sup>58</sup>. DAZ-Prophylaxereferent Dr. Stefan Zimmer fasste zusammen: „Endlich brauchen wir also beim Thema Kariesprophylaxe nicht mehr neidisch ins benachbarte Ausland zu schielen. Im Gegenteil, die nun veröffentlichten Daten zeigen, dass unser Tempo im Kariesrückgang zumindest europäische Spitze ist.“<sup>59</sup>

### Nach wie vor Defizite bei Problemgruppen

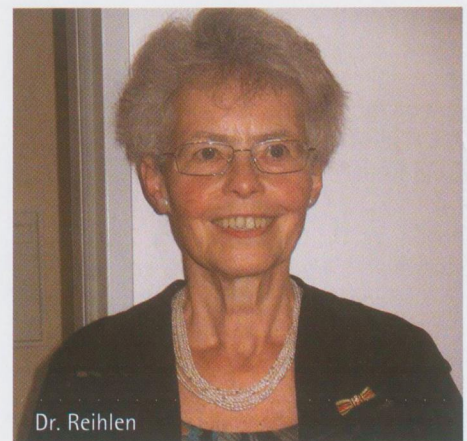
Aber diese Medaille hatte und hat eine Kehrseite: Aus Hannover wurde vom Zahnarzt und Sozialpädagogen Franz-Josef Robke über die Erfolge der Gruppenprophylaxe berichtet – und nachdrücklich auf die geringeren Erfolge in der Gruppe der sozial Schwächeren<sup>60</sup> hingewiesen! Auch herrschte nicht reiner Sonnenschein auf der zahnärztlichen Seite: *Prophylaxe im Würgegriff von Gruppeninteressen?*<sup>61</sup>. Prof. Staehle sah in einem forum-Interview unter anderem in der „Erreichung von Risikogruppen eine sehr große Herausforderung, der sich Zahnärzteschaft und Kostenträger gemeinsam stellen sollten“. Und „Wenn wir schon um soziale Härten nicht herumkommen, dann soll das begrenzt zur Verfügung stehende Geld wenigstens in zukunftsweisende Maßnahmen investiert werden“<sup>62</sup>. Also wurde noch einmal die Kosten-Nutzen-Relation der verschiedenen Maßnahmen erläutert, und es wurden die vom DAZ vorgestellten drei Gleise der Prophylaxe von Dr. Zimmer ausführlich dargestellt und bewertet<sup>63</sup>.



diertem Speisesalz im DAZ-forum aufgegriffen<sup>38</sup>, und 1993 folgte der Bericht über ein weiteres Highlight für den DAZ in Sachen Prophylaxe:

### Fluoridsalz aus deutscher Produktion und Aufwind für Prävention

Erstmals gab es: „Salz mit Jod und Fluor jetzt aus Deutschland“<sup>49</sup>. Das forum brachte daraufhin eine neue, zusammenfassende Standortbestimmung<sup>40</sup> des DAZ. Wieder musste die Wissenschaft bemüht werden, um Vorurteile zu bekämpfen: Nein, die ... Fluoridierung erhöht die Sterblichkeit an Krebs nicht, Fluoride sind keine Enzymgifte, nicht Ursache verschiedenster Krankheiten<sup>41</sup> bei richtiger Dosierung – und die Toleranzgrenzen sind sehr hoch. Auch von Seiten der Toxikologen gab es keine Bedenken<sup>42</sup>.



Dr. Reihlen

Auch Frau Dr. Reihlen aus Berlin wies noch einmal auf die geringeren Effekte der Präventionsprogramme bei definierten Risiko-



gruppen hin: „Ein weiteres Mal wird auch deutlich, dass die Begründung der Bundesregierung im neuen Gesetz, nach 1979 Geborene bräuchten keinen Zuschuss für Zahnersatz mehr, weil sie ja die Möglichkeit zur Prophylaxe gehabt hätten, schlicht falsch ist“<sup>64</sup>.

Zu dieser schwierigen Patientengruppe, an der die bisherigen Prophylaxebemühungen weitgehend unwirksam vorbei gehen, äußerte sich Prof. Almuth Künkel etwas später noch einmal deutlich aus sozialpsychologischer Sicht<sup>65</sup>.

Sind die Zucker-Ersatzstoffe eine Alternative? Wohl kaum<sup>66</sup>! Eher ein Symptom der Gesundheitswelle und ein Marketing-Argument der Süßwarenindustrie.

### Gruppenprophylaxe-Konzept der Krankenkassen greift viele DAZ-Vorschläge auf

Endlich gab es in den Jahren 1995 und 2000 Konzepte der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Weiterentwicklung der Gruppenprophylaxe, die auf vielen Vorschlägen des DAZ aufbauten<sup>67</sup> und hoffentlich auch durchgesetzt werden<sup>68</sup>.

Dr. Harald Strippel vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen setzte sich im forum 75 ausführlich mit den gesundheitsökonomischen Aspekten der zahnmedizinischen Prävention auseinander<sup>69</sup>, Dr. Jörg Hendriks beschrieb, was beim erwachsenen Patienten nötig ist<sup>70,71</sup>, Dr. Roland Ernst, wie es erfolgreich in der Praxis realisiert wird<sup>72</sup>, und Stefan Günther, wie ein ganzes Praxiskonzept an der Prophylaxe ausgerichtet werden kann<sup>73</sup>.

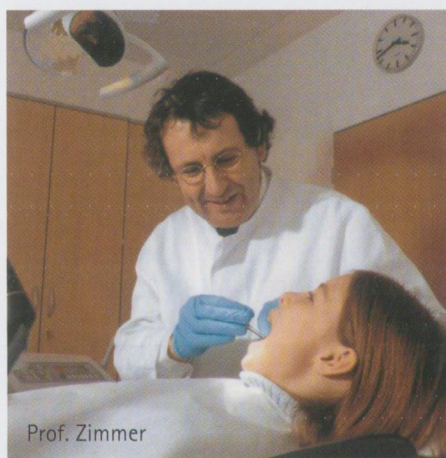
*Zahnmedizinische Prophylaxe – ein Erfolgsmodell ohne Altersgrenzen*, dafür hat sich, wie diese Zusammenstellung zu zeigen versucht, der DAZ trotz verschiedener Widerstände seit seiner Gründung intensiv und erfolgreich eingesetzt. Die Karies ist bei 12-Jährigen in den vergangenen 11 Jahren um 70% zurückgegangen, 42% dieser Altersgruppe haben jetzt ein kariesfreies Gebiss!

Aber – so Dr. Stefan Zimmer 2004: „Eine steigende Zahl von Menschen in Alten- und Pflegeheimen macht deren organisierte oralpräventive Betreuung wünschenswert, die derzeit nicht bzw. kaum existiert.“<sup>74</sup> Nicht nur in diesem Bereich gilt es, erfolgreiche Präventionsmodelle zu entwickeln und bundesweit umzusetzen. Zahlreichen Erhebungen zufolge gelingt es weiterhin nur unzulänglich, Kinder und Jugendliche aus sozial schwachen Bevöl-

kerungsschichten durch gruppen- und individualprophylaktische Angebote zu erreichen, obwohl gerade sie das höchste Erkrankungsrisiko haben. Und wenn man sie erreicht, so steht man vor der Schwierigkeit, dass viele Kinder bereits Hilfe benötigen und einen niedergelassenen Zahnarzt aufsuchen müssten, dorthin aber nicht zur Behandlung gehen.

### Hufeland-Preis für Prof. Zimmer

Zwar kein Verdienst des DAZ, aber ein ausgesprochen erfreuliches Ereignis für den Verein war es, als 2006 sein Prophylaxereferent, inzwischen Professor Stefan Zimmer, den für Leistungen auf dem Gebiet der Präventivmedizin bestimmten Hufeland-Preis für sein „Lebenswerk“ erhielt (und dies nicht etwa am Ende seines Berufslebens!). Seine zahlreichen Forschungs-



vorhaben, seine publizistische Arbeit, seine Fortbildungstätigkeit, seine Initiativen für öffentlichkeitswirksame Aktionen, seine Rolle bei der Aktion zahnfreundlich und nicht zuletzt seine Funktion als IfK-Sprecher – sie alle sind ausgerichtet auf das Ziel, das auch für den DAZ im Mittelpunkt steht und das das Kernthema dieses Beitrags darstellt: Prophylaxe betreiben, die Mundgesundheit fördern und zwar auf ganz breiter Basis und insbesondere zu Gunsten benachteiligter Bevölkerungsgruppen.

Zu diesem letzten besonders wichtigen Aspekt folgt auf der nächsten Seite ein aktueller Beitrag von Dr. Gudrun Rojas über Mundgesundheitsförderung im Land Brandenburg.

### Fluoridierung – hilfreich vor allem für die Menschen mit dem höchsten Risiko

Die Fluoridprophylaxe, für die der DAZ sich hartnäckig und kontinuierlich engagiert und die diesen Beitrag dominiert, ist eine

von mehreren Strategien zur Erhaltung der Mundgesundheit, allerdings eine ganz besonders wichtige für die breite Bevölkerung. Sie kostet fast nichts und funktioniert auch ohne großes Eigenengagement. Ihre hilfreiche Wirkung entfaltet sie daher auch in bildungsfernen Schichten mit geringem Selbsthilfepotential und in sozialen Problemlagen.

Dr. Ulrich Happ, Hamburg  
drhapp@happ.org

### Liste der zitierten Quellen

Leider reicht der Platz in diesem Heft nicht für alle Quellenangaben. Wenn Sie die komplette Liste mit 74 Quellen erhalten möchten, fordern Sie sie bitte an bei kontakt@daz-web.de oder Tel. 0221-973005-45 oder laden Sie sie von der Webseite [www.daz-web.de](http://www.daz-web.de) unter LESE-TIPPS. Gegen Portoerstattung schicken wir Ihnen gern auch ältere Ausgaben des DAZ-forums.

<sup>1</sup> Probleme der Zahnprophylaxe, Rede vor dem F.D.P.-Bundesfachausschuss, Dr. Gerd Ebenbeck, forum 1/1982, Seite 13-22

<sup>2</sup> forum 3/1983, Seite 36

<sup>3</sup> Chemie in Lebensmitteln, Herausgeber: Katalyse Umweltgruppe Köln e.V., Verlag Zweitausendeins, Frankfurt 1982

<sup>4</sup> Verdummung durch Trinkwasserfluoridierung? Dr. Hanns-Werner Hey, forum 4/1983, Seite 31-44

<sup>5</sup> „In der Bundesrepublik ... ist herzlich wenig geschehen...“, forum-Interview mit dem Schweizer „Prophylaxe-Papst“ Prof. Thomas Marthaler, Universität Zürich, forum 7/1984, Seite 9-16

<sup>6</sup> Fissurenversiegelung – Stiefkind der Prophylaxe, Dr. Kai Müller, forum 7/1984, Seite 61-65

<sup>7</sup> Prophylaxe zwischen Ethik und Zukunftsangst, Dr. Roland Ernst, forum 9/1985, Seite 3-8

<sup>8</sup> Grüne gegen Fluoridprophylaxe – Manipulation bei Monitor, Dr. Hans-Werner Hey, forum 11/1985, Seite 190-196

<sup>9</sup> Wie effektiv ist das Obteutekonzept wirklich? Dr. Manfred Witte, forum 11/1985, Seite 208-211

<sup>10</sup> Breitenwirksame Gruppenprophylaxe findet nicht statt, Dr. Manfred Witte, forum 15/1986, Seite 241-241

<sup>11</sup> Prophylaktische Realitäten, Dr. Manfred Witte, forum 17/1987, Seite 120-123

<sup>12</sup> Den eigenen Ast absägen – Angst vor einer erfolgreichen Prophylaxe, Dr. Hannes Brosch, forum 16, Seite 79-81



# Für Kinder und Eltern aus sozial benachteiligten Familien gibt es Hürden

Dr. Gudrun Rojas, Brandenburg an der Havel

Mundgesundheit ist Teil der Gesundheit, daher enthalten die Gesundheitsberichte aus dem Land Brandenburg über einzelne Bevölkerungsgruppen (Kinder, Jugendliche, Alte etc.) jeweils ein Kapitel zu dieser Thematik (MASGF 1999, 2001, 2003, 2005, 2007). Die Entwicklung der Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen mit ihren Besonderheiten und als Teil der Kindergesundheit ist Schwerpunkt des aktuellen Reports „Gesunde Zähne für ein fröhliches Lachen – Zur Zahn- und Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen im Land Brandenburg“. Er stellt Informationen, Fakten und Empfehlungen und Zusammenhänge mit Merkmalen der sozialen Lage zusammen. Aus den Daten lassen sich Trends ablesen sowie Indikatoren zur Mundgesundheit innerhalb des Landes und im Vergleich mit anderen Bundesländern betrachten.

sich besonders im Kleinkindalter auf die Gesamtentwicklung auswirkt. Dass ein gesunder Mund mit gesunden Zähnen nicht nur entscheidend für die Kaufunktion, Lebensqualität und Ästhetik, sondern ganz besonders für die Sprach- und Kommunikationskompetenz der Kinder ist, ist angesichts vorhandener Sprachdefizite kleiner Kinder ein wichtiger Fakt für die Etablierung von Sprachförderprogrammen. Nur mit gesunden Zähnen und einer regelrechten Zahn- und Kieferstellung ist eine ungestörte Sprachentwicklung möglich. Zahnstatus und Sanierungsgrad der Zähne können weiterhin ein sensibler Indikator für einen besonderen Bedarf an Unterstützung für Kinder sein. Fortschreitende Zahnerkrankungen ohne notwendige Therapie stellen auch eine Gefährdung des Kindeswohls dar.

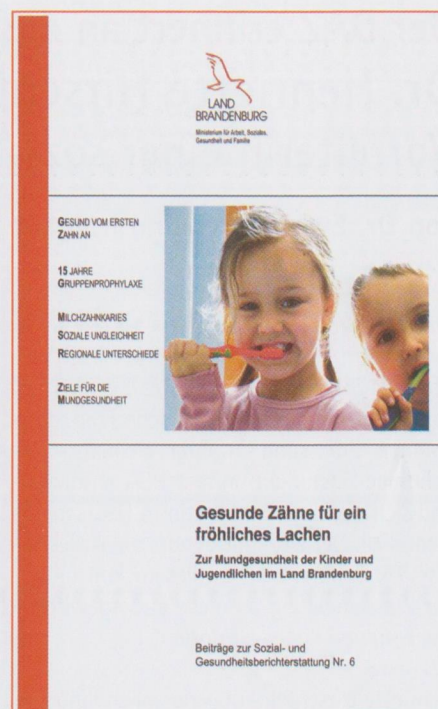
Obwohl prinzipiell alle Kinder auf der Grundlage unseres Versicherungssystems zahnärztliche Leistungen gleichermaßen in Anspruch nehmen könnten, ist dies tatsächlich nicht der Fall. Für Kinder und Eltern aus sozial benachteiligten Familien gibt es Hürden, eine Zahnarztpraxis aufzusuchen. Deutlich wird dies bei der Karietherapie im Kleinkindalter und bei kieferorthopädischen Behandlungen.

Im Land Brandenburg haben sich im Jahr 2003 zahlreiche Akteure inner- und außerhalb des Gesundheitswesens im „Bündnis Gesund Aufwachsen“ zu prioritären Handlungsfeldern der Kindergesundheit Gesundheitsziele gesetzt. „Kinder und Jugendliche haben gesunde Zähne in einem gesunden Mund und gleiche Zugangschancen zu präventiven und kurativen Angeboten“ lautet das Ziel für die Mundgesundheit. Der Bericht zeigt, in welchem Maße konkrete Zielstellungen in den Altersgruppen der 5-, 12- und 15-Jährigen erreicht wurden und welche Maßnahmen weiterhin erforderlich sind. Mundgesundheit und die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe wurden so Teil der öffentlichen Wahrnehmung.

Kindertagesstätten und Schulen sind neben der Familie wesentliche Sozialisierungsorte für Kinder und Jugendliche aus allen Lebenslagen und Bildungsschichten.

Ein deutlicher Kariesrückgang bei Kindern und Jugendlichen ist seit Mitte der 90er Jahre zu verzeichnen. Ein messbarer Gesundheitsgewinn ist in allen sozialen Schichten unterschiedlich stark ausgeprägt erkennbar. Großen Anteil daran hat die 15-jährige Zusammenarbeit von Land, Kommunen, Krankenkassen, Öffentlichem Gesundheitsdienst und niedergelassenen Zahnärzten im Bereich der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe. Problembereiche wie die hohe Verbreitung der frühkindlichen Karies, die Polarisierung der Karies, der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Mundgesundheit sowie eine sozial spezifische Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen werden deutlich.

Trotz positiver Entwicklung ist Karies noch immer die häufigste Kinderkrankheit, die



Hier findet kontinuierlich und flächendeckend settingorientierte Kariesprophylaxe als Bestandteil ganzheitlicher Gesundheitsförderung und emotionalen Lernens statt. Ganztagsangebote sollten zukünftig verstärkt einbezogen und sozial Benachteiligte gezielt berücksichtigt werden, um vorhandene gesundheitliche Unterschiede auszugleichen.

Um Erreichtes nachhaltig zu sichern, Defizite zu begegnen und weitere Verbesserungen der Mund- und damit der Kindergesundheit zu erreichen, ist die Vernetzung der zahnmedizinischen Prävention auf bevölkerungs-, gruppen- und individueller Ebene sowie interdisziplinäres Arbeiten anzustreben. Die Lokalen Netzwerke „Gesunde Kinder“ eröffnen über Familienhebammen und -paten eine neue Zusammenarbeit, um bereits Schwangere und werdende Eltern zu mundgesundheitsrelevanten Themen anzusprechen.

## Dr. Gudrun Rojas

Fachzahnärztin für Kinderstomatologie und für Öffentliches Gesundheitswesen, Zahnärztlicher Dienst, Gesundheitsamt, 14776 Brandenburg an der Havel  
[Gudrun.Rojas@Stadt-Brandenburg.de](mailto:Gudrun.Rojas@Stadt-Brandenburg.de)

## Weiterführende Literatur:

- Wir lassen kein Kind zurück – Soziale und gesundheitliche Lage von kleinen Kindern im Land Brandenburg, Beiträge zur Gesundheits- und Sozialberichterstattung Nr. 5, 2007
- Gesunde Zähne für ein fröhliches Lachen – Zur Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen im Land Brandenburg, Beiträge zur Gesundheits- und Sozialberichterstattung Nr. 6, 2008



# Der DAZ erinnert an die erste deutsche Zahnärztin Dr. Henriette Hirschfeld-Tiburtius (1834-1911) – Vorreiterin einer sozialen und präventionsorientierten Zahnheilkunde

von Dr. Eva Hübner und Irmgard Berger-Orsag

Am 27.02.2009 hat sich zum 140. Mal der Tag gejhrt, an dem Henriette Hirschfeld-Tiburtius ihr zahnmedizinisches Examen bestand. Sie war die erste deutsche Frau, die – mangels Zulassung in ihrer Heimat – ein Zahnmedizinstudium in den USA absolvierte und sich als erste Zahnärztin in Deutschland niederlieB. Der DAZ hat bereits anlässlich ihres 175. Geburtstages in diesem Jahr mit einer Pressemeldung an diese auBergewöhnliche Frau und Kollegin erinnert.

Henriette Hirschfeld-Tiburtius blieb lange weitgehend unbeachtet, erst in den 90er Jahren wurde nachhaltig auf sie aufmerksam gemacht. Der Zeitpunkt war kein Zufall. Im Jahr 1993 erging ein Verwaltungsgerichtsurteil, das wegen der möglichen Infektionsgefahr angestellte schwangere Zahnärztinnen und Helferinnen von der Arbeit am Zahnarztstuhl verbannte und damit praktisch einem Berufsverbot gleichkam.

Das Urteil erregte Empörung und Bestürzung und bestärkte zahnärztliche Kolleginnen aus ganz Deutschland darin, zusammen zu kommen, um zu protestieren und einen bei der BZÄK angesiedelten Ausschuss speziell für die Belange von Zahnärztinnen zu gründen. Es tauchte die Frage auf, mit welchen Problemen Frauen zu anderen Zeiten bei der zahnärztlichen Tätigkeit zu kämpfen hatten und wann Frauen Zugang zu diesem Beruf fanden. In diesem Zusammenhang erinnerte sich die Autorin Dr. Eva Hübner daran, Anfang der achtziger Jahre in dem Erzählband der Schriftstellerin Renate Feyl „Der lautlose Aufbruch – Frauen in der Wissenschaft“ (Verlag Neues Leben, 1981) über den Lebensweg von Henriette Hirschfeld-Tiburtius gelesen zu haben, und reichte den Text an die Kolleginnen weiter. Angeregt durch die Lektüre wollte die Berliner Studiengruppe des DAZ Henriette Hirschfeld-Tiburtius dauerhaft durch eine Gedenktafel ehren und so zugleich auch Interesse für die Situation von Zahnärztinnen heute wecken.

In dieser Zeit waren in den alten Bundesländern die Frauen mit 33% noch deutlich in der Minderheit; in den neuen Ländern

bildeten sie jedoch mit 58% die Mehrheit. Auch in Berlin gab es mehr Zahnärztinnen als Zahnärzte. Einige davon machten aktiv im DAZ mit und kandidierten bei den Kammerwahlen. 1994 wurde zum ersten Mal eine Frau als stellvertretende Kammerpräsidentin gewählt.



Von 1994 bis 1998 stellte der DAZ im NAV-Virchow-Bund mit Dr. Annette Bellmann die Vizepräsidentin der Berliner Kammer. Inzwischen gibt es in Bremen sogar die erste Kammerpräsidentin – von 16 Kammern.

1998 war es schließlich so weit: Im Beisein offizieller Vertreter der Bundeszahnärztekammer und der Berliner Zahnärztekammer, von Vertretern der Kommune, Nachfahren der Geehrten, der Schriftstellerin Renate Feyl, von Zahnärztinnen und Zahnärzten und interessierten Mitbürgern wurde die von der Berliner Zahnärztekammer finanzierte und vom Bildhauer Reinhard Jacob angefertigte Gedenktafel enthüllt, am Standort der ersten Praxis der ersten deutschen Zahnärztin in der Behrenstrasse 9 in Berlin-Mitte.

Seither ist Henriette Hirschfeld-Tiburtius in Zahnärztekreisen keine ganz Unbekannte mehr. Auch im DAZ-forum wurde schon über

sie berichtet. Dennoch wollen wir hier kurz einige Stationen ihres Lebens beleuchten, zeigen sie doch beispielhaft ein Stück Zeitgeschichte und einen Ausschnitt aus der Geschichte der Frauenbewegung.

Henriette Pagelsen, geboren 1834 in Westerland auf Sylt, Kind einer Pfarrerrfamilie, wuchs zu einer Zeit heran, als die wesentliche Zukunftsperspektive für Mädchen aus bürgerlichen Kreisen noch die war, die Rolle einer Ehefrau, Mutter und Hausherrin zu spielen. Henriette wurde früh mit dem Gutsbesitzer Christian Conrad Hirschfeld verheiratet. Die Ehe mit dem alkoholkranken Mann scheiterte. Als er verstorben war, sah sich die junge Frau vor der Schwierigkeit, eine Tätigkeit zu finden, mit der sie ihren Lebensunterhalt verdienen konnte. Nicht zuletzt ihre eigenen Erfahrungen mit kranken Zähnen und wenig hilfreichen männlichen Zahnbehandlern sollen schließlich zu ihrem Vorsatz, Zahnärztin werden zu wollen, geführt haben. Ihr Wunsch, in Deutschland Zahnmedizin zu studieren, erfuhr mehrfach Ablehnung. Nach zweijährigen Bemühungen erhielt sie eine schriftliche ministerielle Zusicherung, dass sie „in Berlin zur zahnärztlichen Praxis zugelassen werden würde, falls sie von einem in gutem Ruf stehenden College ein Zeugnis über ein rite absolviertes Studium würde vorweisen können.“

Von einem in Berlin praktizierenden amerikanischen Zahnarzt wurde ihr das Dental College in Philadelphia empfohlen. Mit von Freunden und Verwandten geliehenem Geld, ohne ausreichende Sprachkenntnisse reiste sie zum Studium in die USA und erlangte dort, trotz vieler Hürden, den Doctor of Dental Surgery. Sie hätte sich in Philadelphia niederlassen können, kehrte aber nach Deutschland zurück, um „einen Platz für ihre Mitschwester zu erobern“.

In Berlin eröffnete sie 1869 ihr „Zahnatelier“, als erste Zahnärztin in Deutschland. Um den Anstand nicht zu verletzen, durfte sie keine männlichen Patienten, sondern nur Frauen und Kinder behandeln. Zusammen mit anderen Geschlechtsgenossinnen



engagierte sie sich für die Zulassung von Frauen zum Medizin- und Zahnmedizinstudium. Erst 1901 konnte die erste Frau an einer deutschen Universität das zahnärztliche Staatsexamen ablegen.

Henriette Hirschfeld heiratete den Arzt Dr. Karl Tiburtius und führte nunmehr den Namen Dr. Henriette Hirschfeld-Tiburtius, unter dem wir sie heute kennen. Auch als Mutter zweier Kinder setzte sie ihre Berufstätigkeit fort. Zukunftsweisend war nicht nur ihr Engagement für Frauenrechte und gegen männliche Vorurteile. Auch bei ihrer zahnärztlichen Tätigkeit vertrat sie ausgesprochen fortschrittliche Positionen. Für sie war Zahnbehandlung nicht „kosmetische Reinigung“ oder „Schönheitsreparatur“ sondern ein Beitrag zur Erhaltung der Gesundheit. Schon vor 140 Jahren predigte sie Prävention in Form von gesunder Ernährung, Zahnreinigung und regelmäßigen Kontrollen von Kindesbeinen an. Wegweisend war auch ihr soziales Engagement u.a. in mehreren Einrichtungen für erwerbslose Mädchen und allein erziehende Mütter und in der von ihr mitbegründeten Poliklinik vorrangig für mittellose Frauen.

Bewundernswert ist, welche hohen Ziele sich Henriette Hirschfeld-Tiburtius trotz ungünstiger Voraussetzungen gesteckt hat und mit welcher Beharrlichkeit sie sie ver-

folgt hat. Dabei hat sie sich nicht dem „Mainstream“ angepasst, und sie hat sich auch nicht darauf beschränkt, nur „ihr eigenes Schäflein ins Trockene zu bringen“. Vielmehr hat sie sich mit fortschrittlichen Frauen und Männern ausgetauscht und verbündet, um verbesserte Ausbildungs- und Studiermöglichkeiten für Frauen zu erreichen und Hilfe zur Selbsthilfe für Menschen in sozialen Notlagen möglich zu machen. Damit leistete sie Pionierarbeit, von der noch die heutigen Generationen profitieren.

Inzwischen ist die Zulassung von Frauen zum Studium kein Problem mehr. Im Gegenteil studieren derzeit in Deutschland mehr Frauen als Männer Zahnmedizin. Inzwischen ist auch bekannt, dass nicht Intellekt und körperliche Konstitution Hemmnisse für Studium und Berufstätigkeit der Frauen sind und dass sie im zahnärztlichen Alltag dasselbe wie Männer zu leisten vermögen. Weiterhin benachteiligt in Bezug auf berufliches Engagement sind Frauen vielmehr durch die soziokulturellen Strukturen und konventionelle Vorstellungen vom Familienleben. Trotz steigender Zahlen weiblicher Zahnärzte werden die Leitungsgremien von Männern dominiert und von ihnen die Abläufe gestaltet. Die Ergebnisse sind nicht immer familienfreundlich. Besonders die zeitaufwendige Betreuung des Nachwuchses liegt immer noch überwiegend in den Händen der Frauen. Von daher streben sie eher als Männer Teilzeitbeschäftigungen und Angestelltenverhältnisse, z.B. in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), an.

Innerhalb der jüngeren Generation ändert sich jedoch das Bild deutlich, indem heute viele jüngere Männer einen Teil der Doppelbelastung aus Familie und Beruf übernehmen. Während Ferdinand Sauerbruch, von 1928 bis 1949 Professor an der Charité, seinen Assistenten noch das Heiraten verbot, gibt es

heute am Ort seines Wirkens mit dem Arzt Jakob Hein einen Väterbeauftragten. Er hilft den Männern, die staatlichen Maßnahmen zur Familienförderung in Anspruch zu nehmen, und bestätigt, dass die neue Rollenverteilung dem Wohlbefinden von Vätern und Kindern durchaus dienlich ist – hat er es doch selbst ausprobiert und für seine zwei Söhne fünf Monate Elternzeit genommen.



Trotz aller Fortschritte sind für Frauen im Zahnarztberuf noch nicht alle alten Probleme gelöst und vielleicht auch wieder neue entstanden. Wurden Zahnärztinnen vor 100 Jahren noch argwöhnisch beäugt, ob sie wohl den Anforderungen des Faches gewachsen seien, werden sie stattdessen heute hofiert von Unternehmen aller Art. Schließlich sind sie die Geschäftspartner von morgen und zukünftig die wichtigsten Abnehmer dentaler Produkte und Dienstleistungen. Bei dem einen wie dem anderen sollte man kritische Distanz wahren und selber denken. Inmitten des Rummels um Trends und Innovationen und Super-Ästhetik und Wettbewerbsvorteile und Spezialisierungen und was noch alles angesagt ist, lohnt es sich vielleicht, ab und zu innezuhalten und sich zu fragen, worin eigentlich die Aufgabe einer Zahnärztin oder eines Zahnarztes besteht. Wenn man sich dann das Wirken der ersten deutschen Zahnärztin vor Augen führt, wird man feststellen: Henriette Hirschfeld-Tiburtius ist als Vorbild nach wie vor aktuell.

Literaturtipps: [kontakt@daz-web.de](mailto:kontakt@daz-web.de)

#### Zahnärztlicher Beruf im Wandel

Im Auftrag der ZÄK Bayern wurde 2008 durch das Institut der Freien Berufe (IFB) eine Mitgliederbefragung durchgeführt, der zufolge es insbesondere unter den jüngeren Kammermitgliedern eine deutliche Minderheit gibt, die sich nichttraditionelle Berufsausübungsformen vorstellen kann oder sie anstrebt: So ziehen etwa 26% der männlichen und 44% der weiblichen Zahnärzte eine Tätigkeit als angestellter Zahnarzt in Betracht, 4% (Männer) und 8% (Frauen) als angestellter Zahnarzt in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) und 7% (Männer) bzw. 11% (Frauen) als niedergelassener Zahnarzt in einem MVZ. Quelle: IFB 2008



Gedenktafel-Einweihung am 14.02.1998:

Beteiligte von links nach rechts: Bezirksbürgermeister vom Berlin-Mitte Joachim Zeller, Schriftstellerin Renate Feyl, Bildhauer Reinhard Jacob, DAZ-Zahnärztinnen Dr. Eva Hübner und Dr. Annette Bellmann



### Heiligs Blechle, Kirchhoff, oder Schade, aber so wird das nichts

Wolfgang Kirchhoff lebt offensichtlich in einer anderen Welt als ich, und er mag auch gar nicht hinschauen, worum es mir geht. Er hat ein ziemlich festgezurrt Bild, wie es mir im „Speckgürtel“ von München seiner Meinung nach gehen muß, wahrscheinlich wegen der „normativen Kraft des Faktischen“ oder so. Ich kann dazu nur sagen, dass ich das Privileg habe, noch nie eine Krone, eine Füllung oder ein Implantat gemacht zu haben, damit ich damit mehr Geld verdiene. Ich leiste mir den „Luxus“, Patienten, die einen Wunsch nach einer implantologischen Versorgung haben, auch von einer konventionellen Lösung zu überzeugen, wenn ein geringeres Risiko und geringere Kosten dafür sprechen.

Ich habe in meinen 34 Jahren Berufstätigkeit einiges bei den Institutionen gesehen und erlebt, auf die noch am ehesten der von Kirchhoff gewählte Begriff der Hüter der sozialpolitisch verträglichen Versorgungsformen zutrifft, den gesetzlichen Krankenkassen. Ich habe erlebt, dass – natürlich aus Kostengründen und medizinisch indiziert – ausschließlich Gold-Kunststoff verblendete Kronen und Brücken eingegliedert werden durften. Nach fünf Jahren wurde das dann endlich geändert, jetzt durften ausschließlich Gold oder keramikverblendete Arbeiten eingesetzt werden. Ich habe in meinem Leben noch keine kunststoffverblendete Krone oder Brücke eingesetzt, aber in der Zeit, als die Kunststoff-Verblendung das Maß aller Dinge war, habe ich die keramikverblendeten Arbeiten ohne Mehrkosten eingesetzt.

Dann gab es eine lange Zeit, in der die Patienten jeglichen Zuschuss verloren, wenn im Heil- und Kostenplan das Wort Implantat auftauchte, besonders ärgerlich bei Totalprothesenträgern. Jetzt wird seit kurzer Zeit eine Krone auf einem Implantat bezuschusst, das Implantat selbst nicht. Wo ist da die Logik? Wenn ich das Wort „Richtlinien“ höre, kann ich nur schmunzeln. Manchmal treffen sie den Sachverhalt, und manchmal auch wieder nicht. Sie sind ein Werkzeug zur Kostenbegrenzung, und als solches auch in Ordnung. Aber oft treffen sie nicht die individuelle Situation eines Patienten und sind dann sehr hinderlich, weil es dann halt gar keinen Zuschuss für eine angemessene und medizinisch sinnvolle Leistung gibt.

Meinen Ansatz, die Wurzelbehandlung und die Resektion des zweiten Molaren aus dem vertragszahnärztlichen Leistungskatalog herauszunehmen und dafür die Implantation des zahnlosen Unterkiefers angemessen zu bezuschussen, hat Kirchhoff nicht interessiert, hat aber im DAZ, dem ich gerne angehöre, viel Zustimmung. Diese Leistung wäre „sozialpolitisch“ bei unserer Alterspyramide mehr als angemessen, sie wäre eine echte Hilfe für viele Senioren. Sie ist zudem seit 1978 (Ledermann, Tetsch usw.) evidenzbasiert in zahllosen Publikationen hinterlegt. Mein „Märchenbuch“ der Versorgungsmöglichkeiten ei-

nes Unterkieferfreies war dem Hüter der sozialpolitisch verträglichen Versorgung zu konkret und nicht wissenschaftlich genug, vielleicht, weil ich es mit einfachen Schemata versehen hatte, aber was soll's, das war nicht der Ansatz.

Zu den Annotationen Kirchhoffs: Vermutungen über meine geistigen und politischen Zustand stehen ihm nicht zu, er kann sie aus meinem Text auch nicht erarbeiten. Sie entbehren jeglicher Realität und sind günstigstenfalls böswillige Unterstellungen.

1.) Den Prozess, den die Firma Ihde gegen mich geführt hat – eine Schadenersatzklage von 150 000 € wegen Behauptungen meinerseits, die Disk-Implantate betreffend – hat Ihde in der letzten Instanz am Oberlandesgericht München zur Gänze verloren.

2.) Ich habe mehr als 10 Jahre in Kindergärten und Jugendhäusern Aufklärung und Gruppenprophylaxe (umsonst) betrieben und brauche mir von niemand mangelndes soziales Engagement vorwerfen lassen.

3.) Ich bin vor 38 Jahren nach einem Semester Mitgliedschaft im Freien Verband ausgetreten. Der damalige Vorsitzende Wald hat in einem Schreiben an mich seine Freude zum Ausdruck gebracht, dass ich „linke Bazille“ ausgetreten sei. Mir ist nicht bekannt, dass ich wieder eingetreten bin, einem „Wiedergänger des FVDZ“ in mir bin ich auch nicht begegnet.

4.) Kirchhoffs Ausführungen über mein Privatleben, das er aus einem Artikel in Brigitte woman über späte Väter entwickelt, sind reine Spekulation. Dort ging es ausschließlich darum, dass eine späte Vaterschaft ein Glück und ein großes Geschenk sein kann. Was das in diesem Forum zum Thema sozialpolitisch verträgliche implantatprothetische Versorgungsformen zu suchen hat, weiß ich nicht.

Ansonsten: si tacuisses ...

**Dr. Sebastian Schmidinger, Seefeld**

### Macht nichts

Bei aller nachvollziehbaren Kritik am Übergewicht der Implantologie kann man die Erwidern von Herrn Kirchhoff auf Schmidingers Implantologie-Beitrag im letzten Forum eigentlich nur als gehässig bezeichnen. Und wozu dieser Abrutscher unter die Gürtellinie am Schluss des Beitrags? Als erstarrtem Altlinken würde es Kirchhoff natürlich sehr ins Weltbild passen, wenn er Schmidinger in die Ecke Geld-geiler Abzock-Implantologen stellen könnte. Als Kollege, der Schmidinger nicht nur oft über die Schulter geschaut, sondern ihm auch alle eigenen Implantologie-Patienten überwiesen hat, um sie, auch bei schwierigster Ausgangslage, solide und professionell behandelt für die prothetische Weiterversorgung zurückzubekommen, weiß ich es besser. Möglicherweise gibt es aber im Weltbild Kirchhoffs für einen hervorragenden Implantologen mit sozialer Kompetenz keinen Platz. Ich finde, das macht aber auch nichts.

**Dr. Hanns-Werner Hey, Münsing**

## Was derzeit wirklich passiert in der Gesundheitspolitik – Das Döllein-Dossier –

In den letzten Jahren scheint die gesundheitspolitische Entwicklung die Ärzte erheblich mehr tangiert zu haben als die Zahnärzte. Von ärztlicher Seite gab und gibt es immer wieder Protestaktionen. De-



zidierte Kritik am System insgesamt sowie Gegenentwürfe werden von vielen Organisationen bis hin zu einzelnen Personen vorgetragen. Der bayerische Allgemeinarzt und Kommunalpolitiker **Dr. Jan Erik Döllein** ist einer von denen, die sich genötigt sahen, selbst aktiv zu werden. Er versucht, auf Entwicklungen aufmerksam zu machen, die bisher in der gesundheitspolitischen Diskussion nicht vorkommen, das Gesundheitswesen jedoch möglicherweise mehr beeinflussen als die Reformkonzepte der Parteien und die Entscheidungen der Politiker. Sein „Dossier“, das wir zum Abdruck erhalten haben, sprengt zwar den Rahmen unserer Zeitschrift. Wir werden es aber über E-Mail, die DAZ-Webseite und auf Papier zur Verfügung stellen. Den ersten Teil finden Sie in aufbereiteter Form unter [www.daz-web.de](http://www.daz-web.de), Unterpunkt LESETIPPS; der zweite Teil folgt in Zusammenhang mit der nächsten forum-Ausgabe.

### Wichtige Thesen

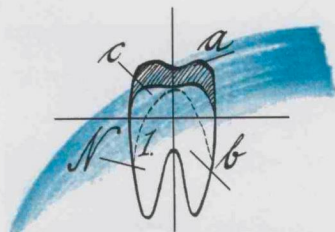
#### von Dr. Jan Erik Döllein:

1. Krankenhäuser machen politisch gewollte Defizite, werden an Klinikketten verkauft.
2. Niedergelassene Ärzte verdienen politisch gewollt so wenig, dass der Nachwuchs ausbleibt. Sie werden durch MVZ ersetzt, die zu guter Letzt ebenfalls den Klinikkonzernen gehören werden.
3. Die medizinische Versorgung unseres Landes liegt dann nicht mehr in der Verantwortung von Ärzten, sondern von Konzernen.
4. Monopolstrukturen und die Lenkung der Patientenströme garantieren bei einer überalterten Bevölkerung eine geradezu utopische Ertragssituation.
5. Ärztliche Standestradiationen werden dem reinen Streben nach Ertrag geopfert werden. Die gesundheitspolitische Landschaft wird sich radikal verändern und entsolidarisieren.
6. Möglich wird das alles durch geschickte Manipulation der veröffentlichten Meinung und hochpotenten Lobbyismus, der mit eben dieser Medienmacht über das Schicksal von Politikern verfügen kann.



**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](http://www.prodentum.de)  
Berlin

[www.kaiser-dental.com](http://www.kaiser-dental.com)  
Singapur

Lieben Sie Ihre Zähne! Putzen, Polieren und Pflegen mit

[www.denttabs.com](http://www.denttabs.com)

Bestellen Sie kostenlose Proben für Ihre Patienten





„Mein Zahnarzt ist echt clever.“

 **permadental**  
Persönlich. Präzise. Preiswert

**Martina, Tagesmutter**

Hätte mein Zahnarzt mir nicht sofort die Alternative des günstigen Auslands-Zahnersatzes vorgeschlagen, hätte ich mit der Behandlung noch gewartet. Dank seiner Empfehlung Zahnersatz von Permadental zu verwenden musste ich nicht lange zögern.

[www.permadental.de](http://www.permadental.de) Freecall 0800/7376233