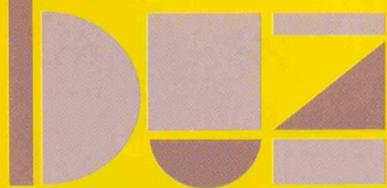




Berlins unabhängige
Zahnärzte e.V.



Bitte vormerken:
DAZ-IUZB-
Jahrestagung
in Berlin-Mitte
19./20.09.2009

Keine pauschale
Ablehnung
der GOZ-neu

Endodontie
zwischen Effizienz und
Evidenz

Notwendigkeit von
zahnärztlichen
Genossenschaften

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

FORUM

28. Jahrgang, Juni 2009

Von Zahnärzten für Zahnärzte

99

99

Nach 30 Jahren Engagement des DAZ:
In Sachen Qualitätssicherung
bleibt noch viel zu tun

STRUKTUR-QUALITÄT
PROZESS-QUALITÄT
ERGEBNIS-QUALITÄT



Zahnärztliche
Qualitätssicherung

Praxis-Management
Qualitäts-Management
Qualitäts-Sicherung



Dental Museum

Digitalisat der Bibliotheca Dentaria

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

Dentalmuseum

Im Park 9b

04680 Zschadraß



Bad Reichenhaller

Unsere Alpen. Unser Salz.

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

www.bad-reichenhaller.de

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





Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser!

Als ich in der letzten Woche durch die bayrische Provinz gefahren bin und das oben abgebildete Plakat gesehen habe, kam in mir ein Gefühl der Befriedigung auf: Es ist an den Grasswurzeln angekommen, was wir so berichten und diskutieren.

Die Sorge vor einer „Amerikanisierung“ unseres Gesundheitssystems findet sich in den meisten Themen dieses Heftes wieder:

- der Streit um Spezialisierung für den Markt, die Diskussion um die Qualität von und den Zugang zu Weiterbildung.
- die Fehler der Selbstverwaltung mit den dadurch entstehenden Ansatzpunkten oder Vorwänden für parallel entstehende privatwirtschaftliche Strukturen bis hin zu einer Industrialisierung der Versorgung.
- die Frage nach der Qualität in der Breitenversorgung und über allem

- die grundsätzlich zu fällende Entscheidung über die Menge Geldes, die wir von unserem Volkseinkommen in ein Gesundheitssystem für wie viele Menschen investieren wollen.

Auch ein weiteres wichtiges Thema der öffentlichen Berichterstattung ist unter die gewählte Überschrift einzuordnen: der Bericht des Datenschutzbeauftragten, der eine lange Liste von Verstößen gegen die bestehenden Datenschutzgesetze aufführt und eindringlich auf die Schwachstellen unserer immer größer werdenden Datensammlungen aufmerksam macht. Die Datensammlung, vor deren Missbrauchspotential wir mit vielen anderen ständig warnen, ist die geplante Elektronische Gesundheitskarte.

Auf den ersten Blick scheint es nicht sehr amerikanisch, die Bürger zentral zu erfassen – selbst wenn in Zeiten der Terrorbekämpfung auch in den USA mehr Erfassung und

Kontrolle zu finden ist. Auf den zweiten Blick könnte der Zusammenhang aber deutlich werden im Sinne einer völligen Vernachlässigung großer Gefahren für den Einzelnen und das Gemeinwesen zu Gunsten vermeintlicher Wirtschaftlichkeitsvorteile und einseitiger Profitinteressen. Die USA führen uns derzeit auch ganz neuartige „Geschäftsmodelle“ von Daten-Kriminellen vor. Neben dem Diebstahl und Weiterverkauf von Patienten- und Versichertendaten gibt es neuerdings auch Erpressung: so soll eine Krankenkasse die ihr entwendeten sensiblen Patientendaten für 10 Mio Dollar zurückkaufen. Vorbild US-Gesundheitswesen? Der kürzlich erfolgte Hacker-Einbruch ins Pentagon zeigt, dass es wirklich sichere Dateien nicht gibt.

Ich wünsche den bayrischen Demonstranten möglichst viel Aufmerksamkeit.

Ihre
Celina Schätze

DAZ-Jahrestagung am 19./20. September 2009

zusammen mit der Initiative Unabhängige Zahnärzte Berlin (IUZB),

Fortbildung, Hauptversammlung und Vorstandswahlen, Berlin-Mitte / Hotel Albrechtshof

Inhaltsverzeichnis

DAZ-Forum 99-2009

- 3 Editorial
Dr. Celina Schätze
- 4 Impressum
- 5 Keine pauschale Ablehnung der GOZ-neu
DAZ-VDZM-Pressemeldung
- 6 Die marktkonforme Umkehrung von der Bezahlung
zur Zahlung – Veränderungen in der zahnmedizini-
schen Weiterqualifikation
Prof. Dr. Hans Jörg Staehle, Universität Heidelberg
- 7 Industrie-Sponsoring in der Postgraduierten-
Ausbildung
Irmgard Berger-Orsag
- 8 Nur der Master of Science im Sinne von Bologna
hat Zukunft
Jürgen Pischel in der ZAHNARZTWOCHE DZW
- 8 Aufbaustudiengang Prothetik gestartet
- 9 Gegen Bakterien im Biofilm – moderne PA-Therapie
Dr. Celina Schätze
- 10 Forum-Retrospektive zur Qualitätssicherung
Dr. Hanns-Werner Hey
- 15 Kampf für mehr Datenschutz –
Bericht des Datenschutzbeauftragten
Irmgard Berger-Orsag
- 16 Das Projekt Qualitätssicherung des DAZ
Dr. Celina Schätze
- 18 Die Endodontie braucht mehr Effizienz und Evidenz
Irmgard Berger-Orsag
- 22 Antwort zu Anfrage bzgl. ChKM
Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte
- 23 Notwendigkeit zahnärztlicher Genossenschaften
Dr. Manfred Hillmer
- 24 Leserbrief und Diskussionsbeiträge

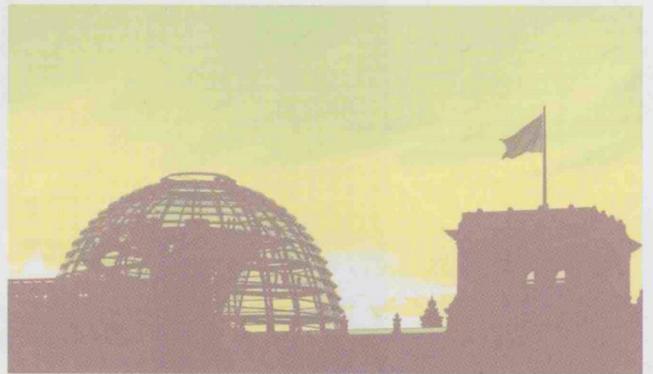
Redaktionsschluss DAZ-Forum 100 – 2009:
30. Juli 2009

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



Aus dem Berliner Sumpf: Rabattmarkenmentalität

Man könnte von „Peanuts“ sprechen, wenn der Rechnungsprüfungsausschuss der KZV-Berlin berichtet, dass Herr Dr. Husemann als hauptamtliches Vorstandsmitglied und Herr Dr. Meyer als Referent des Vorstandes sich auf Kosten der KZV Berlin Presseausweise (jeweils € 50.- Gebühr) haben ausstellen lassen.

Ein solcher Ausweis, der Vorteile in verschiedensten Bereichen des öffentlichen und wirtschaftlichen Lebens gewährt, steht ausdrücklich nur hauptberuflich tätigen Journalisten zu. Dies gilt für die Genannten sicher nicht. Interessant ist der Fall, weil er erneut exemplarisch aufzeigt, mit welcher vorteilsorientierten Grundeinstellung in der Führungsetage Zeit und gedankliche Arbeit der hauptamtlichen Vertretung unserer Interessen entzogen wird.

Dr. Celina Schätze, 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, www.daz-web.de

Berlins unabhängige Zahnärzte (BUZ)

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

Redaktion dieser Ausgabe: Dr. Celina Schätze (V.i.S.d.P.), Irmgard Berger-Orsag, Dr. Ulrich Happ, Dr. Hanns-W. Hey, Dr. Manfred Hillers, 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: Wikipedia, C. Schätze, B. Bittenbinder, Univ. Heidelberg; Prof. M. Walter, Karla Hey, ZFZ Stuttgart, L. Riefenstahl, Prof. R. Stoll, Infostelle für Kariesprophylaxe; Privat

Frankfurter Frühjahrstagung 2009: Keine pauschale Ablehnung der GOZ-neu

Vorschläge von DAZ und VDZM zur Überwindung der Reformblockade

„Mehr Rechtssicherheit und Honorargerechtigkeit für alle Beteiligten durch konstruktive Korrekturen an der GOZ-neu“ war die Kernforderung der Zahnärzte, die sich zur diesjährigen gemeinsamen Frühjahrstagung des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde (DAZ) e.V. und der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin e.V. (VDZM) am 25. 04.2009 in Frankfurt am Main zusammengefunden hatten. Im Zusammenhang mit der anstehenden Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) forderte die Versammlung die Schaffung von mehr Transparenz in der Abrechnung durch zeitgemäße Leistungsbeschreibungen sowie die Abschaffung der vielen Grauzonen und unübersichtlichen Analogbewertungen der alten GOZ. Wichtiges Ziel sei die Vermeidung unnötiger Rechtsstreitigkeiten für Patienten, Zahnärzte und Erstattungsstellen. Im Zuge der sich ausweitenden Privatleistungen auch für gesetzlich Versicherte ist die GOZ inzwischen bedeutsam für die gesamte Bevölkerung.

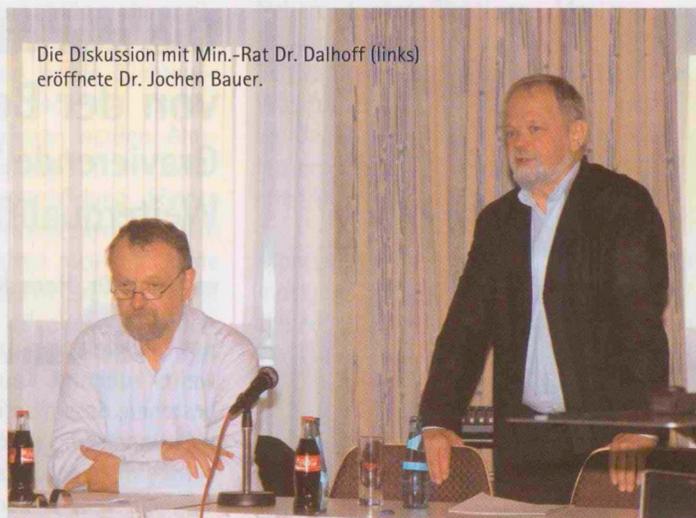
Der Referent zu diesem Thema, Ministerialrat Dr. Michael Dalhoff aus dem Bundesgesundheitsministerium (BMG), bestätigte, dass es auch dem BMG darum gehe, eine „gerechte und angemessene Vergütung zahnärztlicher Leistungen zu ermöglichen“. Nach Dalhoffs Meinung bestreite derzeit niemand, dass die bereits 20 Jahre alte Gebührenordnung für zahnärztliche Privatleistungen unbedingt novelliert werden müsse. Allerdings hätten die großen zahnärztlichen Verbände mit ultimativen Maximalforderungen die Auseinandersetzung um den vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegten Referentenentwurf

derart blockiert, dass man vor den Bundestagswahlen im September 2009 wohl nicht mehr mit einer Weiterführung des Ordnungsverfahrens rechnen könne.

In der lebhaften, sachlich und konstruktiv geführten Diskussion erkannten die Teilnehmer durchaus an, dass der Referentenentwurf etliche richtige Ansätze verfolge. In vieler Hinsicht, so die Diskutanten, lasse sich dieser Entwurf allerdings noch erheblich verbessern. So sei die einmalige Möglichkeit, bisherige Defizite in der Gebührenordnung auszugleichen, vom Ordnungsgeber nicht ausreichend genutzt worden. Die neue Gebührenordnung sollte unbedingt den Bereich gründlicher Basisdiagnostik fördern, aber auch eine „sprechende“ und ordentlich „planende“ Zahnheilkunde stärken.

Im Interesse der Gesunderhaltung aller biologischen Strukturen des Mundes begrüßten die Teilnehmer aus den Verbänden DAZ und VDZM, dass der Referentenentwurf die Leistungsbereiche der Prophylaxe wie auch der Parodontalbehandlung aufwerten möchte. Indem der gleiche Entwurf allerdings die Wurzelbehandlung in unsachgerechter Weise abwertet, das Setzen von Implantaten jedoch unverhältnismäßig begünstigt, löst dies eine bedenkliche Fehlsteuerung gegen den Erhalt von Zähnen und für deren Ersatz durch Implantate aus.

Auch bei der Vergütungshöhe sahen die zahnärztlichen Teilnehmer noch Anpassungsbedarf. Ihres Erachtens führt eine von Zahnärzten als unzureichend empfundene Honorierung unweigerlich zu einem Ausweichen in Grauzonen und Analogbewertungen.



Die Diskussion mit Min.-Rat Dr. Dalhoff (links) eröffnete Dr. Jochen Bauer.

In Frage steht hier allerdings auch die Neutralität des Ordnungsgebers, da dieser als Staatsorgan unmittelbar mit den Beihilfestellen verbunden ist, über die 30% der Privatpatienten ihre Erstattungen aus den öffentlichen Haushalten beziehen. Das mangelnde Vertrauen in die Neutralität des staatlichen Ordnungsgebers erklärt die extrem ablehnende Haltung der großen Verbände der Zahnärzte in Sachen GOZ.

Besonders kritisch wurde die sog. „Öffnungsklausel“ diskutiert, die den Versicherungen erlaubt, mit Zahnärzten oder Zahnarztgruppen von der GOZ abweichende Verträge zu schließen. Die meisten Diskussionsteilnehmer sahen hierbei erhebliche Risiken und sprachen sich deshalb gegen die „Öffnungsklausel“ aus. Geäußert wurden die Befürchtungen, dass einseitig die Versicherungsunternehmen die Bedingungen diktieren, dass den Zahnärzten „Dumpinghonorare“ drohen und dass für die Versicherten Transparenz und Überblick verloren gehen könnten.

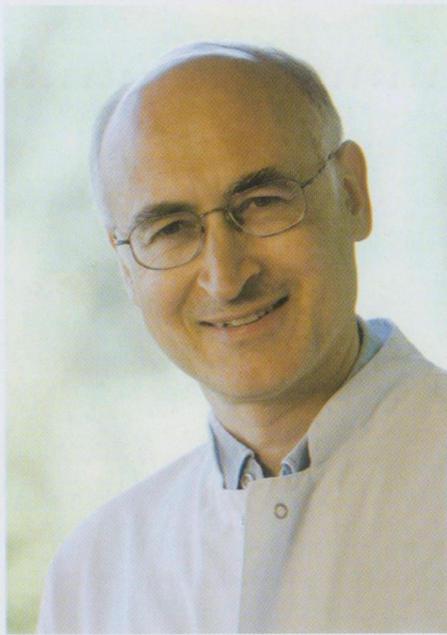
Die Verbände DAZ und VDZM sind der Meinung, dass es bei aller Kritik dennoch lohnt, den Entwurf zur GOZ zu einem verbesserten Ergebnis zu führen. Sie fordern alle Zahnärzterverbände auf, sich einem neuen Anlauf nicht zu versperren. Ministerialrat Dr. Dalhoff nahm die Empfehlung an das Bundesministerium mit, im nächsten Anlauf die Diskussionen breiter und nachhaltiger zu führen. Sie sollten im Rahmen eines aus allen Gruppen zusammengesetzten Gremiums stattfinden, und ein solches Gremium – so die Meinung der Veranstaltungsteilnehmer – sollte auch zukünftig die Anpassung der GOZ an sich ändernde Bedingungen begleiten.

Quelle:

DAZ-VDZM-Pressmeldung vom 08.05.2009
Text des GOZ-Entwurfes im Internet
www.daz-web.de unter AKTUELLES



Blick ins Auditorium



Die marktkonforme Umkehrung von der Bezahlung zur Zahlung Gravierende Veränderungen in der zahnmedizinischen Weiterqualifikation

von Prof. Dr. Hans Jörg Stahle, Universität Heidelberg

Unter der Devise „wir wollen nicht klüger sein als der Markt“ wurden in den letzten Jahren zahlreiche Institutionen vermehrt dem freien Wechselspiel der Marktkräfte ausgesetzt. Es blieb aber zunächst ein gesellschaftlicher Konsens bestehen, dass man in einigen Bereichen wie Schulen und Universitäten, aber auch in der beruflichen Weiterbildung, in dieser Hinsicht Zurückhaltung walten lassen sollte. Dieser Konsens geht zunehmend verloren. Auch auf den genannten Feldern zeigen sich inzwischen deutliche Veränderungen.

Private Kindergärten und Schulen erhalten auch hierzulande vermehrt Zulauf. Dies ist ein Indikator dafür, dass offenbar vielen staatlichen Einrichtungen von Teilen der Bevölkerung nicht mehr das Vertrauen entgegengebracht wird, das sie lange Zeit genossen haben. Wer es sich leisten kann, nimmt sein Kind aus einer staatlichen Institution heraus und bringt es privat unter, zumindest wenn er in einer „gemischten Region“ wohnt. Die schon bestehende strukturelle Ungleichbehandlung wird dadurch in immer früheren Lebensabschnitten verfestigt.

Deutsche, vorwiegend staatliche Universitätseinrichtungen haben zum Teil ihre Rechtsform geändert und eine Wandlung in Richtung Privatisierung eingeleitet. Begründet wurde dies mit dem Wunsch nach höherer Gestaltungsfreiheit. Wie das Ergebnis aussehen wird, lässt sich noch nicht abschätzen. Die Privatisierung kann durchaus auch zu einem Umkehrereffekt führen, nämlich dass anstelle größerer Gestaltungsmöglichkeiten am Ende der Abstand vom früheren Ideal einer gewissen Unabhängigkeit (umschrieben mit dem Termi-

nus „Freiheit von Lehre und Forschung“) weiter zunimmt. Kaum Zweifel kann daran bestehen, dass man im Rahmen von Privatisierungen (die durchaus auch unter Beibehaltung einer öffentlichen Trägerschaft möglich sind) versuchen wird, die Befugnisse von Aufsichtsräten und zentralen Leitungsorganen zu stärken und die Rechte der einzelnen Institute zu schmälern.

Private oder teilprivatisierte Universitäten können bekanntlich auf einem stark differierenden Niveau angesiedelt sein. Zuweilen handelt es sich um Institutionen, die kaum den Namen Universität verdienen, in anderen Fällen hingegen um Stätten mit höchster Lehr- und Forschungsleistung. In anderen Ländern haben einzelne private Universitäten durch beträchtliche Studiengebühren sowie Finanzspritzen einzelner Sponsoren und Stiftungen gegenüber staatlichen Institutionen einen fast uneinholbaren Vorsprung erreicht. Der Studienabschluss an einer renommierten Privatuniversität gilt vielerorts beinahe als Garant einer guten beruflichen Karriere. Um dem Anschein zu begegnen, man könne sich beruflichen Erfolg sozusagen „erkaufen“, nehmen solche Universitäten in der Regel eine gewisse Anzahl finanziell schwächer gestellter Studierender als Stipendiaten auf, die dann als sozialpolitisches Feigenblatt fungieren (ähnlich wie zum Beispiel renommierte Privatkliniken gelegentlich auch ein Kind aus der Dritten Welt kostenlos operieren und werbewirksam in den Medien darüber berichten). Auch gibt es die Möglichkeit, dass ein Student schon vor dem Studium einen Kredit aufnimmt oder sich von seinem künftigen Arbeitgeber die Ausbildung vorfinanzieren lässt. Ob dies die Freiheit der Betroffenen fördert, sei dahingestellt. Auch wenn sich die Folgen einer Marktöffnung von deutschen Universitäten auf die Qualität von Lehre und Forschung noch nicht im Detail abschätzen lassen, muss man kein Prophet sein, um hier eine deutlich stärkere Polarisierung zu erwarten.

Ein immer wichtiger werdendes Thema ist die Weiterqualifikation nach dem Studium. Speziell in der Medizin und Zahnmedizin

hat der Gesetzgeber mit dem Weiterbildungsrecht den Kammern nicht ohne Grund eine besondere Aufgabe zugeordnet. Damit sollte ein sensibler, für die medizinische Versorgung der Bevölkerung relevanter Bereich vor den Effekten des Marktes geschützt werden. Die meisten Zahnärztekammern haben diese Aufgaben vernachlässigt und damit als Hemmschuh einer geordneten Entwicklung gewirkt. Als sich zum Beispiel nach dem Zweiten Weltkrieg an den Universitäten nach und nach eigenständige zahnmedizinische Abteilungen herausbildeten, wäre es geboten gewesen, neben der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie für Doppelapprobierte und der Kieferorthopädie und Oralchirurgie für Einfachapprobierte zumindest die Zahnärztliche Prothetik, die Zahnerhaltung und die Parodontologie als weitere Fachzahnarztgebiete auszuweisen. Über den Weg fachlich begründeter Zusatzbezeichnungen hätten sich weitere Differenzierungsmöglichkeiten angeboten.

Dass die bisherigen Weiterbildungsordnungen auch Nachteile besitzen und einer Überarbeitung bedürfen, soll an dieser Stelle nicht bestritten werden. Hier könnten unter anderem die Spezialisierungsrichtlinien von wissenschaftlichen Fachgesellschaften mithelfen, ein vom Prinzip her gutes System, das primär von medizinischen Erfordernissen (Angebotsorientierung) und nicht von Modetrends (Nachfrageorientierung) ausgeht und gleichzeitig breiten Bevölkerungskreisen zugute kommt, auszubauen. Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften können in diesem Zusammenhang für sich verbuchen, dass sie von Spezialisierungen kaum finanziell profitiert haben. Vielmehr wurden die Programme zum großen Teil ehrenamtlich erarbeitet und betreut.

Vor etwa 100 bis 130 Jahren beklagte man im damaligen Deutschen Reich einen Handel mit dem Titel Doctor of Dental Surgery (DDS). Er wurde vor allem von privaten Universitäten mit staatlicher Anerkennung aus Nordamerika angekauft. Diese Aktivitäten waren das marktkonsequente Ergebnis einer unzureichenden akademi-

schen Ausbildung von Zahnärzten an den deutschen Universitäten. Erst als von staatlicher Seite ein entsprechendes Angebot geschaffen wurde, verloren diese, seinerzeit als „Schwindelindustrie“ angesehenen Praktiken an Bedeutung. Medizinhistorisch betrachtet gibt es heute ganz offensichtliche Parallelen zur damaligen Situation. Die marktkonforme Antwort auf die Verweigerungshaltung der Kammern in der Weiterbildung einerseits und die Öffnung einzelner Universitäten für kommerzielle Organisationen andererseits ist die Etablierung kostenpflichtiger Masterprogramme. Auch hier reicht die Palette bekanntlich von sehr guten und zukunftsweisenden Lehrgängen bis hin zu Veranstaltungsreihen, die man bei näherer Betrachtung eigentlich nur als Etikettenschwindel betrachten kann. Und auch hier versucht man zur Verbesserung der Außendarstellung die kommerzielle Ausrichtung durch Aufnahme kostenfreier oder -reduzierter Stipendiaten zu relativieren.

Die Masterprogramme sind aber nur als Einzelbaustein wesentlich umfassenderer universitärer Unternehmensziele und strategischer Ausrichtungen bei der Suche nach neuen Geschäftsfeldern mit Wachstumspotential zu betrachten. Sie sparen auch das Grenzgebiet zwischen Lehre und Forschung nicht aus. Ein Beispiel dafür ist die Kommerzialisierung der Promotion. Man wird möglicherweise künftig an einigen Universitäten nicht nur Masterprogramme alleine buchen können sondern gegen eine entsprechende Zuzahlung auch das Paket „Master + Promotion“.

Bislang war es so, dass ein Doktorand seine Arbeitskraft gegen ein geringes Salär (Promotionsstelle) oder sogar kostenlos zur Verfügung gestellt hat. Als Gegenleistung

und -unterstützung galt früher als anrühlich. Derzeit öffnet man sich an einigen Universitäten vorsichtig neuen Sichtweisen, die künftig wohl auch das Promotionswesen mit einbeziehen werden. Ähnlich wie bei der Wandlung von der Fachzahnarzt- zur Masterausbildung könnte dadurch der Spieß herumgedreht werden: Die Doktoranden erhielten nicht nur keine Vergütung mehr, sondern sie bezahlten dafür, den Dokortitel erlangen zu können, und zwar nicht mehr unter der Hand, sondern ganz offiziell.

Fachliche Gründe ließen sich als Rechtfertigung für diese Umkehrung der Vorstellungen leicht finden. So sind heute zum Beispiel viele Forschungsprojekte so komplex, dass man ohne kostspielige statistische Auswertungsverfahren, die nicht nur den fachlichen Horizont des Doktoranden sondern auch jenen des Betreuers übersteigen, nicht mehr auskommt. Also müssen solche Leistungen eingekauft werden. Projekte, die einen gewissen Qualitätsanspruch erheben (Voraussetzung für eine gute Benotung), werden künftig vermutlich nur noch machbar sein, wenn genügend Geld fließt. Es wird also eine ökonomische Berechnung dahingehend erfolgen, dass „Ausgaben“ (Betreuungsaufwand von Doktorvater/-mutter, Material-, Geräte- und Instrumentenkosten, statistische Auswertungen etc.) den „Einnahmen“ (Arbeitsaufwand des Doktoranden, erzielbare Impactpunkte, Einzahlungen des Doktoranden zur Teilnahme am kostenpflichtigen Promotionsprogramm etc.) verrechnet werden. Bei guter Kalkulation wird die Promotion unter günstigen Umständen zur interessanten Geldquelle von einigen Universitäten (Tabelle 1).

Master- und Promotionsabsolventen müssen aber ihre finanziellen Investitionen wieder einspielen. Dies dürfte nicht selten

Neben kostenpflichtigen Master- und Promotionsprogrammen werden vermutlich zahlreiche weitere Tabubrüche folgen. Was früher noch als bedenklich angesehen wurde, wird heute mit gemischten Gefühlen erwogen und künftig selbstverständlicher Alltag sein.

Momentan werden mit erstaunlich kleintütigen Argumenten, die aus sehr unterschiedlichen Motiven einzelner Interessenvertreter rühren, weitere Fachzahnarzt- und Zusatzbezeichnungen bekämpft. Man nimmt die Einführung kostenpflichtiger Programme auf den verschiedenen Gebieten entweder als „höhere Gewalt“ hin oder begrüßt sie sogar ausdrücklich.

Bei der aktuellen Diskussion sollten die langfristigen Folgen der derzeitigen Umbruchsituation, die auch das bisherige akademische Selbstverständnis des Zahnärzttestandes berühren, vermehrt thematisiert werden.

Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle
Poliklinik für Zahnerhaltungskunde der Klinik für Mund-, Zahn- und Kieferkrankheiten des Universitätsklinikums Heidelberg
hans-joerg.staehle@med.uni-heidelberg.de

Industrie-Sponsoring in der Postgraduierten-Ausbildung

Zusammen mit der Dresden International University hat die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie (DGP) gerade einen neuen „Studiengang Master of Science für Parodontologie und Implantattherapie“ aufgelegt. Die 2½-jährige Masterausbildung, die berufsbegleitend absolviert wird und eine mindestens zweijährige zahnärztliche Tätigkeit voraussetzt, kostet für Nicht-Mitglieder der DGP 32.000 Euro, für Mitglieder 29.000 Euro – nicht gerade Peanuts. Dem wissenschaftlichen Nachwuchs wird die Teilnahme durch vier Stipendien in Höhe von 10.000 Euro erleichtert (wobei immerhin noch Kosten von 19.000 Euro übrig bleiben). Anspruchsbehaftet sind Uni-Assistenten, die sich in Weiterbildung zum DGP-Spezialisten für Parodontologie befinden. Die Mittel für diese Stipendien steuert der Implantathersteller Nobel Biocare bei. So wird auch hier notwendige Weiterqualifizierung von einer bezahlten Tätigkeit zu einem teuren Freizeitvergnügen. In die Bresche, die andere Institutionen hinterlassen, springt zum Teil die Industrie. Mit welchen Folgen, bleibt abzuwarten. **Irmgard Berger-Orsag**

Tab. 1 Der unaufhaltsame Weg von Bezahlung zu Zahlung am Beispiel von Weiterqualifikation und Promotion

Option A	Option B	Option C
Weiterbildungsstelle	Weiterqualifikationsmöglichkeit	Kostenpflichtiges Masterprogramm
Promotionsstelle	Promotionsmöglichkeit	Kostenpflichtiges Promotionsprogramm
Die Betroffenen erhalten ein Entgelt	Die Betroffenen erhalten kein Entgelt, bezahlen aber auch nichts	Die Betroffenen erhalten kein Entgelt sondern leisten vielmehr eigene Zuzahlungen

erhielt er eine wissenschaftliche Betreuung und Begleitung, so dass im Erfolgsfall ein Forschungsergebnis resultierte und für beide Seiten ein Vorteil entstand. Die Annahme von Geld für Promotionsberatung

mit medizinischen Erwägungen kollidieren, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass die Schere zwischen Über- und Unterversorgung der Bevölkerung künftig noch weiter auseinanderklaffen wird.

Nur der Master of Science im Sinne von Bologna hat Zukunft

DZW-Chefredakteur J. Pischel zur Entwicklung der Spezialisierung

In seinem Kommentar in DIE ZAHNARZT-WOCHE vom 29.04.2009 reagierte Jürgen Pischel, Verfechter der Kooperation von staatlichen und privaten Bildungseinrichtungen und Mitinitiator der privaten Donau-Universität Krems, unter anderem auf Prof. Staehles Beitrag in DAZ-Forum 98-2009, S.5-7. Hier ein Auszug mit Genehmigung der DZW-Redaktion.

Beispiel Spezialisierung. Da versuchen Hochschullehrer eine neue Ideologie einer „zahnärztlichen Weiterqualifikation im System der Marktwirtschaft“ zu verbreiten. Es wird versucht, die postgraduale Weiterqualifikation zum „Master of Science Fachgebiet“ als durch reines Wirtschaftsstreben getrieben zu diffamieren, dafür aber den sogenannten Spezialisten, von Fachgesellschaften vergeben durch angeblich absolvierte Spezialisierungsprogramme, als „anspruchsvoller als die Fachzahnarzt-Qualifikation“ zu verkaufen.

Dies unter Negieren zum Beispiel des Bundesverfassungsgerichtsurteils, wonach kaum einer der von den Fachgesellschaften ohne wirkliche Qualifikationsdefinitionen vergebenen „Spezialisten“ diese Bezeichnung überhaupt führen darf. Denn Voraussetzung dafür ist, dass die zahnärztliche Tätigkeit ganz überwiegend, also zu mehr als 75 bis 80 Prozent, „in der Spezialisierung“ auszuüben ist.

Zum wirklichen Wert des „Spezialisten“ noch etwas: Jeweils sieben Zahnärzte können eine Fachgesellschaft gründen und einen eigenen „Spezialisten“ kreieren. Das geschieht auch fleißig, allein aus den sonst angeprangerten kommerziellen Gründen. Der universitär europaweit gesetzlich gesicherte „Master of Science Fachgebiet“ ist aus der Bologna-Struktur heraus die einzig akademische Weiterqualifikation mit Titel, die Bestand haben wird und sich längst durchgesetzt hat. Selbst Kammern haben das zu begreifen begonnen.

DZW 18-2009

Es geht vielleicht auch anders: Bundesweiter Aufbau-Studiengang „Zahnmedizinische Prothetik“ gestartet



Es gibt nicht nur die beklagten Tendenzen zur kommerzgesteuerten Fort- und Weiterbildung. Nachdem wir im letzten Heft über das Konzept zur universitären Weiterbildung aus Heidelberg berichtet haben, können wir jetzt vermelden, dass auch eine wissenschaftliche Gesellschaft einen weiterführenden Studiengang anbietet, an den und für die Universitäten – mit den schon oft aufgezählten Vorteilen für die Ausbildung und die Versorgung.

Am 24.4.2009 nahmen 30 Mitarbeiter von universitären prothetischen Abteilungen das Masterstudium an der Universität Greifswald auf. Es handelt sich dabei um die sog. Hochschulvariante des zum Master of Science (M.Sc.) führenden Studienganges. Die Qualifizierung ist organisatorisch an der Universität Greifswald angesiedelt und wird in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde e. V. (DGZWP) realisiert. Sie ist

ortsunabhängig und findet an verschiedenen Orten in der Bundesrepublik statt. So wurden die bisher abgehaltenen Module in Aachen, Greifswald und Ulm durchgeführt. Der Studiengang besteht aus 18 Modulen; zusätzlich muss eine Masterarbeit angefertigt werden. Dieser erste Durchgang war auf die Mitarbeiter von Hochschulen beschränkt. Die ersten Studenten werden ihren Mas-

ter of Science in etwa zwei Jahren erhalten. Die Modulprovider, ausgewiesene Hochschullehrer im Fach der Prothetik, erbringen die Unterrichtsleistungen als Dienstaufgabe und nicht als Nebentätigkeit. Damit wurde erstmals ein beispielhaftes Modell postgradualer Weiterbildung im Bereich Zahnersatz umgesetzt. Zahnärztliche Prothetik in der ganzen Breite der Möglichkeiten zu überblicken und zu betreiben ist eine ständige Herausforderung, aber eine Herausforderung, der sich jeder Zahnarzt bzw. jede Zahnärztin, der oder die in umfangreicher Weise prothetisch tätig ist, stellen sollte. Mit der Einführung dieses strukturierten akademischen Masterstudienganges bietet sich, wie Prof. Dr. Michael Walter, Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik der Uni Dresden und Präsident der DGZWP, der Forum-Redaktion erläuterte, die Chance, das medizinische Wissen in der Zahnersatzkunde in entscheidender Weise zu erweitern, eigene praktische Erfahrungen zu sammeln und einzubringen und vor allem das eigene ärztliche Handeln mit Blick auf die international verfügbare Evidenz zukunftsicher zu optimieren. Nach diesem ersten Studiengang wird es eine berufs begleitende Variante für niedergelassene Kollegen geben, die vermutlich Anfang des Jahres 2010 beginnen wird. Wir werden die Entwicklung weiter verfolgen.

Die Forum-Redaktion

WEITERE INFOS

zu dem Studiengang
„Zahnmedizinische
Prothetik“

finden Sie unter:
[www.dental.uni-greifswald.de/
master/prothetik/](http://www.dental.uni-greifswald.de/master/prothetik/)

Mit Stahl und Strahl und Schall gegen Bakterien im Biofilm-Verbund Moderne Parodontitis-Therapie mit Dr. Petersilka bei der DAZ-VDZM-Frühjahrstagung

Getreu dem Titel „Zwischen BEMA, Biofilm und Frühgeburt“ behandelte der Referent Priv. Doz. Dr. Gregor Petersilka aus Würzburg die Fragen von Therapieziel, rationaler Therapie und den möglichen Zusammenhängen zwischen Parodontitis und Allgemeingesundheit.

Parodontitis ist das Beispiel schlechthin für eine chronische Infektionskrankheit und nimmt ihren Ausgang durch Bildung eines bakteriellen Biofilms auf den Wurzeloberflächen. Der komplexe Aufbau und der „selbstschützende“ Charakter eines Biofilms mit den verschiedensten Mikroorganismen, die sich in eine Struktur aus Eiweiß und Zucker einbetten und an feuchte Oberflächen anheften, wurden anschaulich dargestellt. Die praktischen Konsequenzen aus diesen grundlagenwissenschaftlichen Ergebnissen und die Schwierigkeiten bei dem Versuch der therapeutischen Beeinflussung der Mikroflora in diesen Bereichen wurden erklärt. Die möglichst gründliche Zerstörung des ausgereiften, pathogenen Biofilms ist erste Aufgabe der Therapie, und danach muss die Neuetablierung eines solchen Filmes in der Nachsorgephase der PA-Behandlung („Recall“) verhindert werden.

Die bei Parodontitis ablaufenden Destruktionsprozesse werden zum Teil durch die Mikroorganismen selbst erzeugt, sind aber auch in relevantem Maß das (unerwünschte) Ergebnis der gegen die pathogenen Mikroorganismen gerichteten Immunantwort des Patienten. Wirtseigene Abwehrstoffe und Botenmoleküle, die zur Zerstörung von Mikroorganismen gebildet werden, wirken nämlich leider auch schädigend für das eigene Gewebe – speziell wenn sich wegen der Schutzfunktion des Biofilmhülle der pathogenen Keime die körpereigene Immunantwort nicht auf eine kurze und erfolgreiche Intervention beschränken kann, sondern sich zu einer chronischen Entzündungsreaktion entwickelt.

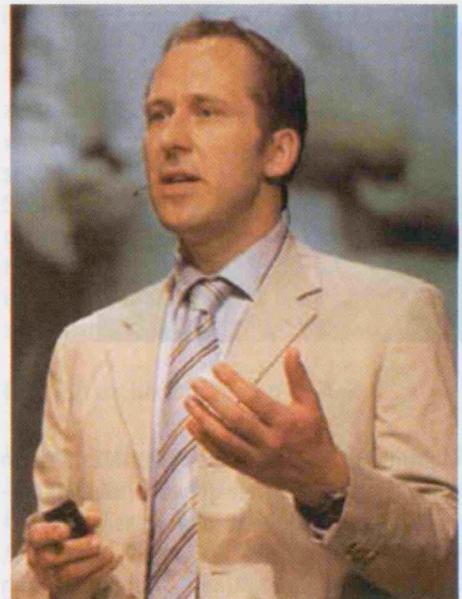
In letzter Zeit wurde gehäuft über Zusammenhänge zwischen Parodontitis und Allgemeinerkrankungen berichtet. Der Vortrag zeigte diese möglichen Wirkzusammenhänge detailliert auf. Eindeutige Wechselwirkungen zwischen Mund- und

Allgemeingesundheit sind jedoch wegen des multifaktoriellen Charakters der betroffenen pathologischen Prozesse (z. B. Atherosklerose oder Frühgeburt) nicht sicher belegt. Mit hoher Wahrscheinlichkeit ist allerdings davon auszugehen, dass die im Rahmen einer parodontalen Entzündung freigesetzten Gewebsmediatoren andernorts im Körper – z.B. an den Gefäßendothelien – entzündliche Prozesse beschleunigen oder gar hervorrufen können.

Durch die in der gesetzlichen Versicherung gegebenen Einschränkungen in der Honorierung der Parodontaltherapie mit Ausgrenzung von Vorbehandlung und Nachsorge sehen sich alle Behandler unter einem großen Rationalisierungsdruck. Bei einer geschätzten Zahl von 28 Millionen nötiger PA-Therapien gegenüber ca. 700.000 nach BEMA abgerechneter Fälle in Deutschland zeigt sich, dass eine krasse Diskrepanz zwischen Behandlungsbedarf und Therapiemöglichkeiten besteht.

Zur deutlichen Vereinfachung der Nachsorge empfahl der Referent das Ausstrahlen der Taschen im Rahmen des Recalls mit einem gering abrasiven Glyzinpulver – an Stelle der bisher üblichen instrumentellen Entfernung des Biofilms. Dabei gilt es zu beachten, dass Zahnstein mit der niedrigabrasiven Pulverstrahltechnik nicht entfernt werden kann. Als weitere Möglichkeit zur Erleichterung der Arbeit, gerade auch zum subgingivalen Bearbeiten von Wurzeloberflächen, wurde der Gebrauch von Ultraschallinstrumenten angeraten.

Unter dem Thema „Therapierationalisierung“ wurde auch die Verhältnismäßigkeit einer obligaten Keimbestimmung bei der Indikation zu einer adjuvanten Antibiotikatherapie in Zweifel gezogen. Hintergrund sei, dass bei adäquater Indikationsstellung für systemische Antibiose und sorgfältiger Durchführung der Plaqueentnahme in der weit überwiegenden Zahl der Fälle die Gabe der Kombinationstherapie Amoxicillin und Metronidazol indiziert wäre. Es sei dringend nötig, durch „Versorgungsforschung“ solche Fragen wissenschaftlich zu klären.



Der Vortrag war detailliert, faktenreich und gleichermaßen an Wissenschaft und Praxis orientiert. Mehr Informationen, als in dieser kurzen Übersicht gegeben wurden, kann der Leser sich über die unten angegebenen Literatur verschaffen.

Dr. Celina Schätze, Berlin

Literatur-Angaben zum Pulverstrahlen im Web:

Dissertation von Shervin Vali 2007
beim DAZ anfordern oder suchen als Datei:
[Shervin%20Vali%20%20Dissertation%202007.pdf](#)

Dissertation von Marc Hetzel 2006
beim DAZ anfordern oder suchen unter
http://miami.uni-muenster.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-3104/diss_hetzel.pdf

Petersilka G, Flemmig TF: Schall- und Ultraschallscaler in der Parodontistherapie. Wissenschaftl. Stellungnahme der DGZMK (unter www.dgzmk.de)

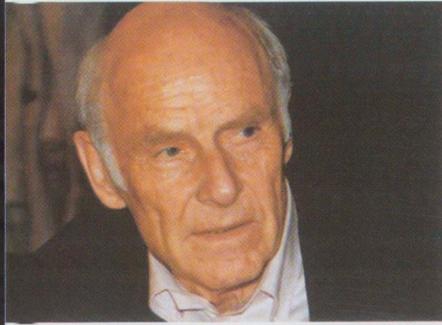
Weitere Literatur in Druckversionen:

Petersilka GJ, Flemmig TF: Parodontales Debridement mit Schall- und Ultraschallscalern, Quintessenz 55 (2004), Nr. 4, Seite 419-427

Sälzer S, Neuhoﬀ D, Petersilka G, Ehmke B.: Arbeitshandbuch Parodontologie. Band 1: Konservative Therapie. Books on demand Verlag, Norderstedt 2007. ISBN 9-783833-498480

Petersilka GJ, Flemmig TF. Sonic and Ultrasonic Instrumentation. In: Newman MG, Carranza FA, Takei HH (Hrsg.): Clinical Periodontology, 9th Edition 2001, WB Saunders Verlag, Philadelphia, Seiten 607-611.

Petersilka GJ, Adjuvante Pharmakotherapie. In: Gängler et al.: Konservierende Zahnheilkunde und Parodontologie, 2. Auflage 2005, Thieme Verlag Stuttgart, Seiten 334 -341



Forum-Retrospektive über 30 Jahre DAZ-Postulate:

Qualitätssicherung – Provokation, Armutzeugnis und Chance der Zahnärzteschaft

Warum hat es über dieses Thema unter den Kollegen so viel Streit gegeben, Beleidigungen, Verachtung, veritablen Hass? Was hätten sich für positive Perspektiven eröffnet, wenn sich Kammern und KZVen von Anfang an aktiv an die Spitze der Diskussion über die Qualität zahnärztlicher Leistungen gesetzt hätten, um Gesellschaft und Gesetzgeber zu demonstrieren, dass man vor der eigenen Tür am gründlichsten kehrt?

Leider war das Gegenteil der Fall: Jahrzehntlang hat man offenkundige Fehlentwicklungen, Schlampereien und mal practice unter dem Teppich der Kollegialität gehalten, behauptet, alles wäre schon immer und immer noch makellos, die deutsche Zahnmedizin habe Welt-Spitzenniveau und keine Kontrollen nötig (Forum 30, 1990, S.597) – um sich später bitter zu beklagen, dass wir mehr und mehr von außen kontrolliert und bevormundet wurden.

Wer sich die Mühe macht, die 98 Ausgaben dieser Zeitschrift zum Thema Qualitätssicherung (QS) zu durchforsten, der kann nur den Kopf schütteln: Wie konnte sich unser Berufsstand 30 Jahre lang so viele Chancen der Selbstgestaltung entgehen lassen? Im DAZ war QS neben der Prophylaxe das Hauptthema. Bereits auf der ersten Seite der ersten Forum - Ausgabe heißt es, dass wir „über eigene Misserfolge berichten“ wollen und uns „Gedanken machen über Qualitätsstandards im Sinne von Mindestanforderungen an zahnärztliche Leistungen“.

Das hatte weder Selbstzweifel noch Masochismus zum Motiv, wir fanden es aber ungerecht, dass für eine schlampige 5-Minuten-Füllung die gleiche Pauschalvergütung bezahlt wurde wie für die gründlich exkavierte und gut polierte Restauration, die oft genug die 4-fache Zeit in Anspruch nimmt und den Patienten viel länger vor weiterer Behandlung schützt. Der stetigen Bekundung von Spitzenfunktionären, vor allem des Freien Verbandes (FVDZ), der deutsche Zahnarzt arbeite nach seiner Approbation

eo ipso lege artis, standen die Befunde entgegen, die ich bei meiner Praxisgründung 1971 vorfand: unbehandelte, kariöse Milchzähne, radices relictæ nach Zahnentfernungen, umfangreiche massive Zahnschäden, Parodontopathien und Granulome bei Patienten, die von ihrem Zahnarzt als befundfrei weggeschickt worden waren oder deshalb, weil „man Milchzähne nicht behandelt, da sie sowieso ausfallen.“

Konflikte durch Kassenwirtschaftlichkeitsprüfung

Meine notwendigerweise umfangreichen Sanierungen brachten mir zwar Lob und Anerkennung dieser Patienten, aber auch Dauerkonflikte mit der KZV in Form permanenter „Kassenwirtschaftlichkeitsprüfungen“ wegen Überschreitung des Landesdurchschnitts der Leistungsmenge pro Patient mit der Folge, dass ich in fast jedem Quartal für korrekt erarbeitete Leistungen das Honorar an die Krankenkassen zurückzahlen musste. Mein Angebot an die Prüfungsausschüsse, die Leistungen am Patienten überprüfen zu lassen, wurde zurückgewiesen – man orientierte sich ausschließlich an Quantitäten, nicht an der Qualität der Leistungen, z.B. der Haltbarkeit von Füllungen. Im Prinzip hat sich das bis heute nicht geändert, wohl auch deshalb, weil man damit Wirtschaftlichkeit zu kontrollieren vorgibt, aber gleichzeitig die Mehrheit der Behandler, eben den Durchschnitt, vor Effektivitätskontrollen schützt.

Die frustrierenden Erfahrungen mit permanenten Regressen veranlassten mich 1975 zu einer ersten Kritik: „Über die Schwierigkeit bei den Bemühungen, ein guter Kassenzahnarzt zu sein“. Diese Darstellung, in der ich auch auf die Vergütungsmissverhältnisse zwischen ZE und KONS hinwies, schickte ich an die bayerische KZV und den AOK-Landesverband – von beiden Stellen kam keine Reaktion. Die Regresse gingen weiter. Daraufhin erarbeitete ich, sozusagen aus fachlicher und materieller Notwehr heraus,

eine Haltbarkeitsstudie meiner Füllungstherapie und konnte damit nachweisen, dass nach 4,5 Jahren nur 1% von 5240 Füllungen erneuert worden waren. Diese Untersuchung schickte ich zusammen mit anderen Bedenklichkeiten – bei vielen Patienten waren alio loco weder genauere Untersuchungen noch Vitalitätsprüfungen oder Röntgenbefunde erhoben, fast nie Gesamtplanungen erstellt, PAR-Therapien oder Prophylaxe durchgeführt worden – und mit konkreten Fallbeispielen unter dem Titel „Die kranke Apollonia“ (1978) wieder an KZV, Krankenkassen, Kollegen, Hochschulen – erneut ohne nennenswerte Reaktionen. Erst als Patientenklagen zunahm und sich Medien für das Thema zu interessieren begannen, schließlich 1979 DER SPIEGEL meine Kritik in einer vierteiligen Serie veröffentlichte (Nr. 20 – 24), war die Empörung der Standesführung immens, allerdings nicht über die aufgezeigten Qualitätsdefizite kassenzahnärztlicher Leistungen, sondern über die Nestbeschmutzer, die aus dem Nähkästchen geplaudert hatten. Es gab nämlich inzwischen mehrere Kolleginnen und Kollegen, die meine Analyse teilten – es kam zum Austausch von Erfahrungen und Lösungsansätzen und kurze Zeit danach zur Gründung unseres Verbandes DAZ.

DAZ-Initiativen

Wir haben uns gegenseitig in der Praxis besucht, über die Schulter geschaut, Ratschläge gegeben und natürlich auch Kritik geübt, vor allem aber viel gelernt – für den Freien Verband war dieses Zweier-chairside-teaching nur verachtenswerte „Kollegenbespitzelung“ als wohlfeiles Argument gegen den DAZ bei Kammer- und KZV-Wahlen. Hat ja auch funktioniert, Kandidaten des DAZ haben – außer in Niedersachsen – kaum irgendwo die nötige Stimmenzahl für den Einzug in eine Vertreterversammlung erreichen können. Unsere Diskussionen und Publikationen waren zu offen, ehrlich und selbstkritisch für die meisten Kollegen. So blieb es jahrzehntlang beim Stimmen- und Meinungsmonopol des

Freien Verbandes, dessen „Politik“ sich in Selbstbeweihräucherung, Lamentation und dem Pflegen von Feindbildern erschöpfte.

Wir wollten statt Reaktion Aktion, und haben für fast jeden Bereich unserer Berufstätigkeit – von der zahnärztlichen Aus- und Fortbildung bis zur fachgerechten Behandlung der Patienten über die Frage der Delegierbarkeit von Leistungen an Hilfsberufe, die Notwendigkeit der Kollektiv-, Gruppen- und Individualprophylaxe und die Möglichkeiten von Gemeinschaftspraxen – beraten, gestritten, zahllose Beiträge und Programme erarbeitet und veröffentlicht, jeweils mit der Maßgabe, etwas Konkretes, in der täglichen Praxis Anwendbares und in der Politik Umsetzbares anzubieten. Denn die PR-Aktivitäten von Kammern, KZVen und FVDZ beschränkten sich auf wohlklingende allgemeine Unverbindlichkeiten und Trivialitäten.

So haben achtzehn Kollegen des DAZ 1980 sein erstes Programm, die „Vorschläge zur Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik“ formuliert, etwas später die „Arbeitsberichte 80/81“ – und dabei am detailliertesten die Bereiche Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsprüfung bearbeitet. Es ging dabei eben nicht darum, wie offiziell unterstellt wurde, den Wert von Spitzenleistungen herabzusetzen. Wir wollten vielmehr Mindeststandards für Routineleistungen definieren, die die Forderung nach dem Notwendigen, Ausreichenden und Zweckmäßigen bei der vertragszahnärztlichen Versorgung erfüllen und damit „Kompetenzsicherung, Honorarsicherung und Vertrauenssicherung“ (Nielsen, Forum 30, S.605) gegenüber den Krankenkassen bewirken sollten.

Der DAZ hat die Krankenkassen und ihre Mitglieder immer als Sozialpartner betrachtet (für den FVDZ waren sie „Feinde“, mit denen man im „Krieg“ ist), wollte mit möglichst vielen gleich gesinnten Kollegen die zahnärztliche Versorgung der „Kassenpatienten“ optimieren und die korrekt arbeitenden Zahnärzte unterstützen und schützen vor denjenigen, die mit ihren merkantil ausgerichteten Schwerpunktpraxen – unter dem Schutz von FVDZ und Körperschaften – dem gesamten Berufsstand geschadet haben, wie sich später immer wieder bestätigte.

Fehlende Leistungstransparenz

Beim Thema Qualitätssicherung lagen die Schwierigkeiten vor allem im Fehlen relevanter Daten zur Leistungstransparenz. Die KZVen führten getrennte Abrechnungssta-

tistiken für KONS, PAR und Zahnersatzleistungen. Es gab keine Möglichkeit, alle Leistungen einem Datum zuzuordnen. Deshalb unsere Forderung nach dem chronologischen Krankenschein – damit eine Gesamtsicht die Fragen nach Effektivität und Effizienz, nach einem Sanierungskonzept des Behandlers oder der Sanierungsbereitschaft des Patienten hätte beantworten können.

Streit mit KZBV und BZÄK gab es besonders über die Schwerpunkte bei der Qualitätssicherung: Die von Altkanzler Kohl im Zusammenhang mit der Forderung nach Kfz-Katalysatoren geprägte Simpel-Formel, „wichtig ist, was hinten raus kommt“ ist ja in mehrfachem Sinn stimmig und kann natürlich auch auf unsere Arbeit Anwendung finden. Denn in kaum einem anderen Be-

halb „widernatürlich“ und Ausdruck „zu flachen Denkens“, so ein Kollege in den ZM 10/88, S.1191. Bei der Struktur- und Prozessqualität lag aber auch einiges im Argen, wie Altmeister Dr. Kimmel in vielen Untersuchungen nachwies – unzureichende Schleifkörper, zu wenig Turbinenspray, Hygienemängel etc.. Auch Kimmel wurde heftig angegriffen und musste auf Betreiben der Standesführung sein Ergonomieinstitut schließen.

Qualitätssicherung in den USA

In den Vereinigten Staaten hatte man wohl ähnliche Defizite festgestellt: Die California Dental Association hatte 1977 eine Studie mit dem Titel „Quality Evaluation for Dental Care“ veröffentlicht (Forum 12, 1986, S.14), ein für unsere Überlegungen sehr nützlich-



DAZ-Jahreshauptversammlung in Baden-Baden 1984

reich der Medizin hat man das Behandlungsergebnis so sichtbar vor sich und einer Nachuntersuchung zugänglich wie in der Zahnheilkunde. Schließlich gab es auch bereits QS-Programme in der Labormedizin und in der Chirurgie. Nachuntersuchungen hat aber die verfasste Zahnärzteschaft gefürchtet wie der Teufel das Weihwasser.

Man argumentierte, die Qualität zahnärztlicher Leistungen sei nicht messbar, der Mensch kein Werkstück, und viel entscheidender als das, was rauskommt, also die Ergebnisqualität, seien die Voraussetzungen (Struktur- und Prozessqualität), also die Aus- und Fortbildung, das Praxisequipment und das Material (Forum 48, 1995, S.12). Außerdem sei Zahnarztarbeit eine „geistig-schöpferische Tätigkeit“, „Ausdruck seiner Persönlichkeit“ und Qualitätskontrolle des-

ches Papier, über das wir lange diskutiert haben und das später (1986) bei der Erarbeitung unserer „Zahnärztlichen Initiative zur Änderung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Qualitätskriterien“ (Forum 14, 1986, S.128) hilfreich war, m. E. eine der wichtigsten Arbeiten des DAZ und eigentlich ein nützliches Instrument zur Effizienzkontrolle.

Zwischen 1960 und 1986 war es zu einer 27-fachen Steigerung der Zahnersatz-Ausgaben der GKV gekommen – gleichzeitig wurden mehrere Studien veröffentlicht (Forum 14, 1986, S.130), die gravierende Mängel an Füllungen, Kronen, Brücken und bei der Vorbehandlung (Restkaries unter Restaurationen, mangelnde Hygieneinstruktionen etc.) festgestellt hatten. Dass die zahnärztliche Standesführung keine über-

zeugenden Fachargumente zur Begründung der Ausuferung von ZE liefern konnte und auch keine Bereitschaft erkennen ließ, gegen mal-practice vorzugehen, veranlasste den Gesetzgeber zu Überlegungen, die ZE-Vergütungen herabzusetzen. Mit solch konstruktiven Vorschlägen wie dieser DAZ-Initiative und den Anregungen, die wir schon 1983 in den „Grundsätzen und Empfehlungen zur Kassenzahnärztlichen Versorgung“ gegeben hatten, wären vielleicht manche der Daumenschrauben des Gesetz-

die man dort aus der Zahl der abgerechneten Leistungen und der maximal vorstellbaren Praxis-Arbeitsstunden extrapoliert hatte. Leichtsinnigerweise benutzte man damals in der Zahnärzteschaft hochschulorientierte Behandlungszeiten (für Füllungen und Überkronungen), um mit ebenso überhöhten Betriebskostenwerten höhere Vergütungsansprüche an die Krankenkassen zu begründen. Die Ergebnisse der Dänen-Studie bestätigten dagegen nicht nur die Zahlen aus meiner *Apollonia*, sondern auch alle Forderungen, die der DAZ zur BEMA-Umstrukturierung erhoben hatte: Erhöhung der Honorare für Beratung, Füllungen, Endobehandlung, Zst und ZE-Reparaturen um 30-50% und Absenkung der Leistungen 98g und h, Brücken etc. um mindestens 25%. Natürlich begrüßte die Landespolitik die Studienergebnisse bzgl. der Erhöhung der kons. Vergütungen, wusste aber genügend Argumente, um die ZE-Abwertung zu verhindern. Die kam erst später unter anderen Bedingungen.

und die wichtigste Forderung im Handlungskonzept des FVDZ sei es, „die Einführung von Behandlungskriterien und Behandlungskontrollen zu verhindern“ – punktum (Forum 20, 1987, S.23). Die Einflussnahme der Landespolitiker auf die Hochschule ging sogar so weit, dass eine bereits angekündigte Tagung über die Ergebnisse der Würzburger Studie an der Universität Witten-Herdecke wieder abgesagt wurde – auf Intervention des BDZ-Präsidenten Dr. Pillwein (Forum 20, 1987, S.270).

Nach diesen Studien folgten 1987 noch unsere „DAZ-Vorschläge zur Strukturreform“ im Forum 18, 19 und 20. Sie enthielten die Forderung an die drei zuständigen Bundesministerien, Effizienzanalysen der Karies- und Parodontalprophylaxe, der zahnärztlichen Ausbildung und der der Hilfsberufe sowie auch der zahnmedizinischen Versorgung der GKV-Patienten durchzuführen, und die Forderung an BZÄK, KZBV und DGZMK, Kommissionen zu benennen zur Erarbeitung von QS-Mindeststandards und eines Konzepts zur Wirtschaftlichkeitsprüfung nach QS-Kriterien.



DAZ-Vorsitzender Dr. Fritz 1992

gebers zu verhindern, zumindest zu lockern gewesen. Von unseren „Oberen“ kamen aber nur Proteste, und auch dieses Papier verschwand in den Schubladen.

„Dänen“ – Studie

Immerhin: ein Jahr später wurden die Ergebnisse der sog. *Dänen-Studie* veröffentlicht, eine Analyse im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, an der sich der DAZ konzeptionell und aktiv beteiligt hat und bei der es um die Feststellung des konkreten Zeitaufwands für verschiedene Behandlungen in der Kassenpraxis ging (Forum 8, 1984, S.3). Gerade hier gab es ja gravierende Unterschiede zwischen Selbsteinschätzung, Hochschulangaben und Schätzungen der Krankenkassen,

Würzburger Studienhandbuch

Kurze Zeit danach begann auf Initiative des DAZ und im Auftrag des Bundesministeriums für Forschung und Technologie die Arbeit an der Studie *„Qualitätssicherung in der Zahnmedizin“*. Unter der Leitung des Würzburger Ordinarius Prof. Naujoks und der DAZ-Kollegen Dr. Kai Müller und Dr. Christian Nielsen wurden bis Juni 1987 in einer 25-Praxen-Studie unter Beteiligung von 12 DAZ-Kollegen Qualitätskriterien auf ihre Anwendbarkeit überprüft. Und anschließend aus der Sicht der Praktiker analysiert. Die BZÄK hatte sich nach langem Zögern bereit gefunden, die Kollegen Dr. Boehme und Dr. Frank mitwirken zu lassen, was den Kollegen Boehme später aber nicht daran hinderte, seine Beteiligung klein zu reden und die Ergebnisse zu negieren. In der Zwischenzeit hatte nämlich der Freie Verband „beschlossen“: „Der Begriff Qualität in der Zahnheilkunde ist unbrauchbar“

§223-Studie als praktikables QS-Konzept

Die interessanteste Annäherung an Erkenntnisse zur Effektivität und Effizienz zahnärztlicher Vertragsleistungen waren schließlich die *„Modellversuche zur Leistungs- und Kostentransparenz in der zahnärztlichen Versorgung“* des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen, kurz §223-Studie genannt (Forum 21, 1987, S.95), durchgeführt unter fachlicher Beratung von Dr. Kai Müller und mir. Auch hier hatte es im Vorfeld massiven Druck der zahnärztlichen Landesführung gegeben, um das Projekt zu verhindern: Ursprünglich sollte die Analyse bei der Firma Kienzle stattfinden – auch hier waren bereits seit Jahren alle medizinischen Abrechnungsdaten in der EDV gespeichert worden. Zahnärztliche Landesfunktionäre hatten Kienzle



aber mit einem Boykott der von der Firma vertriebenen Computer gedroht, worauf Kienzle die Mitarbeit absagte. Danach hatte der BKK Bundesverband monatelang der KZV Stuttgart angeboten, sich an der Studie zu beteiligen – ohne Erfolg. Somit blieb es bei der Beratung durch den DAZ und die BKK Voith, auch dort gab es bereits EDV-Daten aller medizinischen und zahnmedizinischen Leistungen seit 4,5 Jahren bei 8325 Versicherten, versorgt von 828 Zahnärzten (wovon allerdings 96 Kollegen 90% aller Leistungen erbrachten). Es gab 27.000 Krankenscheine und ca. 6.000 Zahnersatzanträge. Die Frage war, ob sich aus einer Sammlung anonymisierter Computerdaten Hinweise auf den individuellen Behandlungsverlauf, auf defizitäres Therapieverhalten oder zahnärztliche Polypragmasie ableiten lassen. So haben wir beispielsweise aus retrospektiven Zahnkarrieren schließen können, welche Maßnahmen vor einer Extraktion am Zahn X vorgenommen worden waren (z.B. F1⇒F3⇒Krone⇒Endo⇒Ex und Zahnersatz). Und wir konnten KONS, PAR und ZE-Leistungen zusammenführen, woraus sich z.B. zeigte, dass 3.000 ZE-Versorgungen ganze 147 PAR-Behandlungen vorausgegangen waren. Am Ende der Studie konnten wir uns ein erschreckend genaues Bild der Arbeit von zwei Dutzend Kollegen machen, ohne eine einzige Praxis betreten oder einen Patienten klinisch untersucht zu haben. Und wir hätten natürlich damit auch zeigen können, wie viele Kollegen sorgfältig therapieren und deshalb keiner Wirtschaftlichkeitsprüfung nach KZV-Maßstab bedürfen! Die Studie wurde noch ein paar Jahre von Monika Sinha weitergeführt und 1993 veröffentlicht – die Ergebnisse fanden aber bei keiner KZV Anwendung.

Uneinsichtige Standesführung

Sieben Jahre später wurde bekannt, dass BZÄK und KZBV die Unternehmensberatung Mummert und Partner beauftragt hatten, ein vertrauliches Strategiekonzept „Unter-

nehmen Zahnheilkunde – Umfeldentwicklungen und Kernstrategien“ zu erarbeiten (Forum 50, 1995, S.199). Zum Preis von 400.000 DM musste sich die Standesführung darin noch einmal darüber belehren lassen, dass „das Gewicht der Zahnärzte nicht ausreicht, um den Richtungswechsel im Gesundheitswesen durchzusetzen“, und dass „die Zahnärzteschaft eigene Vorstellungen zu Qualitätsanforderungen offensiv formulieren sollte, geeignete Instrumente zur QS entwickeln und unter eigener Kontrolle durchführen, sonst ist Fremdbestimmung unvermeidbar“ – alles Vorschläge, die der DAZ fast gebetsmühlenartig jahrelang wiederholt hatte. Natürlich blieb der teure Rat nicht vertraulich – die Zahnarztwoche DZW hörte ja schon immer das Gras wachsen, bevor es gesät wurde. Möglicherweise aber waren der Rat von neutraler Seite und die DZW-Öffentlichkeit das Motiv zur Erstellung des „Weißbuchs Qualitätssicherung in der zahnmedizinischen Versorgung“, das die zahnärztlichen Spitzenverbände 1995 unter Federführung des gleichen Dr. Boehme herausbrachten, der am Würzburger Studienhandbuch mitgewirkt hatte und später nicht mehr mitwirken wollte. Wie zu erwarten brachte das Weißbuch keine Erhellungen des Problems, war vielmehr eine „gigantische Nebelkerze“ (Forum 48, 1995, S.12), und verbreitete sich auf 315 Seiten über Strukturen und Prozesse als Voraussetzung für QS. Auch auf den 17 Seiten „Ergebnisgrößen“ fand sich nichts, womit man irgendetwas „Rausgekommenes“ hätte greifen können.

Sachverständigengutachten

Dass es weiter Handlungsbedarf bzgl. Effektivität und Effizienz gab, wurde dann noch einmal im *Gutachten für den Sachverständigenrat 2000/2001* von Prof. Staehle, Heidelberg, deutlich. Da ging es um „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ und deshalb nicht nur um Qualitätsdefizite erfolgter Behandlungsmaßnahmen, sondern auch um

festgestellte Fehler bei der Indikationsstellung, um Überversorgungsbeispiele in der Fortbildungsliteratur mit entsprechend negativer Vorbildfunktion für den Praktiker sowie um das Übergewicht zahnersetzender Maßnahmen gegenüber den konservierenden Therapieformen.

Zur gleichen Zeit veröffentlichte die Schweizer Zahnärzteschaft (SSO) ihre *Qua-*



Ehrung von Dr. Lemmer durch den DAZ-Vorsitzenden Dr. Ernst 1992

litätsleitlinien, ein bemerkenswert positiver Versuch, dem Praktiker „eine konkrete Hilfestellung für die tägliche Praxis“ zu bieten (Forum 71, 2000, S.36). Da wurden Ratschläge gegeben, Orientierungen, die „Vertrauen fördern“ sollen, um das „individuelle Optimum“ einer Behandlung zu erreichen. „Nur wer weiß, was und woran es mangelt, kann die notwendigen Konsequenzen ziehen und die Mängel bei sich beheben.“ Ein erfreulich anderer Denkansatz also. Wieder meldete sich Dr. Boehme – Sie kennen ihn inzwischen – und fand sich erneut berufen, im Namen der Bundeszahnärztekammer in peinlicher Überheblichkeit diesen Leitlinien die wissenschaftliche Seriosität abzuspochen und sich auf solch hehren Begriff wie



die „deutsche Gründlichkeit“ zurückzuziehen. Dass es an dieser Gründlichkeit zu oft gefehlt hat, war jeder KZV, jeder Krankenkasse und erst recht jedem Praktiker bekannt.

Kollegialität statt Sorgfaltspflicht

Über die Schäden selbst musste aber der Mantel der Kollegialität gebreitet werden, obwohl als Konsequenz von Fehlleistungen immer die Zahnärzte am Pranger standen: In München wurde DAZ-Mitglied Dr. Marchner in einem Berufsgerichtsverfahren verurteilt, weil er in zwei besonders krassen Fällen Restaurationen, die auch noch mit dem Höchstsatz GOZ liquidiert worden waren, wahrheitsgemäß als „Schrott und Pfusch“ bezeichnet hatte – ein Befund, der gutachterlich voll bestätigt worden war. Der Anwalt der Zahnärztekammer befand jedoch den Verstoß gegen die Kollegialität (§12) so viel gravierender als den des Verursachers gegen die Sorgfaltspflicht (§1,1), dass er von Marchner eine Geldbuße von mindestens 5.000 DM forderte. Der Kollege war mehrfach seiner Pflicht nachgekommen, mal-practice der Kammer zu melden – es war aber nie zu Konsequenzen für die Verursacher gekommen (Forum 41, 1993, S.113). Ähnliches widerfuhr später am gleichen Ort noch dem DAZ-Vorsitzenden Dr. Riedel (Forum 52, 1996, S.49), endete jedoch mit Freispruch.

Und dann war da schließlich noch dieser ominöse „Ausschuss Q“ der KZV Bayern, von dem sowohl Riedel als auch andere DAZ-Kollegen (z.B. Dr. Wander und Dr. Ebenbeck) kujoniert wurden (Forum 56, 1997, S.43). Ohne jeden Antrag auf Mängelfeststellung durch die Krankenkasse oder eine Patientenbeschwerde forderte die KZV den gesamten Kassenanteil plus Laborkosten für befund- und beschwerdefrei inkorporierten Zahnersatz von den Kollegen zurück, weil

z.B. die letzten Röntgenbilder vor Eingliederung älter als 4 Monate waren, anders als dies die Richtlinien verlangen; KZV – Inquisition zur Durchsetzung von Linientreue gegen missliebige Kollegen. Mit der anonymen Rücküberweisung des Geldes an die Krankenkasse hat die bayerische KZV dann noch zusätzlich Sand ins Getriebe des verhassten Systems gestreut.

DAZ-Initiativen gegen destruktive Standespolitik

Liebe Kollegin, lieber Kollege, die Chronik der Bemühungen des DAZ um Effektivitäts- und Effizienznachweise bei zahnärztlichen Leistungen ließe sich noch eine Zeitlang fortsetzen. Wenn Sie noch nicht lange niedergelassen sind, werden Ihnen die meisten Aktivitäten und Studien, über die hier berichtet wurde, neu sein. Vieles davon ist ja ziemlich lange her und als einer der DAZler der ersten Stunde, der das alles live erlebt hat, fragt man sich, wofür es so viel Ärger in der Kollegenschaft gegeben hat. Uns ging es einzig darum, die Berechtigung angemessener Vergütungen für sorgfältige Leistungen beim Kassenpatienten zu untermauern. Dazu muss man aber Leistungstransparenz zulassen und akzeptieren, dass Leistungen unter einem Minimalstandard Sanktionen unterworfen werden. Natürlich erst recht deshalb, um die Patienten vor vermeidbaren Schäden zu bewahren.

Wenn die kategorische Zurückweisung dieser Anstöße durch die Standesführung nicht so viel Schaden für die gesamte Kollegenschaft nach sich gezogen hätte, könnte man sich fast amüsieren über das Geistesgekröse und die Phantasie, mit der die jahrzehntelange Destruktion, Verweigerung und Konfrontation betrieben wurde. Zu lachen gibt's aber eigentlich nichts, denn das

Resultat dieser Art „Standespolitik“ sind die Arbeitsbedingungen, unter denen Sie Ihre Patienten heutzutage behandeln müssen.

Höheres Niveau

Natürlich hat sich die Behandlungsqualität seit 1980 erheblich gebessert, einerseits wegen der enormen technischen Fortschritte bei der Praxisausstattung und den Materialien, andererseits aber auch wegen der besseren Ausbildung an den Universitäten. Natürlich haben auch DGZMK, BDZ, das Institut der deutschen Zahnärzte (IDZ) und die KZVen, allen voran Tübingen, Strukturvorschläge gemacht, Strukturveränderungen eingeleitet – all das aber oft erst auf Druck von außen, als Reaktion auf radikale Pläne oder Vorschriften des Gesetzgebers, und dann meist auch nur im Rahmen minimaler Zugeständnisse.

Der frühere DAZ-Vorsitzende Dr. Roland Ernst in einem Interview: „Wir haben früh die richtigen Fragen gestellt und selten falsche Antworten zu ihrer Lösung präsentiert.“ Dass unsere Arbeit besonders im Bereich der Qualitätssicherung keinerlei Anerkennung in den Fachmedien für würdig befunden wurde, war standespolitisches Programm. Sicher ist aber, dass unsere Klimzüge – nicht nur in Form konkreter Initiativen, sondern auch durch permanentes Warmhalten des Themas – eine langsame Bewusstseinsveränderung in der Kollegenschaft für die Thematik bewirkt haben, selbstverständlich auch bei den Krankenkassen und der Administration. Dass die allzu oft nur nach den Rosinen gegriffen haben, mit denen man eine kurzfristige Kostentlastung und Achtungserfolge bei Patienten und Wählern einheimen konnte, ist leider auch wahr. Bei Kassenfunktionären und Gesundheitspolitikern – fast nur Juristen oder Betriebswirte, kaum Ärzte mit Praxiserfahrung (sogar im Sachverständigen



rat) – wurde immer eher über Kosten als über Strukturen diskutiert, und deshalb bestand auch kaum Interesse an Programmen mit sicherer Langzeitwirkung, vor allem, wenn der dafür erforderliche Zeitrahmen über Wahlperioden hinausging. Es gibt deshalb nicht die Gruppierung oder jenen Verband oder jene Partei, die allein dafür verantwortlich sind, dass fast immer die Patienten die Verlierer waren – und weiter sind.

Qualitätssicherung heute

Von all' den geschilderten Initiativen übrig geblieben und in den letzten Jahren realisiert worden sind zwei QS-Programme. Eines ist das Projekt Qualitätssicherung des DAZ, das andere ist Teil des von E. Riedel initiierten Integrierten Versorgungsmodelles Claridentis der AOK Bayern mit bayerischen Zahnärzten. Die Programme beschränken sich, wie Sie wissen, auf QS-orientierte Patientenbefragungen, die zahnärztliche Selbstverpflichtung und die Verlängerung von Gewährleistungsfristen bei Füllungen und Zahnersatz (siehe nachfolgende Seite). Auch wenn das im bundesweiten Rahmen die Programme sind, die dem Anspruch an konkrete zahnärztliche Qualitätssicherung noch am nächsten kommen, so handelt es sich dabei doch, berücksichtigt man alles Vorausgegangene, nur um Minimallösungen des Problems.

Zu tun gibt es deshalb immer noch genug. Wenn ich höre, dass eine junge Kollegin einer mittellosen Studentin aus der Ukraine zum Ersatz eines zerstörten 25 als einzige Therapie ein Einzelzahnimplantat anbietet, obwohl 24 wegen tiefer Karies und 26 wegen einer großen insuffizienten Steinzeimentfüllung überkront werden müssten, und im UK 35, 36, 37, 44, 46 und 47 fehlen, die Kollegin also nicht einmal auf die Idee kommt, der Patientin eine Brücke 24-26 und einen Modellguss als vorläufigen UK-Ersatz anzubieten (machbar alles zusammen zum Preis dieses Einzelimplantats), dann zeigt das nicht nur ein bedenkliches Übergewicht der Implantat-Therapie, sondern auch dringenden Weiterbildungsbedarf bzgl. sozialverträglicher Sanierungskonzepte. Vielleicht ist das ja eine Nebenwirkung der Masterkurse, vor denen Prof. Staehle im letzten Forum gewarnt hat.

Qualitätssicherung ist also nach wie vor hochaktuell – und sie beginnt schon mit der Forderung nach gründlicher Untersuchung und der fachgerechten Beratung über eine vernünftige, den Bedürfnissen des Patienten entsprechende Sanierung.

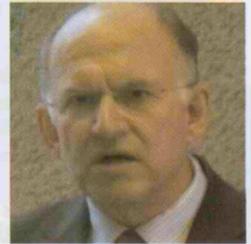
Dr. Hanns-W. Hey, Münsing

Qualitätssicherung im DAZ-Forum

Fast hundert Beiträge gab es bisher in diesem Periodikum, die sich direkt oder indirekt mit dem Thema Qualitätssicherung beschäftigt haben. Hier nur eine kleine Auswahl für Interessierte:

- 1 K. Müller – Qualitätssicherung, eine Herausforderung für den Berufsstand, Forum 3, 1983, S.17
- 2 Chr. Nielsen – Wie lernfähig ist der zahnärztliche Berufsstand? Forum 6, 1984, S.13
- 3 H.-W. Hey – Möglichkeiten der Kostensenkung im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung, Forum 10, 1985, S.127
- 4 Chr. Nielsen – Zahnärztliche Gründe für die Qualitätssicherung, Forum 12, 1986, S.10
- 5 G. Ebenbeck et al. – Zahnärztliche Initiative zur Änderung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Qualitätskriterien, Forum 14, 1986, S.128
- 6 Chr. Nielsen – Zur Methodik der Qualitätssicherung zahnärztlicher Leistungen, Forum 15, 1986, S.227
- 7 R. Ernst – Der Ast auf dem wir sitzen..., Forum 16, 1987, S.7
- 8 B. Bornemann, L. Albers – Qualitätssicherung in den USA, Forum 16, 1987, S.42
- 9 R. Ernst – Der Freie Verband im Wald der Qualitätssicherung – ratlos, Forum 21, 1988, S.107
- 10 R. Ernst – Qualitätssicherung im Bericht des Vorsitzenden zur DAZ-JHV 1989, Forum 27, 1989, S.291
- 11 R. Ernst, Chr. Nielsen – QS und Studienreform – gemeinsame Verhinderungsstrategien von DGZMK und Körperschaften, Forum 28, 1990, S.393
- 12 Chr. Nielsen – Konflikte um die zahnmedizinische QS – Bestandsaufnahme und Handlungsbedarf, Forum 30, 1990, S.597
- 13 K. Kimmel, G. Siebert – QS bei der zahnmedizinischen Versorgung – Grundlagen, Konzepte, Arbeitspraxis, Forum 30, 1990, S.654
- 14 F. Ahrens – „Spieglein, Spieglein an der Wand“ – zum SPIEGEL-Report über Qualitätsmängel der zahnärztlichen Versorgung, Forum 33, 1991, S.151
- 15 R. Roth – Nur nicht den Teppich heben – über Schwierigkeiten von ZÄ Kammern mit QS-Problemen und kritischen Kollegen, Forum 40, 1993, S.17
- 16 W. Weindler – Die zahnärztliche Dokumentation als Mittel zur QS, Forum 44, 1994, S.54
- 17 K. Müller – Qualitätssicherung in der Zahnheilkunde, Forum 47, 1994, S.267
- 18 K. Kimmel – Qualitätssicherung, die unverständene Materie, Forum 50, 1995, S.241
- 19 R. Ernst – QS-Fremdbestimmung in "Bericht v. d. DAZ-JHV 1995", Forum 51, 1995, S.11
- 20 E. Riedel – Wie dehnbar ist der Qualitätsbegriff? Forum 70, 2000, S.16
- 21 „Wir haben früh die richtigen Fragen gestellt“ – Forum-Interview mit R. Ernst, Forum 89, 2006, S.5
- 22 K. Kimmel – Optimale Praxisgestaltung – Grundlage der Qualitätssicherung, Forum 19, 1987– S.318

Kampf für mehr Datenschutz gegen die Datengier von Wirtschaft und Staat



Hat Grund zu skeptischen Blicken: der Bundesbeauftragte für den Datenschutz Peter Schaar

Schon das Inhaltsverzeichnis des knapp 200 Seiten starken Tätigkeitsberichtes für die Jahre 2007 und 2008, den Peter Schaar, Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), im April 09 der Öffentlichkeit übergeben hat, ist beeindruckend. Kaum ein Lebensbereich bleibt, den nicht die Probleme unserer Informationsgesellschaft ereilen. Datenmissbrauch bei staatsnahen Unternehmen wie Telekom, Post, Deutsche Bahn hat uns in den letzten Monaten ebenso beschäftigt wie die unzulässige Ausforschung von Beschäftigten in anderen Betrieben, der schlampige Umgang mit Kontoverbindungsdaten, der mangelnde Datenschutz im Versicherungswesen bis hin zu den ausufernden Aktivitäten von Adresshändlern und Werbewirtschaft. Der Staat selbst bedroht ganz wesentlich die informationelle Selbstbestimmung der Menschen und ihre Privatsphäre mittels Online-Durchsuchung, Vorratsdatenspeicherung, Einführung einer zentralen Steuerdatei, Outsourcing von staatlichen Aufgaben in den privatwirtschaftlichen Bereich, durch den immer regeren Informationsaustausch zwischen staatlichen Stellen und die Aushöhlung der Zeugnisverweigerungsrechte bestimmter Berufsgruppen.

Um besonders sensible Daten geht es im Gesundheitsbereich, und da keineswegs nur bei Gendiagnostik, psychischen Erkrankungen, Suchtkrankheiten usw. Schwere Verstöße durch Lieferung von Daten gesetzlich Versicherter an private Versicherungsunternehmen hat Peter Schaar ebenso registriert wie unautorisierte Datenweitergabe an externe Dienstleister, die Erhebung von Krankheitsdaten ohne gesetzliche Grundlage usw. In Bezug auf das wichtige Kapitel Elektronische Gesundheitskarte bleibt der Bericht blass. Hier beziehen zahlreiche bürgerrechtlich und gesundheitspolitisch engagierte Gruppen und Organisationen seit Jahren viel deutlicher Stellung, weisen auf die ungeklärten Datenschutzprobleme hin und werfen zugleich die eminent wichtige Frage nach dem Nutzen des Milliardenprojekts EGK für die gesundheitliche Versorgung auf. Weiteres finden Sie unter Web-Adressen wie stoppt-die-e-card.de, e-card.nein-danke.de, vorratsdatenspeicherung.de, diekrankheitskarte.de, ccc.de. Der Datenschutzbericht lässt sich von der Website der Schaar-Behörde bfdi.bund.de herunterladen. Übrigens kann sich jeder Bürger an den Beauftragten wenden: Tel. 0228/997799-0; E-Mail poststelle@bfdi.bund.de

Irmgard Berger-Orsag, Troisdorf



Der DAZ hat seit ca. 20 Jahren dafür geworben, Qualitätsmanagement und die Sicherung von Ergebnisqualität zur Kernaufgabe der Standespolitik zu machen. Da dieses Ziel über so lange Zeit nicht erreicht werden konnte, hat der Verband in eigener Regie das „Projekt Qualitätssicherung“ gegründet.

Dieses Projekt soll dazu beitragen, die Betreuungsqualität und als deren Ergebnis den Gesundheitsnutzen für den Patienten zum öffentlich diskutierten Thema zu machen. Es ist von der Hoffnung getragen, sich unter den Kollegen verbreiten zu können entweder durch die Kraft des guten Beispiels oder durch ein unter den Patienten entstehendes Bewusstsein von ihrer qualitätsorientierten Nachfragemacht. Langfristig wird auf diese Weise auch eine Verbesserung der gesellschaftlichen Anerkennung der Zahnärzteschaft angestrebt, um als sachverständiger Partner an gesundheitspolitischen Entwicklungen beteiligt zu werden.

Das Projekt hat seinen Schwerpunkt bei **Betreuungs- und Ergebnisqualität** und unterscheidet sich damit grundlegend von anderen Projekten, die sich auf das Praxismanagement beschränken. Verfahrensmanagement dient in erster Linie der Praxisökonomie und erzeugt nicht notwendigerweise Ergebnisqualität. Auch die nach Verabschiedung der Qualitätsmanagementrichtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss von KZV'en angebotenen QS-Programme beschränken sich auf das Verfahrensmanagement und sind deshalb bestenfalls als Ergänzung des DAZ-Projektes zu bewerten. Leider steht zu befürchten, dass die vom Gesetzgeber geforderte Überprüfung der Qualitätsbemühungen von Praxen sich auch auf diese rein bürokratische, formale Ebene beschränken wird. Das DAZ-Projekt bleibt auch unter

Das „Projekt Qualitätssicherung“ des DAZ – Konsequenz aus jahrzehntelangem Engagement des Verbandes für Qualitätsverbesserungen in der zahnärztlichen Versorgung –

der neuen Gesetzgebung mit seiner weitergehenden Zielsetzung von Bedeutung.

Die Projektteilnehmer verpflichten sich auf Grundsätze von medizinischer Ernsthaftigkeit, Sorgfalt, Zuwendung, Mäßigung und Transparenz. Die Treue zu diesen Prinzipien wird hauptsächlich durch eine kontinuierliche, zentral ausgewertete Patientenbefragung abgeprüft, wobei durch die Art der Fragestellung versucht wird, das Augenmerk der Laien auf einzelne Inhalte zu lenken, die normalerweise nicht zu deren Beurteilungskriterien gehören würden, um so ein zwar noch laienhaftes, aber doch mehr fachspezifisches Bild zu erhalten. Hinzu kommen die Überprüfung von qualifizierten Fortbildungsaktivitäten, kollegiale Beratung, gegenseitige Besuche und die Förderung von Qualitätszirkeln. Nach einem Jahr der erfolgreichen Teilnahme an dem Projekt wird erstmalig ein Siegel vergeben, welches in einem zweijährigen Turnus zu aktualisieren ist.

Die Grundlagen für das DAZ-Projekt wurden schon vor der jetzt bestehenden gesetzlichen Verpflichtung zum betriebsinternen Qualitätsmanagement gelegt. Deshalb kann das Projekt mit einem durchdachten Konzept, das aus dem Engagement für Qualität in der Versorgung von zahnärztlichen Kollegen selbst entwickelt worden ist, gut gegenüber den neu entstehenden, auf das Gesetz antwortenden Systemen auftreten. Der entscheidende Vorteil des DAZ-Projektes ist, dass es der teilnehmenden Zahnarztpraxis den größtmöglichen professionellen Gestaltungsspielraum auf dem Weg zur Erreichung von Betreuungs- und Ergebnisqualität belässt. In die Handlungsabläufe innerhalb der Praxen wird durch Richtlinien und Gesetze an den für die Sicherheit der Behandlung wichtigen Stellen und auch darüber hinaus bereits so viel eingegriffen, dass es keiner weiteren externen Ablaufkontrollen mehr bedarf. Hygiene, Betriebssicherheit und Betriebsökonomie sind wichtig auf dem Weg zur Erreichung von Qualität, und sie werden bereits geregelt und kontrolliert. Da es aber leicht möglich ist, allen diesen Formvorschriften zu genügen, ohne dabei

die Betreuung des Patienten als Ziel aller Maßnahmen im Auge zu behalten, betrifft der Prüfungsanspruch des DAZ-Projektes die Frage nach der Sorge um die Versorgung des Patienten, die in den managementzentrierten Systemen eher an den Rand gedrängt wird.

Das DAZ-Projekt ist unbürokratisch und leicht in den Praxisalltag zu integrieren. Es ist kostengünstig, da es für seine Zielsetzung keinen Managementapparat benötigt. Es ist individuell, da es auf Ablaufnormierungen und Bevormundung der Zahnärzte in ihrer professionellen Selbstorganisation verzichtet.

Dr. Celina Schätze, Berlin

Mundgesundheit und Versorgungsqualität in Deutschland – vom Sorgenkind zum Musterknaben?

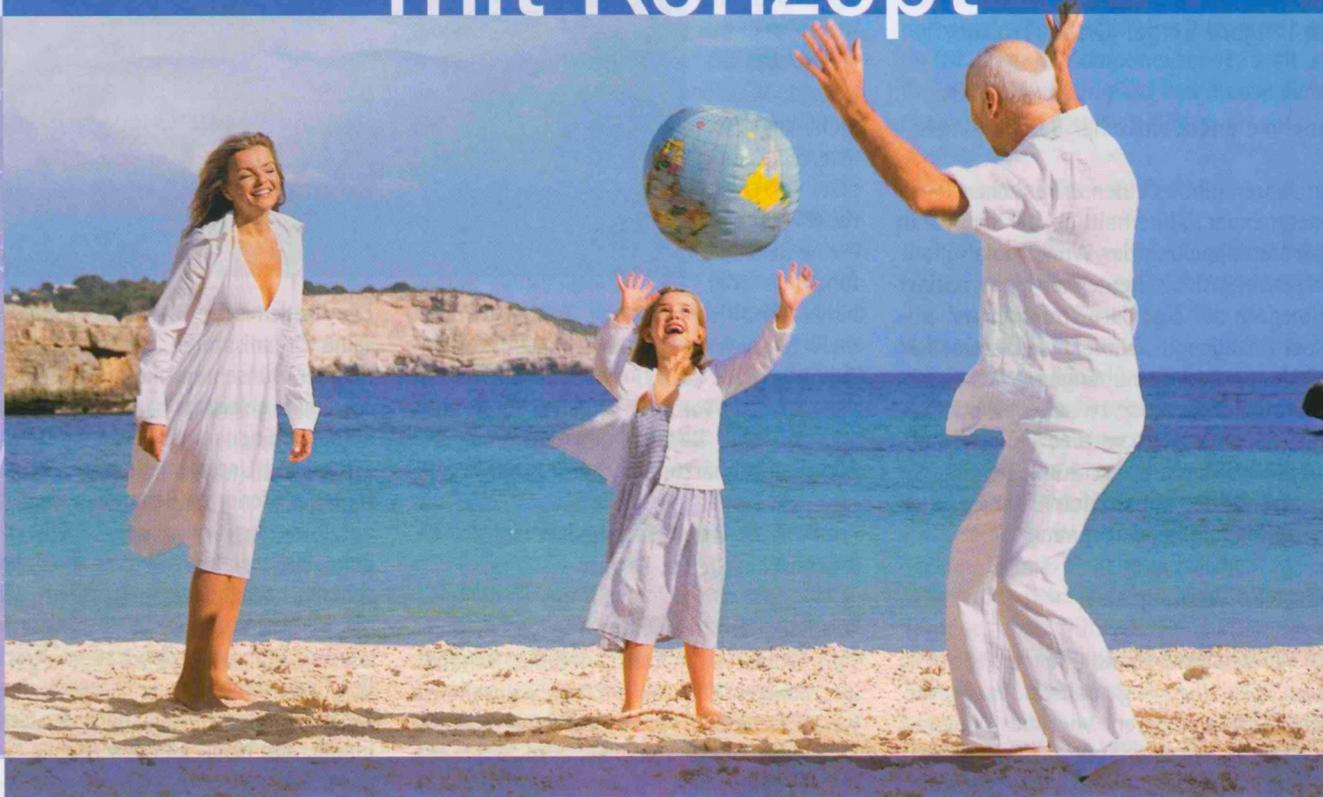
Der niedergelassene Zahnarzt Dr. Bauer, Dr. Neumann aus dem Gesundheitsministerium und Min-



Rat a. D. Saeckel analysieren in ihrem im Juni 2009 im Huber Verlag herauskommen Buch u. a. die Mundgesundheitsdaten 1980-2008 für Deutschland sowie wichtige Industrieländer, die Leistungsdaten der GKV

von 1985-2006, die Ausgabendaten für Deutschland und die wichtigsten Industrieländer auf der Basis von StaBu und OECD-Daten sowie nationale und internationale Qualitätsstudien. Personalkapazitäten und Vorsorgeorientierung der europäischen Systeme werden verglichen, neueste Ergebnisse zur Parodontologie und Implantologie vorgestellt. Erstmals wird für Deutschland eine derartig komplexe Zusammenschau zahnmedizinischer Daten vorgelegt – hoffentlich, wie der Untertitel verspricht, eine kritische Bestandsaufnahme, die Ansatzpunkte bietet für weitere Verbesserungen des Versorgungsangebotes. (Quelle: R. Saeckel)

Ein gesundes Lächeln mit Konzept



Clinpro™ Prophy Powder – mehr als 1 Million Anwendungen in 5 Jahren.

Sie + 3M ESPE =

Neue Ideen für die Zahnheilkunde

Das Original feiert Jubiläum: Mit mehr als 1 Million Anwendungen seit der Markteinführung vor 5 Jahren hat sich Clinpro Prophy Powder als wegweisende Innovation in der Pulver-Wasserstrahl-Technologie zur leichten und gründlichen Entfernung von Plaque und Verfärbungen bewährt.

Die wesentlichen Vorteile auf einen Blick:

- Sub- und supragingivale Anwendung
- Angenehm im Geschmack
- Wirksamkeit durch zahlreiche Studien belegt

Ergänzend dazu gibt es jetzt die neue Clinpro™ Prophy Paste. Die Polierpaste enthält Bimsstein und ist in drei verschiedenen Körnungen erhältlich: fein, mittel und grob. So können Sie in jeder Situation die richtige Körnung für optimale Reinigungswirkung und Abrasion auswählen.

Überzeugen Sie sich selbst und fordern Sie unter Telefon 0800-275 37 73 oder info3mespe@mmm.com unsere kostenlose Studienbroschüre an!



DAS ORIGINAL

Clinpro™ Prophy Powder

Systematische Prophylaxe

3M ESPE

War diese vor vier Jahren durchgeführte Prüfung im Sinne von Heidemanns Folie ein Vorgang „aus der „Steinzeit der Sicherheitsforschung“? Es handelte sich um ein geordnetes Verfahren einer Bundesoberbehörde, die jedes Jahr Entscheidungen zu mehr als 2.000 Zulassungsanträgen trifft und der die zitierte IARC-Monografie durchaus zur Verfügung stand. Natürlich unterliegt auch eine solche Institution eventuell sachfremden Einflüssen, seien es öffentliche Meinung, Druck der Industrie oder auch die Tendenz, nicht so gern bisherige Ergebnisse in Frage zu stellen. Dass sich in diesem Fall das neunköpfige Professorenngremium, zu dem auch Heidemann gehörte, mit seiner Ablehnung nicht durchsetzen konnte, ist jedoch weder durch das Agieren mächtiger Firmenlobbyisten, noch durch den Zeitgeist zu erklären. Insofern liegt zunächst die Vermutung nahe, dass die Argumente der ChKM-Gegner nicht ausreichend belegt waren. Dies entspricht der aktuellen Ausgangslage. Ihr sollte mittels wissenschaftlicher Untersuchungen abgeholfen werden sollte – so oder so.

BfArM weist Kanzerogenitätsvorwurf zurück

Mit Schreiben vom 13.03.2009 hat das BfArM sich eindeutig zu dem Wissensstand in Bezug auf ChKM geäußert

- Zur Kanzerogenität von ChKM liegen ihm keine Daten vor. Die Klassifizierung bestimmter Chlorphenole als Kanzerogene der Klasse 2B betrifft nicht das in ChKM enthaltene Paramonochlorphenol.
- Nach der IARC-Klassifikation wäre ChKM formal der Klasse 3 – nicht klassifizierbar – zuzuordnen.
- Aus Sicht des BfArM gibt es keine Anzeichen für eine Erhöhung des Krebsrisikos durch gelegentliche Anwendung von ChKM als Desinfektionsmittel im Inneren eines Zahns.

(Den Text des Briefes finden Sie im Anschluss an diesen Beitrag.)

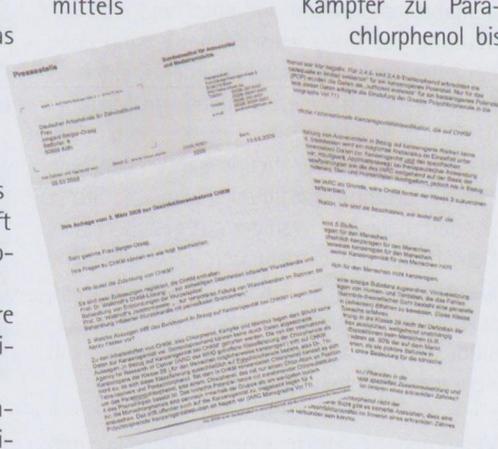
Ein Verbandsantrag zu ChKM liegt nicht vor, auch nicht von Prof. Heidemann. Es verwundert nicht, dass der Hersteller des Medikaments, den die vor vollem Saal aufgestellten und mehrfach publizierten Behauptungen nicht kalt lassen können, inzwischen juristische Schritte gegen den Frankfurter Hochschullehrer eingeleitet hat.

Wissenschaft muss sich auf Fakten stützen

Damit soll nicht gegen eine ständige kritische Beobachtung auch bereits zugelassener Pharmaka argumentiert werden, im Gegen-

teil. Wenn es neue Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung oder Hinweise auf Komplikationen bei der Anwendung gibt, müssen diese zweifellos ausgewertet und berücksichtigt werden. Aus diesem Grund ist es im Interesse des Patientenschutzes zu begrüßen, dass die Walkhoff-Lösung ein zulassungsbedürftiges Arzneimittel ist und nicht nur ein Medizinprodukt oder eine Chemikalie, für die schwächere Bedingungen gelten. Wenn es gelingt, einen „Runden Tisch zur Endodontie“ zu etablieren, würde sicher alles dafür sprechen, dass an ihm auch eine Sicherheitsexpertin wie Frau Prof. Foth Platz nimmt. Allerdings sollte der kritische Expertenblick nicht nur der Walkhoff-Methode sondern auch den übrigen Verfahren gelten, und Grundlage für diskussionswürdige Sicherheitsbedenken gegen einen bestimmten Stoff sollten belegte Fakten sein.

Außerdem sollte auch ein Gesichtspunkt berücksichtigt werden, der in der Diskussion über ChKM meist fehlt: nicht jede Chlorphenol-Kampfer-Menthol-Mischung entspricht dem ChKM nach Walkhoff. Die Zulassung des BfArM gilt nur für eine ganz spezielle Zubereitung, bei der durch Zugabe des Lösungsmittels Kampfer zu Parachlorphenol bis



zur Sättigungsgrenze in einem besonderen Verfahren eine bei Zimmertemperatur stabile Lösung entsteht. Die Ätzwirkung des Phenols ist so aufgehoben, die desinfizierende Wirkung, zusätzlich verstärkt durch Menthol, bleibt bestehen, auch bei Kontakt mit den im Wurzelkanal vorhandenen organischen Sekreten, so die – möglichst wissenschaftlich zu erhaltende – Aussage der Befürworter. Die wenigen bisherigen Studien zu ChKM beziehen sich auf alle möglichen Zubereitungen, keineswegs nur auf das zugelassene Medikament. Insofern stützt sich auch die Einstufung von ChKM als obsolet zum Teil auf Mischungen mit ganz anderen Eigenschaften.

Es ist richtig, dass heutzutage verschärft über die gesundheitlich oder ökologisch bedenklichen Auswirkungen künstlich erzeugter und zum Teil in den menschlichen Organismus

eingebrachter Chemikalien nachgedacht und viel dazu publiziert wird. Allerdings können auch hinter einer vermeintlich kritischen Haltung ganz andere Interessen stecken. So wurde vor noch nicht allzu langer Zeit die Furcht vor „giftigen Amalgam-Füllungen“ (z. T. geschürt und) genutzt, um den Absatz privat zu zahlender Kunststoff-Restaurationen zu befördern. Dabei spielten Skrupel wegen Sekundärkaries und fehlender Daten zur Unbedenklichkeit der verwandten Amalgam-Alternativen keine Rolle. Eine emotionalisierte Auseinandersetzung gab es vor Jahren auch zu Fluoriden. Sie hat die Prävention nachhaltig behindert. Gerade in solchen Situationen muss die Wissenschaft mit Fakten belegte Aussagen liefern und möglichst auch die Interessen der Beteiligten analysieren, um sich nicht vor den falschen Karren spannen zu lassen.

Akademischer Disput zeigte viele Differenzen und offene Fragen

Doch zurück zur Endodontie und zur wünschenswerten Fortsetzung des in Frankfurt begonnenen Akademischen Disputts, der, vom Thema Kanzerogenität abgesehen, insbesondere folgende Ergebnisse brachte:

- 1) Konsens besteht über die Verursachung der Endodontitis durch einen bakteriellen Infekt.
- 2) Die endodontische Behandlungstrias – sorgfältige mechanische Aufbereitung, chemische Desinfektion und dichte Obturation – ist ebenfalls unumstritten.
- 3) Heidemann als Vertreter der Hochschule setzt in hohem Maße auf die instrumentelle Aufbereitung und fordert hierzu den Einsatz geeigneter Hilfsmittel, insbesondere Lupenbrille oder besser OP-Mikroskop, während Osswald den Aufbereitungsaufwand begrenzt, weil sich selbst bei maximalen mechanischen Anstrengungen anatomisch bedingt nur etwa ein Drittel des bakteriell infizierten Hohlraumsystems erreichen lässt.
- 4) Gemäß Hochschulkonzept bemüht man sich, die apikale Konstriktion zu erhalten und die Instrumentierung auf den Zahninnenraum zu beschränken, während die Walkhoff-Anhänger bei röntgenologisch nachgewiesener apikaler Ostitis weit aufbereiten, um alle infizierten Regionen in die Behandlung einbeziehen zu können.
- 5) Für Osswald und Gleichgesinnte ist die in der Regel mehrmalige chemische Desinfektion des Zahninnenraumes und darüber hinaus infizierter Bereiche der entscheidende Schritt. Sie setzen

darauf, dass die kriechfähige Walkhoff-Lösung in die kleinsten Kanalverästelungen, die infizierten Dentintubuli und selbst in die periapikalen Gewebe (Granulom) keimtötend vordringt.

- 6) Zur chemischen Auflösung von Kanalhalten bringt Heidemann erwärmtes Natriumhypochlorit (NaOCl) in einer Konzentration bis zu 5,25 ein. Die Anwendung dieser Lösung ist vom BfArM mit einer Kontraindikation bei offenem Foramen apikale belegt wegen ernsthafter bis lebensbedrohlicher Komplikationen im Falle des Überpressens von konzentriertem NaOCl.
- 7) Als Langzeitdesinfizienz favorisiert Heidemann Calciumhydroxid (CaOH₂), obwohl wichtige endodontisrelevante Bakterien dadurch nicht zu eliminieren sind.
- 8) Laut Osswald sind Unempfindlichkeiten von Keimen im Wurzelkanal gegen die von ihm verwandte Original-Walkhoff-Lösung bisher nicht bekannt.
- 9) Bezüglich der Obturation herrscht Einigkeit, dass der Zahninnenraum möglichst vollständig gefüllt und bakteriendicht verschlossen werden sollte.
- 10) Zum Füllen des Kanals kommt eine ganze Palette von Werkstoffen zum Einsatz. Umstritten ist, ob sie leicht oder schwer entfernbar, resorbierbar außerhalb des Zahns und indifferent und biokompatibel, wie Heidemann bevorzugt, oder im Gegenteil langzeit-bakterizid sein sollen. Ein Teil der überwiegend neuen Füllungsmaterialien ist noch wenig erforscht. Gerade bei ihnen dürfte die Frage nach unerwünschten Eigenschaften (bis hin zu kanzerogenen Potentialen!) angebracht sein.

Da die Frankfurter Veranstaltung ohne Zusammenfassung von Gemeinsamkeiten, Unterschieden und offenen Fragen geendet hat, ist diese Gegenüberstellung vermutlich unvollständig und unzulänglich. Es sei den Fachleuten überlassen, sie zu ergänzen und insbesondere die Fragen herauszufiltern, die weiterer Bearbeitung wert sind. Dabei sollten auch neue Erkenntnisse und problematische Befunde Berücksichtigung finden, die aktuell in Veranstaltungen oder Publikationen angesprochen werden – hierzu einige Beispiele.

Auch in der übrigen Endo-Debatte gibt es viele Fragen

Im Freien Zahnarzt (DFZ 05/2009, S.53-63) weisen Priv.-Doz. Dr. Christoph Zirkel, Generalsekretär der DG Endo, und Dr. Ralf Schlichting darauf hin, dass durch sukzessive Anwendung verschiedener Spüllösungen, wie sie z.B. Prof. Heidemann in den Zahnärztlichen Mitteilungen 04/2009 (S. 62-70) empfiehlt, un-

erwünschte potentiell kanzerogene Zwischenprodukte (wie p-Chloranilin) entstehen können. Wenn dies zutrifft, hat die akademische Endodontologie zunächst die Aufgabe, „vor der eigenen Türe zu kehren“, ehe sie andernorts den Vorwurf erhebt, dass Patienten mit kanzerogenen Substanzen behandelt werden.

Beim Europäischen Forum im November 2008 in Frankfurt äußerte sich der Endodontologe PD Dr. Matthias Zehnder von der Universität Zürich kritisch zu Spülungen mit Natriumhypochlorid. Sie führen seines Erachtens zur Versprödung und da-

Vorwurf gegen ChKM zurückgezogen

Kurz vor Drucklegung erreichte uns folgende Information: „Prof. Dr. Heidemann hat sich verpflichtet, nicht mehr zu behaupten, dass der in der ChKM Lösung Prof. Walkhoff enthaltene Inhaltsstoff Chlorphenol zu den von der IARC als Kanzerogene der Klasse 2 B eingestuften Chlorphenolen gehört.“ (Quelle: Firma Gerl)

mit zu unerwünschter Frakturanfälligkeit wurzelkanalbehandelter Zähne. Diese Veränderung wurde lange Zeit als zwangsläufige Folge der Devitalisierung gesehen; neuere Arbeiten konnten dies nicht bestätigen. Wenn die Versprödung eher in Zusammenhang mit Spülingredienzen zu erklären ist, sollte man auf andere Substanzen zurückgreifen und die zusätzliche Schwächung der Zahnhartsubstanz vermeiden (Der Hessische Zahnarzt 12/2008).

PD Dr. David Sonntag von der Universität Marburg/Gießen räumt in einem neueren Aufsatz unter dem Titel: „Empirischer Erfolg versus Evidenz: Welche Evidenz gibt es im Bereich Endodontie?“ mit einigen bisher vertretenen Vorstellungen auf (Quintessenz 2008; 59(9); S.947-954). Seines Erachtens spricht die Evidenz aus systematischer Forschung sowohl gegen die subjektive Erfahrung vieler Behandler als auch gegen die „teilweise in den Universitäten gelehrt Meinung“. So berichtet er u.a. über die Wirkungslosigkeit von CaOH₂, das Prof. Heidemann als allein anzuwendendes Langzeitdesinfizienz propagiert. Bei alledem ist natürlich zu berücksichtigen, dass man endodontischen

Zahnerhalt letztlich nicht, wie bei dem Akademischen Disput zwecks Vereinfachung geschehen, auf die Aspekte Aufbereitung, Desinfektion, Obturation beschränken darf. Eine entscheidende Rolle spielt erfahrungsgemäß die endgültige prothetische oder konservierende Versorgung des erkrankten Zahnes. So halten bspw. Prof. Dr. Rudolf Beer und Co-Autoren von der Universität Witten/Herdecke die koronale Restauration für einen integralen Bestandteil der endodontischen Behandlung, der in hohem Maß über den Langzeiterfolg entscheidet (ZWR 11/2008, S. 550-559).

Ein Streifzug durch verschiedene Publikationen der letzten Monate verstärkt den Eindruck, dass man von einem Patentrezept weit entfernt ist und dass es eine Fülle offener Fragen und viel zu wenig aussagekräftige Studien gibt. Genau dies ins Bewusstsein zu heben, war das Motiv der Organisatoren des Akademischen Disputs in Frankfurt.

Im Interesse der Patienten muss endodontischer Zahnerhalt bezahlbar bleiben

Bei Fortsetzung der Diskussion sollte sehr wohl die Frage nach Gefahrenpotentialen einbezogen werden. Man muss sie aber seriöser angehen, als dies zum Thema Kanzerogenität vorexerziert wurde. An die zahnärztlichen Körperschaften richtet sich die Frage, ob sie durch entsprechende Auswertungen der ihnen vorliegenden Abrechnungsdaten neue Erkenntnisse über die real praktizierte Endodontie beisteuern können.

In erster Linie sind jedoch die Hochschulen gefordert, geht es hier doch um die entscheidende Weichenstellung der Zahnheilkunde, mit der über Millionen von Zähnen und zugleich auch über immense Kosten entschieden wird. Wenn ein endodontisches Vorgehen



Ein beeindruckendes Foto von Prof. Stoll, Marburg. Welch hochbrisanter Eingriff mag hier im Gange sein? Nein, keine Operation am offenen Herzen ... ein Eingriff am offenen Zahn! Zu fragen ist nach der Verhältnismäßigkeit der Mittel, nach Praxisalltags-Tauglichkeit.

in der Lage ist, Zahnverluste sicher und zu vergleichsweise geringen Kosten zu vermeiden, dann wäre ihm bereits deshalb der Vorzug zu geben. Zahnerhalt darf nicht zu einem Privileg der Oberen Zehntausend werden, erkaufte mit technisch hoch aufwändigen, zwangsläufig teuren Leistungen, erbracht von einer kleinen Gruppe von Spezialisten.

Wann startet der Runde Tisch?

Tatsächlich sind auch ohne die moderne Spezialistenausrüstung schon Millionen von Zähnen über viele Jahre endodontisch erhalten worden, mit sehr unterschiedlichen Methoden. Randomisierte prospektive klinische (Langzeit-) Studien zu möglichst vielen Aspekten der Behandlung wären ideal, bleiben aber Theorie. Warum kristallisiert man nicht ein paar ganze wenige Fragestellungen und Variablen heraus und macht, bspw. im Rahmen von Doktorarbeiten, einige wenige „einfache“ versorgungsrelevante Studien? Zu den Fragestellungen könnten insbesondere Vergleiche zwischen Hightech- und wenig aufwändiger Endo und zwischen ChKM und einem konkurrierenden Desinfektionsmittel gehören. Dass man so etwas nicht eben mal aus dem Ärmel schüttelt, ist mir klar. Aber schließlich gibt es in Deutschland eine Reihe qualifizierter Endodontologen, die ein entspr. Forschungsdesign entwickeln könnten. In diesem Zusammenhang sei eine Anmerkung erlaubt zu dem von Uni-Vertretern geäußerten Vorschlag, klinische Studien zu ChKM sollten von dem Hersteller oder von Dr. Osswald realisiert werden. Das niedrigpreisige Produkt bietet gar keine entsprechende Gewinnspanne. Soll sich Forschung und Anwendung nur noch auf hoch gewinnträchtige Produkte beschränken? Vor allem aber wäre es ein Unding, wenn die Beweise für die Effizienz eines Mittels nicht von unabhängigen Wissenschaftlern, sondern nur vom Hersteller selbst erbracht würden.

Alles in allem führt wohl kein Weg vorbei an der mühsamen Konsensbildung auf Grundlage der jeweilig verfügbaren Evidenz. Dabei sollten m. E. die Erfahrungen (und Daten) von Praktikern viel stärker einbezogen werden – dafür methodische Konzepte zu entwickeln, ist eine Herausforderung an die Wissenschaft. Erster Schritt hin zu einer effizienteren und zugleich praxisgerechten Wurzelkanalbehandlung könnte der von verschiedenen Seiten vorgeschlagene Runde Tisch mit Vertretern des endodontischen Fachbereiches, der BZÄK, der KZBV, mit interessierten Allgemeinzahnärzten usw. sein. Ich bin gespannt, ob wir demnächst darüber berichten können.

Irmgard Berger-Orsag, Troisdorf

Antwort des Bundesamtes für Arzneimittel und Medizinprodukte vom 13.03.2009 auf die DAZ-Anfrage zu CHKM

Ihre Fragen zu CHKM können wir wie folgt beantworten:

1. Wie lautet die Zulassung von CHKM?

Es sind zwei Zulassungen registriert, die CHKM enthalten. ● Prof. Dr. Walkhoff's ChKM-Lösung: „...zur zeitweiligen Desinfektion infizierter Wurzelkanäle und Behandlung von Entzündungen der Wurzelspitze“ ● Prof. Dr. Walkhoff's Jodoformpaste: „...zur temporären Füllung von Wurzelkanälen im Rahmen der Behandlung infizierter Wurzelkanäle mit periapikalen Granulomen.“

2. Welche Aussagen trifft das Bundesamt in Bezug auf Kanzerogenität bei CHKM? Liegen Ihnen hierzu Fakten vor?

Zu den Inhaltsstoffen von CHKM, also Chlorphenol, Kampfer und Menthol liegen dem BfArM keine Daten zur Kanzerogenität vor. Dementsprechend können keine durch Daten abgesicherte Aussagen „in Bezug auf Kanzerogenität bei CHKM“ getroffen werden. Die von der International Agency for Research on Cancer (IARC) der WHO getroffene Klassifizierung der Chlorphenole als Kanzerogene der Klasse 2B („für den Menschen möglicherweise kanzerogen“) trifft auf CHKM nicht zu, da sich diese Klassifizierung ausschließlich auf Polychlorphenole bezieht, also Di-, Tri- Tetra-Isomere und Pentachlorphenol. Bei dem in CHKM verwendeten Chlorphenol handelt es sich um das Paramonochlorphenol, also ein Chlorphenol, das mit nur einem Chlor-Atom an Position 4 des Phenolringes besetzt ist. Das toxische Potenzial nimmt mit zunehmender Chlorsubstitution zu; die Monochlorphenole sind demnach innerhalb der Gruppe als am wenigsten toxisch anzusehen. Das trifft offenbar auch auf die Kanzerogenität zu. Insgesamt liegen für 4 Polychlorphenole Kanzerogenitätsstudien an Nagern vor (IARC Monographs Vol 71). Das 2,4-Dichlorphenol war klar negativ. Für 2,4,5- und 2,4,6-Trichlorphenol erbrachten die Tierstudien nur „inadequate or limited evidence“ für ein kanzerogenes Potenzial. Nur für das Pentachlorphenol (PCP) wurden die Daten als „sufficient evidence“ für ein kanzerogenes Potenzial beurteilt. Auf der Basis dieser Daten erfolgte die Einstufung der Gruppe Polychlorphenole in die Klasse 2B (IARC Monographs Vol 71).

3a. Gibt es eine verbindliche / internationale Kanzerogenitätsklassifikation, die auf CHKM anwendbar ist?

Generell wird bei der Beurteilung von Arzneimitteln in Bezug auf kanzerogene Risiken keine Klassifizierung durchgeführt. Stattdessen wird ein mögliches Krebsrisiko im Einzelfall unter Berücksichtigung der (experimentellen) Daten zur Kanzerogenität und der spezifischen Humanexposition (Höhe, Dauer, Häufigkeit, Applikationsweg) bei therapeutischer Anwendung beurteilt. Dagegen werden Klassifizierungen

wie die des IARC weitgehend auf der Basis der vorhandenen (oder nicht vorhandenen) Tier- und Humandaten durchgeführt, jedoch nie in Bezug auf eine spezifische Exposition. Läge man die Klassendefinition der IARC zu Grunde, wäre CHKM formal der Klasse 3 zuzuordnen (wegen fehlender Daten nicht klassifizierbar).

3b. Welche Stufen hat diese Klassifikation, wie sind sie beschrieben, wie lautet ggf. die Beschreibung der Stufe 2B?

Das Klassifikationssystem der IARC kennt 5 Stufen.
Klasse 1: Substanz/Gemisch ist kanzerogen für den Menschen.
Klasse 2A: Substanz/Gemisch ist wahrscheinlich kanzerogen für den Menschen.
Klasse 2B: Substanz/Gemisch ist möglicherweise kanzerogen für den Menschen.
Klasse 3: Substanz/Gemisch ist bezüglich seiner Kanzerogenität für den Menschen nicht klassifizierbar.
Klasse 4: Substanz/Gemisch ist wahrscheinlich für den Menschen nicht kanzerogen.

Interessanterweise ist der Klasse 4 bisher nur eine einzige Substanz zugeordnet. Voraussetzung für die Einordnung in diese Klasse ist das Vorliegen von Human- und Tierdaten, die das Fehlen eines kanzerogenen Potenzials belegen. Aus Erkenntnistheoretischer Sicht besteht eine generelle Schwierigkeit darin, das Nicht-Vorhandensein von (adversen) Effekten zu beweisen. Diese Klasse wird daher auch in Zukunft keinen bedeutsamen Zuwachs erfahren. Darüber hinaus ist zu beachten, dass für die Einordnung in die Klasse 2B nach der Definition der IARC positive Befunde in Nagerkanzerogenitätsstudien ausreichen, weitgehend unabhängig davon, ob diese Befunde als relevant für realistische Expositionen beim Menschen (z.B. Arzneimittelanwendung) zu beurteilen sind. Demnach wären ca. 50% der auf dem Markt befindlichen Arzneimittel der IARC-Klasse 2B zuzuordnen, da sie positive Befunde in Nagerstudien zur Kanzerogenität zeigten, die jedoch als ohne Bedeutung für die klinische Anwendung bewertet wurden.

4. Welche Bedeutung hat die Einstufung von Chlorphenolen / Phenolen in die Kanzerogenitätsklasse 2B für das Mittel CHKM mit seiner ganz speziellen Zusammensetzung und für seine ganz spezielle Anwendung als Desinfektionsmittel im Inneren eines erkrankten Zahnes?

Wie oben dargelegt, ist das in CHKM verwendete Monochlorphenol nicht der Kanzerogenitätsklasse 2B zuzuordnen. Aus unserer Sicht gibt es keinerlei Anzeichen, dass eine gelegentliche Anwendung von CHKM als Desinfektionsmittel im Inneren eines erkrankten Zahnes mit der Erhöhung eines Krebsrisikos verbunden sein könnte. (...)

i.A. Jutta Buchwaldt
BfArM-Pressestelle

Über die Notwendigkeit von zahnärztlichen Genossenschaften

- Gedanken eines neuen DAZ-Mitgliedes -

von Dr. Manfred Hillmer, Hamburg

Die sich verschärfenden Rahmenbedingungen für die ambulante Versorgung im Gesundheitssystem machen Überlegungen notwendig, wie die wirtschaftliche Basis für die niedergelassenen Zahnärzte erhalten bzw. ausgebaut werden kann. Eine unabhängige Vertretung ihrer wirtschaftlichen Interessen, insbesondere in der jetzigen Wirtschaftskrise, ist dringend angezeigt. Die Aufnahme neuer gigantischer Schulden durch den Bund und die vorhergesagten Steuermindereinnahmen des Staates werden auch die Honorare der Zahnärzte nicht unberührt lassen. Der unterfinanzierte Gesundheitsfonds, der durch Darlehen des Bundes über die nächsten 2 Jahre gerettet werden soll, zeigt bereits heute die Problematik der nahen Zukunft.

Da die Politik in den vergangenen Jahren nicht in der Lage war, eine sinnvolle Gesundheitsreform durchzuführen, ist diese, trotz der üblichen leerformelartigen Versprechungen vor einer Bundestagswahl, auch in den nächsten Jahren nicht zu erwarten. Vielmehr wird die Bundesregierung einerseits sämtliche Grausamkeiten, die sie sich bisher schon für die niedergelassenen Zahnärzte ausgedacht hat, noch weiter verschärfen und andererseits versuchen, sich aus ihrer Verantwortung für ein soziales Gesundheitswesen zu stehlen durch den Ausbau der Privatisierung, d. h. die Übergabe der Verantwortung an private Kapitalgesellschaften. Beide Trends bedrohen in erheblichem Maß die wirtschaftliche Basis der niedergelassenen Zahnärzte.

Die von staatlicher Seite gesteuerte und von hoch bezahlten Lobbyisten geförderte Entwicklung im Gesundheitswesen, profitorientierten Konzernen immer größere Anteile am Gesundheitswesen zu übergeben, hat im Krankenhaussektor begonnen und ergreift jetzt auch den ambulanten Bereich der niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte. Da der Staat vor den Problemen im Gesundheitswesen kapituliert hat und nur noch Flickschusterei betreibt, erscheint ihm diese Lösung als einziger Ausweg. Was eine Privatisierung des Gesundheitswesens aber tatsächlich bedeutet, kann man in den USA besichtigen, die das teuerste Gesundheitswesen der Welt besitzen, aber nur auf Platz 37 der WHO-Liste bezüglich der Qualität der Gesundheitswesen rangieren. Trotzdem zieht sich der Staat aus seiner Verantwortung für die soziale Grund-

versorgung, wie z. B. aus der Krankenhausversorgung, zurück, und überlässt die Krankenhäuser profitorientierten Gesellschaften wie Asklepios, Fresenius oder Rhön-Klinikum.

Diese Entwicklung macht auch vor dem ambulanten Bereich nicht Halt. Krankenhauskonzerne gründen Medizinische Versorgungszentren mit angestellten Ärzten, um die Überweisung der Patienten in ihre Krankenhäuser sicherzustellen. Auch im zahnärztlichen Bereich finden wir Entwicklungen wie die Gründung von Praxisketten durch private Kapitalgesellschaften oder das Angebot privater Gesellschaften an Zahnärzte, von ihnen ausgehandelt und danach auch überwachten Selektivverträgen mit einzelnen Krankenkassen beizutreten.

Wir müssen für die Zukunft davon ausgehen, dass wir niedergelassenen Zahnärzte allein aufgrund der anhaltenden Wirtschaftskrise mit sinkenden Honorarsummen, einer weiteren Ausgrenzung von Leistungen der GKV (z. B. im Bereich Prothetik), einem höheren Eigenanteil der Patienten und einer Konkurrenz durch von Kapitalgesellschaften organisierten Praxisketten, die bessere wirtschaftliche Konditionen erhalten, konfrontiert sein werden. Die uns von interessierten Seiten vorgeschlagene Lösung ist die Umwandlung der Zahnarztpraxis von einer medizinisch notwendigen Therapieeinrichtung in einen nach Marketinggesichtspunkten organisierten Wellness-Tempel, in dem der Zahnarzt vom indikations- und patientenorientierten Behandler zum Verkäufer von zahnmedizinisch nicht notwendigen, aber Honorar steigenden Produkten wird. Diese aus wirtschaftlicher Notwendigkeit vorangetriebene Entwicklung zu unnötigen oder überflüssigen Therapien findet sich auch im ärztlichen Bereich teilweise in der „Igel-Liste“. Diesen Weg wollen aber viele Zahnärzte, die Zahnärzte bleiben wollen, nicht beschreiten. Sie können ihn häufig auch gar nicht beschreiten, weil ihr Patientenkontingent nicht über die finanziellen Mittel verfügt, um ihnen auf diesem Weg zu folgen.

Es ist auch darauf hinzuweisen, dass nach dem Wettbewerbsstärkungsgesetz die GKV-Kassen Selektivverträge mit den Zahnärzten abschließen können. Sollten die Krankenkassen diesen Weg einschlagen, so können sie gegenwärtig ihre Marktmacht ungehemmt

ausspielen und den vereinzelt Zahnärzten ihre Bedingungen oktroyieren.

Die wirtschaftlichen Interessen der niedergelassenen Zahnärzte können durch die KZVen nicht ausreichend vertreten werden. Die KZVen unterstehen als Körperschaften des öffentlichen Rechts der Rechtsaufsicht durch die entsprechenden Ministerien. Sie sollen nach SGB-V die „Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen“ wahrnehmen. Da diese Rechte aber vom Staat und der Rechtsprechung definiert werden, können die KZVen objektiv nur in diesem ganz engen Rahmen die Interessen der Zahnärzte vertreten. Die letzten gesetzlichen Änderungen haben die KZVen in ihren Möglichkeiten weiter eingeschränkt. Es gibt inzwischen auch KZV-Vorsitzende, die vorsichtig von einem Trend zum Zentralismus und einer drohenden Verstaatlichung sprechen.

Die skizzierten gesundheitspolitischen Entwicklungen machen unbedingt eine Kooperation der niedergelassenen Zahnärzte außerhalb der KZVen notwendig. Die einzige Chance, die ich für die Erhaltung der selbstständigen und wohnortnahen Zahnarztpraxis sehe, ist der Zusammenschluss in genossenschaftlich organisierten Formen. Die Genossenschaft hat vorrangig die Aufgabe, die wirtschaftlichen Interessen der Mitglieder (Zahnärzte) zu fördern. Im Gesundheitswesen ist natürlich die wirtschaftliche Förderung nicht ohne die zahnärztliche Verantwortung gegenüber den Patienten zu sehen. Aus der gesellschaftsrechtlichen Struktur der Genossenschaft ergeben sich für niedergelassenen Praxisinhaber viele Vorteile. Sie sind Teil einer größeren Organisation, ohne ihre Selbstständigkeit aufgeben zu müssen. Die Genossenschaft ist eine selbstbestimmte Organisation der Anteilseigner (alle Mitglieder sind gleichberechtigt und haben nur eine Stimme) im Gegensatz zur fremdbestimmten Kapitalgesellschaft. Der Zusammenschluss in einer größeren Organisation bedeutet eine Konzentration von Marktmacht und verbessert dadurch die Wettbewerbsfähigkeit der Einzelpraxen z. B. durch Kostenvorteile. Nur die in einer Genossenschaft kooperierenden Einzelpraxen sind auch als durchsetzungsfähige Gesprächspartner der Krankenkassen und der politischen Entscheidungsträger anzusehen, die sich nicht ihre Vertragsbedingungen aufzwingen lassen müssen.

Zu Leserbriefen und Diskussionsbeiträgen

Das DAZ-Forum versteht sich seit jeher als Medium von Zahnärzten für Zahnärzte und als Diskussions-Plattform. Sie alle sind eingeladen zum Beisteuern von Informationen, Meinungen, redaktionellen Beiträgen und Leserbriefen. Momentan gibt es recht rege Resonanz, so dass gar nicht alle Äußerungen aufgenommen werden konnten. Wir hoffen, die Diskussion im nächsten Heft fortsetzen zu können.

Osswald sollte sein Konzept darstellen und verteidigen

Leserbrief zu „Heidemann versus Osswald“ von I. Berger-Orsag in DAZ-Forum 98-09

Ein akademischer Disput ist stets da förderlich, wo die Auseinandersetzung mit konkurrierenden Lehrmeinungen wissenschaftlich und klinisch zu neuen Erkenntnissen und Synthesen führt. Nach der ausführlichen und gelungenen Darstellung von Frau Berger-Orsag war die Diskussion zwischen Herrn Prof. Heidemann und Herrn Dr. Osswald aber in mehreren Punkten asymmetrisch.

Auf der einen Seite Herr Prof. Heidemann, der die Standardmethoden der Endodontie beschrieb, so, wie sie weltweit von einer internationalen Gemeinschaft anerkannt und vielfach aufgrund von Evidenz akzeptiert sind. Auf der anderen Seite Herr Dr. Osswald, der lediglich unterstützt von einer Gruppe Praktiker sein eigenes „Konzept“ behandelt.

Hier sollte man eigentlich erwarten, dass das Gewicht eher auf Seiten der wissenschaftlichen Endodontie liegt und Herr Dr. Osswald in einer Position ist, aus welcher er sein alternatives Konzept verteidigen muss. Genau dies findet aber nicht statt, Herr Dr. Osswald klagt stattdessen an (möglicherweise an einigen Stellen sogar berechtigt) und liefert als Verbesserungsvorschlag ein Konzept, welches lediglich aus einem über 50 Jahre alten Medikament besteht, welches zudem von allen europäischen und amerikanischen Fachgesellschaften als obsolet klassifiziert wird. Sein übriges endodontisches Konzept wird nur schwammig dargestellt. Die Konzepte der wissenschaftlichen Endodontie sind bekannt und überall (nicht zuletzt im Atlas von Herrn Prof. Heidemann) nachzulesen, hier ist es der Gipfel der Anmaßung, wenn Herr Dr. Osswald auf seine Fortbildungen hinweist.

Seit den Zeiten von Herrn Prof. Walkhoff hat sich die Endodontie rasant fortentwickelt, und eine Kritik nur am vermeintlich teuren OP-Mikroskop festzumachen oder

an der zugegeben altertümlichen Honorierungsstruktur, die sicherlich den Behandlungsmethoden von Herrn Prof. Walkhoff einmal angemessen war, aber den aktuellen Stand der Technik nur bedingt abbildet, trifft nicht den Kern der Sache. Hier wäre es m. E. Sache von Herrn Osswald, einmal klar offenzulegen, in welchen Punkten sich sein Konzept (außer in der Anwendung von „richtigem“ CHKM) vom Standardprozedere abhebt und wie er ansonsten seine Kanäle findet, aufbereitet und obturiert. Dieser Diskussion wird Herr Osswald aber tunlichst aus dem Wege gehen, denn hier wäre er methodisch angreifbar. Da ist es besser, auf ein Medikament zu setzen, das seit mindestens 20 Jahren nicht mehr dem Stand der Technik entsprechend ist und für das niemand weltweit Forschung betreiben wird.

Aus diesem Grunde ist auch der Ruf nach Forschung (die weder Herr Osswald, noch die Herstellerfirma finanzieren wollen) einfach, und es besteht kein Risiko, dass wirklich jemand auf diese Idee kommt. Im Übrigen ist hierzu bereits viel veröffentlicht worden und ich erlaube mir nur zur Information der Leser auf folgende Zeitschriftenartikel hinzuweisen:

- DAZ-Forum 86, S. 14-16, 2005,
- Zahnarzt & Praxis Heft 10, 2007.

Auch wenn wir mittlerweile durch maschinelle Instrumentierung das Gros der Wurzelkanäle in weniger als 5 Minuten aufbereiten können und der eigentliche Vorgang der Obturation in ähnlich geringer Zeit abgeschlossen ist, wird die „Endodontie light“ eine Utopie bleiben und auch nicht durch die Anwendung von CHKM realisiert werden können. Schade eigentlich ...

Ihr interessierter Leser,

Prof. Dr. Richard Stoll

Med. Zentrum für ZMK, Universität Marburg, Abteilung für Zahnerhaltung

Kein „Titel-Kauf“ – Wenn Fachzahnärzte, dann mit universitärer Weiterbildung – Tätigwerden nur auf Überweisung

Leserbrief zu „Zahnärztliche Weiterqualifikation im System der Marktwirtschaft“ von Prof. Staehle in DAZ-Forum 98-09

Der BVAZ vertritt den Standpunkt, dass es zur indikationsgerechten zahnmedizinischen Versorgung der Bevölkerung keiner zusätzlichen Fachzahnärzte bedarf. Ob durch sie eine Steigerung der Qualität erreicht würde, ist nicht bewiesen. Auf jeden Fall wäre eine Verteuerung der Leistungen die Folge. Das kann nicht gesundheitspolitisches Ziel sein. Zwangsläufig würde auch die Zersplitterung der Zahnärzteschaft weiter vorangetrieben werden. Solche Visionen sind kein realitätsfernes Schreckensszenario, sondern dieses Procedere lässt sich seit Jahren analog bei der Ärzteschaft verfolgen. Das kann nicht unser Interesse sein. Wer am Abgrund steht, sollte nicht sehenden Auges noch einen Schritt weiter gehen.

Wenn Prof. Staehle davon ausgeht, dass das Fach der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde so umfangreich geworden sei, dass ein einfacher Zahnarzt es in seinen vielseitigen Facetten nicht mehr überblicken könne, dann müssen folgerichtig Spezialisten oder Fachzahnärzte das erforderliche Wissen in einzelnen Teilbereichen vertiefen.

Die Fachgesellschaften stellen i. A. sehr hohe Ansprüche an die Ausbildung zum Spezialisten, sowohl an die praktischen Fähigkeiten, als auch an Lehr- und Forschungsleistungen. Auch wenn die Allgemein Zahnärzte das erforderliche Leistungsspektrum zur patientennahen Ver-



sorgung – sämtliche Behandlungen korrekt und hochwertig – erfüllen, so werden sie dennoch bereit sein, in ausgesuchten Fällen für besondere Therapiemaßnahmen eine(n) KollegIn hinzuziehen, die/der sich durch umfassende Fortbildung auf einem kleinen Teilgebiet ein hervorragendes Wissen und ebensolche praktischen Fähigkeiten erworben hat. Das soll nicht bedeuten, dass eine flächendeckende Versorgung durch Spezialisten erforderlich wäre.

Der BVAZ geht davon aus, dass es zur indikationsgerechten Versorgung der Bevölkerung keiner zusätzlichen Fachzahnärzte bedarf. Dies würde einer gesundheitspolitisch nicht wünschenswerten Zersplitterung der Zahnheilkunde den Weg bereiten. Der umfassend tätige Allgemeinzahnarzt würde abgewertet und der Kampf um die Verteilung der Honorartöpfe wäre vorprogrammiert, ähnlich wie es bei den Ärzten seit langer Zeit zu verfolgen ist. Das können wir nicht wollen.

Wenn aber tatsächlich zur Verbesserung von Lehre und Forschung sowie für eine klare Positionierung zur Honoraranpassung – und damit ein Anreiz zum längeren Verbleib an den Universitäten – auf Fachzahnärzte nicht verzichtet werden kann, dann nur unter der Voraussetzung, dass diese Facharztausbildungen nur in einer mindestens 4-jährigen Weiterbildung an der Universität erfolgen. Des Weiteren muss gesichert sein, dass diese Fachzahnärzte für ein Teilgebiet der Zahnmedizin nur auf Überweisung durch einen Allgemeinzahnarzt und nur in ihrem Fachgebiet tätig werden. Hier läge eine Chance, dass weniger Kommerz und Weltfremdheit, sondern universitäre Aus- und Weiterbildung das Ziel der Spezialisierung bestimmen.

Eine Weiterbildung im Rahmen eines modularen Systems nebenberuflich, außeruniversitär und gegen viel Geld lehnen wir strikt ab. Hier kann ich mich dem letzten Satz von Prof. Staehle nur anschließen: „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.“

Dr. Dr. Marianne Grimm,
Bonn
Vorsitzende des Berufsverbandes
der Allgemeinzahnärzte (BVAZ)

Strukturkosmetik statt inhaltlicher Neuorientierung – Vom Widersinn der Fachzahnarzt-Diskussion

Leserbrief zu „Zahnärztliche Weiterqualifikation im System der Marktwirtschaft“ von Prof. Staehle in DAZ-Forum 98-09

Nachdem die überfällige Neufassung der Approbationsordnung einmal mehr verschoben worden ist, scheint es mehr denn je geboten, die Konsequenzen der fatalen Versäumnisse des Gesetzgebers mit den entsprechenden Fehlsteuerungen im System ungeschönt darzustellen. Mit „grob fahrlässig“ sind die Unterlassungen der Politiker nur unzutreffend mild beurteilt, und in diesem Fall ist Volkes Wunsch durchaus nachzuempfinden, wenn sie – analog einer Praxisbegehung – einmal einer gesetzgeberischen Aufgaben- und Sorgfaltspflichtprüfung mit entsprechender Haftung unterliegen würden. Schamesröte müsste die Politik überziehen angesichts des von ihr geduldeten abteilungsabgeschotteten Weiterwurschtelns wie bisher an einigen Universitäten und der klammheimlichen Unterstützung der aktuellen Strukturdiskussion über Bachelor- und Masterstudiengänge, über postgraduale Weiterbildung und neue Facharztanerkennungen. Kostendämpfende Strukturkosmetik statt notwendiger Diskussion über Inhalte, obskure Verweise auf „Bologna“ statt Nachdenken über eine morbiditätsorientierte Ausbildung.

Die aktuelle Analyse der Mundgesundheitsentwicklung in Deutschland verlangt eine Neuorientierung der Ausbildungsschwerpunkte, der Rückgang der Kariesprävalenz in fast allen Altersstufen, der Rückgang der Extraktionen und der Füllungsstätigkeit seit 1985 sind elementare Indikatoren eines sich wandelnden Bedarfs an zahnmedizinischer Betreuung. Auch die Hoffnung auf eine massive Ausweitung der parodontalen Behandlungen dürfte trügerisch sein, der Behandlungsbedarf ist nämlich entgegen der landläufigen Meinung seit 2000 nahezu unverändert. Und nicht nur hier drängt sich die Frage auf, welche Bestandteile der Versorgung eine universitäre Ausbildung verlangen und welche semiprofessionell durch ZMFs und Dentalhygienikerinnen erfolgreich zu gewährleisten sind. Erst danach lässt sich berechnen, wie viele Zahnmedizinstudenten wir in Deutschland zur Bedarfsdeckung brauchen. Nicht nur wegen der Prognose der Bevölkerungsentwicklung benötigt man nicht allzu viel Rechenkunst, um einen Minderbedarf von 10%, wahrscheinlicher

aber von 20% zu errechnen. Das muss zwangsläufig zu Schließungen von universitären zahnmedizinischen Abteilungen führen, und damit erschließt sich die fatale Logik der aktuellen Diskussion aus Sicht der Hochschule: Je weniger man sich um Inhalte kümmert, desto länger bleiben alle Unistandorte und Abteilungen und Professorenstellen erhalten. Je weniger man morbiditätsorientierte Ausbildungsinhalte deklariert, desto leichter gerät die Diskussion über neue Fachzahnarztbezeichnungen und postgraduierte Weiterbildung. Die Verschleppung der inhaltlichen Diskussion und die Forderung nach neuen Fachzahnarztsektionen haben eines gemeinsam: Sie stabilisieren oder erweitern gar die personelle Situation an den deutschen Universitäten.

Aber natürlich geriete die Analyse zu kurz und lediglich zur wohlfeilen Professorenschelte, wenn man die merkantilen Interessen des Weiterbildungsmarktes außer Acht ließe. Die Zahl der Fortbildungsinstitute, Laborseminare, Firmensymposien geht in die Tausende, dank Fortbildungspflicht ein glänzend florierender Markt. Die perspektivischen Tücken – denn irgendwann wird nach der Ethik der Fortbildung die Frage der betriebswirtschaftlichen Rentabilität gestellt werden – dürfen als durchaus beabsichtigt angesehen werden, denn die Antworten sind bekannt: eigene Gebührenordnungen für jeden Fachzahnarzt und Zuzahlungen der Patienten wegen angeblicher oder tatsächlicher besserer Qualität. Beides perpetuiert das selbst geschaffene System.

Und zu dieser Gemengelage gehört auch der Gesetzgeber. Geldknapp, wie er vorgibt zu sein, treibt es ihm das Leuchten in die Augen, wenn das Studium zukünftig zwei Semester kürzer ausfällt, denn alles, was darüber hinausgeht, muss privat finanziert werden. Da werden dann Rechnungen für privat genutzte Einrichtungen anfallen, die Assistentenstellen reduziert, die Unterstützungen der Studenten gestrichen. Fast zwangsläufig muss er dann weitere Fachzahnarzttrichtungen mit erweiterter Honorierungsmöglichkeit zulassen, denn dass man einen halbgebildeten Zahnarzt nicht auf die Patienten loslassen kann, das ist ihm schon klar. Aber eine neue Facharztbezeichnung kostet ihn nur das Papier, auf dem dies beglaubigt wird, ansonsten zahlt die Zeche der Patient.

Vor diesem Hintergrund sind die Ausführungen zur Weiterbildung von Professor Staehle zu werten, der einer weiteren

Fachzahnarztspaltung aus Gründen der Motivation und Bindung der Assistenten an den Universitäten sehr positiv gegenübersteht. Seine Thesen im Einzelnen:

Staehe: Die Qualität der Lehre wird durch die postgraduale Ausbildung des Fachpersonals in der Poliklinik deutlich verbessert.

Mein Facit: Natürlich muss dies so sein, denn trübe dieser Effekt nicht ein, würde sich der Gedanke der Fortbildung quasi schon an ihrem Entstehungsort ad absurdum führen. Irritierend ist allerdings, dass die Weiterbildung an den Universitäten nicht integraler Bestandteil jedes Assistenten-Vertrages zu sein scheint und die Kosten dieser Weiterbildung nicht selbstverständlich zu Lasten des Hauses gehen. Entscheidend scheint mir aber die Einschränkung mit der Poliklinik zu sein, denn erst durch die interdisziplinäre Zusammenschau ergibt sich für die Studenten der Erkenntnisgewinn, eine differentialdiagnostische Leitlinie und daraus folgend ein differenzierter Therapieansatz. Diese Sichtweise geht dem reinen Spezialisten zwangsläufig verloren, die bereits bestehenden Brüche an den Schnittstellen Kieferorthopädie und Oralchirurgie sind bedröhtes Zeugnis einer reinen Segmentorientierung (Kieferorthopädische Extraktionstherapie vs. Zahnerhaltung, Wurzelspitzenresektion vs. Endo, Implantationen vs. Zahnerhalt oder konventionelle Prothetik etc.).

Staehe: Die Einbindung der Spezialisten verbessert das Forschungsklima.

Mein Facit: Gewiss keine neue Erkenntnis, die natürliche Neugier und ein gewisser Ehrgeiz sind seit jeher ausreichende Triebfedern beim akademischen Nachwuchs. Nur für die Forschung müssen Kapazitäten frei sein, sowohl in finanzieller als auch zeitlicher Hinsicht, nicht nur bei den Assistenten, sondern auch bei den betreuenden Professoren. Die Abhängigkeit von z. T. fragwürdigen Drittmitteln aber untergräbt diesen Aspekt einer kontinuierlichen und damit zuverlässigen Zukunftsplanung, der für junge Leute, die sich häufig nach dem Studium auch in einer Familienplanungsphase befinden, attraktiv sein könnte. Und noch eine Anmerkung: Wer wirklich tief in die Forschung einsteigt, trägt sicherlich zum Erkenntnisgewinn bei, aber die Relevanz des Ergebnisses in Bezug auf die Spezialisierung dürfte allenfalls marginal ausfallen oder anders ausgedrückt: der Erkenntnisgewinn über Interleukine im Paro-

dontalspalt liefert keine Begründung für den Fachzahnarzt Parodontologie.

Löst man die These von der Bindung an eine Spezialisierung, dann werden die Versäumnisse der Politik überdeutlich. Ja, die Hochschulen brauchen zur Ausbildung und Bindung von qualifiziertem Personal eine ausreichende finanzielle Ausstattung, die drittmittelunabhängig ist. Die aktuelle Betreuungsquote ist indiskutabel für ein Fachgebiet, das sich höchst komplex und höchst verantwortlich mit den Leiden der Patienten auseinander setzen muss. Die für Forschung und für Forschungsbetreuung notwendige Zeit muss in der Kapazitätsverordnung ihren gebührenden Niederschlag finden. Gesundheitsforschung ist eine originäre Aufgabe des Staates, seine haushälterische Anstiftung zur Akquirierung von Drittmitteln hat zur Instabilität und Fragwürdigkeit der Forschung an deutschen Hochschulen beigetragen.

Staehe: Die Patientenversorgung wird durch die Spezialisierung verbessert.

Mein Facit: Diese These versucht Professor Staehe durch die Zunahme der Überweisungen an die parodontologische Abteilung zu belegen. Aus Sicht des Praktikers allerdings kein gutes Beispiel, denn gerade die Parodontologie scheitert in der Praxis an einer völlig insuffizienten Gebührenordnung für die Versicherten der GKV, erst recht, wenn die Zuzahlungsfähigkeit der Patienten eingeschränkt oder gar nicht vorhanden ist. Weder die notwendige Vorbehandlung noch die unabdingbare kontinuierliche Nachbehandlung der chronischen Erkrankungsform werden durch die Gebührenordnung abgedeckt. Insofern ist es begrüßenswert, wenn die Kollegen aus dem Umland die Fälle, die ihnen am Herz liegen, an die Klinik überweisen und auf den breiten Rücken der Uni spekulieren, weil den Patienten dort tatsächlich besser geholfen werden kann. Aber unter einem Gebührenrahmen, wie er z. B. in der neuen GOZ angedacht worden ist, wäre eine risikoadäquate Behandlung auch unter Praxisbedingungen sehr wohl zu leisten.

Zusammengefasst liefern weder die Lehre, noch die Forschung noch die Patientenversorgung eine hinreichende Begründung für die Installierung neuer Fachzahnarztsektionen.

Natürlich werden Zahnärzte, die ihrer Neigung folgend sich vertiefend in ein Fachgebiet einarbeiten, dort auch Pio-

nierfunktionen ausüben können oder zumindest die Differentialdiagnostik besser beherrschen oder schlicht manuell besser und auch schneller agieren können. Dieser Zeit-, Sicherheits- und Kompetenzgewinn, nicht zuletzt die persönliche Bestätigung, sind hinreichende Beweggründe für die fachliche Fortbildung, aber keine morbiditätsgerechte Grundlage für die Forderung nach einer eigenen Facharztbezeichnung, die letztlich nur als Vorwand für eine losgelöste Honorierung herhalten soll.

Der Evidenzgrad der Annahme, dass von Spezialisten durchgeführte Behandlungen erfolgreicher sind als die von Praktikern durchgeführten, ist extrem gering. So ist die Erfolgsquote der Wurzelkanalbehandlungen, die durch Studenten vorgenommen wurden, deutlich höher als die von „professionellen“ Praktikern. Die Qualität von Füllungen hängt nicht von den Spezialkenntnissen des Behandlers ab, sondern von der Sorgfalt, mit der er seinen Beruf ausübt. Die Indikation von Zahnersatz ist häufig weniger vom Wissen um die Wertigkeit der Versorgung geprägt als von den finanziellen Interessen des Behandlers.

So verständlich der berechtigte Wunsch der Universitäten nach einer höheren Betreuungsquote und besser ausgebildetem Personal ist, der Weg über Studienverkürzungen und neue Fachzahnarztsektionen zeitigt absehbare Konsequenzen: höhere Verschuldung der Studenten, eigene Fach-Gebührenordnung, Überweisungstätigkeit und weitere Zuzahlungen der Patienten mit der entsprechenden finanziellen Selektion ohne den Nachweis einer morbiditätsorientierten besseren Versorgungsqualität.

Der Marktorientierung der Zahnmedizin sollte kein weiterer Vorschub geleistet werden, nur damit der Staat sich klammheimlich noch weiter aus seiner Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung stehlen kann. Er ist in der Pflicht, die Approbationsordnung neu zu strukturieren und den Wilwuchs bei der postgradualen Weiterbildung einzudämmen.

Dr. Jochen Bauer, Lohmar

Selektion – durch wen, für wen, zu wessen Lasten?

Leserbrief zu
„Pauschale Ablehnung der Öffnungsklausel
entlarvt Versagen der Standesführung“
von Dr. Riedel in DAZ-Forum 98-09

Als neues Mitglied des DAZ habe ich mir die Zeit genommen, die letzten Ausgaben des DAZ-Forums zu lesen, und bin dabei im Forum 98 auf einen Artikel des 1. Vorsitzenden Dr. Riedel gestoßen, in dem ich einige Passagen mit Befremden gelesen habe.

Zitat: „Die Klasse, die jetzt langsam der Masse folgen muß, wird ... zwangsläufig nicht mehr von jedem heute tätigen Zahnarzt erbracht werden können. Auch hier gilt Darwins Lehrsatz „survival oft he fittest“.

Ich kann mir nicht vorstellen, daß die Mehrheit der DAZ-Mitglieder der Ideologie des „Sozialdarwinismus“, die Herr Riedel als berufspolitisches Zukunftsvision propagiert, anhängt. Der „Sozialdarwinismus“ stellt die Übertragung des biologischen Prinzips der natürlichen Selektion beim Kampf ums Dasein (survival of the fittest) auf gesellschaftliche Prozesse dar. Ich bin irritiert, dass Herr Riedel die politisch sehr bedenkliche Ideologie der Auslese im gesellschaftlichen Überlebenskampf propagiert. Er fordert die Bildung einer zahnärztlichen Elite, die gut qualifiziert sein soll aber nur einen Teil der niedergelassenen Zahnärzte umfasst. Diese Elite erhielte das gesamte Honorarvolumen. Die anderen Zahnärzte erhielten quasi kein Honorar mehr, was einem Berufsverbot gleichkäme.

Zitat: „Das vermeintliche Paradoxon „höheres Honorarniveau bei gleichzeitig konstantem Gesamthonorarvolumen“ löst sich nur auf, wenn sich dieses Volumen auf weniger Leistungserbringer verteilt.“

Ich dachte bisher, der DAZ hätte sich der Aufgabe verpflichtet, die „Solidarität unter den Kollegen zu stärken“ und alle Kollegen auf ein besseres Qualitätsniveau zu bringen. Stattdessen möchte Herr Riedel das Gesamthonorarvolumen auf weniger, aber dafür besser qualifizierte Leistungserbringer verteilen. Er glaubt anscheinend, dass sich die Qualität steigern ließe, wenn weniger Zahnärzte die gleiche Anzahl von Patienten behandeln. Es wird sich im Gegenteil durch die Arbeitsüberlastung seiner Elite die zahnmedizinische Qualität verschlechtern, wobei das erhöhte Honorarniveau dem nicht entgegenwirkt.

Es stellt sich auch die Frage, wer die zahnmedizinischen Qualitätskriterien aufstellt, die ein Zahnarzt erfüllen muss, um bei der Verteilung des „Honorarvolumens“ dabei zu sein. Wer entscheidet außerdem über die Erfüllung dieser Qualitätskriterien durch den einzelnen Zahnarzt? Diese Aufgabe wird z. B. eine Kapitalgesellschaft, wie die von Herrn Riedel propagierte „DENT-iV GmbH“, als Vertragspartner der Krankenkassen übernehmen. Die niedergelassenen Zahnärzte können nur dem von der „DENT-iV GmbH“ ausgehandelten Vertrag beitreten oder es bleiben lassen. Hieraus ergibt sich natürlich eine massive Abhängigkeit von einer anonymen „GmbH“, und der einzelne Zahnarzt wird zum Spielball dieser „GmbH“. So wird dann das „staatliche Gängelband“ durch das „privatwirtschaftliche Gängelband“ ersetzt.

Außerdem hat mich in diesem Artikel irritiert, dass Herr Riedel die Selektivverträge, die er mit den Krankenkassen abschließen will, nur unter Zuhilfenahme von externem privatwirtschaftlichem Know How und von externem professionellem Management glaubt aushandeln zu können. Meine weiteren Nachforschungen haben mir dann die Erkenntnis erbracht, dass Herr Riedel auch bereits eine Lösung für dieses Problem anbieten kann, die er in diesem Artikel verschweigt. Man braucht nur in das Forum 94 zu schauen, um zu erfahren, dass die Zahnärzte nur an dem Claridentis-Programm der „DENT-iV GmbH“ teilnehmen müssen und die Probleme „Qualität“ und „Honorar“ sind gelöst.

Es wird aber nicht thematisiert, dass eine „GmbH“ eine Kapitalgesellschaft ist, deren wirtschaftliches Prinzip die Gewinnmaximierung ist. Ich frage mich, bei wem dieser Gewinn abgeschöpft werden soll. Die AOK Bayern wird es sich sicherlich nicht gefallen lassen, bleiben also nur noch die Patienten oder die Zahnärzte übrig. Außerdem bleibt unklar, wer eigentlich die Inhaber der DENT-iV GmbH sind. Wer sich als Zahnarzt vertraglich an eine private Gesellschaft, an der er nicht beteiligt ist, bindet, hat natürlich keinen Anspruch, auf die Geschäftsführung des Unternehmens und die von ihr ausgehandelten Verträge Einfluss zu nehmen. Mitbestimmungswünsche der Zahnärzte könnten nur auf freiwilliger Basis durchgesetzt werden.

Um herauszubekommen, wer hinter der DENT-iV steht, lohnt sich ein Blick in das Handelsregister München. Die DENT-iV GmbH hat laut Handelsregister verschiedene GmbHs als Gesellschafter, wobei hin-

ter der GmbH mit der größten Beteiligung der Geschäftsführer und Mitinhaber einer Beteiligungsgesellschaft steht. Dieser Mitinhaber arbeitet nach eigenen Angaben „seit über 10 Jahren ... mit den führenden Akteuren des deutschen Gesundheitswesens (Krankenversicherern ...) zusammen“. Schon allein diese Besitzverhältnisse geben zu Besorgnis Anlass.

Steht hinter der DENT-iV vielleicht die AOK Bayern, die über diese Konstruktion versucht, ein Einkaufsmodell durchzusetzen und sich der DENT-iV nur als Feigenblatt bedient, welches schnell wieder vom Markt verschwinden kann? Die AOK Bayern würde dann den DENT-iV Zahnärzten sicherlich direkt Verträge anbieten.

Vereinbarungen können „von uns Behandlern auf Augenhöhe“, wie von Herrn Riedel gefordert, nur getroffen werden, wenn wir eine Genossenschaft gründen, die in unserem Besitz ist und nur unsere und nicht fremde Interessen vertritt. Die genossenschaftliche Form des Zusammenschlusses von niedergelassenen Zahnärzten ist die einzige Organisationsform, in der wir den Rest unserer freiberuflichen Unabhängigkeit bewahren bzw. ausbauen können. Die Genossenschaft gehört den beigetretenen Zahnärzten, jedes Mitglied hat eine Stimme und die Gewinne werden an sie ausgeschüttet.

Dr. Manfred Hillmer, Hamburg

Leider nichts als Stimmungsmache

Direkte Reaktion von Dr. Riedel auf
vorstehenden Leserbrief von Dr. Hillmer

Sich als neues DAZ-Mitglied in der allerersten Wortmeldung gleich einmal den Vorstandsvorsitzenden so prononciert vorzuknöpfen, dazu gehört gewiss viel Selbstvertrauen. Insbesondere ist der Mut Dr. Hillmers bemerkenswert, mit jeder Menge ungeprüfter Halbwahrheiten, zusammenhangloser Zitate und offenbar ungenügender Detailkenntnis uns seine dennoch weitreichenden Bewertungen wissen zu lassen. Aber auch ein schlechtes Beispiel hat seinen Wert, wenn man es dazu nutzt, Dinge zu korrigieren und aus Fehlern zu lernen.

Der Reihe nach: Offenbar ist Herr Hillmer bei seiner Forum-Recherche nicht weit genug in die Vergangenheit vorgedrungen. Denn dort hätte er jahrgangweise unsere frühere Rubrik 'Abgezockt' gefunden, in der mit zahlreichen Negativbeispielen unserer Kollegschaft auf äußerst deutliche Weise ins Gericht gegangen wurde. Hier wurden Behandler vorgestellt, die eine Krankenkasse niemals unter Vertrag nehmen würde, die Kasse dieses aber als Zwangsteilnehmer am KZV-Kollektivvertrag genauso machtlos wie zahnneknirschend hinnehmen muss. Das sind die Kollegen, die dem Ansehen des Berufsstandes seit Jahrzehnten geschadet haben und die die Solidarität mit Füßen getreten haben, mit denen sich Herr Hillmer aber gleichwohl meint, solidarisch erklären zu müssen. Nicht anders kann man das verstehen, da er den Abschluss eines Selektivvertrages, z.B. über die Öffnungsklausel, allein mit dem Hinweis auf die Solidarität des Berufsstandes ablehnt.

Der DAZ hat stets ein hohes Maß an Kollegialität und Solidarität geübt, allerdings auch immer sehr deutliche Grenzen gezogen gegenüber den Entwicklungen und Verhaltensweisen, die unseres Berufsstandes unwürdig sind bzw. die den Patienten aus dem Fokus des Bemühens rücken. Dieses Recht, nämlich die Abgrenzung von wenig nutzbringenden Teilnehmern am Gesundheitswesen, haben wir aber nicht allein gepachtet. Jede Krankenkasse, die in einen funktionierenden Behandlungsvertrag eintreten möchte, hat genau das gleiche Recht. Mir selbst ging und geht es dabei niemals um die Verbesserung einer im Rahmen der Regelversorgung ordentlichen Zahnheilkunde, wie sie heute schon in den meisten Praxen geleistet wird. Allen Beteiligten im Gesundheitswesen muss es allerdings darum gehen, keine eindeutig schlechten bzw. erheblich überbeurteilten

Behandlungsleistungen zu dulden. Dieses ist uraltes DAZ-Gedankengut, gerade auch deshalb, weil die eigentlich hierfür verantwortlichen Körperschaften dieses Ziel niemals wirksam verfolgt haben und es bis heute nicht tun. Auch Herr Hillmer wird noch darauf stoßen, wenn er nur die DAZ-Vergangenheitsforschung etwas intensiver betreibt.

Will die Zahnärzteschaft tauglich sein für die Herausforderungen, die auf sie zukommen, muss sie heute die richtigen Weichen stellen. Nichts anderes meinte ich mit dem (übrigens gar nicht ursprünglich von Darwin geprägten) Lehrsatz 'survival of the fittest', den Darwin später synonym für seine Lehre von der natürlichen Auslese benutzte. Dieser Kernsatz der naturwissenschaftlichen Theorie des Darwinismus hat mit 'Sozialdarwinismus' so viel zu tun hat wie die Astronomie mit der Astrologie, nämlich rein gar nichts! Man muss Herrn Hillmer wirklich sehr anraten, sich zunächst mit Begriffsinhalten eingehender vertraut zu machen, bevor er auf breiter Front Nebelkerzen zündet. Auch wäre es fair gewesen, meinen kompletten Satz, in dem Darwins Lehrsatz vorkam, im Zusammenhang zu zitieren, denn nach einem Doppelpunkt wurde meine Aussage präzisiert: '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.'

Darwin ging es nicht um das Überleben des Einzelnen, sondern um das Überleben bzw. die Fortpflanzung der Art! Somit bedeutet in Darwins Theorie das 'survival of the fittest' eben genau NICHT 'das Recht des Stärkeren'! Für Darwin hatte die Einmaligkeit des Individuums ein herausragendes Gewicht, weshalb für alle späteren Gesellschafts- und Rassentheorien, für die sich der Begriff 'Sozialdarwinismus' anbot, Darwin nicht verantwortlich zeichnet. Folgerichtig widersetzte sich Darwin konsequent den Versuchen der ideologischen Vereinnahmung durch seinen Zeitgenossen Karl Marx. Was ist jedoch falsch daran, auch im Gesundheitswesen unterschiedliche Versorgungsformen zu etablieren, solange sie nicht nur auf den Vorteil Einzelner ausgerichtet sind bzw. wohlverstandene Patienteninteressen vernachlässigen? Es ist dabei eine Binsenweisheit, dass die finanziellen Ressourcen begrenzt sind, denn genau dieses ist ja die Triebfeder völlig unausweichlicher Veränderungen. Hierzu muss sich auch der zahnärztliche Berufsstand positionieren, wobei eine Forderung von 'Klasse statt Masse' eine probate

Antwort darstellt, die unser Berufsstand sich selbst abzuverlangen hat und die auch der DAZ in dieser Weise oft postuliert hat. Wie Darwin um die Erhaltung der Art hat es uns um die Erhaltung des Ansehens unseres Berufsstandes als Voraussetzung für unsere Freiberuflichkeit und relative Selbstverantwortlichkeit zu gehen. Das Überleben der Zahnärzteschaft an sich ist natürlich nicht gefährdet, die Bedingungen aber, unter denen wir leben wollen, sollten und können wir nur selbst bestimmen. Dazu gehört es, der immer noch verbreiteten Über- und Fehlversorgung besser zu begegnen. Wenn mit selektiven Versorgungsverträgen u.a. auch dieses Ziel verfolgt wird, so ist das nicht das von Krankenkassen oder dem Gesetzgeber gewollte Ende der zahnärztlichen Solidarität, sondern eine Notwendigkeit, für die zuallererst unser Berufsstand selbst einstehen muss!

Deshalb ist es geradezu abstrus und wenig hilfreich, wenn Herr Hillmer die notwendigen Veränderungen unseres Berufsstandes, die der DAZ schon lange anmahnt, zu einem 'gesellschaftlichen Überlebenskampf' hochstilisiert. Es geht auch völlig an der Realität vorbei, wenn er behauptet, dass weniger Ärzte nur qualitativ schlechter arbeiten könnten. Richtig ist vielmehr, dass in der Vergangenheit ein wachsendes Behandlungsangebot durch regional zunehmende Praxiszahlen immer zu wachsenden Behandlungsvolumina geführt hat, und das trotz (oder wegen?) sinkender Patientenzahlen pro Praxis, wobei ein höheres Maß an Gesundheit damit nicht einherging. Bessere Zahnärzte (solche nämlich mit längeren Verweildauern von Füllungen und Zahnersatz etc. bzw. überhaupt weniger Zahnheilkunde durch konsequente Prophylaxe) sind genau die, deren Arbeitsbelastung jedenfalls nicht durch unnötige Reparaturmaßnahmen bestimmt wird.

Vollends aus der Spur geraten die Einlassungen von Herrn Hillmer bezüglich möglicher neuer Managementstrukturen im Gesundheitswesen. Meine diesbezüglichen Ausführungen waren lediglich die, dass die Zahnärzteschaft gut beraten ist, sich in Sachen Management echte Profis an die Seite zu nehmen und nicht zu glauben, hierfür selbst die ausreichende Sachkenntnis zu besitzen. Wenn Herr Hillmer es für wichtig erachtet, sich über die im Handelsregister eingetragene Organisationsform einer bekannten und seriösen Managementgesellschaft ein genaues Bild machen zu müssen, fragt man sich, ob er das bei allen anderen Firmen wie Banken, Versicherungsgesellschaften, Krankenkassen oder Dental-

Depots, mit denen er Verträge schließt, auch tut. Ich bezweifle, dass Herr Hillmer selbst einer angesehenen Firma misstraut, ich bezweifle aber auch, dass es ihm mit derartigen Einlassungen um ein seriöses Informationsanliegen geht. Denn tatsächlich versucht er hier nur, auf unverantwortliche Weise, nämlich ohne jeden konkreten oder auch nur abstrakten Anlass, negative Stimmung und Ängste zu produzieren. Dieses Stilmittel gehört für mich in die unterste Schublade des politischen Umgangs. Zahnärzte, die mit ihren Patienten das Geschäft mit der Angst betreiben, haben in einem Heilberuf nichts zu suchen und sind unseres Berufsstandes schlicht nicht würdig. Für den innerkollegialen Umgang muss nolens volens präzise die gleiche Maxime gelten.

Wer im Paragraphen 140 SGB V nachliest, findet dort als gesetzliche Vorgabe die private Managementgesellschaft als eine der möglichen Organisationsstrukturen bei der Integrierten Versorgung. Für Herrn Hillmer ist so eine Firma aber schon deshalb unseriös, weil sie eine Gewinnerzielungsabsicht hat, und man fragt sich angesichts derartiger Vorhaltungen, welchen sozialistischen Träumereien der Kollege nachhängt und ob er diese Absicht mit seiner Praxis nicht hat. Wenn man dann noch zur Kenntnis nimmt, dass z.B. die Dent-IV in Bayern als einzige Betriebseinnahme Managementgebühren analog der KZV-Verwaltungsgebühren verbucht, die noch unterhalb der Verwaltungsgebühren der KZV Bayerns liegen, dann erübrigt sich wohl jedwedes misstrauische Hinterfragen, wo denn der Gewinn der Firma ‚abgeschöpft‘ wird. Wenn man zudem weiß, wie viel mehr Leistungen die Managementfirma ihren Zahnärzten im Vergleich zur KZV bietet, wird der Vorwurf der Gewinnerzielung noch einmal absurder.

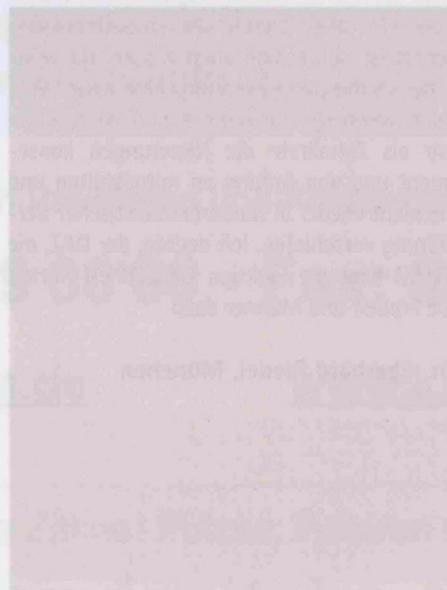
Recht unverhohlen rückt Herr Hillmer dennoch die Managementgesellschaft in die Nähe des Anrühigen, die anscheinend die eigene wirtschaftliche Bereicherung durch Ausnutzung der ihr vertraglich verbundenen Zahnärzte zu ihrem Hauptziel erklärt hat. Wer so denkt, zeigt sich nicht nur extrem ideologisch verblendet, sondern bar jeden Vertrauens in handfeste vertragliche Regelungen. Diese sehen z.B. ein ständiges Kündigungsrecht durch den Partnerzahnarzt vor. Da eine Firma aber ohne ihre freiwillig gebundenen Kunden nicht funktionieren kann, wird die Managementgesellschaft alles daran setzen, das Vertrauen ihrer Kunden stets zu erhalten und nie aufs Spiel zu setzen. Sichergestellt ist auch, dass keine Entscheidung, die zahnärztlichen Sachverstand erfordert, durch Unternehmensberater, Betriebswirte oder IT-Spezialisten getrof-

fen wird, ganz abgesehen davon, dass diese auch nie auf die Idee kommen würden, an den Interessen und dem Sachverstand der angeschlossenen Zahnärzte vorbei zu entscheiden (s.o.). Tatsache ist auch, dass eine völlige Unabhängigkeit der Managementgesellschaft von der Krankenkasse existiert, was sich auch bereits aus dem Körperschaftswesen der Kasse und der privaten Natur der Managementgesellschaft ergibt.

Wenn Herr Hillmer befürchtet, dass in Selektivverträgen sogar die zahnmedizinischen Qualitätskriterien von berufsfremden Personen definiert werden, so scheint ihm bislang nicht zum Bewusstsein gelangt zu sein, welches Maß an Einflussnahme der Zahnarzt mit seinem Sachverstand ausüben kann und muss. Im Kollektivvertrag ist freilich die Eigeninitiative nie gefragt und gefördert worden. Im Selektivvertragswesen ist sie aber unabdingbar erforderlich und erwünscht, weshalb alles Schwadronieren über die Zahnärzte als ‚Spielball‘ oder ‚am Gängelband‘ einer GmbH restlos an der Realität vorbeigeht.

Und was die famose, jedoch gar nicht mehr neue Idee des genossenschaftlichen Zusammenschlusses von Zahnärzten anbetrifft, so sei das neue DAZ-Mitglied aufgefordert, nicht nur zu reden und zu schreiben. Herr Hillmer möge sich ein Beispiel an einigen anderen DAZlern nehmen und seine Idee ebenfalls in die TAT umsetzen, muss dabei jedoch auch bereit und fähig sein, jede Menge Schelte für seine Aktivitäten einzustecken, insbesondere und gerade dann, wenn diese Schelte restlos ungerechtfertigt ist. An dieser Stelle erweist sich dann erst, wie groß der zur Schau getragene Mut denn wirklich ist.

Dr. Eberhard Riedel, München



Öffnungsklausel bringt nicht mehr Qualität sondern Markt-Bereinigung

Leserbrief zu „Pauschale Ablehnung der Öffnungsklausel entlarvt Versagen der Standesführung“ von Dr. Riedel in DAZ-Forum 98-09

Im Forum 98 hat Dr. Eberhard Riedel seine Sicht der „Öffnungsklausel“ als Vorsitzender des DAZ ausführlich dargelegt. Die Redaktion hat sich genötigt gefühlt, diesen Artikel mit dem Hinweis zu versehen, dass der Inhalt nicht die „abgestimmte Meinung“ des Verbandes wiedergibt. Zum Glück, kann man da als langjähriger und begeisterter Leser des Forums nur hinzufügen. Wenn die vom Gesetzgeber vorgesehene Öffnungsklausel in die GOZ-neu Eingang finden sollte, wird damit die Regelung ermöglicht, die schon heute in der Gesetzlichen Krankenversicherung gilt.

Man braucht also keine großen gedanklichen Anstrengungen, sondern muss nur die Realität zur Kenntnis zu nehmen, um zu wissen, was diese Klausel den Versicherten an Qualitätszuwachs bringen wird, denn darum und nicht um eine bessere Positionierung einzelner Praxen am Markt sollte es gehen. Die Öffnungsklausel, die heute mit Namen wie Imex, go dentis, Nulltarif für Zahnersatz, etc. verbunden ist, zeigt deren tatsächlichen Inhalt. Die Werbung entlarvt diese Kooperationen als das, was sie sind: Billiganbieter, die Patienten zu den anbietenden Unternehmen und in die eingekauften Praxen schleusen. Der Zahnarzt zahlt für diese Zuführung und kann dafür im „Nichtfestzuschussbereich“ mit den Patienten machen, was er will. Für jeden etwas; nur der Patient ist nicht ganz so wichtig.

Weiß man hier, dass es nur um Markt und Marktberreinigung gehen kann, so sind die Modelle, bei denen die gesetzlichen Kassen federführend sind, geschickter verpackt. Hier wird ein Anfangsangebot unterbreitet, das höhere Preise und längere Garantien verspricht. Qualität zum Anfassen und Patienten zum Ausschauen gibt es, denn der Zahnarzt legt fest, wer im Programm behandelt wird und wer nicht. Schöne neue Welt. Aber die Entscheidungen über Teilnahme, Inhalte des Programms und Rauswurf aus dem erlauchten Behandlerkreis liegt nur bei den Anbietern, spricht den Krankenkassen. Es ist nicht wie im System der KZVen, wo genossenschaftliche Strukturen bestehen und damit Mitbestimmung möglich ist. Vieles ist verbesserungsbedürftig im System der KZVen und es ist gut, dass der DAZ seit Jahren den Finger immer wieder in die Wunden legt. Aber wer den Abschied von der Mitbestimmung propagiert, weiß nicht, wo er ankommt - oder gerade doch?

Dr. Heiner Schleithoff, Berlin

Horrende Fehleinschätzung, Herr Dr. Schleithoff!

Direkte Reaktion von Dr. Riedel auf vorstehenden Leserbrief von Dr. Schleithoff

Es gibt zu denken, wenn selbst die führenden Köpfe der mit uns befreundeten Verbände zu so erheblichen Fehlbewertungen gelangen. Als ‚begeisterter Leser‘ des Forums müsste Herr Schleithoff wissen, dass die von ihm ausgemalten Horrorszenarien, also Großlabore oder Krankenversicherungen, die Zahnärzte wahllos zu Billigtarifen einkaufen, im DAZ mit großer Einhelligkeit ablehnt werden. Produkte wie ‚Mc Zahn‘, ‚Imex‘ oder ‚go dentis‘, bekanntlich ohne eine Öffnungsklausel entstanden, haben tatsächlich gar nichts mit den Möglichkeiten zu tun, die sich speziell durch die Öffnungsklausel ergeben werden. Wir haben gute Gründe, derartige Konstrukte strikt abzulehnen, gerade weil, wie der Kollege richtig beschreibt, es bei ihnen eben nicht um die Qualität der Behandlungsleistung und nicht um den Patienten geht, sondern nur um einen Preiskampf, der die Versorgung verschlechtern wird.

Genau so steht es auch in meinem Artikel, weshalb es verwundert, dass Herr Schleithoff hier ganz unnötig Verwirrung stiftet. Den Schwerpunkt meines Tuns für den DAZ, nämlich die Initiierung und Entwicklung eines Qualitätsprojektes mit dem Slogan ‚Patient im Mittelpunkt‘ sollte Herr Schleithoff kennen und daher gerade mir nicht vorwerfen, mir ginge es in Wahrheit um ganz andere Dinge!

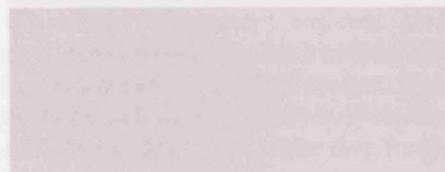
Wie mit allen Neuerungen, so muss auch mit der Öffnungsklausel vorsichtig und intelligent umgegangen werden. Vermutlich wird es sich nicht ganz vermeiden lassen, dass in diesem Fahrwasser ‚Produkte‘ entstehen, die wir aus o. g. Gründen nicht gut heißen können, deren Halbwertszeit aufgrund der resultierenden schlechteren Gesundheitsleistung aber auch jeweils kurz sein wird bzw. die wie die o. g. nur ein Kümmersdasein führen werden. Solche möglichen anfänglichen Fehlentwicklungen allerdings als Vorwand zu nehmen, auf die sich aus der Öffnungsklausel ergebenden positiven Entwicklungsmöglichkeiten gleich ganz zu verzichten, das leuchtet nur jemandem ein, der in körperschaftlich-kollektivistischen Strukturen noch förmlich festgenagelt ist und in bekannter standespolitischer Manier zur Pauschalablehnung jeder Neuerung neigt. Mit derartigen Scheuklappen wird es niemals möglich sein, das Vorhandensein eines ernsthaften Interesses von Kassen und Versi-

cherungen zu erkennen, mit qualitätsorientierten ‚Leistungserbringern‘ als echten Vertragspartnern zum gemeinsam interessierenden Wohle von Patienten bzw. Versicherten Versorgungsstrukturen aufzubauen. Genau in solchen Strukturen gibt es eben NICHT die ungleich langen Spieße und damit eine Übermacht der Kasse, sondern immer nur zwei Anbieter, die sich auf Augenhöhe gegenüberstehen: die Kassen mit ihren Versicherten und ihrem Honorarangebot auf der einen und die (Zahn-)Ärzte mit ihrem nachprüfba- ren professionellen Behandlungsangebot und ihrer berechtigten Honorarforderung auf der anderen Seite: echte Vertragspartner, die sich gegenseitig brauchen.

Es mag sein, dass die Zunahme derartiger selektiver Strukturen langfristig zu einer Marktberreinigung führen wird, ein Vorgang, der durch den Kollektivvertrag, zumal in Zeiten der Niederlassungsfreiheit, tatsächlich ständig wirksam verhindert wird. Aber nicht die Marktberreinigung gilt es zu geißeln, sondern deren kollektive Verhinderung durch ein intransparentes KZV-System, das unfähig ist, Über- und Fehlversorgung zu erkennen bzw. auch nur einigermaßen zu vermeiden! Und das sind ganz althergebrachte originäre Themen des DAZ!

Wenn dann noch fehlende Mitbestimmungsmöglichkeiten in privatrechtlichen Strukturen für deren Ablehnung herhalten müssen (wer sagt denn, dass diese nicht vertraglich vereinbart werden können?) und als Positivbeispiel angebliche genossenschaftliche Strukturen innerhalb der KZVen angeführt werden, dann ist es nicht mehr nur Augenpulver, das hier unters Volk gebracht wird, sondern grobkörniger Sand, der ins Auge soll. Wie sehr es seit 2005 mit der Mitbestimmung bei den KZVen vorbei ist, weiß man doch in Berlin am allerbesten. Und dass eine KZV alles andere als eine Genossenschaft ist, sollte man auch wissen. Da wünsche ich mir dann allerdings eine neue Welt, auch wenn sie nur dann schön wird, wenn wir als Zahnärzte die Neuerungen konsequent und von Anfang an mitgestalten und sie nicht wieder in fundamentalistischer Verklärung verschlafen. Ich dachte, der DAZ, die VDZM bzw. die Fraktion Gesundheit hätten die Frauen und Männer dazu.

Dr. Eberhard Riedel, München



Gesundheitspolitik: Was derzeit wirklich passiert Döllein-Dossier Teil II

Auf den DAZ-Webseiten finden Sie die Fortsetzung der Ausführungen des Allgemeinärztes Dr. Jan Erik Döllein zur Entwicklung unseres Gesundheitswesens. Döllein sieht nicht nur die medizinische Versorgung, sondern auch die Demokratie in Deutschland



bedroht durch eine kleine Schicht mächtiger Lobbyisten, die, wenn keiner sich wehrt, ebenso die Ärzte wie die meisten übrigen Bürger zu gefügigen „Angestellten der Firma Deutschland“ degradieren werden. Sein Appell ist, auch unabhängig von seiner Analyse, so richtig wie trivial: sich informieren, selber denken, urteilen, aktiv werden.

Mehr bei LESETIPPS unter www.daz-web.de

Kostenloses Infomaterial für Patienten

Die DAZ-Informationsstelle für Kariesprophylaxe (IfK) beliefert Sie auf Anfrage mit regelmäßig aktualisierten Informationsmaterialien zu Prophylaxe-Themen, speziell zur Vorbeugung mit Fluoriden, für Patienten/Verbraucher aller Altersgruppen und für Multiplikatoren.



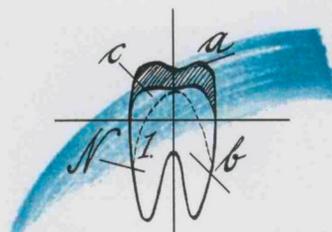
Neue Adresse:

Informationsstelle für Kariesprophylaxe
Leimenrode 29
60322 Frankfurt
Tel. 069/2470 68226
Fax 069/7076 8753
E-Mail daz@kariesvorbeugung.de

Vielleicht können Sie ja noch Material gebrauchen für Aktionen rund um den Tag der Zahngesundheit am 25. September.

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

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



proDentum® Dentaltechnik



DIN EN ISO 9001:2000
Zertifikat: 01 100 035012



Seit 1992.

Mit deutschem TÜV- Qualitätsmanagement.

Und dem einmaligen Service und der Geschwindigkeit unseres TÜV zertifizierten Meisterlabors in Berlin und Singapur.

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

Nutzen Sie unser Einstiegs - Sonderangebot

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

Bestellen Sie unverbindlich Preislisten und Kostenvoranschlags-Formulare unter

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

www.prodentum.de
Berlin

www.kaiser-dental.com
Singapur

Lieben Sie Ihre Zähne! Putzen, Polieren und Pflegen mit

www.denttabs.com

Bestellen Sie kostenlose Proben für Ihre Patienten



„Mein Zahnarzt ist ein Sparfuchs.“

P3 permadental
Persönlich. Präzise. Preiswert.

Ilona, Bäckereifachverkäuferin

Als mein Zahnarzt mir erklärte wie die Regelversorgung trotz vollem Bonus in meinem Fall ausgesehen hätte war ich echt schockiert. Zum Glück konnte er mir mit Zahnersatz von Permamental eine hochwertige Alternative bei nur geringen Mehrkosten bieten.

www.permadental.de Freecall 0800/7376233