



32. Jahrgang,
Dezember 2013

Ausgabe 117

Forum für Zahnheilkunde

Zeitschrift des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde
und des Berufsverbandes der Allgemeinzahnärzte



Zahnmedizinische
Versorgung in
Gesellschaften
längeren Lebens

Intentiöse Eminenz
statt Evidenz
bei DVT-Leitlinie

Betreibt das „Forum“
Verunglimpfung der
Zahnärzteschaft?

Kindern Zukunft
schenken:
richtungsweisende
HDZ-Projekte

Warum eine
Zahnputz-
Tablette?

Dt. Zahnärztetag 2013:
Geschäftsmodelle,
wohin man schaut

www.daz-web.de
www.bvaz.de



Apollonia-Preisträger Prof. Giovanni Maio:

Prävention und Heilkunde
funktionieren nur
in gemeinsamer Verantwortung

waterpik®

Mundduschen

EMPFOHLEN
VON EXPERTEN



€ 119,95*
PZN 06414599

Munddusche
Ultra Professional WP-100E4



€ 130,00*
PZN 08800987

Munddusche
Traveler WP-300E



€ 199,00*
PZN 09778648

Dental-Center
Complete Care WP-900E



€ 109,95*
PZN 00729244

Munddusche
Classic WP-70E

**Waterpik® – seit über 50 Jahren
erfolgreich im Kampf gegen Parodontitis.**

Beratung und Verkauf bei Ihrem Zahnarzt, in Ihrer Apotheke
oder direkt beim deutschen Exklusiv-Vertriebspartner:


intersanté GmbH
Wellness, Health & Beauty

Berliner Ring 163 B
D-64625 Bensheim
Tel. 06251 - 9326 - 10
Fax 06251 - 9326 - 93
E-mail info@intersante.de
Internet www.intersante.de



* inweb-Preisempfehlung



Die „Forum“-Redaktion wünscht ein frohes Weihnachtsfest und ein gesundes Jahr 2014!

Chlorhexidin – BfArM erinnert an das Risiko anaphylaktischer Reaktionen

Angesichts neuer Fallberichte erinnert das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) an die potenziell lebensbedrohlichen Folgen der anaphylaktischen Reaktion auf Chlorhexidin (CHX). Dem Bundesamt liegen nach eigenen Angaben 147 Berichte über anaphylaktische Reaktionen auf das häufig eingesetzte Antiseptikum vor.

Chlorhexidin ist als Wirk- oder Hilfsstoff in vielen Arzneimitteln wie Mundspüllösungen und Mundgelen, Haut- und Schleimhautantiseptika, Handdesinfektionsmitteln, Wund- und anderen Cremes, Gleitgelen für medizinische Eingriffe, Spüllösungen für Blasenkatheter und Augen- und Nasentropfen enthalten. Zudem findet es sich in zahlreichen Wundpflastern und Kosmetika.

Chlorhexidin kann Überempfindlichkeitsreaktionen von lokalen bis hin zu schweren anaphylaktischen Reaktionen hervorrufen. Die dem BfArM vorliegenden Berichte handeln größtenteils von Fällen nach der Anwendung chlorhexidinhaltiger Mundspüllösungen.

Das BfArM empfiehlt, Patienten bei Auftreten einer Überempfindlichkeitsreaktion gegen CHX über die Gefahr der allergischen oder anaphylaktischen Reaktion bei erneuter Anwendung des Wirkstoffes aufzuklären und darüber zu informieren, dass sie zukünftig alle chlorhexidinhaltigen Arzneimittel und Produkte meiden sollten. Auch medizinisches Personal sollte darauf hingewiesen werden, dass bei Patienten mit bekannter oder vermuteter Chlorhexidin-Allergie keine CHX-haltigen Arzneimittel oder Produkte verwendet werden dürfen. Bei Verdacht auf eine Chlorhexidin-Allergie sollte im Zweifelsfall eine allergische Diagnostik durchgeführt werden.

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

Weitere Infos und Literatur:

<http://www.bfarm.de/DE/Pharmakovigilanz/risikoinfo/2013/RI-chlorhexidin.html>

**Redaktionsschluss für Forum 118:
15. Januar 2014
Erscheinen: März 2014**

Inhaltsverzeichnis Forum für Zahnheilkunde 117 -2013

- 03 Editorial: Cui bono? von Dr. Dr. Rüdiger Osswald
06 HDZ-Spendenaufwurf für die Philippinen
- DAZ-Teil**
- 07 Bericht von der DAZ-IUZZ-Jahrestagung mit Prof. Glaeske von Dr. Celina Schätze
08 Das Gesundheitssystem bedarf gemeinsamer Verantwortung – Ethiker Maio erhält Apollonia-Preis – von Irmgard Berger-Orsag
11 Schwarze Schafe? Ja. Schwarze Herde? Nein! – Leserbrief von Dr. Michael Frank
12 Es gibt sie noch, die Standesführer – von Dr. Kai Müller
12 Betreibt das „Forum“ Verunglimpfung der Zahnärzteschaft? – von Dr. Celina Schätze
12 Zahnarzt ist ein sozialer Beruf! – von Christoph Kranich
15 Selbst viermal jährlich reicht nicht – Behebung von Mundgesundheitsdefiziten bei Pflegebedürftigen – VDZM-Pressemeldung
16 Bessere Mundgesundheit für Pflegebedürftige – Interview mit Matthias Rump
17 Kurzmeldungen: Neues DAZ-Vorstandsmitglied Dr. Frahn / Prof. Zimmer erhält Tholuck-Medaille / Apollonia-Förderpreis für PD Dr. Bizhang
18 Warum eine Zahnputztablette? – von Prof. Dr. Dr. h.c. Peter Gängler
19 Fresse polieren – Beschreibung eines Selbstversuches - von Bernhard Bartsch
- BVAZ-Teil**
- 21 Intentionale Eminenz statt medizinischer Evidenz: S2K-Leitlinie der AWMF „Dentale digitale Volumetomografie“ – BVAZ-Pressemeldung
22 Kindern Zukunft schenken – Hilfswerk Deutscher Zahnärzte: Richtungsweisende Projekte – von Dr. Michael Loewener
24 Praxis 2013 – Vision 2020 – 3. Bonner Runde - von Andreas Bien
26 Geschäftsmodelle, wohin man schaut – Eindrücke vom Deutschen Zahnärztetag 2013 – von Dr. Roland Kaden
27 Magische Heilmethoden Teil 4 – Schüßler-Salze
28 Kurzmeldungen: 2te Zahnarztmeinung & BVAZ-Alternative / Noch keine Verträge mit Pflegeeinrichtungen abschließen
30 Ohne Moos nix los – GOZ 2012–Knackpunkte - von Dr. Jürgen Simonis

Impressum

Herausgeber/Redaktion/Mediadaten:

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) e.V.

Kaiserstr. 52, 53840 Troisdorf, T. 02241/97228-76, F. 02241/97228-79
kontakt@daz-web.de, www.daz-web.de

Berufsverband der Allgemeinzahnärzte (BVAZ) e.V.

Fritz-Hommel-Weg 4, 80805 München, T. 089/3618030, info@bvaz.de, www.bvaz.de

Redaktion dieser Ausgabe: Dr. Celina Schätze (V.i.S.d.P. für DAZ-Teil), Irmgard Berger-Orsag, Dr. Peter Nachtweh, Dr. Kai Müller; Dr. Dr. Rüdiger Osswald (V.i.S.d.P. für BVAZ-Teil), Dr. Dr. Marianne Grimm, Dr. Roland Kaden, Dr. Jürgen Simonis

Erscheinungsweise / Auflage: 1.100 Ex., 4x jährlich

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

Bildnachweis: Cover, Seiten 8+17: Wolfgang Hilgert, ZÄK WL. Seiten 6, 22+23: Hilfswerk Deutscher Zahnärzte. Übrige Seiten: Seite 7: Gerd Gneist, Prof. G. Glaeske; Seite 12: Verbraucherzentrale HH; Seite 16: www.abvp.de; Seite 17: I. Berger-Orsag, Univ. Witten-Herdecke; Seite 18: Prof. Peter Gängler; S. 19: Bernhard Bartsch, www.dentabs.de; S. 21: EU-Kommission; Seite 24: BVAZ-Archiv; S. 25: Dr. Andreas Bien; Seite 26: Christoph Kaden; Seite 27+28: Mandy Himmelblau; Seite 30: Vera Orsag



Editorial: Cui bono?

Der renommierte australische Endodontologe David Figdor war in 2003 der erste Wissenschaftler, der sich traute, in einem Editorial einer renommierten Fachzeitschrift einzuräumen, dass sämtliche Fortschritte der Mechanik der letzten 50 Jahre nicht zu einer Verbesserung der eher bescheidenen Erfolgsquoten beim endodontischen Zahnerhalt geführt haben. Er mahnte die Kollegenschaft, nunmehr endlich auf die vernachlässigte Desinfektion zu fokussieren (1). 10 Jahre später muss Kollege van der Sluis in seinem Editorial einräumen, dass sich daran nichts geändert hat (2). Wie denn auch? Schließlich wurde ja auch das als Goldstandard gelehrte und stoisch angewandte Behandlungsprotokoll nicht verändert. Wie man sieht, hatte Einstein völlig Recht, als er anmerkte, der menschliche Wahnsinn gipfele nicht zuletzt darin, bei unverändertem Procedere andere Ergebnisse zu erwarten.

Nachdem er die von ihm überblickten vergangenen 20 Jahre als ausgesprochen langweilig erlebt hat, erhofft sich Kollege van der Sluis in den kommenden zwei Jahrzehnten mehr Spannung durch Fortschritte beim chemischen Aufbrechen des Biofilms, der die Bakterien vor den Desinfektionsmitteln schützt. Zu der aus meiner Sicht trivialen Schlussfolgerung, dass man dazu andere Medikamente einsetzen muss, wenn es mit den bisher angewandten ganz offensichtlich nicht klappt, gelangt er leider nicht. Ganz offensichtlich hat er nicht nur die Studie von Hope et. al. aus 2007 (3) übersehen, die zeigt, dass NaOCl bereits in 1%iger Konzentration sehr wohl in der Lage ist, diese Biofilme aufzubrechen, dass es aber gar nicht überall hin gelangt, wo sich diese bilden.

Große Hoffnungen setzt Mijneer van der Sluit auch darauf, mit Hilfe des DVT weitere (Neben-)Kanäle aufzuspüren, die man mechanisch aufbereiten kann. Nach den Gesetzen der Logik wird sich jedoch nichts dadurch zum Guten verändern, dass sich

dann nicht mehr mindestens 50%, sondern höchstens 49% des endodontischen Hohlräumsystems jeglicher mechanischer Reinigung entziehen. Vom regelmäßig bakteriell infizierten Periapex und dem die Wurzelspitze umgebendem Knochen einmal abgesehen, die leider erst anlässlich der zahllosen Resektionen ins Blickfeld der Endodontologen geraten. Vielleicht hofft er ja mit seinen Abonnenten, die verantwortlichen Bakterien eines Tages unter dem noch zu entwickelnden praxistauglichen Elektronenmikroskop einzeln darstellen und mit den noch zu erfindenden Superfeilen der Reihe nach abstechen zu können?

Auch für die Skandinavier, die seit Kriegsende gemeinsam mit den US-Amerikanern die Lufthoheit über den endodontologischen Stammtischen verteidigen und jede Abweichung vom Behandlungsdogma bis in die Praxen hinein verbissen verfolgen, läuft es alles andere als rund: So hatten Eckerbom et al. in 2007 in einer retrospektiven Studie über 20 Jahre festgestellt, dass sich die Zahl von Wurzelkanalbehandlungen in Schweden in diesem Zeitraum deutlich erhöht hatte. Auch die röntgenologische Qualität in der Ausführung zeigte sich stark verbessert. Leider war aber die Zahl der apikalen Ostitiden mit oder ohne Zustand nach Wurzelkanalbehandlung (WKB) noch viel deutlicher angestiegen (4).

Der in Endodontologenkreisen verbreiteten Überzeugung folgend, man müsse den Kollegen nur ihre mechanischen Defizite austreiben, damit alles gut wird, hat sein ebenfalls in Schweden forschender Kollege Koch eine Gruppe von Allgemeinzahnärzten in der mechanischen Aufbereitung mit rotierenden Ni-Ti-Feilen unterwiesen. In seiner in 2013 veröffentlichten prospektiven klinischen Studie von höchster wissenschaftlicher Qualität vergleicht er nach einigen Jahren die Ausheilungsquoten bei Zähnen mit apikaler Parodontitis mit den früheren Behandlungsergebnissen (5) der beteiligten Zahnärzte. Man merkt dem Autor seine Enttäuschung an, wenn er feststellen muss, dass die Wurzelfüllungen im Röntgenbild zwar sehr viel erfolgreicher aussehen als früher, dass sich aber an der Ausheilungsfrequenz der apikalen Ostitiden rein gar nichts zum Guten verändert hat. Ohne einen Gedanken daran zu verschwenden, woran das wohl liegen mag, tröstet er sich damit, dass die nun-

mehr rotierend aufbereitenden Kollegen ihre unverändert schlechten Ergebnisse jetzt in weniger Sitzungen erzielen.

In einer Metaanalyse weisen Gomes et al. in 2013 nach, dass apikale Ostitiden eine Immunreaktion anstoßen, die auch nach der endodontischen Behandlung anhält (12). Diese Befunde wirken auf den ersten Blick wie Wasser auf die Mühlen herdenthesierender Exodontisten. Beim näheren Hinsehen entpuppen sie sich jedoch als trivial. Denn histologische Untersuchungen von Resektaten wurzelkanalbehandelter Zähne durch die Kollegen Wu et al. aus dem Jahre 2006 (6), die anlässlich von Wurzelspitzenresektionen am lebenden und toten Objekt gewonnen wurden, zeigen, dass in 50 bis 90% der Fälle persistierende bakterielle Infektionen sowohl in der Wurzel (apikales Delta, Tubuli etc.) als auch in dem sie umgebenden Knochen und im Periapex nachweisbar sind.

Bravo! Und schon ist die als modern auftretende Endodontologie endlich da angekommen, wo Otto Walkhoff bereits vor einem knappen Jahrhundert stand (10). Auf den sich nachgerade mit Gewalt aufdrängenden Gedanken, dass diese katastrophalen Befunde die logische Folge in diesen Bereichen nicht ausreichend wirksamer Desinfektionsmittel sind und nachgerade nach der Anwendung deutlich potenterer Medikamente schreien, kommen die Autoren leider nicht. Kann es wirklich sein, dass weder Herr Wu noch seine Mitautoren mitbekommen haben, dass NaOCl dorthin, wo sie den persistierenden bakteriellen Infekt histologisch nachgewiesen haben, gar nicht gelangt (3)? Und warum ignorieren sie, dass sich die Endodontologen wegen der Gefahr schwerer und zum Teil irreversibler Nebenwirkungen alle erdenkliche Mühe geben und viel Zeit aufwenden, damit ihr, wie sie irrtümlich annehmen, unverzichtbares Hypochlorit um Himmels Willen bloß nicht dorthin gelangt? Und kann es wirklich sein, dass keiner der Autoren bemerkt hat, dass wesentliche an der bakteriellen Mischinfektion beteiligte Bakterien vollständig resistent gegen Ca(OH)₂ sind (7)?

Vor dem Hintergrund der inzwischen erdrückenden Beweislast für das Scheitern des zur Zeit überraschenderweise immer noch gelehrtens endodontischen Desinfek-

tionsprotokolls, bin ich seit 2 Jahrzehnten ohne großen Erfolg bemüht, die Hochschullehrer, die für die Zahnerhaltung verantwortlich zeichnen, drei – aus meiner Sicht - einfache Dinge zu lehren. Und Sie können mir glauben, dass ich mehr als einmal den Tag verflucht habe, an dem ich mich darauf eingelassen habe:

1. Man kann eine bakterielle Mischinfektion nicht mit Medikamenten ausheilen, gegen die wesentliche der beteiligten Erreger vollständig resistent sind. Man muss, um Erfolgsquoten zu erzielen, wie man sie bei der Behandlung einer simplen bakteriellen Infektionskrankheit in einem seit 100 Jahren vollständig beschriebenen anatomischen Umfeld erwartet, vielmehr Medikamente einsetzen, die alle Erreger zuverlässig abtöten.

2. Man muss geduldig sein, um einen bakteriellen Infekt in diesem komplexen anatomischen Hohlraumssystem zuverlässig und voraussagbar auszuheilen. Deshalb muss man potente Medikamente über einen entsprechend langen Zeitraum, also über Wochen und in schweren Fällen gelegentlich auch über Monate anwenden. Diese Desinfektionsmittel müssen alle Bereiche, in dem die für den Infekt verantwortlichen Erreger potentiell nachzuweisen sind, ohne die Gefahr von Nebenwirkungen erreichen dürfen und wissenschaftlich erwiesen auch erreichen. Wir sind ja nicht auf der Flucht.

3. Biologisch verträglich, also biokompatibel zu sein, ist eine Eigenschaft, die man von einem Medikament, das man als Desinfektionsmittel einsetzt, um die für die Mischinfektion verantwortlichen Bakterien abzutöten, in keinem Fall fordern darf.

Mit Blick auf die hochschulseitig weiterhin kompromisslos verteidigte Lehrmeinung gibt mir insbesondere Punkt 3 zu denken. Denn biologisch verträglich, also biokompatibel, ist welches Material auch immer per Definition dann, „wenn es den Lebewesen in seiner Umgebung kein Leid zufügt“. Das kann nun wirklich keine Eigenschaft sein, die logisch denkende Menschen von einem Desinfektionsmittel fordern würden, das ausgesprochen therapieresistente Bakterien abtöten soll. Diese Forderung geht deutschen Hochschullehrern nichtsdestotrotz nach wie vor locker über die Lippen, und sie ist auch heute noch auf der Homepage der DGZMK im Archiv bei den wissenschaftlichen Mitteilungen nachzulesen.

Anders als Kollege van der Sluis habe ich die vergangenen 20 Jahre alles andere als

langweilig erlebt. So konnte ich Zeuge werden, wie ein deutscher Hochschullehrer in dieser Zeitschrift (8) eine aus einer Dissertation kopierte Grafik veröffentlichte, nachdem er die originale Bildunterschrift entfernt und durch eine von ihm frei erfundene ersetzt hatte. Denn nur so konnte er den Lesern weismachen, dass sich die Frequenz von Zahnverlusten in der von ihm veröffentlichten retrospektiven Studie von derjenigen aus der Dissertation nur marginal unterschied. Ohne Fälschung hätte jeder sofort bemerkt, dass seine Verlustquote bei halber Beobachtungszeit und eingeschränkter Indikationsstellung zum Zahnerhalt doppelt so hoch war.

Als alles andere als langweilig erwies sich auch der renommierte Hochschullehrer, der



in einem öffentlichen wissenschaftlichen Disput vor ca. 300 Kolleginnen und Kollegen offensichtlich mit dem Rücken zur Wand stehend plötzlich eine Folie mit völlig überraschendem Inhalt aus dem Hut zauberte:

Text der Folie Prof. Heidemanns zu Chlorphenolen:

Nicht indiziert! Warum?

- Stellungnahme der Toxikologie Prof. Dr. Heidi Foth, Halle, und Dr. Doller, Frankfurt/M.
- Chlorphenole sind Kanzerogene der Klasse 2B Damit ist es keine Frage der Dosierung mehr Es gibt kein wenn und aber
- International Agency for Research on Cancer Vol 71 Monographs Supplement
- Belege der Unschädlichkeit stammen aus der Vorsteinzeit der Sicherheitsforschung

berte: Zitiert wurden angebliche Veröffentlichungen zweier Toxikologinnen, die sich später als nicht belastbar herausstellten. Ohne rot zu werden, stellte der Lehrstuhlinhaber mit Verweis auf die zitierten Untersuchungen jedoch fest, dass die in der Endodontie zur Anwendung kommende Monochlorphenol-Kampfer-Menthol-Lösung (ChKM nach Walkhoff) karzinogen und deshalb obsolet sei, was nunmehr endlich auch wissenschaftlich zweifelsfrei erwiesen sei. Man muss sich das einmal bildlich vorstellen: Da hockt ein vom Staat bezahlter Professor in seinem Kämmerlein und bastelt

heimlich eine Lügenfolie, um 300 Kolleginnen und Kollegen leichter hinter die Fichte führen zu können. Und da nützt es auch nichts, dass er anschließend eine strafbewehrte Unterlassungserklärung unterzeichnen musste, das niemals mehr zu behaupten, denn das bleibt hängen. In der Folge werde ich in Diskussionen gelegentlich mit Aussagen wie dieser konfrontiert: „Es ist ja kein Wunder, dass Ihr (sic!) ChKM so stark bakterizid ist, es ist schließlich karzinogen!“

Auch nicht von schlechten Eltern ist die Einlassung des selbst ernannten Spezialisten Holger Dennhardt im letzten DENTAL MAGAZIN (9). Er lässt sich dort zu der Aussage hinreißen, unerwünschte Nebenwirkungen bei der Anwendung von NaOCl seien „extrem selten“, während ChKM „ein hohes Potenzial für unerwünschte Nebenwirkungen“ habe. Dabei handelt es sich nicht etwa um schriftgewordene Ahnungslosigkeit, sondern um eine glatte Lüge. Denn jeder einigermaßen mit der Materie Befasste weiß, dass genau das Gegenteil der Fall ist. Und selbst Hülsmann, der – wen würde es noch überraschen - im wissenschaftlichen Board dieser industriefinanzierten Postwurfsendung sitzt, schreibt in 2008, dass es jeden NaOCl-Anwender früher oder später erwischen wird (11). Warum lässt er dann die Verbreitung solcher Lügen zu? Vielleicht, weil er genau weiß, welche Zeitschriften die niedergelassenen Kollegen lesen?

Deutlich langweiliger waren da schon meine Versuche, den einen oder anderen Text in den ZM oder der DZZ zu veröffentlichen, um ein breiteres Publikum zu erreichen. War er wissenschaftlich, wurde er von den Mitgliedern des so genannten „wissenschaftlichen Boards“ ohne Begründung abgelehnt, während ein bewusst unwissenschaftlich gehaltener Text mit bemüht wissenschaftlicher Begründung anonym als „nicht wissenschaftlich genug“ zurückgewiesen wurde.

Auf der einen Seite möchte ich natürlich niemandem näher treten als unbedingt nötig. Auf der anderen Seite sind 20 Jahre eine ziemlich lange Zeit. Noch dazu komme ich langsam in die Jahre, so dass mir die Zeit davon läuft. Und ehe ich aufhöre, möchte ich wenigstens verstehen, warum die Hochschulendodontologen und ihre Jünger sich in dieser Weise über alle Maßen unärztlich und unkollegial verhalten. In einem gewissen Rahmen habe ich natürlich Verständnis dafür, dass sie ihr Geschäftsmodell verteidigen. Aber doch als Arzt nicht so gnadenlos zum Nachteil

der Patienten. Vielleicht tut sich aber auch erst dann etwas, wenn darüber im Fernsehen berichtet wird. Sie selbst scheuen ja nicht einmal die seichteste Regenbogenpresse. Dabei würden aber doch gerade die Meister der Mechanik diejenigen sein, die ihre Performance am nächsten an die einzufordernde 100%ige Erfolgsquote annähern würden, wenn sie im Anschluss an ihre beeindruckenden Leistungen endlich wieder genau so gründlich desinfizieren würden wie ihre Altvorderen.

Und nicht zuletzt: Wie kann man angesichts grottenschlechter Behandlungsergebnisse beim endodontischen Zahnerhalt und einer unerträglich hohen Rate an Wurzelspitzenresektionen überhaupt mit frei erfundenen Argumenten zu verhindern suchen, dass ein wissenschaftlich erwiesen über die Maßen potentes, als Arzneimittel zugelassenes und noch dazu praktisch nebenwirkungsfreies Medikament zur segensreichen breiten Anwendung gelangt? Das geht doch allein

ethisch schon mal gar nicht. Deshalb endlich raus mit der Sprache: Cui bono?

Dr. Dr. Rüdiger Osswald, München

Literatur

1. *Figdor, D., Davies, JK., Sundqvist, G.:* Starvation survival, growth and recovery of *Enterococcus faecalis* in human serum. *Oral Microbiol Immunol* 18, 234 (2003).
2. *van der Sluis, L.:* Past and future of endodontics. *ENDO(Lond Engl)* 6 (2012).
3. *Hope, C., Garton, SG., Wang, Q., Burnside, G., Farrelly, PJ.:* A direct comparison between extracted tooth and filter-membrane biofilm models of endodontic irrigation using *Enterococcus faecalis*. *Arch Microbiol* (2010).
4. *Eckerbom, M., Flygare, L., Magnusson, T.:* A 20-year follow-up study of endodontic variables and apical status in a Swedish population. *Int Endod J* 40, 940 (2007).
5. *Koch, M.:* On implementation of an endodontic program. *Swed Dent J Suppl* 230, 9 (2013).
6. *Wu, M., Dummer, P., Wesselink, P.:* Consequences of and strategies to deal with re-

sidual post-treatment root canal infection. *International Endodontic Journal* (2006).

7. *Sathorn, C., Parashos, P., Messer, H.:* Antibacterial efficacy of calcium hydroxide intracanal dressing: a systematic review and meta-analysis. *International Endodontic Journal* 10, 2 (2007)
8. *Osswald, R.:* Sorgfältige Bewertung der wissenschaftlichen Evidenz ist erforderlich - werden "Äpfel mit Birnen verglichen"? *DAZ-Forum* 104 (2010).
9. *Dennhardt, H.:* Desinfektion sichert Endo-Erfolg. *Dental Magazin* 6 (2013).
10. *Walkhoff, O.:* Das Problem der dentalen Fokalinfektion und ihrer Bekämpfung durch die konservierende Zahnheilkunde. Verlag von Gustav Fischer, Jena 1931.
11. *Hülsmann M.:* Symptomatologie und Therapie von Zwischenfällen bei der Wurzelkanalspülung mit Natriumhypochlorit. *Endodontie* 2008, 17(3): 251-253 17, 251 (2008).
12. *Gomes, M., Blattner, TC., Sant'ana Filho, M., Grecca, FS., Hugo, FN., Fouad, AF., Reynolds, MA.:* Can Apical Periodontitis Modify Systemic Levels of Inflammatory Markers? A Systematic Review and Meta-analysis. *J Endod* 39, 1205 (2013).



HDZ-Spendenaufwurf: Die Philippinen brauchen unser aller Hilfe!

Der Name „Haiyan“ bedeutet übersetzt „Sturmvogel“. Und in der Tat hat der Taifun seinem Namen alle Ehre gemacht: in wenigen Stunden hat er viele tausend Menschen das Leben gekostet, hunderttausende sind obdachlos, verletzt, haben alles verloren. Überlebende berichten von apokalyptischen Zuständen. Etwa 4 Millionen Menschen werden auf Hilfsgüter angewiesen sein. Das HDZ hat daher 40.000 Euro Soforthilfe auf die Philippinen überwiesen. Seit vielen Jahren unterstützt die Stiftung dort Projekte, u.a. das „Medical

Health Care Center“ auf Nord Samar, das mit Hilfe von HDZ-Spenden errichtet wurde. Es umfasst eine Dental Unit, ein medizinisches Diagnose- und Operationszentrum sowie Ambulanz- und Transportfahrzeuge. Außerdem ist das HDZ an einem Ernährungsprogramm für Kinder in Bugko beteiligt. Zum Glück verschonte der Taifun alle HDZ-Einrichtungen auf den Philippinen, doch die Räumlichkeiten in Bugko, Samar dienen derzeit als Auffanglager und Anlaufstelle für Opfer des Taifuns. Das Geld des HDZ fließt als erstes in Lebens-

mittel, Kleidung, Arzneien, Moskitonetze. Frau Sabine Korth, die dortige Krankenschwester und Projektpartnerin aus Bonn koordiniert die Hilfslieferungen. Weitere Nothilfemaßnahmen sind dringend erforderlich. Daher bitten wir um Ihre Unterstützung!

Spendenkonto

Deutsche Apotheker- und Ärztekbank
BLZ 300 606 0, Konto 000 4444 000
IBAN: DE2830060 6010004444000
BIC (SWIFT-Code): DAAEEDDD

Die zahnmedizinische Versorgung in Gesellschaften längeren Lebens – zur Bedeutung der Prävention, insbesondere bei älteren Menschen

Referat von Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen,
bei der Herbst-Tagung von DAZ und IUZB,
zusammengefasst von Dr. Celina Schätze, Berlin



Prof. Dr. Gerd Glaeske vom Zentrum für Sozialpolitik, Uni Bremen, war von uns als ausgewiesener Versorgungsforscher eingeladen worden. Prof. Glaeske hat sich in diesem von vielen Anbietern auf dem Gesundheitsmarkt ungeliebten Forschungsbereich einen Namen gemacht, speziell im Bereich der Arzneimittelversorgung, da er Pharmazeut ist.

Nachfolgend lesen Sie eine Zusammenstellung der Teile des Referates, die besonders interessant erscheinen im Zusammenhang mit unserer (des DAZ) immer wieder vorgebrachten Forderung nach mehr Versorgungsforschung. Bei dieser Forderung geht es darum, zu einer Versorgung zu gelangen, die sich mit den dafür nötigen Strukturen streng am Gesundheitsnutzen für die Patienten orientiert.

Versorgungsforschung ist in erster Linie Forschung über den **Nutzen** der medizinischen Versorgung von Patienten. **Bedarfsplanung**, ein zweiter Zweig der Versorgungsforschung, ist eigentlich nur auf der Basis von guter Nutzenforschung möglich, da man wissen muss, wie ein Bedarf zielgerichtet gedeckt werden kann. Klar umrissene Nutzenforschung wird noch sehr unzureichend betrieben, speziell in der Zahnmedizin. Die vorliegenden globalen Untersuchungen zum Versorgungsgrad lassen keine Rückschlüsse auf einzelne Therapiequalitäten zu.

Ein verbessertes Lebensumfeld, aber auch manche Fortschritte in der Medizin haben zu einer verlängerten Lebenserwartung geführt. Es ist gelungen, viele Infektionskrankheiten zu heilen oder zu vermeiden und viele Erkrankungen, die früher eine schlechte Prognose hatten, zu behandeln. Eine besonders wichtige Rolle unter den Einflussfaktoren für eine Lebensverlängerung kommt aber nach wie vor der **Prävention** zu. Unter Prävention wird all das zusammengefasst, was der Gesunderhaltung dient. Da ist das persönliche Verhalten ebenso gemeint wie die Lebens- und Arbeitsbedingungen. Die Tatsache, dass ein hoher Sozialstatus eine bis zu 10jährige Verlängerung des Lebens bedeutet gegenüber jemandem mit einem niedrigeren Status, kann deutlich machen, welche Rolle die **Lebensverhältnisse** als

Verhältnisprävention haben. Auch die Verhaltensprävention ist zu großen Teilen sozial bedingt, da Kenntnis von und Einsicht in die entsprechenden Handlungszusammenhänge benötigt wird und damit Bildung zur Voraussetzung wird.

Primärprävention dient der Vermeidung von Krankheiten, **Sekundärprävention** dient der Stabilisierung in einer Erkrankung und der Vermeidung von Folgeerscheinungen. So wirkt die Behandlung einer Parodontitis präventiv bezogen auf kardiovaskuläre Erkrankungen, Arthritiden, Diabetes und anderes – möglicherweise sogar auch bezogen auf bestimmte Demenzformen.

Schätzungen gehen von bis zu 15% notwendiger Behandlungen als Folge von Polypharmazie bei multimorbiden Patienten aus. Daraus lässt sich u.a. die Forderung nach besserer Vernetzung der Ärzte, einem strukturierten „Professionenmix“ und mehr multimorbiditätsorientierten Leitlinien ableiten. Das würde ohne Frage der Sekundärprävention zugute kommen.

In einer Gesellschaft längeren Lebens brauchen wir Verhältnisse, die es ermöglichen, **möglichst gesund zu altern** und auch im Alter mit den entsprechenden Einschränkungen noch Prävention zu gewährleisten. Mit zunehmendem Alter müssen die äußeren Gegebenheiten und Hilfe durch andere

Menschen auftretende Defizite auffangen. Dazu brauchen wir in erster Linie mehr und anders **qualifiziertes Personal** in den verschiedenen Heilhilfsberufen. **Aufsuchende Betreuung** ist unerlässlich. Einige selbstorganisierte Projekte von Zahnärzten, die in Alten- und Pflegeheimen das Personal schulen und die älteren Menschen behandeln, zeigen eindrucksvolle Erfolge. **Hilfe zur Prophylaxe ist ein wesentlicher Teil der zahnmedizinischen Versorgung**, ohne den der sonst übermäßig steigende Bedarf an kurativer Versorgung nicht zu decken sein wird.

Für ein möglichst gesundes Altwerden brauchen wir **mehr Prävention**, eine **Kompression der Krankheiten** in die letzten Lebensjahre und einen **evidenzbasierten Einsatz medizinischer Maßnahmen**, insbesondere bei multimorbiden Patienten.

Bisher entfallen nur 4% der Ausgaben für Gesundheit auf die Prävention. Angesichts der aufgezeigten Zusammenhänge erscheint eine Ausweitung der Prophylaxe in den verschiedensten Zusammenhängen daher **auch unter Effizienzaspekten sinnvoll**.

Was kann getan werden?

- Initiativen der Zahnärzte einerseits und der Krankenkassen andererseits sollen in Zukunft die bekannten Defizite in der zahnärztlichen Versorgung von Bewohnern und Patienten in Pflege- und Altenheimen verbessern.
- Es ist zu hoffen, dass in diesem Zusammenhang neue Konzepte erstellt und zur Vermeidung von z.B. Parodontitis genutzt werden.
- „Angesichts der prognostizierten Zahlen und Szenarien zum demografischen Wandel in unserer Gesellschaft ist es gemeinsame Aufgabe der Zahnmediziner, des Pflegepersonals, der Heimleitungen, der Angehörigen, aber auch der Krankenkassen und des Gesetzgebers, möglich zu machen, dass effektive Maßnahmen zur Gesunderhaltung einer stetig wachsenden Personengruppe nicht mehr nur Engagement und guter Wille Einzelner im Rahmen des Pilotprojekts sind.“ (Köster-Schmidt 2013, 7)
- Dem kann ich nur zustimmen....

Folie von Prof. Glaeske



Foto: Wolfgang Hilgert

Das Gesundheitssystem bedarf gemeinsamer Verantwortung Ethiker Giovanni Maio erhält den Apollonia-Preis

von Irmgard Berger-Orsag, Troisdorf

Die seit 2002 bestehende Apollonia-Stiftung der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe hat sich die Förderung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund und Kieferheilkunde auf die Fahnen geschrieben. In diesem Jahr verlieh sie ihren Preis an Prof. Dr. Giovanni Maio, den Leiter des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin an der Universität Freiburg. Der Mediziner und Philosoph hat sich in den letzten Jahren vermehrt mit Themen befasst, die speziell den Bereich der zahnmedizinischen Versorgung betreffen.

Dass professionelle Ethiker sich dieses Versorgungsbereiches annehmen, hat noch keine lange Tradition, jedenfalls in Deutschland. Während es in der Zahnmedizin um vergleichsweise harmlose Dinge und selten um Leben oder Tod geht, haben andere medizinische Disziplinen mit den seit jeher unter ethischen Gesichtspunkten diskutierten großen Fragen am Beginn und Ende des Lebens zu tun – man denke nur an Reproduktionsmedizin, Gentechnik, Organtransplantationen, die Vergabe von Spenderorganen, an lebensverlängernde oder lebensverkürzende Maßnahmen, an Forschungsvorhaben zu risikoreichen Therapien und ähnliches mehr.

Allerdings sind Medizinethiker auch bei Themen ganz anderer Art gefordert: nämlich wenn es um den Zugang zur Versorgung, die Abgrenzung von medizinisch Notwendigem und Überversorgung, die Verteilung der begrenzten finanziellen Ressourcen, die Steuerung des Geschehens durch Leistungskataloge, Honorarsysteme, Verträge oder, kurz gefasst, um Gesundheitsleistungen und Geld und die ethische Analyse unseres Versorgungssystems geht. Man kann vermuten, dass die im Bereich der Zahnmedizin besonders deutlich voranschreitende Kommerzialisierung die Forderungen nach ethischer Fundierung auch in diesem Bereich in der letzten Zeit lauter werden ließ – außerhalb, aber auch innerhalb des zahnärztlichen Berufsstandes. Die DGZMK, Dach der zahnärztlichen wissenschaftlichen Gesellschaften, beschloss, die-

ses Feld zu besetzen, und rief 2010 als selbstständige Untergliederung einen Arbeitskreis Ethik (in der Zahnmedizin) ins Leben (Näheres zum Selbstverständnis des AK im Kasten auf der nächsten Seite).

Bereits ein paar Jahre vor Entstehen des AK Ethik hatte der Medizinethiker Prof. Giovanni Maio in der Ausgabe 10-2006 der „Zahnärztlichen Mitteilungen“ (ZM), also in dem Medium, das jeden praktizierenden Zahnarzt erreicht, auf sehr pointierte Weise zur ethischen Analyse der Entwicklung in der Zahnmedizin angeregt [1]. Damals wurden viele Zahnärzte erstmalig auf ihn aufmerksam, und sein Beitrag rief ebenso Kritik wie Zustimmung hervor.

In dem besagten ZM-Heft folgte auf einen Fortbildungsteil mit Fachartikeln zum Thema „Ästhetik: Alles ist möglich, alles ist relativ“ ein Text von Maio über „Ethische Grenzen kosmetischer Maßnahmen in der Zahnheilkunde“. Der Philosoph nahm kein Blatt vor den Mund. „Die kosmetische Zahnheilkunde macht sich zur Komplizin einer von Eitelkeit und Machbarkeitswahn getriebenen Gesellschaft“, so Maio (S. 80). Dabei wandte er sich keineswegs gegen die Beachtung ästhetischer Kriterien, z.B. bei medizinisch notwendigen Restaurationen – diese gehört für ihn ganz selbstverständlich zu guter zahnärztlicher Arbeit dazu. Er stellte auch nicht in Frage, dass es Patienten gibt, die – für Außenstehende z.T. nachvollziehbar, z.T. aber auch nicht – massiv unter dem Erscheinungsbild ihres Gebisses leiden und für die eine rein kosmetische Intervention eine wertvolle Hilfe und insofern quasi medizinisch indiziert sein kann.

Vielmehr ging und geht es ihm um die ärztliche Haltung des Zahnarztes bei seinem therapeutischen Vorgehen sowie um den Stellenwert von Ästhetik und Kosmetik in der öffentlichen Darstellung und Selbstdarstellung der Zahnmedizin und in den Marketingaktivitäten der Zahnarztpraxen. „Schöne Zähne“, oft gepaart mit der Anpreisung von Maßnahmen zur Verbesserung der oralen Ästhetik, sind ein wichtiges, oftmals *das* Top-Thema.

Dabei werden nicht selten Bezüge hergestellt zu unserer von Konkurrenz geprägten Gesellschaft und Umfragen zitiert, die belegen,

dass man mit schönen Zähnen beruflich erfolgreicher ist, als sympathischer eingeschätzt wird usw. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass Menschen mit nicht perfekt aussehenden Zähnen eher schlechte Karten haben. Wie Maio ausführt, tragen Zahnärzte so mit zu dem Eindruck bei, „dass es veränderungswürdig ist, wenn man kein geometrisch perfektes Gebiss hat“ – Ähnliches gilt in Bezug auf Form und Farbe von Zähnen oder andere Merkmale. „Je mehr kosmetische Eingriffe angeboten werden, umso mehr wird das Gefühl der „normalen“ Menschen verstärkt, sich als defizitär zu empfinden [...] global gesehen sorgt eine Zahnmedizin, die es sich explizit zur Aufgabe erklärt, sich für die Verschönerung der Zähne, Kiefer und Gebisse verantwortlich zu fühlen, letztlich dafür, dass sich viele Menschen allein durch die Verbreitung dieses Tuns erst recht als minderwertig empfinden. [...] Dieser Zusammenhang wird umso gravierender, wenn der Zahnarzt [...] für solche Eingriffe auch noch Werbung betreibt.“ (S. 81). Maio fordert von der Zahnmedizin, sich „eindeutiger und mit überzeugenderen Argumenten dazu“ zu „bekennen, dass es ihr nur um das Wohl ihrer Patienten und nicht um die Erfüllung von Kundenwünschen geht“ (S. 83).

Bemerkenswert an Maios Analysen ist, dass sie sich nicht auf einen Patienten und einen Behandler und darauf, für die jeweilige individuelle ethische Konfliktsituation mögliche Bewertungskriterien und Handlungsweisen aufzuzeigen, beschränken. Vielmehr fragt der Freiburger Hochschul-lehrer zugleich nach den allgemeinen Bedingungen, die hinter den durchaus nicht seltenen Fällen ethisch zu hinterfragenden Behandlerverhaltens stehen, und zeigt auf, wie das Versorgungssystem selbst ethisch problematische Entwicklungen hervorruft oder zumindest begünstigt.

In seinem Aufsatz „Wenn der Markt die Medizin aushöhlt“ in den „Zahnärztlichen Mitteilungen“ 01-2012 [2] schildert Maio seine Beobachtung, dass „die Zahnmedizin gegenwärtig eine Huldigung des Geschäftsmodells tagtäglich lebt und dabei kaum bemerkt, dass sie in ihrer sukzessiven Übernahme rein ökonomischer Leitgedanken und –maximen den innersten Kern ihres genuin medizinisch-ärztlichen Anspruchs aushöhlt“ (S. 28). Die Verantwort-

tung dafür sieht Maio aber nicht nur bei den Zahnärzten.

Lange Zeit war, so Maio in den ZM, eine angemessene Bezahlung der Zahnärzte „eine Selbstverständlichkeit, über die man sich nicht weiter Sorgen zu machen brauchte. Je mehr jetzt aber politisch gewollte Einschnitte erfolgen und je mehr Zahnärzte finanziell an den Rand gedrängt werden (zumindest relativ gesehen), desto anfälliger werden sie für ein Business-Denken. [...] Es ist die Folge eines bewusst einkalkulierten Systems und damit auch eine politisch gewollte Weichenstellung, die aber dem Ansehen der Zahnmedizin extremen Schaden zufügt.“ (S. 33).

Maio benennt die Politik als Verantwortlichen, sieht aber auch ein Versagen der Verbände. Für ihn ist es „geradezu verwunderlich, dass sich die Verbände nicht viel mehr gegen die sich subtil einschleichende Korruptierbarkeit der Profession Zahnmedizin wehren“ (S.33). „Der Zahnarzt wird immer knapper gehalten, und er überlegt, wie er Zusatzeinnahmen generieren kann, indem er Werbung [...] macht [...] Der Aufschrei bleibt aus, obwohl er dringend notwendig wäre, weil der Zahnarzt eben immer mehr vom Anwalt des Patienten zum Anwalt seines Praxisgeschäftes wird.“ (S. 34).

Die politisch gewollte Entwicklung in Richtung Wettbewerb und mehr Eigenbeteiligung der Patienten hat längst neue Wirtschaftsbereiche und ein verändertes ideologisches Umfeld entstehen lassen. Ein ganzes Heer von Praxisanalysten, Betriebswirten, Juristen, Trainern, Fortbildungsreferenten usw. bietet seine Dienste an; die kommerzialisierten Zeitschriften und das Internet sind voll von Tipps zur Praxisoptimierung. Mitarbeiterinnen werden darauf getrimmt, die Zuzahlungsbereitschaft und –fähigkeit von Patienten ab dem ersten Kontak zu erforschen, Computerprogramme zeigen mit rot-gelb-grüner Ampel an, ob ein Patient Potential bietet oder lieber abgewimmelt werden sollte, die Abrechnungssoftware weist aus, was sich alles nebeneinander abrechnen lässt, und gegen entsprechendes Geld gibt es Analyse, Konzept, Coaching und ein Begleitprogramm, mit dessen Hilfe aus einer unscheinbaren Kassenpraxis eine gestylte Spezialpraxis mit Wellness-Charakter und „Wunschpatienten“ wird – mit deutlich weniger Patienten und trotzdem deutlich höherem Umsatz.

Zum Glück – für die Mehrzahl der Patienten – gibt es auch noch andere Praxen.

DGZMK-AK Ethik

„Der Arbeitskreis hat sich die Aufgabe gestellt, das Problembewusstsein für ethische Fragestellungen innerhalb des Faches zu wecken und insbesondere ethische relevante Fragen im zahnärztlichen Alltag und im Umgang mit den zahnärztlichen PatientInnen zu klären. Dabei verfolgt er – neben der Vermittlung grundlegender theoretischer Kenntnisse im Fach Ethik – einen *klinischen* Ansatz, d.h. er bemüht sich insbesondere um die Verbreitung der sog. *angewandten* Ethik. Ausdruck dieses Bemühens sind regelmäßige kollegiale Diskussionen konkreter dilemmahafter klinischer Fälle („klinisch-ethische Fallanalyse“) – sowohl im Rahmen interner Fortbildungen des AK als auch mittels Fallbesprechungen in zahnärztlichen Fachzeitschriften.

Zu den drei erklärten Arbeitsschwerpunkten des AK Ethik zählen (1) die schrittweise Implementierung von Klinischer Ethik ins Zahnmedizinstudium und die Aufnahme des Faches in die künftige Fassung der zahnärztlichen Approbationsordnung, (2) die Integration von Klinischer Ethik in die zahnärztliche Fort- und Weiterbildung und (3) die Förderung der Öffentlichkeitsarbeit im Bereich Klinische Ethik, d.h. die Sensibilisierung der Zahnärzte und der Vertreter der Fachberufe in der Zahnheilkunde für klinisch-ethischer Fragestellungen und Probleme. Letzteres erfolgt durch regelmäßige Publikationsinitiativen in führenden zahnärztlichen Zeitschriften, durch die Erarbeitung von spezifischem Lehrmaterial, durch regelmäßige AK-interne Fortbildungsangebote (z.Z. viermal jährlich) und durch die Etablierung einer eigenen öffentlichen Sektion im Rahmen des Zahnärztetags.“ (Auszug aus der AK-Website)

Und es gibt nicht nur kritisch zu wertende hoch invasive oder medizinisch nicht indizierte Therapien, sondern viel Engagement für Zahnerhaltung und Prophylaxe. Durch Aufklärung, Fluorideinsatz in verschiedener Form, durch Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen sowie Prophylaxe in den Praxen konnte innerhalb der letzten Jahrzehnte die Mundgesundheit der Gesamtbevölkerung deutlich verbessert werden. Es dürfte kaum etwas geben, was dem ethischen Postulat, dem Patienten wohl zu tun, besser Rechnung trägt als die Vermeidung und Verhinderung von Krankheiten.

Nachdem die Apollonia-Stiftung Prof. Maio als diesjährigen Preisträger auswählte, um ihn besonders für seine Verdienste um den Gedanken der Prävention auszuzeichnen, lag es nahe, dass er genau dieses Thema – Prävention – zum Gegenstand seiner Festrede bei der Preisverleihung machte.

Allerdings lieferte er keine Lobrede auf die zahnärztlichen Aktivitäten (die auch im präventiven Bereich eine kritische Analyse durchaus vertragen können – dazu vielleicht ein andermal). Wie gewohnt, reicht Maios Blick tiefer ins Grundsätzliche. Sein Vortrag nimmt das Verhältnis von gesundheitlicher Vorsorge und Eigenverantwortung ins Visier. Bereits in der Überschrift gibt Maio die Richtung an: „Warum Prävention nur mit gemeinsamer Verantwortung funktioniert“. Dabei steht für ihn außer Zweifel, dass jeder Mensch auf seine Gesundheit Acht geben sollte – dies ist für ihn eine Form der Selbstachtung bzw. Respektierung

der eigenen Würde im Kantschen Sinne. Aber das ist nur eine Seite der Medaille.

„Wir leben heute“, sagt Maio in seiner Rede [3], aus der sämtliche nachfolgenden Zitate entnommen sind, „in einer Gesellschaft, die die Gesundheit zum höchsten Gut erklärt und zugleich die Illusion nährt, dass es am einzelnen Menschen liegt, allein an seiner Willensstärke, diese Gesundheit auch herbeizuführen. [...] da ist natürlich auch etwas dran, aber eben nur, wenn strukturelle Voraussetzungen dafür da sind.“ Die Annahme, dass „der Einzelne selbst sozusagen der Produktionsfaktor der Gesundheit ist“, sieht Maio als sehr folgenreich an. Sie gehe einher mit einem neuen Leitbild des Sozialstaates, der „immer weniger auf die Versorgung, sondern vielmehr auf die Aktivierung der Bürger und damit auf das Konzept der Eigenverantwortung des Individuums“ setze. Laut Maio gilt es kritisch zu sehen, „dass mit dieser einseitigen Konzentrierung auf Aktivierung und Eigenverantwortung insgeheim der Staat sich den klassischen Marktgesetzen unterwirft und eine marktwirtschaftliche Denkweise übernimmt, die gerade für kranke Menschen deletär sein kann“.

Der Ruf nach mehr Eigenverantwortung, gekoppelt mit eigener Zuständigkeit des Patienten für das Bezahlen von medizinischen Leistungen, ist gerade in der Zahnmedizin schon mehrfach erhoben worden und ging so weit, dass manche Politiker und Standesvertreter die Zahnheilkunde komplett aus der gesetzlichen Krankenver-

sicherung herausnehmen wollten – Begründung: Zahnschäden seien durch private Vorsorge gänzlich vermeidbar. Ein 1996 beschlossener „Einstieg in den Ausstieg“ durch Streichung der gesetzlichen Zahnersatzversorgung für nach 1978 Geborene blieb nur deshalb ohne langfristige Folgen, weil er nach der nächsten Bundestagswahl zurückgenommen wurde.

Gesundheit hängt von vielen Faktoren ab. Da „die strukturellen Faktoren nicht so leicht in den Griff zu bekommen sind, fokussiert man in den Programmen vorrangig auf den Einzelnen“ und seine Eigenverantwortung. Laut Maio „haben wir es hier zuweilen mit einer Verengung der Verantwortungsperspektive zu tun, die damit einhergeht, dass eine problematische Rücküberantwortung sozialer und struktureller Defizite ins Private vollzogen wird“. Seine Botschaft: „Eigenverantwortung erfordert strukturelle Voraussetzungen“. Der Freiburger Professor führt hier das hinlänglich bekannte „Präventions-Paradoxon“ an, demzufolge gerade die unteren Sozialschichten, die die größten Risiken tragen, über die geringsten Ressourcen verfügen, um präventives Verhalten umzusetzen. Die umfangreichen Gesundheitserziehungs- und Förderungsmaßnahmen im Bereich der Zahnmedizin haben große Verbesserungen der Mundgesundheit erreicht – aber in erster Linie in der Mittelschicht. Ein viel zu hoher Anteil von um die 20%-30% aller Jahrgänge hat bereits im Kindesalter massive Zahnschäden und vereinigt fast die gesamte Karieslast auf sich (siehe epidemiologische Studien der DAJ, www.daj.de). Zumeist handelt es sich um Kinder aus Familien mit schwierigen sozialen/finanziellen Bedingungen. Dass da zusätzliche Anstrengungen erforderlich sind und Kinder nicht für die Versäumnisse ihrer Eltern bestraft werden dürfen, ist Konsens. Ebenso ist man sich bei dem Thema, das inzwischen von zahnärztlichen Körperschaften und Verbänden gezielt aufgegriffen wird – die problematische Mundgesundheitssituation bei alten, pflegebedürftigen, behinderten Menschen – einig, dass mit Eigenverantwortungsaussparungen allein nicht viel zu bewegen ist. Menschen, die in mehreren Lebensbereichen massive Unterstützung benötigen, können sich auch um Mundhygiene und gesunde Ernährung oft nicht mehr eigenständig kümmern.

Die Förderung von Eigenverantwortung, Gesundheitskompetenz und präventionsorientiertem Verhalten ist laut Maio nur möglich, „wenn der Patient nicht in seiner Eigenverantwortung alleingelassen wird, sondern wenn die Eigenverantwortung eingebettet ist in eine gemeinsame Verantwortung der Ge-

sellschaft und vor allem der sozialen Systeme, wie vor allen Dingen der Medizin.“ Hier liegt für ihn ein unverzichtbares Element der Medizin bzw. des Arztseins: „Die Medizin bezog ihr zentrales Selbstverständnis bisher aus dem unumstößlichen Ethos, auf der Seite des Patienten zu stehen, ihm eine fraglose Hilfe anzubieten. Es ist diese Fraglosigkeit des Helfens, die das Vertrauen in die Humanität der Medizin begründete.“ Dem entspricht in der Gesellschaft allgemein der Solidargedanke. Maio warnt davor, ihn aufzugeben: „Die größte Gefahr eines zu einseitigen Kults der Eigenverantwortung liegt somit darin, dass unsere Gesellschaft versucht sein könnte, unter Verweis auf die Verantwortung des Einzelnen eine soziale Errungenschaft aufzugeben, nämlich die Errungenschaft der Solidarität. Denn über das Konzept der Aktivierung und der Eigenverantwortung wird ein Ideal der kompetitiven Lebensführung gepriesen und der Wert sozialer Orientierungen tendenziell abgeschwächt.“

Laut Maio ist „die gegenwärtige Ära der Ökonomisierung, Individualisierung und Entsolidarisierung [...] für den sozialen Charakter der Zahnmedizin eine große Herausforderung“, eine Herausforderung, die sie allerdings nicht allein bestehen muss. Wie der einzelne Patient strukturelle Bedingungen braucht, um die Verantwortung für seine Gesundheit wahrzunehmen und Prävention zu betreiben, so brauchen auch die Zahnärzte geeignete strukturelle Bedingungen, um die von Maio beschriebene „gemeinsame Verantwortung“ zu realisieren und Patienten in ihren Präventionsbemühungen zu unterstützen und zu motivieren. Dementsprechend mahnt Maio die Politik, „sich bewusst zu bleiben, dass es ein großer Unterschied ist, ob man eine Präventionskampagne startet, um Gesundheit zu fördern, oder ob man sie startet, um Gesundheit zu fordern. [...] Die Politik muss darauf achten, dass die an sich richtige Betonung der Eigenverantwortlichkeit nicht sukzessive zu einer sanktionsbewehrten Einforderung von Gesundheit verkommt“ und dass man die Versorgung der „vulnerablen Gruppen, die zeitaufwändiger und intensiver ist, nur dann wirklich realisieren kann, wenn dafür besondere Ressourcen bereitgestellt werden“.

„Schöne Worte – gute Gedanken – aber was heißen sie für den Alltag im Medizinbetrieb?“ Diese Frage stellt sich vielleicht mancher nach Maios Vorträgen oder der Lektüre seiner Veröffentlichungen. Zu hoffen ist, dass die philosophisch-ethischen Überlegungen des engagierten Wissenschaftlers vielen Zahnärzten, die durch die

Forderungen nach Wettbewerb, Profilierung, Praxisoptimierung usw. verunsichert sind, Mut machen, weiterhin ihr auf eine gute Betreuung ihrer Patienten gerichtetes Vorgehen zu verfolgen. Zu hoffen ist auch, dass Politiker, Kassen- und Verbändevertreter und andere an der Gestaltung des Gesundheitswesens Beteiligte solche Gedanken auf sich wirken lassen. Konkrete Handlungsanweisungen, z.B. für die Gestaltung von Leistungskatalogen und Gebührenordnungen in der Zahnmedizin, darf man dabei nicht erwarten. Aber es lohnt sich mit Sicherheit, Ethiker wie Maio in die Diskussion um die Weiterentwicklung der zahnmedizinischen Versorgung einzubeziehen. Seitens des „Forums“ möchten wir dies gern auch in Zukunft dokumentieren.

Wer Prof. Maio einlädt, kann davon ausgehen, dass ihm manches kritische Wort ins Gästebuch geschrieben wird. Da ist es begrüßenswert, dass die Jury der Apollonia-Stiftung ihn trotzdem und sicher auch deswegen ausgewählt hat. Herzliche Glückwünsche an den Preisträger!

Irmgard Berger-Orsag, Troisdorf
kontakt@daz-web.de

Zitierte Publikationen:

- [1] G. Maio: „Ethische Grenzen kosmetischer Maßnahmen in der Zahnheilkunde“, ZM 10 vom 16.05.2006, S. 78-83
- [2] G. Maio: „Wenn der Markt die Medizin aushöhlt“, ZM 01 vom 01.01.2012, S. 28-35
- [3] G. Maio: „Warum Prävention nur mit gemeinsamer Verantwortung funktioniert“, Ansprache anlässlich der feierlichen Verleihung des Apollonia-Preises im Erbdrostenhof in Münster am 28.09.2013, unveröffentl. Manuskript

Weitere Quellen:

- [4] G. Maio: „Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin – Ein Lehrbuch“, Schattauer 2012
- [5] G. Maio: „Gesundheit als private Pflicht? Warum die Eigenverantwortung nur mit gemeinsamer Verantwortung funktioniert“, Niedersächsisches Zahnärzteblatt Oktober 2013, S. 4-8 (weitgehend deckungsgleich mit [3])
- [6] G. Maio: „Der Zahnarzt als Verkäufer von Ästhetik-Produkten? Die „Kundenorientierung“ der Zahnheilkunde in ihrer Vereinbarkeit mit dem sozialen Charakter der Medizin“, DAZ-Forum Dezember 2008, S. 5-7, www.daz-web.de
- [7] G. Maio: „Editorial: Die Zahnmedizin braucht eine neue Nachdenklichkeit“, Forum für Zahnheilkunde 107 Juni 2011, S. 3, www.daz-web.de

Umfangreiche Publikationsliste v. G. Maio: (auch mit Links zu den im Web verfügbaren Publikationen) auf der Website des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin an der Uni Freiburg, dessen Direktor Prof. Maio ist: www.egm.uni-freiburg.de/Mitarbeiter/maio

Steht der Anspruch auf Zahnmedizin-Sachleistungen bald nur noch auf dem Papier?

Diese Frage wurde in „Forum“ 116, Seiten 8-10, von Dr. Gabriele Bucerius aufgeworfen. Die in München niedergelassene Zahnärztin ist in der telefonischen Beratung von Kassenpatienten tätig und erlebt in einer Vielzahl von Gesprächen, dass Patienten von Zahnärzten nicht über Kassenleistungen aufgeklärt werden oder dass ihnen von Kassenleistungen wegen deren Minderwertigkeit abgeraten wird.

Zu den Fallschilderungen nimmt nachfolgend Dr. Michael Frank, Präsident der

Hessischen Zahnärztekammer, mit einem Leserbrief Stellung. Dabei muss er sich fragen lassen, wie vieler Einzelfälle, die ähnlich auch von weiteren Patientenberatern, von Zahnärzten aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, von Kollegen, die sich bei Fortbildungen austauschen, beschrieben werden, es noch bedarf, um die Vorenthaltung von Kassenleistungen als ein relevantes und untersuchenswürdiges Problem anzusehen.

Bemerkenswert ist, dass Dr. Frank statt dieses Problems die angebliche Ver-

unglimpfung des zahnärztlichen Berufsstandes zum Hauptthema macht. Dabei dürfte sowohl aus dem Artikel, der diese Diskussion entfacht hat, wie auch aus der Zeitschrift „Forum“ in ihrer Gesamtheit erkennbar sein, dass die Zahnärzte unter den Autoren und Redaktionsmitgliedern des „Forum“ sich als Teil dieses Berufsstandes betrachten. Ihr Ziel ist nicht die Diffamierung der eigenen Berufsgruppe sondern die angemessene Versorgung der Patienten.

Die Redaktion.

Schwarze Schafe? Ja. Schwarze Herde? Nein! - Beispiele für verweigerte Sachleistungen rechtfertigen nicht die Verunglimpfung eines ganzen Berufsstandes - Leserbrief von Dr. Michael Frank

Immer wieder werden Zahnärztinnen und Zahnärzte in der Presse und auch in zahnmedizinischen Fachzeitschriften (zuletzt in *Forum für Zahnheilkunde* 116, September 2013 S. 8ff.) mit dem Vorwurf konfrontiert, Patienten von medizinisch notwendigen Sachleistungen, die als solche vollständig durch die gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden, abzuraten oder schlimmer, diese Leistungen gänzlich zu verweigern.

Das Fragwürdige und insofern nicht Hinnehmbare an den Artikeln und den darin vorgebrachten Vorwürfen sind nicht die teils erschreckend dreisten Einzelfallbeispiele, die zum Beleg der Behauptungen herangezogen werden, sondern die Instrumentalisierung dieser Beispiele zur Abwertung des Handelns eines gesamten Berufsstandes. Wird zahnmedizinische Praxis in solcher Weise kollektiv dem Vorwurf der gezielten Falschinformation und schlimmstenfalls des Betrugs der Patienten ausgesetzt, kann der dadurch bedingte Vertrauensverlust auf Patientenseite kaum ermessen werden. Dies gilt auch dann, wenn die Vorwürfe in der Fachpresse erhoben werden, denn niemand kann mit Sicherheit sagen, wie viele zahnmedizinische Fachjournale den Weg zum Zeitschriften-tisch im Wartezimmer finden.

Auch mehrere Einzelfälle bleiben Einzelfälle

Der obgenannte Artikel macht zunächst einmal keinen Hehl daraus, dass sich für die Vermutung, Sachleistungen würden in großem Stil und systematisch verweigert, keinerlei belastbare Hinweise finden lassen. Dies hatte auch die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion Die LINKE im Deutschen Bundestag (BT Drucksache 17/13356) ergeben, die in der Einleitung des Beitrags genannt wird. Dessen ungeachtet versucht die Autorin dem Vor-

wurf haltloser Kritik dadurch zu begegnen, dass sie Einzelfallschilderung an Einzelfallschilderung fügt. Die beispielhaft angeführten Erfahrungen mit dem Verweigern oder Schlechtmachen der Sachleistungen reichen von der Behauptung einer zu großen Zahl von Fissuren bei kindlichen Molaren, die Zuzahlungen pro Zahn erforderlich machen würden, über angeblich giftiges Amalgam und die zuzahlungsfreie Füllungsalternative aus „schlumpfblauem Plastik“ bis hin zur Aussage, die Kasse zahle die Säuberung und Auffüllung von Wurzelkanälen im Zuge einer notwendigen endodontischen Therapie nur bis zur Hälfte eines jeden Kanals. Wenn gleich manch unbedarfter Leser hierdurch tatsächlich zu der Auffassung gelangen könnte, diese Fälle seien ausreichender Beleg einer gängigen Praxis, den gesetzlichen Sachleistungsanspruch von Kassenpatientinnen und -patienten auszuhebeln, ist diese Anwendung des Induktionsprinzips mehr als fragwürdig. Auch dass, wie die Autorin vorbringt, bislang keine zentrale Sammelstelle derartiger Beschwerden existiert, rechtfertigt nicht die Behauptung, die Fälle seien Beweis für eine generelle Praxis. Eine solche unterhöhlt die Glaubwürdigkeit eines gesamten Berufsstandes, dem auch die Autorin angehört.

Kein Einzelfall ist tolerierbar

Ungeachtet der Tatsache, dass ein einfallbasierter Generalverdacht in keiner Weise zulässig ist, sind die geschilderten Fälle ebenso wenig tolerabel. Wenn das Wissensgefälle und das Vertrauen zwischen Arzt und Patient ausgenutzt wird, um durch gezielte Täuschung die Einkünfte der Praxis zu verbessern, muss diesem unethischen und mit der Würde des Zahnarztberufes schlechterdings unvereinbarem Handeln mit aller gebotenen Härte entgegengetreten werden. Hier sind die Zahnärztekammern der Länder

und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, im Auftrag des Staates und der Allgemeinheit tätig, in der Pflicht - im äußersten Fall bis hin zur Beantragung eines Berufsverbots. Dies setzt jedoch voraus, dass sich betroffene oder verunsicherte Patienten mit ihrem Anliegen an die Beratungsstellen der genannten Institutionen wenden.

Zahnärztekammern sind Ansprechpartner für alle Patientinnen und Patienten

Die Landes Zahnärztekammern sind keine bloßen Interessenvertretungen, sondern erfüllen die gesetzlichen Aufgaben der Berufsaufsicht und der Beratung. Wenn Patientinnen und Patienten Fragen zu oder Zweifel an ihrer Therapie, der Qualität ihrer Behandlung oder der Rechtmäßigkeit und Stimmigkeit einer Zahnarztrechnung haben, können sie sich damit an ihre zuständige Kammer oder KZV wenden. Die Landes Zahnärztekammern stellen den Bürgerinnen und Bürgern eine kostenlose Patientenberatung in allen Fragen zur zahn- und Mundgesundheit, zu Therapien und zur Abrechnung zur Verfügung. Wenn sich im Zuge der Beratung und der Prüfung des Sachverhalts herausstellt, dass dem Patienten Sachleistungen gezielt vorenthalten oder ihm nicht gerechtfertigte Zusatzkosten aufgebürdet wurden, wird die Kammer nötigenfalls auch Sanktionen verhängen, um diesem Vorgehen einen Riegel vorzuschieben.

Als Präsident einer Landes Zahnärztekammer versichere ich, dass derlei unlauterem Handeln Null Toleranz entgegengebracht wird. Dies muss aber auch für eine subtile Form der Diskriminierung gelten, die einen ganzen Berufsstand für das Handeln Einzelner haftbar zu machen sucht.

Dr. Michael Frank, Präsident der Landes Zahnärztekammer Hessen

Es gibt sie noch, die Standesführer

Replik zu Dr. Frank von Dr. Kai Müller

Man betrachte einmal näher den zweiten und den letzten Absatz aus dem vorstehenden Leserbrief des Kollegen Dr. Frank. Es ist also „fragwürdig und nicht hinnehmbar“, dass Frau Bucerius die genannten „erschreckend dreisten Fallbeispiele“ im 'Forum' schildert. Hinnehmbar wäre es wohl dann gewesen, wenn sie zum Beispiel in der Garderobe der Münchner Staatsbibliothek einen Zettel fallen gelassen hätte, auf dem steht, dass es pöse, pöse Zahnärzte gibt, die es mit ihren Patienten nicht immer gut genug meinen. Auf die „Abwertung eines gesamten Berufsstandes“ kann bei der Lektüre nur jemand kommen, der die geschilderten Einzelfälle als idealtypisch betrachtet und dann vorsichtshalber schon einmal zum Abwehr-Rundschlag ansetzt. Bis dahin ist Franks Einwurf als klassische Realitätsverweigerung im Stil der 80iger Jahre abzuheften. Ohne diese Fähigkeit hätte man es in dieser Zeit nicht zum Kammerpräsidenten gebracht. Heute mag das sogar geübten Hardlinern befremdlich vorkommen.

Spannend wird es dann, wenn er die angekündigte 'Null-Toleranz' nicht nur den Betrügern und Erpressern verspricht, sondern diese auch auf unsere Autorin angewendet wissen will, weil sie den ganzen Berufsstand 'subtil' diskriminiert habe. Das muss man sich auf der Zunge zergehen lassen: Das kommt nicht aus Ankara oder Moskau, wo man schon mal für wahrheitsgemäße Berichte einfahren kann, das kommt vom Chef einer Körperschaft des öffentlichen Rechts in der Bundesrepublik Deutschland im vierten Jahrzehnt nach dem Mauerfall. Herr Kollege Frank, Sie haben einen mächtigen Schritt auf Ihre Wiederwahl zugetan, das ist die Haltung, die 'der Berufsstand' zu estimieren weiß.

Dr. Kai Müller,
Wörthsee/Obb.

Zahnarzt ist ein sozialer Beruf! von Christoph Kranich, VZ Hamburg

Der Beruf des Zahnarztes ist nicht nur ein freier, sondern vor allem auch ein *sozialer* Beruf – wie der des Arztes, Priesters, Sozialarbeiters, Lehrers und etliche andere. Das mag Mancher im Alltag gern vergessen, denn da geht es natürlich viel um Technik, um neueste wissenschaftliche Erkenntnisse und natürlich um die ökonomische Seite einer Praxis. Doch vom Patienten her gesehen erfüllt der Zahnarzt eine wichtige soziale Funktion: Er nimmt mir die Schmerzen und erhält mich kau- und damit lebensfähig; vor allem aber sorgt er dafür, dass ich mich bedenkenlos in sozialen Zusammenhängen bewegen kann, ohne aufzufallen. Ohne dass alle denken müssen, ich hätte kein Geld für gepflegte Zähne.

Doch zuweilen vergessen Zahnärzte offenbar diese Seite ihres Berufs. Etwa wenn sie ihren Patienten die grundlegenden Leistungen, auf die sie Anspruch haben, verweigern oder ihnen stattdessen höherwertige



aufzuschwatzen versuchen. Dass und wie sie so zum Unglück anderer Menschen beitragen können, berichtete Gabriele Bucerius im letzten „Forum für Zahnheilkunde“. Es ging um einen Zahnarzt, der seiner von Hartz-IV lebenden Patientin für 150 Euro eine Selbstzahlerleistung anbot – zum 5,24-fachen GOZ-Steigerungssatz berechnet und nur für drei Monate gedacht. Interessiert sich dieser Zahnarzt überhaupt für seine Patientin? Weiß er, dass er 40 Prozent ihres monatlichen Einkommens, des Hartz-IV-Regelsatzes, fordert? Weiß er, dass dieser Regelsatz für die ganz elementaren Grundbedürfnisse wie Essen, Kleidung, Hygiene usw. berechnet wurde, also für das Existenzminimum (und schon dafür kaum ausreicht) – und keineswegs für zahnärztliche Luxusversorgung?

Leider lassen die gewählten Vertreter der Zahnärzte Kritik am Verhalten ihrer Mitglieder oft gar nicht an sich heran. Das zeigte sich beispielsweise in einem Beitrag des NDR-Fernsehens *Der große Zahnpflege-Check* vom 17.9.2012 (<http://www.ndr.de/unternehmen/presse/pressemitteilungen/pressemeldungndr10965.html>):

»Insgesamt sechs von 15 Zahnärzten schnitten in der Stichprobe schlecht ab. Das kann sich ein Berufsstand nicht leisten«, so Eberhard Riedel [der den NDR beratende Zahnarzt]. Er fordert, die Zahnärzteschaft sollte sich dringend des Themas »schwarze Schafe« annehmen. Die Bundeszahnärztekammer sieht allerdings trotz der NDR-Ergebnisse keinen Handlungsbedarf.«

Der letzte Satz ist der bedeutsame: *Kein Handlungsbedarf*. Keine Stellungnahme. Kann alles gar nicht sein. Da fallen bei einer Stichprobe 40 Prozent der Kandi-

Betreibt das „Forum“ Verunglimpfung der Zahnärzteschaft?

Der Abdruck des Textes von C. Kranich wird uns vermutlich wieder den Vorwurf von Nestbeschmutzung und Diffamierung des eigenen Berufsstandes einbringen. Dieser Vorwurf ist leicht zu entkräften, da wir uns mit anderen Mitgliedern des Berufsstandes für Verbesserungen einsetzen. Dass es aus der Zahnärzteschaft heraus den Ruf nach Abstellen von Fehlverhalten, Fehlanreizen und Falschdarstellungen gibt, beweist, dass nicht der ganze Berufsstand zu kritisieren ist. Gerade haben die Teilnehmer des DAZ-Projektes Qualitätssicherung ihre Siegel neu erhalten. Sie stellen sich in regelmäßigen Abständen der Kritik und Beurteilung durch ihre Patienten im Rahmen einer Fragebogenerhebung. Die Uni Greifswald hat ein neues Qualitätsprojekt zur Erkennung von „Zahnerhalter-Praxen“ etabliert – auch daran nehmen Angehörige des Berufsstandes teil. Darüber hinaus gibt es viele Kollegen, die ganz im Stillen ihre Patienten gewissenhaft versorgen und sich an dem Schlechreden oder Verweigern von Sachleistungen nicht beteiligen. Auch Patientenberater Kranich stellt nicht in Abrede, dass es Zahnärzte gibt, die sich der betreuungsorientierten Zahnheilkunde verpflichtet fühlen.

Der DAZ wird sich auch weiterhin für Reformen aus dem Berufsstand heraus einsetzen. Wenn das nicht gelingt, könnten sich Forderungen nach einer Reglementierung von außen durchsetzen.

Zu dem Thema Zusatzleistungen und Zuzahlungen ist grundsätzlich zu bemerken, dass es angesichts der geringen Kassenhonorare für alle Kollegen ohnehin nur sehr schwer möglich ist, rein auf der Basis von ordentlich gemachten Sachleistungen ein Einkommen zu erzielen, das dem anderer Akademiker entspricht. Insofern können über die Sachleistung hinausgehende Leistungen nicht regelmäßig ohne Zuzahlung erbracht werden. Das ist für die Praxen eine betriebswirtschaftliche Notwendigkeit. Es sollte jedoch nur der Gesundheitsnutzen der jeweiligen Leistung, der im Einzelfall zu bewerten und zu besprechen ist, die Therapieentscheidung bestimmen und nicht der wirtschaftliche Nutzen für die Praxis. Wenn dann auch noch die Zusatzabrechnungen ein gewisses Augenmaß erkennen lassen, gibt es nichts zu kritisieren.

Dr. Celina Schätze

daten durch – nicht Studenten der Zahnmedizin, die noch lernen, sondern gestandene und seit Jahren oder Jahrzehnten praktizierende Zahnärzte. Aber: *Kein Handlungsbedarf*.– Nicht repräsentativ? Ja, es war eine kleine Studie, aber durch die Zufallsauswahl gewiss repräsentativer als die zugegeben überwiegend schlechten Erfahrungen, die Berater in Krankenkassen und Patientenberatungsstellen täglich zu hören bekommen und mit denen ich die Beispiele von Gabriele Bucerius um viele weitere ergänzen kann:

- Man nehme zum Beispiel den Patienten, der für eine Parodontosebehandlung »wegen des neuen Festzuschuss-Systems« 350 Euro zuzahlen sollte – als wenn das Festzuschuss-System jetzt auch für PA-Behandlungen gälte.
- Oder den anderen, der als Hartz-IV-Empfänger nach einer Wurzelbehandlung eine Rechnung bekam, ohne aber vorher darüber aufgeklärt worden zu sein, dass er etwas selbst bezahlen müsse.
- Oder die Patientin, der ebenfalls bei einer Wurzelbehandlung das IGeL-Formular erst nach Beginn der Behandlung vorgelegt worden war, so dass sie eigentlich gar nichts anderes tun konnte als zu unterschreiben. Lediglich den Steigerungsfaktor 3,5 konnte sie später noch abwenden, da der Zahnarzt die besondere Schwierigkeit nicht begründet hatte.
- Oder den privat versicherten Hartz-IV-Empfänger, den sein langjähriger Zahnarzt des Vertrauens nicht ohne private Zuzahlung behandeln will, weil der Basistarif der PKV dessen Arbeit nicht ausreichend honoriere.
- Oder den geistig behinderten, als Inder kaum des Deutschen mächtigen Hartz-IV-Empfänger, dem der Zahnarzt für eine prothetische Behandlung 450 Euro Eigenleistung abverlangt, obwohl die Krankenkasse hier den doppelten Festzuschuss bezahlt, und der überdies auch noch die notwendig werdenden Anpassungen der Prothese innerhalb der Gewährleistungsfrist extra bezahlen soll...

Diese Beispiele sollten reichen, um zu zeigen, dass Gabriele Bucerius nicht die einzige ist, die plastische Einzelfälle berichten kann. Auch wenn es sich hier natürlich ebenfalls nur um Einzelfälle handelt.

Es gibt aber auch noch mehr belastbare Belege für die verbreitete Tendenz, Patienten von vorneherein eine höherwertige Versorgung anzubieten, als nötig wäre. Im Januar dieses Jahres veröffentlichte die Verbraucherzentrale Hamburg ebenfalls einen Zahnärzte-Test (*Ein Drittel durchgefallen*, <http://www.vzhh.de/gesundheit/293054/ein-drittel-durchgefallen.aspx>).

Der Titel sagt es schon: Auch bei unserem Test erreichten fast 40 Prozent (genau 37%) der 30 Zahnärzte, die eine junge Patientin mit Zahnlücke aufgesucht hatte, weniger als die Hälfte der nötigen Punkte. Die Patientin studierte noch, war ängstlich und wollte die Zahnlücke möglichst lang ohne Zahnersatz lassen. Das hatten ihr unsere drei Referenzzahnärzte auch als beste Möglichkeit bescheinigt. Doch die Hälfte der Zahnärzte empfahl, die Lücke mit Brücke oder Implantat zu versorgen – dabei wies aber kein Zahnarzt darauf hin, dass das Einsetzen eines Implantats ein invasiver chirurgischer Eingriff ist; bei einer ängstlichen Patientin wäre das besonders nötig gewesen. Keiner der 30 Zahnärzte sagte, dass ihr starkes Rauchen und nächtliches Knirschen Risikofaktoren für den Heilungsprozess sind. Und kein einziger erklärte ihr, dass Keramikronen gerade bei nächtlichem Knirschen leichter brechen oder splintern können als Metallversorgungen.

Auch dieser Studie hat natürlich ein Zahnärzte-Funktionär auf der Stelle widersprochen. Hier gehe es nicht um Industriegüter oder Versicherungspolizen, die Verbraucherzentralen zu vergleichen gewohnt seien, sondern um »medizinische Behandlungen von Individuen durch Individuen«, schrieb der Hamburger KZV-Präsident umgehend in einer Pressemitteilung (http://www.zahnaerzte-hh.de/dl/66b026-baa720d11cb35e646724fcc0f5/526e4d3e/PI_VZ_Test.pdf).

Soll wohl heißen: Da darf kein Dritter hineinreden. Ein freier Beruf für freie Bürger. Klingt so, als stünden sich da zwei mündige Menschen gegenüber, mit gleichen Informationen und gleichen Chancen – so wie man sich das für unser gesamtes Wirtschaftsleben gerne vorstellt. Auch für Industriegüter und Versicherungspolizen. Doch das ist ja schon im allgemeinen Wirtschaftsleben nur Fiktion. Wenn es so wäre, bräuchte es keinen Verbraucherschutz. Und bei Patienten ist es sozusagen potenziert, gesteigert: Die gleiche Augenhöhe zwischen Arzt und Patient ist mehrfache Fiktion. Das mögen jedoch Kammer-

und KZV-Vertreter (sowie Funktionäre der meisten zahnärztlichen Berufsverbände) nicht sehen, da sie nur als Interessenvertreter ihres Berufsstandes auftreten.

Für den Schutz der Patienten vor solchen Übergriffen sind Kammern und KZVen möglicherweise nicht die Richtigen. Dafür braucht es unabhängige Instanzen, die wirklich das Patientenwohl im Auge haben.

Zum Schluss möchte ich auch noch mich selbst einbringen. Das ist ja heute modern. Mein eigener Zahnarzt verhält sich nämlich seit Jahrzehnten im Ansatz so, wie es Gabriele Bucerius schildert – seltsamerweise obwohl er weiß, wo ich arbeite! Als ich eine größere Versorgung mit Kronen und Brücken vorhatte, erhielt ich von ihm einen Heil- und Kostenplan, der ganz selbstverständlich und ohne jede Absprache vollkeramische Kronen vorsah. Da frage ich mich: Ist es denn Aufgabe des *Patienten*, den Zahnarzt darauf hinzuweisen, dass in den allerersten HKP – jedenfalls bei einem Kassenpatienten ohne private Zusatzversicherung – nur die Regelversorgung gehört und über alles andere erst einmal *gesprachen* werden muss? (Sie werden fragen, warum ich zu dem noch gehe. Ganz einfach: weil er sehr gute Arbeit leistet. Nur die Qualität seiner Aufklärung ist eher unterirdisch. Da muss man eben lernen, »mündiger Patient« zu sein!)

Mein eigenes Beispiel zeigt das Dilemma: Wo soll ich denn hingehen – wo bekomme ich eine gute, an meinen Bedürfnissen und Möglichkeiten orientierte Beratung *und* anschließend auch noch eine supergute Behandlung? Solange die Zahnärzte und ihre Verbände und Körperschaften an der Lösung dieser Frage nicht aktiv und im Patienteninteresse mitwirken, werden viele Patienten weiterhin nach dem Prinzip *trial and error* von Zahnarzt zu Zahnarzt wandern und immer wieder unzufrieden sein – selten mit allem und auch nicht immer, aber oft mit vielem, und vielleicht auch immer öfter ...

Christoph Kranich, Verbraucherzentrale Hamburg, kranich@vzhh.de

Zur Person: Seit 1995 leitet Christoph Kranich, der ausgebildeter Krankenpfleger und Diplom-Pädagoge ist und ein Zusatzstudium in Sozial- und Gesundheitsmanagement absolviert hat, die Fachabteilung „Gesundheit und Patientenschutz“ der Verbraucherzentrale Hamburg. Er unterrichtet an verschiedenen Universitäten und Hochschulen und ist Autor von Fernstudientexten und div. anderen Publikationen.

Metis-Dental

Lerchenweg 30, D-96135 Stegaurach
T 0951-296 85 22, F 0951-296 85 23, Mobil 0172-219 77 07
kontakt@metis-dental.de, www.metis-dental.de

Metis
Metis-Dental

Metis macht mobil...

Metis-Dental informiert:

Der ganz besondere Patientenservice - mobile Zahnbehandlung

Sie möchten das Spektrum Ihrer Praxis erweitern und durch besondere Leistungen Patienten erreichen und an sich binden?

Zugleich stehen Sie vor dem Problem, dass in zunehmender Zahl langjährige Patienten wegen gesundheitlicher Einschränkungen die Praxis nicht mehr aufsuchen können – Sie wiederum haben nicht die Ausstattung, um diese Patienten zuhause oder im Pflegeheim zu betreuen.



Hier bietet sich eine Lösung an, die angesichts der demografischen Entwicklung und der Zunahme pflegebedürftiger Menschen Zukunft hat: **Machen Sie die Betreuung immobiler Patienten zu einem Praxisschwerpunkt!**

Die Erweiterung Ihres Serviceangebotes auf

Haus- und Heimbefuche erfordert ein entsprechendes organisatorisches Konzept und ggf. die Vorbereitung von Praxismitarbeitern auf mobile Einsätze. Denn nicht nur der Zahnarzt kann außerhalb der Praxis diagnostisch und therapeutisch tätig werden. Vielmehr können auch fortgebildete zahnmedizinische Fachangestellte delegierbare Prophylaxeleistungen außer Hauses erbringen und so z.B. Individualprophylaxeprogramme mit Recall fortsetzen, obwohl die Patienten nicht mehr in der Lage sind, die Praxis aufzusuchen.

Transportable Geräte sind unverzichtbar für solche Einsätze. Die Ausstattung reicht vom Handkofferchen mit Spiegel, Sonde, Taschenlampe zur Diagnostik, Mikromotor zur Prothesenbearbeitung usw. über Mobileinheiten samt Beleuchtung und Absaugung bis hin zu kompletten Behandlungszimmern auf Rädern.

Metis-Dental,

geleitet von Dr. Dr. Uwe Greese (Arzt und Zahnarzt in eigener Praxis) und Stephan Winter (Zahntechniker und Dentalkaufmann), bietet seit 2005 ein modular aufgebautes Equipment zur mobilen zahnärztlichen Behandlung an, welches

seit vielen Jahren in den USA erfolgreich eingesetzt wird. Als Vertretung des Weltmarktführers für mobile Zahnarzt-einheiten **Aseptico Inc.**, Woodinville, Washington State, hat Metis-Dental im deutschsprachigen Raum mit der **AEU 425 FO** eine **mobile Behandlungseinheit** auf den Markt gebracht, die durch ihr gutes Preis-Leistungsverhältnis besticht. Die AEU ist für alle gängigen Hand- und Winkelstücke geeignet und mit einer großen und kleinen Absaugung, Licht und einem Zahnsteinentfernungsgeschäft ausgestattet. Standardmäßig integriert sind Wasserbehälter, die mit destilliertem Wasser, mit normalem Wasser oder mit Kochsalzlösung gefüllt werden können. Abgesaugte Flüssigkeit wird in einem Auffangbehälter gesammelt. Empfehlenswert ist die **Kombination mit einem mobilen Röntengerät**, z.B. Port X II.

Sachkundige Beratung durch **Metis-Dental**, Anpassung der Ausstattung an Ihren Bedarf und Testmöglichkeiten sind selbstverständlich. Alle Geräte sind für den deutschen Markt zugelassen; der technische Support und die Möglichkeit zur Reparatur in Deutschland sind garantiert.

Unser Equipment wird übrigens nicht nur bei Hausbesuchen und nicht nur in Deutschland geschätzt. Es ist auch willkommen, wenn in einer Praxis ein Behandlungsstuhl oder ein Röntengerät ausfällt oder bei Not- und **Entwicklungshilfeeinsätzen** transportables Gerät benötigt wird. Gegebenenfalls gelangt es nicht auf vier Rädern, sondern auf vier Beinen zum Einsatzort.

Lassen Sie sich die Möglichkeiten mobiler Behandlung einmal durch den Kopf gehen. Dabei werden sicherlich auch die Preise eine Rolle spielen. Wir haben interessante Angebote für Sie!

**Nehmen Sie mit uns Kontakt auf:
wir beraten Sie gern! Tel. 0172/2197707**

Sie finden uns unter www.metis-dental.de und auf Facebook!



Selbst für
Elefanten
leicht zu tragen!

Selbst viermal jährlich reicht nicht Behebung von Mundgesundheitsdefiziten bei pflegebedürftigen und behinderten Menschen

Bei ihrer Herbstagung im Oktober 2013 in Marburg befassten sich die Mitglieder der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM) e.V. mit der Situation pflegebedürftiger Menschen. Diese sind nach entspr. Untersuchungen oft unzureichend zahnmedizinisch versorgt und haben häufig ein vernachlässigtes Gebiss. Nach Ansicht der VDZM „reicht es nicht aus, dass eine Zahnärztin beispielsweise viermal jährlich den Pflegebedürftigen aufsucht und eine Zahnreinigung durchführt. Solche Vorstellungen der Zahnärzteschaft griffen zu kurz. Vielmehr gehe es darum, jeden Tag für eine gute Zahn-, Mund- und Prothesenpflege zu sorgen, auf eine zuckerarme Ernährung zu achten und Fluorid anzuwenden. Die pflegenden Personen seien hierfür zwar verantwortlich, aber auf Grund mangelnder Kenntnisse dazu nicht ausreichend in der Lage. Deshalb ist es dringend erforderlich, durch mehr Information und eine spezielle Aus- und Weiterbildung der pflegenden und betreuenden Personen die Mundgesundheit bei Pflegebedürftigen, pflegebedürftigen Behinderten und Demenzerkrankten zu verbessern. Ehrgeiziges Ziel könnte die Sicherstellung einer Mundgesundheit sein, die der einer vergleichbaren Altersgruppe der Normalbevölkerung entspricht oder sogar noch besser ist.“

Zentraler Punkt der Verbesserungsvorschläge der VDZM ist die Stärkung der Mundgesundheitskompetenz der Pflegenden.

Konkret fordert die VDZM das Bundesgesundheits- und das Familienministerium auf, die Zahnpflege in der Altenpflege-Ausbildung verpflichtend zu verankern. Ebenfalls ist eine gezielte Weiterbildung in den pflegenden und betreuenden Berufsgruppen zu installieren. Denn diesen hinsichtlich Mundgesundheit speziell ausgebildeten Pflegefachkräften erwächst insbesondere im ambulanten Bereich eine wichtige Aufgabe: Sie sollen durch ihre Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Anleitungen die häuslich Pflegenden unterstützen, deren Kompetenz erweitern und so die Qualität der Mundgesundheit verbessern.

Auch eine Untersuchung mindestens einmal im Jahr durch den Zahnarzt muss verpflichtender Standard sein. Außerdem sollte bei der Reform der zahnärztlichen Approbationsordnung ein Pflegepraktikum berücksichtigt werden. Den angehenden Zahnmedizinern würden auf diese Weise Kenntnisse über das Pflegesystem und altersgerechte Versorgungsformen vermittelt.

Quelle: VDZM-Presserklärung vom 22.10.2013

Positives Beispiel Baden-Württemberg

Die baden-württembergische Landeszahnärztekammer ist seit Jahren in Sachen Mundgesundheitsförderung bei Pflegebedürftigen aktiv und hat u.a. Lehrmaterialien zum Thema „Mund und Zähne“ für Pflegekräfte entwickelt, die bereits an 10 Pflegeschulen zum Einsatz kommen. Zentraler Bestandteil der angestrebten Aus- sowie Fortbildung von Pflegekräften ist das praktische Üben des Zähneputzens. Nähere Infos und Ansprechpartner finden Sie im Web unter:

<http://www.lzkbw.de/Zahnaerzte/Alterszahnheilkunde/index.php>

Dental-Medizin **HAUPT**

**Was Sie über die CHKM-Lösung nach
Prof. Dr. Walkhoff wissen sollten!**

Prof. Dr. Walkhoff's
ChKM-Lösung
Dentalflüssigkeit zur
Desinfektion
von Wurzelkanälen
Prof. Dr. Walkhoff's
Adolf Haupt & Co, GmbH
97076 Würzburg
Zul.-Nr. 6524074.00.00
Apothekenpflichtig

**Millionenfach über Jahrzehnte
erfolgreich angewendet,
ist die zuverlässige, positive Wirkung
unbestritten.**

Endodontische Misserfolge sind in 77 % der Fälle auf den E.-faecalis zurückzuführen. (E. Schäfer)*
Die Prof. Dr. Walkhoff's ChKM-Lösung ist über das einzige Desinfektionsmittel, das durch Gasentwicklung den E.-faecalis auch in den Dentintubuli und engsten Kanälen abtötet. (Siqueira, Haapasalo, Orstavik)*
Die Walkhoff ChKM-Lösung ist nicht cancerogen: „Für den Menschen möglicherweise cancerogen trifft auf die ChKM-Lösung nicht zu“. (BfArM)*
Die Erfahrungswerte über Jahrzehnte von Wissenschaftlern und Praktikern stellen eine bessere evidenzbasierte Erkenntnis dar, als sie durch neuere Studien zu erreichen wäre (Walkhoff, Castagnola, Hess, Engel, Osswald)*

*Wissenschaftl. Studien und Qualitätsberichte können gerne angefordert werden.

Prof. Dr. Walkhoff's CHKM-Lösung ist seit über 80 Jahren
unschlagbar im Bereich der endodontischen Desinfektion.

- **100 % WIRKUNG**
- **0 % NEBENWIRKUNGEN¹**

Den Erfolg von Prof. Dr. Walkhoff's CHKM-Lösung können Sie riechen!
¹ Es entstehen keine Gewebeschädigungen, Narben usw.

Testen Sie uns!

ADOLF HAUPT & CO. GMBH, Postfach 92 02, 97092 Würzburg
Louis-Pasteur-Str. 1a, 97067 Würzburg
Tel. 09 31/3 55 01-10, Fax 09 31/3 55 01-13, E-Mail hauptdental@t-online.de



Bessere Mundgesundheit für Pflegebedürftige durch adäquate Ausbildungsinhalte und Pflegeprozesse

Interview mit Matthias Rump
vom Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege (ABVP)

Für die Förderung der Mundgesundheit Pflegebedürftiger spielen die Pflegekräfte (bzw. die pflegenden Angehörigen) eine entscheidende Rolle. Um zu erfahren, wie es um ihre Ausbildung bestellt ist, hat Dr. Celina Schätze von der „Forum“-Redaktion ein Gespräch mit Matthias Rump, Fachreferent für Pflegefragen im ABVP, geführt, das wir nachfolgend in gekürzter Form wiedergeben. Deutlich wird, dass es keine systematische praktische Ausbildung in der Mundhygiene gibt. In den Curricula werden nur theoretische Inhalte vorgegeben, die sich weit „oberhalb“ von praktischer Durchführung bewegen. Interessant schien uns auch, dass M. Rupp das größte und am schnellsten zu realisierende Verbesserungspotential bei den Pflegediensten sieht. Wenn das so ist, bleibt zu klären, wie eine flächendeckende freiwillige Intensivierung der Mundhygiene bei den Pflegediensten bewirkt werden kann.

Forum: Wie gut ist die individuelle Zahngesundheit von Pflegebedürftigen in der alltäglichen Pflegepraxis berücksichtigt?

Rump: In Gesprächen mit Pflegeanbietern und Zahnärzten und aufgrund eigener Erfahrungswerte wird deutlich, dass sich die individuelle Zahngesundheit bei mittel- oder langfristiger Pflegebedürftigkeit zunehmend verschlechtert. Vereinzelt werden „Notstände“ bei der alltäglichen Zahnpflege geschildert.

Forum: Welche Gründe sind hierfür verantwortlich?

Rump: Mangelndes Wissen, suboptimale Prozesse und mangelnde Sensibilität seitens der Pflegenden sind die wesentlichen Ursachen für diese Entwicklung. Auszubildende werden nicht umfassend genug auf die notwendigen theoretischen und praktischen Aufgaben zur Herstellung einer adäquaten individuellen Mundhygiene vorbereitet. In den länderweiten Curricula wird oftmals lediglich auf krankheitsbezogene Aspekte der Mundpflege im Rahmen der Soor- oder Parotitis-Prophylaxe eingegangen. Oftmals sind Berufsanfänger nicht in der Lage, die alltägliche Mundpflege bei

immobilen Pflegebedürftigen in geeigneter Weise durchzuführen bzw. zu bewerten. In Einzelfällen wurde mir davon berichtet, dass sich der Zahnstatus Pflegebedürftiger aufgrund mangelnder Planung und Durchführung des alltäglichen Zähneputzens innerhalb weniger Wochen bis Monate rapide verschlechterte. In Extremfällen ist es dadurch zu gravierenden Ernährungsdefiziten, Schmerzen und einem immensen Verlust der Lebensqualität gekommen.

Forum: Wie wirken sich ungünstige Prozesse auf die Zahngesundheit aus?

Rump: Schlechte Rahmenbedingungen wirken sich negativ auf die Gestaltung alltäglicher Pflegeprozesse aus. Besonders in der ambulanten Pflege sind die Pflegenden nur zeitlich begrenzt zur Unterstützung Pflegebedürftiger vor Ort. Werden diese knappen Ressourcen nicht durch systematische Bewertungs- und Durchführungsverfahren optimiert, können wesentliche grundpflegerische Aspekte nicht klientenorientiert berücksichtigt werden. Die Beratung der Bezugspersonen wird dadurch ebenfalls nur teilweise individuell und zielorientiert gewährleistet. Diese Defizite werden dann zusätzlich forciert, wenn die Pflegenden nicht ausreichend sensibilisiert sind und der Bedeutung von Zahngesundheit nicht adäquat Rechnung tragen.

Forum: Wie können die beschriebenen Defizite mittel- und langfristig beseitigt werden?

Rump: Die Zahngesundheit Pflegebedürftiger kann durch die Veränderung/Erweiterung relevanter Ausbildungsinhalte und Wissenserweiterung verbessert werden. In einigen Städten und Kommunen sind bereits Zahnärzte oder Prophylaxekräfte in Modellprojekten in die Altenpflegeausbildung integriert. Die gesammelten positiven Erfahrungen sind systematisch auszuwerten, bestehende Curricula flächendeckend zu ergänzen, und Ausbilder in der Pflege müssen multiplizierend qualifiziert werden. Dabei sind insbesondere alltagsorientierte Gesichtspunkte zu integrieren. Alltägliche Pflegeabläufe im Rahmen der Grundpflege sollten darüber hinaus kri-

tisch betrachtet und angepasst werden. Dabei sind geeignete persönliche und fachliche Qualifikationen der Pflegenden sowie adäquate zeitliche und organisatorische Aspekte zu berücksichtigen. Regelmäßig stattfindende Fortbildungen und Teilnahme von Zahnärzten oder Prophylaxe-Kräften bei relevanten Fallbesprechungen können Pflegedienste dabei unterstützen.

Forum: Wie können professionell Pflegenden auf die aktuellen und zukünftigen Aufgabengebiete in der ambulanten Pflege vorbereitet werden?

Rump: Wichtige Aufgaben- und Kompetenzbereiche, die zukünftig bei der selbstständigen Ausübung des Pflegeberufes in der ambulanten Pflege benötigt werden, sind durch die „Grundausbildung“ derzeit nicht realitätsnah abgebildet. In naher Zukunft werden beratende und präventive Aspekte deutlich an Gewicht gewinnen – auch im Fall der Zahngesundheit. Deshalb müssen die dafür notwendigen Fähigkeiten additiv zu den oben genannten Prozessgestaltungen vermittelt und angewendet werden. Durch weitere externe Vorgaben und Richtlinien kann dieser Schritt nicht realisiert werden. Die ambulanten Pflegedienste müssen zunächst ihre Kernkompetenzen bei der Durchführung einer professionell erbrachten Grund- und Behandlungspflege systematisch verbessern. Ebenfalls sollten sie sich mit Zahnärzten vernetzen und interprofessionell gemeinsam daran arbeiten, zukünftig ein kompetenter Ansprechpartner und „Brückenbauer“ für Pflegebedürftige und deren Bezugspersonen zu werden.

Forum: Wie lange wird dieser Prozess Ihrer Meinung nach dauern?

Rump: Die Pflegeausbildung wird in den nächsten 2-3 Jahren grundlegend verändert werden. Im Kontext dieser Entwicklungen wird es meiner Auffassung nach zügig zu einer verstärkten Vernetzung, einer Ergänzung der Ausbildungscurricula und der Gestaltung effizienter und systematischer Beratungs- und Präventionsangebote durch professionelle Pflegedienste kommen.

Neues DAZ-Vorstandsmitglied: Dr. Gunnar Frahn

Bei der DAZ-Jahreshauptversammlung am 20.09.2013 in Berlin standen turnusgemäß Vorstandswahlen auf dem Programm. Die Mitglieder votierten für Kontinuität und zugleich für eine gewisse Verjüngung, indem sie die Vorsitzende Dr. Celina Schätze und ihre Stellvertreter Dr. Peter Nachtweh und Winnetou Kampmann, alle drei aus Berlin, einstimmig für



zwei Jahre in ihren Ämtern bestätigten und als weiteren Stellvertreter Dr. Gunnar Frahn aus Berlin neu hinzuwählten. Zwei ältere DAZ-Kollegen, Dr.

Kai Müller aus Seefeld/Obb. und Dr. Manfred Hillmer aus Schenefeld, hatten nicht wieder kandidiert. Wie der wiedergewählte Kassenswart Steffen Schmidt aus Leipzig sind alle Mitglieder des Vorstandes niedergelassene Zahnärzte.

Vorstandsneuling Dr. Frahn hat an der Uni Halle-Wittenberg Zahnmedizin studiert und 3 Jahre als Assistent an der Poliklinik für zahnärztliche Prothetik gearbeitet. Seit 1997 ist er in einer Gemeinschaftspraxis in Berlin niedergelassen, seit 2008 ist er Spezialist und Gutachter für Prothetik. Als Mitglied des DAZ-Vorstandes will er sich besonders mit dem zahnärztlichen Nachwuchs, mit Fragen der Aus- und Fortbildung und der Vereinbarkeit guter Patientenversorgung mit den betriebswirtschaftlichen Erfordernissen der Praxen beschäftigen. Zu moderner Verbandsarbeit gehören für ihn auch das Internet und die Online-Kommunikation.

Zu verkaufen:

1 Zahnarztpraxis und mehr

Praxis, ebenerdig, barrierefrei, bei Oldenburg im Ammerland, mit drei Behandlungszimmern, ein weiteres ist vorbereitet. Ein Zimmer mit einer KAVO Estetika 1065 Einheit, 2009 rollstuhlgerecht umgebaut. 2 Zimmer mit Ritter Dialog 190 E Einheiten. Der Steri-Raum 09/2011 neu ausgestattet mit Vacuclav 40 B, Labeldrucker Melaprint und Thermodesinfektor Melatherm 10. Zur Praxis gehört ein Wohngebäude.

Praxisfläche 183 qm, Nebenfläche 11 qm, Wohn- und Nutzfläche 271 qm, 2 Garagen, 8 eigene Parkplätze, Grundstücksfläche 1618 qm, Wohn- und Praxisanteil noch erweiterungsfähig.

Anfragen über DAZ-Geschäftsstelle
kontakt@daz-web.de
Tel. 02241/9722876



Prof. Zimmer erhält Tholuck-Medaille

Prof. Dr. Stefan Zimmer, Leiter des Departments für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde der Privatuniversität Witten-Herdecke, wurde kürzlich für seine Verdienste um die zahnmedizinische Prävention mit der Tholuck-Medaille des Vereins für Zahnhygiene (www.zahnhygiene.de) ausgezeichnet. Bereits 2006 hatte Zimmer den Hufeland-Preis zur Förderung der Präventivmedizin erhalten, der nicht nur einer speziellen wissenschaftlichen Forschungsarbeit galt sondern gewissermaßen seinem „Lebenswerk“. Prof. Zimmer beschränkt sich nicht auf seine universitären Aufgaben in Forschung und Lehre, sondern trägt den Präventionsgedanken über Medienkontakte und öffentlichkeitswirksame Aktionen auch direkt an die Bevölkerung heran. In mehreren Organisationen, die sich mit Aufklärung in Sachen Mundgesundheit beschäftigen, spielt er eine leitende Rolle, insbesondere bei der Aktion zahnfreundlich und bei der 1991 vom DAZ initiierten Informationsstelle für Kariesprophylaxe (www.kariesvorbeugung.de). Prof. Zimmer, der neben dem Einzelnen immer die Gesamtbevölkerung und besonders gefährdete Gruppen im Blick hat und übrigens auch Fachzahnarzt für öffentliches Gesundheitswesen ist, hat maßgeblich zur Entwicklung der Prophylaxe-Konzepte des DAZ beigetragen. Für den Tholuck-Preis fand Zimmer schnell eine Verwendung: er spendet ihn zur Ergänzung der Desinfektionsausrüstung in „Luthers Waschsalon“. Das mit der Diakonie in Hagen zusammen betriebene Projekt bietet Obdachlosen Pflege für Körper und Seele – vom Frühstück über Waschmöglichkeiten bis hin zu Gesprächen und Freizeitaktivitäten und ärztlichen sowie zahnärztlichen Untersuchungen und Behandlungen. Zugleich ist dieses Projekt eine interessante Möglichkeit für die Studierenden der Uni Witten-Herdecke, Praxiserfahrung zu sammeln.

Herzliche Glückwünsche an den Preisträger!



In Luthers Waschsalon wird übrigens auch Wäsche gewaschen.

Apollonia-Förderpreis für Forschung zum Thema Wurzelkaries

Zur Preisverleihung der Apollonia-Stiftung der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe (siehe Seite 8 ff) war kürzlich auch eine Oberärztin der Uni Witten-Herdecke eingeladen: Priv.-Doz. Dr. Mozghan Bizhang (links vorn im Bild, weiter rechts Prof. G. Maio). Die Wissenschaftlerin erhielt den Apollonia-Förderpreis für Ihre Forschungsarbeit auf dem Gebiet der Wurzelkaries. Aufgrund der demografischen Entwicklung, nimmt das Problem der Wurzelkaries zu. Bei vielen Älteren geht das Zahnfleisch zurück, die vergleichsweise weichen Wurzelflächen liegen



Foto: W. Hilgert

frei und sind kariesgefährdet. Die Behandlung dieser Läsionen ist schwierig, Prävention in Form häuslicher Mundhygiene kombiniert mit regelmäßiger professioneller Zahnreinigung ist das Mittel der Wahl; beides dient gleichzeitig auch der Parodontitisprophylaxe. Wie die Untersuchungen von PD Dr. Bizhang ergaben, profitiert ein Teil der Patienten eher von Fluoriden, ein anderer eher von Chlorhexidin, auch die Konzentration der Mittel spielt eine Rolle. Positiv im Hinblick auf die Betreuung pflegebedürftiger Menschen ist, dass es bei der Wurzelkaries-Vorbeugung in erster Linie um Maßnahmen geht, die im Rahmen der ohnehin unverzichtbaren täglichen Mundhygiene von pflegenden Angehörigen bzw. Pflegepersonal übernommen werden können. Der Apollonia-Preis soll zu weiterer Forschungstätigkeit auf dem wichtigen Gebiet der Wurzelkaries anregen.

Schon vormerken:

DAZ-VDZM-Frühjahrstagung 09. Mai 2014 in Frankfurt/M.

Auch in 2014 veranstalten der DAZ und die Vereinigung Demokratische Zahnmedizin eine gemeinsame Tagung mit einem gesundheitspolitischen Vormittag (Referatensuche erfolgt nach Abschluss der Koalitionsverhandlungen) und einer Fachfortbildung, voraussichtlich zum Thema Parodontitis/Periimplantitistherapie.

Infos gibt es demnächst auf www.daz-web.de und über kontakt@daz-web.de



Warum eine Zahnpflege-Tablette? – Plaquekontrolle, non-invasive Kariestherapie und Abrasionsverhütung

von Prof. Dr. Dr. h.c. Peter Gängler, Witten

Bei der DAZ-IUZB-Jahrestagung war die Berliner Firma Denttabs, die als erste und bisher einzige Zahnpflege-Tabletten als Alternative zu Zahnpasta auf den Markt gebracht hat, mit einem Stand vertreten. Die in diesem Zusammenhang geführten Diskussionen haben uns veranlasst, den ehemaligen Dekan der Zahnmedizinischen Fakultät der Universität Witten-Herdecke, Prof. Dr. Dr. h.c. Peter Gängler um eine Stellungnahme zu bitten. In Witten wurden einige Studien zu Denttabs durchgeführt.

Fluorid härtet den normalen Zahnschmelz nicht – glücklicherweise, weil sonst die Biomineralisation auf den Kopf gestellt würde. Die Evolution hat zur Hydroxylapatit-Mineralisation bei den Vertebrata geführt, um dieses Mineral bei normalen Temperaturen, bei normalem Druck zellulär und im flüssigen Milieu auf- und abbauen zu können. Sonst würden wir alle nicht wachsen können, und kein Bruch würde heilen. Und wann immer ein Mineralisationsdefizit auftritt, verstärkt bioverfügbares Fluorid die Remineralisation.

Plaquekontrolle zur Aufrechterhaltung eubiotischer Verhältnisse in der Mundhöhle erfolgt durch Zahnbürsten – durchaus dem anderthalb Jahrtausend langen Gebrauch der Zahnfege Miswak von Afrika über die arabische Halbinsel bis nach Südostasien ebenbürtig. Zahnbürsten können aber auch durch härtere Filamente und mit höherabrasiven Zahnpasten zu Abrasionen der Zähne führen.

Also lag der Gedanke nahe, eine wirklich minimalistische Formulierung zu finden, die auf der Grundlage der oralen Biologie eine wissenschaftlich gesicherte Mundhygiene gewährleisten sollte. So war, über die Vorstufe mehrerer Granulate, die Zahnpflege-Tablette geboren. Federführend an deren Entwicklung und wissenschaftlichen Prüfung sind beteiligt Kaiser und Eifler aus Berlin und Naumova und Arnold aus Witten.

In dem hochkomplexen Biotop Mundhöhle mit Tausenden von bakteriellen Phylotypen der über 800 bisher entdeckten Spezies und ihrer Klone sind dynamische Biofilme, spezifisch von Ort zu Ort, mit all ihren Zell-zu-Zell-Kommunikationen untereinander und schließlich auch mit ihren Wirtszellen, natürlich nicht pathogen. Dafür sorgen sowohl lokale als auch systemische ausgesprochen potente immunologische Abwehrsysteme. Der Mensch lebt wie das Tier und die Pflanze mit der jeweiligen bakteriellen Besiedelung in Frieden und großer Harmonie. Schließlich haben wir uns in der Evolution an unsere bakterielle Umwelt adaptiert und nicht umgekehrt. Werden aber Abwehrfaktoren reduziert oder ausgeschaltet (wofür wir ganz wenige sichere Kenntnisse besitzen, weshalb die Ätiologie der Karies und der Parodontalerkrankungen im Gegensatz zur Pathogenese weitgehend offen ist) kann aus einer eubiotischen Plaque eine dysbiotische Plaque werden, die erst dann pathogen ist, wenn sie tatsächlich Karies oder Parodontalerkrankungen auslöst.

Für die beiden Grundsätze der Mundhygiene heißt das: Plaquekontrolle zur Aufrechterhaltung balancierter Verhältnisse in den Biofilmen (also Eubiose) und Remineralisationsförderung bei einem Calcium-Phosphat-Defizit in den Zahnhartgeweben. Schließlich sollte auf alle weiteren Zusatzstoffe, die über die beiden Hygienegrundsätze hinausgehen, verzichtet werden.

Daraus ergaben sich die **wichtigsten Inhaltsstoffe der Zahnpflege-Tablette** mit ihren Wirkungen:

Natriumfluorid mit 4350 ppm Fluorid in 0,33g Tablette, was 1450 ppm in einem Gramm Zahnpasta entspricht; es dissoziiert allein im Speichel, wo die Bioverfügbarkeit erwartet wird. Die Fluoridionen diffundieren direkt in die Plaque, wo sie für die bessere Remineralisation verantwortlich sind. Die ausgesprochen hohe Fluorid-Bioverfügbarkeit im Speichel und in der Plaque, auch im Vergleich zu Aminfluorid, ist ebenso wie das gute Remineralisationspotenzial wissenschaftlich gesichert (Gängler et al. 2009; Naumova et al. 2010,2011; Eggerath et al. 2011).

Mikrokristalline Zellulose ist das konsistenzgebende Poliermittel, mit dem neben dem Zahnbürsteneffekt (der allein für die Plaquekontrolle ausreicht) die organischen Oberflächenbeschichtungen und Verfärbungen wegpoliert werden. Bewusst wird auf alle Färbemittel und Maskierungsstoffe wie Titandioxid verzichtet, um die abgeputzten Pigmente von Farbbelägen wie Rotwein u.a. in der expektorierten Tablettenaufschwemmung zu erkennen.

Natriumlaurylglutamat ist ein Tensid aus der Veresterung von Glutamin- und Kokosfettsäure (Amisoft). Es liegt in geringer Konzentration vor, um nur einen sehr leichten Schaumeffekt zu haben. Eine hohe Schaumbildung täuscht nur eine Bürstenreinigung an allen zugänglichen Zahnseiten vor, und der kosmetische Effekt ist auch eher unerwünscht.

Ascorbinsäure trägt zur Absenkung des pH bei und stimuliert damit die Speichelsekretion. Die leichte Erhöhung der Sekretionsrate, mechanisch durch das Bürsten und biochemisch durch Vitamin C, ist ein wichtiger Faktor der Mundhygiene, weil der Speichel neben der Mukosa und Gingiva die Wirtsreaktionen auf die gesunde (und pathogene) mikrobielle Besiedelung veranlasst und weil er der Träger der Remineralisation („flüssiger Schmelz“) ist.

Kieselerde (Silica) in geringer Konzentration unterstützt die Polierwirkung von mikrokristalliner Zellulose.

Steviosid ist als Stevia aus der gleichnamigen Pflanze ein natürlicher Süßmacher, der der Zahnpflege-Tablette einen angenehmen Geschmack verleiht.

Minzaroma unterstützt den Geschmack und sorgt für frischen Atem.

Die Denttabs-Zahnpflege-Tabletten enthalten **keine Konservierungsstoffe, Keimhemmer, Bleichmittel oder zusätzliche Konsistenzgeber**. Bezogen auf den Fluoridgehalt sind sie ab einem Alter von 6 Jahren empfohlen. Die Tablettenformulierung erlaubt den Einsatz in allen Klimazonen bei hoher Hitze- und Kältebeständigkeit und langer Lagerfähigkeit bei geringem Gewicht. Die

Tablette ist auch ein einfaches Mundhygienemittel für „Zwischendurch“: Sie reinigt durch Kauen und Spülen, macht frischen Atem und hält die Fluorid-Bioverfügbarkeit hoch.

Die DENTABS® Zahnputztablette ist nach den Richtlinien der International Organic and Natural Cosmetics als kontrollierte Naturkosmetik des BDIH zertifiziert und nach der Aktion Zahnfreundlich wissenschaftlich getestet.

Fazit: Die Natriumfluorid-Dissoziation in Natriumionen und Fluoridionen allein im Speichel ist der entscheidende Vorteil der Tablettenformulierung. Der Hauptbestandteil an mikrokristalliner Zellulose, die rasch im Speichel dispergiert wird, führt zu einer schonenden Politur der Schmelzflächen und freiliegender Dentinareale ohne abrasive Verluste.

Das Zähnebürsten **verhütet** Karies und Gingivitis (zumindest an den Sitis, die erreicht werden); die bioverfügbaren Fluoridionen **behandeln** eine noch unentdeckte Präkaries oder initiale Karies durch Remineralisation.

Literatur zu DENTABS

- Ella A Naumova, Phillip Kuehnl, Philipp Hertenstein, Ljubisa Markovic, Rainer A Jordan, Peter Gaengler and Wolfgang H Arnold: Fluoride bioavailability in saliva and plaque, BMC Oral Health 2012, 12:3
- Ella A. Naumova, Wolfgang H. Arnold, Peter Gaengler: Fluoride bioavailability in saliva using DENTABS® compared to dentifrice, Cent. Eur. J. Med. 5(3) 2010, 75-380, DOI: 10.2478/s11536-010-0002-0
- Naumova, E A, Arnold, W H, Gängler, P: Orale Bioverfügbarkeit von Fluorid zur Kariesprophylaxe - Zahnpasta und Zahnputztablette. Zahn Prax 11 (2008), 434 - 436
- Kremniczky Th, Arnold WH, Gaengler P: Effects of novel Denttabs on remineralization of white-spot lesions. Journal of Dental Research 86(2007), 208
- Böshagen, C., Eifler, H., Gängler, P., Klinische Bewertung der Mundhygieneeffektivität einer Zahnputztablette. Zahnarzt und Praxis, 2005, 8, 420-424

Literaturangaben/Links im Web unter

<http://www.denttabs.com/Site/Seiten-D/DENTABS-Wissenschaft.html>



Bernhard Bartsch

ist Journalist, lebt teilweise in China und schreibt u.a. für die Frankfurter Rundschau.



Fresse polieren

Beschreibung eines Selbstversuches - von Bernhard Bartsch

„Zahnpasta war gestern“, behauptet Axel Kaiser von Denttabs und legt Interessierten - z.B. oben auf einer Messe - nahe, die Zahnputztabletten einige Wochen lang probeweise anzuwenden. Einer hat sich schon zu einem Test motivieren lassen: der Journalist Bernhard Bartsch. Das „Forum“ druckt seinen bereits in „Brand eins“ 10-2013 erschienenen Bericht verkürzt nach - nicht zuletzt mit der Absicht, den Lesern eine amüsante Lektüre zu gönnen. - Bartsch fragt sich zu Beginn seines Selbstversuches:

- Habe ich eine ältere Angewohnheit als das Zähneputzen? Irgendwann um meinen ersten Geburtstag herum beschlossen meine Eltern, dass die weißen Spitzen in meinem Mund groß genug seien, um zahnhygienischen Respekt zu verdienen. Sie kauften eine Kinderzahnbürste und Kinderzahnpasta und begannen, morgens und abends zu schrubben. Bald soll ich selbst nach der Bürste verlangt haben. Wie bei vielen Kindern war das Zähneputzen einer der ersten Schritte zur Selbstständigkeit.

Und nun soll dieses Ritual grundverkehrt sein. „Alles, was wir über Zahnpflege gelernt haben, ist völlig falsch“, sagt Axel Kaiser, der Gründer von Denttabs innovative Zahnpflegegesellschaft mbH, oder noch drastischer: „Zahnpasta ist Körperverletzung.“ Legt er erst mal los, redet er Stunden über die verheerenden Nebenwirkungen klassischer Zahnhygiene. Die Kurzfassung geht etwa so: Um eine weiche, temperaturunempfindliche und lange haltbare Zahncreme herzustellen, bedarf es vieler Inhaltsstoffe, die fürs Zähneputzen überflüssig sind, aber in Mund und Körper immensen Schaden anrichten können.

Die von Kaiser und seinen Mitstreitern entwickelten Denttabs sollen dagegen nur die notwendigen Substanzen enthalten. Die Tabletten werden zerbissen und die Zähne mit dem entstehenden Matsch und einer sehr weichen Bürste poliert. So sollen glatte Flächen entstehen, an denen kein Belag mehr haften kann, und damit auch keine Karies, kein Zahnstein, keine hässlichen Farbstoffe von Kaffee und Rotwein. Darüber hinaus seien die Tabs in der Lage, kleine Löcher zu reparieren, bei Schmerzempfindlichkeit dauerhaft Abhilfe zu schaffen und das Gebiss auf natürliche Art strahlen zu lassen, so Kaiser. All das zum Preis herkömmlicher Zahnpasta.

Man dürfte erwarten, dass Kaisers Tabletten zumindest bei den Millionen Anhängern von alternativen Heilmethoden und Bioprodukten ein Hit sein müssten. Aber rund zehn Jahre nach ihrer Einführung werden sie gerade mal von 10 000 bis 15000 Menschen regelmäßig benutzt. Kaiser muss nicht nur gegen eine Milliardenindustrie kämpfen. Sein stärkster Gegner ist die Macht der Gewohnheit. Auf Denttabs umzusteigen erfordert die Abkehr von einem vertrauten Ritual, an dessen Nutzen kaum jemand zweifelt. Mal sehen, ob der Wechsel bei mir klappt:

Geben wir den Tabletten eine Chance, einen Monat lang.

Tag 1: Kaum ist die Tablette gemäß Anweisung zerknackt, verteilt sich pappiger Pillenpulver zwischen Lippen und Zähnen. Im Spiegel schaue ich zu, wie mein Gesicht angewidert Grimassen schneidet. Allmählich entsteht eine dickliche Masse, mit der ich zu putzen beginne. Die mitgelieferte Zahnbürste streichelt labberig durch den Mund. Ich stelle meinen Wecker auf die

angegebenen drei Minuten, und als er endlich klingelt, habe ich statt des gewohnten Schaums nur dünne Flüssigkeit im Mund. Lediglich der Minzgeschmack erinnert daran, dass ich mir die Zähne geputzt habe. Neugierig taste ich sie mit der Zunge ab. Sind sie glatter? Vielleicht.

Tag 2: Am Morgen ein sehnsüchtiger Blick zur Zahnpasta. Die Vorstellung, den Tag künftig mit einem Mund voller trockenem Tablettenpulver zu beginnen, schürt grundlegende Zweifel an Denttabs' Erfolgsaussichten. Warum tut man sich das an, wenn man es auch frisch und schaumig haben kann? Trotzdem schiebe ich die zweite Denttabs zwischen die Zähne und versuche, diesmal meine Gesichtszüge zu beherrschen. Vergeblich. Ich stelle den Wecker und bürste. Kurz vor der Halbzeit habe ich einen Krampf im Arm. Drei Minuten sind eine lange Zeit. Auch die elektrische Zahnbürste bekommt einen sehnsüchtigen Blick.

Tag 4: „Schmeckt das ekelig?“, fragt meine Vierjährige, während sie mir beim Tabletten-Kauen zusieht. „Geht so“, antworte ich mit gequältem Lächeln. „Und warum machst du das?“ Oha, wie erklärt man das, ohne dabei das tägliche Ritual infrage zu stellen, auf dessen Einhaltung meine Tochter seit der Lektüre des Zahnhygienethrillers „Karius und Baktus“ penibel achtet? „Manche Leute putzen eben mit Zahnpasta und andere mit Tabletten“, versuche ich die Neuerung herunterzuspielen. „Du kannst ja auch mal eine Tablette probieren.“ Aber meine Vorführung war wohl keine gute Werbung. Die Badezimmerherrschaft der süßen Kinderzahnpasta bleibt unangetastet.

Die Macht der Gewohnheit beschäftigt die Zahnpflegeindustrie seit ihren Anfängen. Das wahre Erfolgsgeheimnis war nicht der Reinigungseffekt, wie sich am Beispiel der Zahnpasta Pepsodent nachvollziehen lässt, sondern der Geschmack. Pepsodent enthielt als eine der ersten Zahnpasten Minzöl und Zitronensäure. Die Sauberkeit konnte man also nicht nur sehen, sondern auch spüren. Sobald die Menschen ein Verlangen nach diesem kühlen Prickeln, das sie mit Sauberkeit gleichsetzten, entwickelt hatten, wurde das Zähneputzen zu einer Gewohnheit. Ob es wohl gelingt, mit den Putztabletten eine ähnliche neue Gewohnheit zu entwickeln?

Tag 9: Das Zerkauen fällt mir inzwischen leichter. Der Puder ist schneller gebändigt, aber schön ist das Prozedere noch immer nicht. „Mehlgesicht“, nennt meine Frau meine Zahnputzgrimasse. Den guten Vorsatz, mit Wecker zu putzen, habe ich mitt-

lerweile aufgegeben und schrubbe statt gestoppter nur noch gefühlte drei Minuten. Dieser Disziplinlosigkeit gebe ich eine gewisse Mitschuld, wenn ich abends nach dem Putzen manchmal den Eindruck habe, die weiche Zahnbürste sei den hartnäckigen Ablagerungen des Tages nicht gewachsen. Aber wirbt Denttabs nicht damit, dass die Beläge gar nicht mehr haften können? Vielleicht bin ich noch nicht lange genug dabei, denke ich, zerbeiße eine zweite Tablette und fange von vorn an.

Tag 12: Im Fernsehen sehe ich Werbung für eine elektrische Zahnbürste. „Stiftung Warentest belegt sehr gute Zahnreinigung“, sagt eine Männerstimme, während sich eine Animation der Bürste mit roboterhafter Präzision durch das Gebiss arbeitet. „Ihr Bürstenkopf bewegt sich in zwei Minuten häufiger als eine Handzahnbürste im ganzen Monat.“ Ich bin sofort überzeugt - und fühle mich schlecht. Die Denttabs-Slogans („Zahnpasta war gestern“, „Polieren statt putzen“, „Denttabs reparieren die Zähne“) kommen mir wie esoterischer Hokuspokus vor. Habe ich tatsächlich geglaubt, ein Berliner Quereinsteiger könnte einfach mal so hundert Jahre zahnmedizinische Forschung über den Haufen werfen? Sobald das Denttabs-Experiment zu Ende ist, kaufe ich mir zur Belohnung diesen elektrischen Superputzer, nehme ich mir vor.

Axel Kaiser kennt solche Reaktionen. „Man muss echt tapfer sein und durchhalten.“ Das gilt auch für das Experiment mit seiner Firma. Den Anstoß gab 1998 die an der Uni Witten-Herdecke gestellte Promotionsaufgabe, ein „wasserfreies Zahnpflegemittel“ zu entwickeln. Der Doktorand fand Unterstützung bei dem Berliner Zahnlabor der Kaiser-Brüder, die das Projekt später weiterverfolgten und aus dem wasserfreien Zahnpflegegranulat Tabletten herstellen ließen - wie bei Pepsodent mit Menthol-Zusatz, um den typischen Zahnpastageschmack zu erzeugen. Da Tabletten größtenteils aus Zellulose bestehen, entdeckten sie ganz nebenbei die Möglichkeit, die Zähne damit weich zu polieren, statt hart zu schrubben.

Tag 15: Das größte Denttabs-Versprechen war für mich die Aussicht auf schmerzfreie Zähne. Seit Jahren benutze ich teure Sensitiv-Zahnpasta, ohne durchschlagenden Erfolg. Ein Glas Grapefruitsaft kann mir den Rest des Tages verderben und trockener Weißwein am Abend das Frühstück am nächsten Morgen. Denttabs soll wirkungsvoller als Zahnpasta sein, weil das im Speichel aufgelöste Fluorid die empfindlichen Zahnhälse besser remineralisiert. Nach nunmehr zwei Wochen wage ich den Test mit zwei großen

Gläsern Riesling (den ich in der Folge noch wiederhole). Meine Zähne richten mir aus, dass sie die Säure zwar bemerkt haben, aber mir nicht ernsthaft übel nehmen. Denttabs - wir könnten doch noch Freunde werden!

Tag 22: Inzwischen greife ich morgens automatisch zur Pillendose. Die Zahnpasta ist aussortiert, das Zerbeißen der Tablette ist zu einem eigenen Ritual geworden und kostet keine Überwindung mehr. Tatsächlich: Die alte Gewohnheit ist durch eine neue ersetzt worden.

Was müsste passieren, um Denttabs massentauglich zu machen? Noch fehlt es an Rückenwind aus der Fachwelt. Der Hersteller darf zwar das Siegel „Wissenschaftlich getestet“ der Aktion zahnfreundlich benutzen, doch belastbare Studien kann Kaiser bisher kaum vorweisen: „Leider haben wir nicht das Geld, um da selbst groß einzusteigen.“ Viele Institute seien auch unwillig, sich gegen die großen Player der Zahnhygieneindustrie zu stellen. Kaiser hofft auf die Wirkung ideenreichen Marketings. Kürzlich hat er sich an einem Wettbewerb beteiligt, bei dem eine Geschäftsidee die Klitschko-Brüder als Werbeträger gewinnen kann. „Die Klitschkos wären für uns ideal“, sagt Kaiser. „Was die im Ring machen, macht Denttabs jeden Tag: Fresse polieren.“

Tag 30: Geschafft. Einen Monat bin ich nun „trocken“, heute werde ich rückfällig. Herkömmliche Zahnpasta werde jetzt ekelig schmecken und eine harte Zahnbürste hässlich kratzen, hat Kaiser vorhergesagt. Ich nehme mein altes Zahnputzzeug und schrubbe los. Nein, ekelig ist das nicht, und auch nicht unangenehm. Das Gefühl ist eher wie bei einem alten Freund, der vertraut ist, aber vielleicht nie mehr die gleiche Rolle spielen wird wie einst. Hinterher habe ich das Bedürfnis, mit Denttabs nachzupolieren.

Tag 31: „Kennen Sie Denttabs?“, frage ich meinen Zahnarzt. „Ist das von diesem Typ aus Berlin?“, kommt die Frage zurück, und dann arbeitet er sich mit Spiegel und Kratzer durch die Zahnreihen. „Die Zähne sind tadellos gepflegt“, sagt er schließlich. „Und das Zahnfleisch ist auch gesund.“ Soll ich Denttabs also weiter benutzen? „Warum nicht“, sagt er und scheint inzwischen selbst neugierig geworden zu sein. „Wäre schon interessant zu sehen, was daraus wird.“

Das „Forum“ dankt Bernhard Bartsch und „brandeins“ für die Nachdruckerlaubnis. Der ungekürzte Text von B. Bartsch ist zu beziehen über das Wirtschaftsmagazin „brandeins“: <http://www.brandeins.de>



Intentiöse Eminenz statt medizinischer Evidenz: S2K-Leitlinie der AWMF „Dentale digitale Volumentomographie“

Dentale digitale Volumentomographie (DVT) ist eine relativ neue bildgebende Technik, deren Indikationsstellung in Anbetracht der im Vergleich zur konventionellen Röntgentechnik sehr stark erhöhten Strahlenbelastung vor allem unter dem Aspekt des Strahlenschutzes zu bewerten ist. Der Berufsverband der Allgemein Zahnärzte in Deutschland e.V. (BVAZ) begrüßt die Ablösung der ungenügenden S1-Leitlinie, bedauert aber gleichzeitig die Mängel der neuen s2k-Leitlinie, die erkennbar ihrem Status – s2k = Konsens der Beteiligten – geschuldet sind. Von Evidenz (s2e, s3) keine Spur, dagegen viel Eminenz.

„Der Unterschied zwischen der abstrakten Mehr-Information durch bildliche Darstellung eines Situs' und der medizinisch erforderlichen Mehr-Information mit therapeutischer Konsequenz wird nicht mit der gebotenen Eindeutigkeit, sondern allenfalls punktuell markiert“, stellt der Geschäftsführer des BVAZ Dr. Dr. Rüdiger Osswald fest. Von der Faszination durch die vielen Bilder ohne therapeutischen Nutzen seien die Verfasser offensichtlich nicht frei. Und genauso offensichtlich sei ihnen wohl nicht bewusst, dass die Darstellung der dritten Dimension das standardmäßige therapeutische Vorgehen bei bekannt erhöhtem Risiko nur in Ausnahmefällen verändert (z.B. einige wenige untere Weisheitszähne) oder ohne therapeutische Konsequenz ist (z.B. Qualität einer Wurzelfüllung). Dass die DVT nach wie vor technisch nicht ausgereift sei, da die Volumengröße mit der Folge der Ganz-Kopf-Bestrahlung nicht an die meist eng begrenzte Fragestellung angepasst ist und die effektiven Dosen der Geräte stark

schwanken, sei, so Osswalds Kritik, den Verfassern nicht Grund genug, die von der Industrie betriebene weite Verbreitung der Geräte in den letzten Jahren und die Fehlansätze durch Verfügung über die Geräte durch die Praxisinhaber in Frage zu stellen. Die in Anbetracht der erhöhten Strahlenbelastung strengsten Anforderungen an die Indikationsstellung im Einzelfall würden nicht annähernd geltend gemacht.

„Der angebliche therapeutische Nutzen der DVT z.B. im Bereich der Endodontie ist nicht einmal ansatzweise plausibel – offensichtlich durften Endodontologen mit DVT und/oder für die nüchterne fachliche Beurteilung schädlicher Industrienähe den Passus einbringen“, moniert der Münchener Allgemein Zahnarzt Osswald. Er begründet die Kritik des BVAZ mit – im Vergleich zu anderen, gegenüber der Endodontie deutlich größeren Fachbereichen – ausufernden, wissenschaftlich mehrheitlich unbegründeten und zum Teil mühsam an den Haaren herbeigezogenen Indikationsstellungen, wie beispielsweise Homogenität der Wurzelfüllung oder abgebrochene Instrumente. „Das verzweifelte Bemühen, Gründe zu (er)finden, um ihre teurer erworbenen und schnell veraltenden Geräte zu amortisieren, ist überall identifizierbar“, so Osswald. Die Endodontologen wären besser beraten, dafür Sorge zu tragen, „dass die bakterielle Endodontitis endlich indikationsgerecht behandelt wird, anstatt die Einführung von neuem, genauso strahlen- wie kostensintensivem technischem Gerät einzufordern, das – wie alle technischen Innovationen der vergangenen 60 Jahre – die bescheidenen Ergebnisse ihrer Bemühungen nicht verbessern wird“.



Die Leitlinie der Europäischen Kommission leistet mit wiederholten Hinweisen zur klinischen Diagnostik und zur Strahlenbelastung insgesamt deutlich mehr. Für den BVAZ fordert Osswald die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) auf, die Leitlinie erheblich zu korrigieren und stellt ihr die Frage, warum die Leitlinie der Europäischen Kommission nicht übernommen wurde, und ob der Grund dafür möglicherweise der sei, dass die Kommission keine industrienahen Endodontologen beteiligt hat. Der BVAZ empfiehlt diese kluge europäische Leitlinie allen Kolleginnen und Kollegen Allgemein Zahnärzten zur Lektüre und als Richtschnur. Die Leitlinie steht im Internet zum Herunterladen unter der folgenden URL zur Verfügung: http://www.sedentext.eu/files/radiation_protection_172.pdf

Quelle:
BVAZ-Pressmeldung vom 29.10.2013

QR-Code für entsprechend ausgestattete Mobilgeräte zur PDF-Datei der Leitlinie der Europäischen Kommission



Kindern Zukunft schenken Hilfswerk Deutscher Zahnärzte: Richtungsweisende Projekte

Integrationszentrum
Carei, Rumänien



Integrationszentrum für Roma-Kinder

Dass die Lebensbedingungen der Roma in südosteuropäischen Ländern schlecht sind und dass die Zukunft ihrer Kinder unter diesen Gegebenheiten düster ist, ist allgemein bekannt. Das HDZ hat beispielhaft versucht, diesen Teufelskreis von Armut, Ausgrenzung und Bildungslosigkeit durch die Schaffung eines Integrationszentrums für Roma-Kinder zu durchbrechen. Vor vier Jahren wurde der Grundstein für dieses Projekt in Carei/Rumänien gelegt, und

liche Leiter dieses Zentrums und eigentliche Initiator und Motor des ganzen Projekts, ist stets mittendrin. In diesem Jahr wurde erstmals für die Kinder ein Sommerferienlager durchgeführt.

Bildung bedeutet Zukunft

Für die älteren Jugendlichen werden Vorträge zur Berufswahl angeboten, und Besuche in umliegenden Betrieben wie Bäckereien, einer Schuhfabrik und bei Unternehmen wie Continental organi-



Roma-Kinder beim HDZ-Besuch im Lager Carei

Gemeinsames Lernen verbindet

Dr. Klaus Winter, der dem HDZ vorsteht, konnte vor wenigen Wochen über seine Eindrücke vom Fortschritt dieser einmaligen Einrichtung berichten.

Bei den Kindern beginnen

Angespornt durch dieses zukunftsorientierte und erfolgreiche Projekt sorgen Gemeinde und Bürgermeister von Carei für 25 Kindergartenkinder dieses Zentrums durch kostenlose Bereitstellung von Strom und Wasser und drei Mahlzeiten am Tag. Zwei Pädagoginnen begleiten die Kinder beider Bevölkerungsschichten von Anfang an mit einem ganztägigen Programm. Weitere 25 Schulkinder kommen nachmittags mit zwei Lehrerinnen hinzu. Um den kulturellen Austausch zu erleichtern, ist auch eine „Zigeuner“-Lehrerin eingestellt worden. Der hierzulande umstrittene Begriff „Zigeuner“ wird übrigens von vielen Angehörigen dieser Volksgruppe ausdrücklich gewünscht.

Alle Beteiligten bilden zusammen eine große Familie. Pfarrer Borota, der geist-

siert. *„Das Interesse und die Beteiligungen waren groß. Es war gut und wichtig, am Ort zu erfahren, was alles aus den Ideen geworden ist, die wir gemeinsam geträumt, geplant und verwirklicht haben. Wer hätte die Entwicklung vor vier Jahren schon erahnen können, dass dieses Integrationszentrum jetzt ein Pilotprojekt, ja ein Vorzeigeprojekt für viele, auch staatliche Beobachter geworden ist“*, stellt Dr. Winter in seinem Bericht mit Freude fest und fügt hinzu: *„Sogar von der Universität kommen angehende Sozialpädagogen als Volontäre, um das Projekt an Ort und Stelle zu studieren“*.



Roma-Kinder bei der Grundsteinlegung

Allen Widerständen zum Trotz hat das HDZ hier Exemplarisches für Kinder geleistet, die wegen ihrer ethnischen Zugehörigkeit in der Regel keine Chance auf eine menschenwürdige Zukunft haben. Dafür bedankt sich Dr. Winter bei allen Zahnärztinnen und Zahnärzten und deren Körperschaften, die mit ihren Spenden zum Gelingen des Projektes beigetragen haben. Und im Namen der Kinder wünscht er sich einen weiteren Spendenzufluss für das Hilfswerk Deutscher Zahnärzte.

HDZ finanziert Schulgebäude in Haiti

„Die Hoffnung ist in unsere Herzen zurückgekehrt“. So beschreibt der haitianische Schulleiter Isamel Jones seine Gefühle, als er mit dem Vorsitzenden der Taubertaler Hilfsgemeinschaft e. V. vor dem neuen Schulgebäude in Carrefour, einem der ärmsten Viertel, steht. Finanziert wurde das Schulgebäude mit Spenden aus Deutschland und großzügiger Projektförderung durch das Hilfswerk Deutscher Zahnärzte für Lepra- und Notgebiete.

Zur Erinnerung: Im Jahr 2010 wurde Haiti, eines der ärmsten Länder der Welt, von einem verheerenden Erdbeben heimgesucht. Fast alle Behausungen und Unterkünfte wurden zerstört; tiefste Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung machte sich unter den Überlebenden breit. Auch hier waren die Kinder in besonderem Maße betroffen. Auch von der Schule blieb nur ein Schuttberg übrig. Dank der finanziellen Hilfe der Taubertaler Hilfsgemeinschaft e. V. war der Unterricht zunächst in einem Provisorium möglich, bevor wenige Monate später ein fest gemauertes Schulgebäude errichtet werden konnte.

Hier zeigte sich eine fruchtbare und unkomplizierte Zusammenarbeit beider Hilfsorganisationen. Das HDZ finanzierte zunächst die Anschaffung von Schulcomputern und die Ausstattung der Schulküche und danach die Einrichtung eines zusätzlichen Schulgebäudes, das im Juni 2013 eingeweiht werden konnte. Es ist nun sogar



Schulgebäude in Carrefour

mit einer modernen Photovoltaikanlage ausgestattet und steht damit im Mittelpunkt des Lebens. „Es ist ein echtes Selbsthilfe-projekt“, stellte Dr. Winter fest. „Es ist nicht nur eine Bildungsstätte entstanden, sondern viele Handwerker hatten in der Bau-phase Arbeit, durch die sie ihre Familien ernähren konnten.“ Einen besonderen Dank spricht der Vorsteher des HDZ an alle Zahnarzt-praxen aus, die mit ihren großzügigen Spenden ihr Hilfswerk auch bei diesem Projekt unterstützt haben.

Zahnhygieneprogramm im Elendsviertel von Buenos Aires

Angefangen hatte alles 2004 in einem Gesundheitszentrum in einem Elendsviertel von Buenos Aires. Weil zerstörte Zähne bei Schulkindern alltäglich waren, initiierte eine Apothekerin von „Apotheker ohne Grenzen“ ein Zahnhygieneprogramm für Kinder. Zwar gab es in Buenos Aires genügend Zahnärzte; aber für schlechtes Gehalt wurden im Slum-health-center in der Regel nur Zähne entfernt. Im Jahr 2008 konnte dann ein professionelles Zahnhygieneprogramm für mehrere Kindergärten der Umgebung be-

gonnen werden. Neben Zahnbehandlungen stand nun auch das Erlernen von Zahnhygiene auf dem Programm. Ab 2012 kam die Unterstützung der Stiftung HDZ hinzu, die diese Prophylaxe-Arbeit einer argentinischen Zahnärztin finanziert. Zum Jahresende 2013 plant nun ein HDZ-Kollege den Besuch vor Ort, um zusammen mit der ansässigen Kollegin und den Apothekern den Aufbau eines entsprechenden Multiplikatoren-Programms zu evaluieren. Denn neben dem medizinischen Aspekt trägt die Zahngesundheit indirekt entscheidend dazu bei, den Kindern aus den Slums zu mehr Selbstbewusstsein, besserer Ausbildung und im Idealfall zu einem Arbeitsplatz zu verhelfen.

Das HDZ braucht Ihre Spende!

Die hier vorgestellten Projekte sind beispielhaft für die vielen anderen direkten Hilfsmaßnahmen in akuten Notsituationen und Hilfestellungen zur Selbsthilfe, die das Hilfswerk rund um den Globus durch die vielseitigen Spendenzuflüsse leistet. So flossen alleine 2013 bei 41 Hilfsmaßnahmen rund 819.000 Euro an bedürftige Einrichtungen (mehr dazu unter <http://www.stiftung-hdz.de/projekte/>).

Nach „intensiver und umfassender Prüfung“ hat das Deutsche Zentralinstitut für soziale Fragen (DZI) dem HDZ erneut das DZI-Spenden-Siegel verliehen, wobei die Kosten für dieses anerkannte Siegel mit einer Pauschale und 0,035 % der jährlichen Gesamteinnahme zu Buche schlagen. Andererseits wird die Arbeit des HDZ in der Göttinger Zentrale von vielen ehrenamtlich tätigen Händen getragen, die dafür sorgen, dass die Spenden der deutschen Zahnärzteschaft möglichst auf direktem Wege denjenigen Menschen und vor allem den Kindern zugute kommen, die der Hilfe bedürfen – und davon gibt es nur zu viele.



Um die laufenden und zukünftigen Hilfsprojekte für Not leidende Menschen kontinuierlich durchführen zu können, bittet das Hilfswerk Deutscher Zahnärzte auch weiterhin um Ihre Spende.

Dr. Klaus Winter / Dr. Michael Loewener

Alle Fotos wurden vom HDZ zur Verfügung gestellt.

Die Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte (HDZ),

gegründet 1987, hat es sich zur Aufgabe gemacht, dort tätig zu werden, wo staatliche Hilfsmaßnahmen nicht greifen und wo die großen Hilfsorganisationen nicht vertreten sind. Sie sorgt für die Einrichtung von Zahnstationen, Waisenhäusern, Kinderheimen, Schulen und Krankenstationen und versteht ihre Arbeit als Hilfe zu Selbsthilfe. Insbesondere geht es ihr um die Schul- und Berufsausbildung junger Menschen, die Einrichtung von Arbeitsstätten, die Unterweisung von Ärzten und Zahnärzten sowie Hilfspersonal an den gelieferten Ausrüstungsgegenständen und die Versorgung mit Medikamenten.

HDZ-Spendenkonto:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
BLZ: 300 606 01
Konto: 000 4444 000

IBAN: DE2830060 6010004444000
BIC (SWIFT-Code): DAAEEDDD



Nach dem Sommer ging es munter digital weiter. Nein, der geneigte Leser hat Teil 2 nicht verpasst. Nachdem sich während des Sommers eine Runde von Technikern und Laborinhabern zum gleichen Thema getroffen hatte, kam an einem Samstag direkt nach den Sommerferien – als Grande Finale – eine gemischte Runde von Zahnärzten und Zahntechnikern wieder in den Redaktionsräumen der DZW in Bonn zusammen.

Labors sind von der Digitalisierung mehr als die Zahnärzte betroffen

Einige bekannte Gesichter und auch natürlich einige neue Teilnehmer begrüßten sich in gewohnt lockerer Atmosphäre; die Moderation übernahm erneut Rudolf Weiper. Und wieder sprudelten Ideen und Vorstellungen zum Thema nur so heraus, zumindest aus den meisten. Aufgrund der gemischten Gruppe aus Technikern und Zahnärzten war schnell zu merken, dass es an diesem Tage vorrangig um das Thema digitaler Zahnersatz gehen würde, denn davon leben die zahntechnischen Labors nun mal. Und speziell um deren Zukunft wird es gehen. Zahnersatz macht in den meisten Praxen doch nur einen Teil des Spektrums und des Umsatzes aus, und wer sich intern schon spezialisiert hat, wie zum Beispiel auf Implantologie, Endodontologie oder gar Parodontologie oder Kieferorthopädie, für den ist das Thema der Digitalisierung des Zahnersatzes nur ein Randthema. Ob nun eine Abformung tatsächlich mit einem wie auch immer gearteten Abformmaterial oder eben per Kamera gemacht werden wird, ist dann nebensächlich. Der digitale Abdruck ist, genauso wie die digitale Kiefergelenksvermessung oder die digitale Farbstimmung, letztendlich nur ein Tool auf dem Weg zu einem guten Zahnersatz.

Digitale Zahnersatzfertigung wird schneller und unaufwändiger

Allerdings hat die digitale Technik mit dem bereits sehr hohen Qualitätsniveau der

Praxis 2013 – Vision 2020

3. Bonner Runde zur Zukunft von Zahnmedizin und Zahntechnik

von Dr. Andreas Bien, Herzogenrath

deutschen Zahntechnik zu kämpfen. Wir sind heute durchaus in der Lage, mit dem nötigen Aufwand und analoger Technik und Handarbeit, (fast) perfekten Zahnersatz herzustellen. Im Gegensatz zu manchen anderen Errungenschaften vergangener Jahre ist die digitale Zahntechnik nicht zwingend erforderlich für Qualitätsverbesserungen. Wer bisher in der Lage war, Kronen und Inlays mit nicht fühlbarem Randspalt oder farblich perfekte Vollkeramikronen herzustellen oder herstellen zu lassen, wird von der neuen Technik nicht qualitätsrelevant profitieren können. Ziel wird vielmehr sein, vergleichbar gute (oder fast genauso gute) Ergebnisse mit deutlich verringertem Aufwand in kürzerer Bearbeitungszeit und erheblich kostengünstiger produzieren zu können. In Zeiten, wo die Kosten für Edelmetalllegierungen durch die Decke schießen und der Festzuschuss für den Patienten nicht einmal die Metallkosten deckt, wird natürlich forciert nach Alternativen gesucht, geforscht und auch immer wieder etwas gefunden. Dabei scheint mittlerweile die durchgefärbte Zirkonkrone oder Presskeramikkrone als Grundeinheit das Mittel der Wahl zu werden.

Hierbei stellen sich dann ganz neue und ganz praktische Probleme. Durch die Vollkeramik wird fortan auch im Seitenzahnbereich eine zahnfarbige Versorgung zum Standard und die ganze Arbeit in den privaten Abrechnungsbereich verschoben. Das ist nicht immer erwünscht. Durch die höhere Bewertung der Prothetik in der GOZ-Novelle wird alleine durch die Wahl des Werkstoffs, also ohne besonderen zahnärztlichen Aufwand, die Arbeit erheblich teurer als im Bema. Eine Absenkung des Steigerungssatzes deutlich unter 2,3-fach als Kompensationsmöglichkeit auf Bema-Niveau mögen die meisten Zahnärzte verständlicherweise aber nicht erwägen, logisch. Denn da gilt: Wehret den Anfängen! Gesundheitspolitik und Privatversicherungen sind in diesem Bereich extrem vigilant. Wenn erst einmal die Büchse der Pandora geöffnet ist, werden Fluten über die Zahnärzte hereinbrechen, die der in der Vergangenheit oft überfordert wirkende Vorstand der Bundeszahnärztekammer womöglich nicht mehr wird eindämmen können.

Großlabors mit tonnenschweren digitalen Fräsen erobern den Markt

Man stelle sich das Szenario nur vor: Nach einer Kronenpräparation wird ein optischer Abdruck genommen, der Datensatz sofort versendet, und 3 Tagen später eine gut passende Vollkeramikkrone für komplett 99 Euro angeliefert. Hier reden wir nicht von einer Vision 2020, das ist schon heute Realität. Zugegebenmaßen erst in sehr wenigen Praxen, aber es ist möglich und funktioniert prima. Die Zahntechnik kann selbst bei einem solchen scheinbaren Kampfpfeis noch gut Profit machen, wenn die digitale Kette eingehalten wird. Bei großen Fräszentren kosten fertig gefräste Kronen bei entsprechendem Volumen kaum mehr 20 Euro.

Was, Sie zahlen immer noch 200 Euro bei Ihrem Fremdlabor oder sogar 300 Euro? Na, dann wissen Sie ja, wo der Zug langfahren wird. Und das wird nicht das kleine zahntechnische Labor um die Ecke sein, das sich mit ein paar Hunderttausend Euros verschulden wird, sondern Ihr Praxislabor, das die Kronen noch bemalt oder eine Okklusion geringfügig korrigiert, oder eben ein Labor, das die Zeichen der Zeit erkannt hat, und ebenso günstig fräsen lässt und die vorgenannten Leistungen ähnlich einem Praxislabor selbst erbringt. Die kleinen Fräsmaschinen, die zwar auch gut fräsen können, aber so viele Nachteile haben, vom Werkzeug wechseln, langen Rüst- und Reinigungszeiten, Softwareupgrades bis zu Bedienungseinschränkungen etc., werden qualitätsmäßig und kostenmäßig auf der Strecke bleiben und mit ihnen die Labors, denen die Minifräsen für gutes Geld verkauft worden sind. Langfristig gut und günstig werden nur die ganz großen Fräsmaschinen arbeiten, die die wenigen großen Player der Zahntechnik, darunter mittlerweile auch die Implantathersteller, anschaffen werden oder es schon getan haben. Das sind dann keine kleinen Kisten in Cerec-Maschinengröße mehr, sondern Geräte, die viele Tonnen wiegen, viele Millionen kosten und absoluten Industriestandard haben.

Kostenträger sehen Spielräume für Preissenkungen

Und wenn das realisiert ist, was glaubt der geneigte Leser denn, welche private Versicherung dann noch bereit ist, 1.000 Euro

für eine Krone zu übernehmen? Und auch die gesetzlichen Kassen, die ja offenbar noch eine weitere Legislaturperiode zweigleisig fahren werden, seitdem die Bürgerversicherung vom Tisch ist, werden genau überlegen, ob man bei gefallenem Zahnersatzkosten nicht den Festzuschuss nach unten korrigieren muss. Bei mancher Reparatur macht der Festzuschuss nur noch 10% aus, da wird nichts korrigiert, aber in die andere Richtung? Wetten, dass das schnell geht. Alles Vision 2020? Ja, aber die Zeichen stehen klar in die Richtung und viele Labors in den Startlöchern.

Uns holt der Geist der Zeit ein, es wird nichts besser, nur eben fast so gut, oder soll man sagen gut genug? Dafür schneller, billiger und kurzlebiger. Dass eine jede Vollkeramikkrone einer Vollgusskrone in ihrer Langlebigkeit unterlegen ist, liegt in der Natur der Werkstoffe. Natürlich werden 100 % der Patienten, die vorher eine Vollgusskrone in NEM bekommen haben, mit einer durchgefärbten A3 Brücke im Seitenzahnbereich ästhetisch besser versorgt sein.

Politisch werden alle Effekte gewünscht sein, die Überversorgung mit Zahntechnikern wird geregelt, Zahnersatz wird billiger, selbst Härtefälle müssen nicht mehr mit diesen unschönen Metallversorgungen vorlieb nehmen, die Konkurrenz unter den Zahnärzten wird erhöht, und Zahntechnik wird wieder nach Deutschland geholt. Denn wo so eine große Fräsmaschine steht, ist prinzipiell einerlei, richtig verdienen kann man nur in Bereichen großer Lohndifferenz. Wenn aber nur noch kurze Rüstzeiten in der Herrichtung der Maschine, kurze Konstruktionszeiten und Logistik erforderlich sind, dann ist es tatsächlich effektiver, in Deutschland zu produzieren als im fernen Ausland.

Und in diesem ganzen System werden wir Zahnärzte nur ein Zahnrad sein.

Der optische Abdruck wird notwendig und auch Standard werden, um die erforderliche Qualität, die digitale Kette und damit auch den Preis zu halten. Welches System sich durchsetzen wird, ob offen oder geschlossen, ob optisch oder Laserabtastung, das werden die nächsten Jahre zeigen. Bis es soweit kommt, dass diese Systeme perfekt funktionieren, werden eventuell noch mehr als die 7 Jahre bis 2020 vergehen. Optische Abdrücke funktionieren immer noch nicht fehler- oder puderfrei. Sobald es subgingival geht und etwas feucht wird, haben so einige Systeme Schwierigkeiten. Scanzeiten im Mund sind momentan, spe-

ziell bei größeren Arbeiten, traditionellen Abformungen zeitlich deutlich unterlegen. Diese Scans können auch noch nicht preiswertem trainierten Hilfspersonal überlassen werden, sondern müssen noch von den Zahnärzten durchgeführt werden. Konstruktionszeiten am Rechner sind momentan natürlich auch noch so lang, dass ein geübter Zahntechniker den Zahnersatz in gleicher Zeit allemal in Wachs modelliert hat. Aber das sind Kinderkrankheiten, und die Industrie scheint wild entschlossen, den Dentalmarkt aufzurollen. Mittlerweile kommen auch maschinentechnische Global Player ins Spiel, die bisher mit Zahnmedizin nichts am Hut hatten, sondern nur ausgezeichnete CAD/CAM System hergestellt haben. Diese können mit den Genauigkeiten, die wir in der Zahnmedizin mit gewünschten Zementierungsspalten von 30-100 µm nutzen, mit Leichtigkeit mithalten. Und der dentale Kuchen ist offenbar sehr attraktiv und hat Margen, die andere Industriebereiche um ein Vielfaches übertreffen.

Und auch nach dem Symposium mit ausgezeichnet informierten und vorbereiteten Zahntechnikern **bleibt für uns Zahnärzte das Fazit, dass wir der Zukunft recht gelassen entgegen sehen können.** Aber wir werden aufpassen müssen. Es kann sein, dass wir als Zahnärzte

- ein Praxislabor einrichten müssen, um preislich mithalten zu können
- Abstriche in Bezug auf die gewohnte Qualität machen werden müssen
- keine Zahntechniker mehr finden, die herausragenden ästhetischen Zahnersatz zu "normalen" Preisen anfertigen können
- Investitionen in Anschaffungen und Fortbildungen in erheblicher Höhe werden tätigen müssen
- lieb gewordene Geschäftsbeziehungen zu Zahntechnikern werden auflösen müssen, die den Weg nicht mitgehen wollen oder können
- mehr Konkurrenzdruck im Bereich Zahnersatz durch Kollegen bekommen werden, die schon früher preiswerter produzieren lassen
- mit Begehrlichkeiten der Kostenträger und -erstatte konfrontiert werden
- mit dem Negativargument "Auslandszahnersatz" nicht

mehr werden punkten können, weil es wieder "Made in Germany" werden wird

- noch betriebswirtschaftlicher kalkulieren müssen

Zahnersatz ist nur eines der vielen Standbeine der Allgemeinzahnärzte. Und mit geschärftem demoskopischen Weitblick und Wissen von DMFT < 0,8 bei 16-jährigen ist die Prothetik sicher auf dem absteigenden Ast und wird in Zukunft weiter zurückgehen. Sicher nicht als Vision Zahnmedizin 2020, aber sicher als Vision 2050. Eine Aufwertung zahnerhaltender Maßnahmen würde einen solchen Trend noch beschleunigen.

Dem klassischen Zahntechniker mit Laborgröße 3-8 Personen ist zurecht Angst und Bange vor der Zukunft, und der eine oder andere wird sicherlich das Handtuch werfen oder die Selbstständigkeit aufgeben, um den erforderlichen Investitionen in Zeit und Geld zu entgehen. Übrig bleiben werden echte Praxislabors, echte Spezialisten, die eine ganz besondere Nische bedienen können, und die großen Labors, die die digitale Industrialisierung mitmachen. Das Rad lässt sich nicht wieder zurückdrehen.

Dank an die Workshop-Gastgeber

Auch an dieser Stelle noch einmal mein herzlichster Dank an Die Zahnarzt Woche (DZW) für die Einladung zu diesem Symposium. Für das nächste Mal würde ich eine Örtlichkeit mit größerer Wandfläche vorschlagen, da mit zunehmender Zeitdauer auch diesmal schon begonnen wurde, aus Wandflächenmangel Fensterflächen mit vollgeschriebenen Flipchartblättern zu verdunkeln. Solange Symposien mit Flipcharts regelmäßig stattfinden, mache ich mir um die Zukunft der deutschen Papierindustrie keine Sorgen, just kidding. Herzlichen Dank für die Betreuung und Bewirtung durch die DZW und die überaus professionelle Moderation von Herrn Weiper. Über eine erneute Einladung in 7 Jahren in einer Runde mit ähnlicher Zusammensetzung zur Evaluation unserer Vorstellung der Vision Praxis 2020 würde ich mich sehr freuen.

**Dr. Andreas Bien,
niedergelassen in
Herzogenrath
kontakt@dr-bien.de**

**1. Bericht zur Bonner
Runde im Mai 2013:
„Forum“ 116, S. 23-25**





Eindrücke vom Deutschen Zahnärztetag 2013 Geschäftsmodelle, wohin man schaut

Wir leben in einer ökonomisierten Welt, in der ständig neue Geschäftsmodelle, die teilweise auf Übervorteilung anderer beruhen, entwickelt werden. Für jeden Einzelnen und die Gemeinschaft ist es wichtig zu merken, auf welcher Seite er/sie gerade steht.

In seinem Festvortrag bei der Eröffnungsveranstaltung des Deutschen Zahnärztetags in Frankfurt am Main wies Udo di Fabio, ehemaliger Richter am Bundesverfassungsgericht, darauf hin, dass der Untergang vorprogrammiert ist, wenn man sich nicht auf seine Wurzeln besinnt und seine im Laufe der Entwicklung erworbenen Werte pflegt. Wenn ein gewisser Wertekanon, der auch Leistungswillen und Achtung vor anderen beinhaltet, vernachlässigt werde, drohe unabänderlich der Abstieg. Wir würden uns zur Freiheit bekennen, aber eine falsche Idee der Freiheit zerstöre die Alltagsvernunft. Daher, so sein Appell, sind die Weiterentwicklung und der Fortschritt nur mit dem Erhalt westlicher Werte möglich. Kurzzeitige Selbstverwirklichungsideen, –praktiken und staatliche Bevormundung hemmen seiner Meinung nach langfristig die Leistungsfreude und den Leistungswillen.

Das lässt sich auch auf unseren Beruf übertragen. Wie sagte die ehemalige Bundesgesundheitsministerin Schmidt? Es müsse Schluss sein mit der Ideologie der Freiberuflichkeit. Seit Jahren wird alles von an dieser Zerschlagung Interessierten dafür getan.

Bürokratische Forderungen führen zur Unattraktivität des zahnärztlichen Berufs, führen zu Mehrbelastungen, Selbstaussbeutung, schmälern den Erfolg, rauben Zeit, die für die Behandlung unserer Patienten

fehlt. Dadurch büßen wir jeden Tag ein weiteres Stück unserer Freiheit ein und langfristig den international anerkannt hohen Standard der deutschen zahnmedizinischen Versorgungsqualität.

Entsprechend groß war auch der Unmut über die Politik auf der Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer e.V.. Da wird durch Egoismus und Partikularinteressen ein gemeinsames Arbeiten an der Fortentwicklung des Berufsstands gefährdet. Schon Goethe wusste: Am Gelde hängt doch alles. Aus fadenscheinigen pekuniären Gründen versagten die Delegierten eine Satzungsänderung, die für kleinere Kammern zu finanzieller Entlastung geführt hätte, wenn sie ausgewiesene Fachleute für die standespolitische Arbeit in die BZÄK-Gremien entsenden. Auch das ist ein Geschäftsmodell, in diesem Fall das einiger Bundesversammlungsdelegierter, aber es ignoriert bestimmte Werte und bedroht langfristig die Effektivität der Standespolitik, die wiederum uns allen zugutekommen würde.

Wichtig war das Bekenntnis der Delegierten zur Weiterentwicklung des dualen Gesundheitssystems unter Berücksichtigung von Demografie, Wettbewerb und Qualität sowie das Bekenntnis, dass die Ausübung des Zahnarztberufs in freier Selbstständigkeit gefördert werden muss. So sollen Eingriffe und Steuerungen, die die Motivation der Zahnärzte zur Niederlassung in eigener Praxis unterminieren, unterbunden werden.

Ein hehres Ziel! Sind es doch gerade neue, teilweise von uns Zahnärzten selbst zu verantwortende Rahmenbedingungen, die eine eigene Praxis für jüngere Kollegen nicht erstrebenswert machen.

Da sind zum einen finanzielle Mehrbelastungen durch Auflagen und Gesetze, die auch einen erheblichen Teil des Bürokratiewachses ausmachen, das sind Geschäftsmodelle von Politikern und berufs-fremden Elementen, die an uns verdienen wollen. Zum anderen sind da Aufwendungen zeitlicher und finanzieller Art, die uns durch die Mär der Wissensexplosion in der Zahnmedizin seitens genau daran interessierter zahnärztlicher Vertreter aufgebürdet werden. Auch das sind Geschäftsmodelle

anderer, die unser Bestes wollen. Darauf hat der Berufsverband der Allgemeinzahnärzte Deutschlands seit Jahren hingewiesen. Diagnose und Therapie dürfen sich nur nach dem Wohl des Patienten, nicht aber nach staatlichen Vorschriften und wirtschaftlichen Interessen Dritter richten. Die Grundlagen der Zahnmedizin müssen mit Beendigung des Studiums vermittelt sein, so dass ein berufsfertiger Zahnarzt die Approbation erhält.

Einmütigkeit herrschte unter den BZÄK-Delegierten bei der Forderung, zahnärztliche Leistungen angemessen zu honorieren. Insbesondere sprach sich die Bundesversammlung dafür aus, den § 12 GOZ, der de facto einer Budgetierung den Weg ebnet, ersatzlos zu streichen und den Punktwert der jährlichen Kostenentwicklung anzupassen. Ein Signal gegen das Geschäftsmodell des Staates.

Die zahnmedizinischen Kompetenzen dürfen, so wie es im Zahnheilkundengesetz festgelegt worden ist, nicht an Hilfsberufe abgegeben werden, sie sind an die zahnärztliche Approbation gekoppelt, der Akademisierung zahnärztlicher Hilfsberufe wurde eine Absage erteilt. Eine Absage an das Geschäftsmodell aller, die sich davon Profit versprechen.

Weiterhin positionierten sich die Delegierten einstimmig gegen überzogene, teilweise von wissenschaftlich zweifelhaften und der Lobbyarbeit der Industrie (noch ein weiteres Geschäftsmodell ...) beeinflusste Hygienerichtlinien. Hier wurden die BZÄK und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung aufgefordert, die Honorierung dieser Mehrbelastung entkoppelt von den Gebührenordnungen zu bewerten.

Wenn wir als freier Berufsstand künftigen Entwicklungen trotzen wollen, sind eine Rückbesinnung auf die Werte unseres Berufsstandes und ein geschlossenes Vorgehen gegen Geschäftsmodelle ohne adäquaten Gegenwert nötig. In diesem Sinn wünschte der Präsident der BZÄK, Dr. Peter Engel, mit seinem Abschlusswort den Delegierten alle Weisheit der Welt.

Dr. Roland Kaden, Heide
Vizepräsident BVAZ

Magische Heilmethoden Teil 4: Schüßler-Salze

von Mandy Himmelblau – ganzheitliche Erklärfee

Das Wesen der Krankheit ist die Krankheit

Erkenntnis von Dr. Schüßler [1]

Wem die magischen Heilmethoden Homöopathie oder Anthroposophische Medizin zu kompliziert sind, dem kann ich die „Biochemie nach Dr. Schüßler“ empfehlen. Wilhelm Heinrich Schüßler (1821-1898) war, im Gegensatz zu den meisten Ärzten, der Ansicht, dass Krankheiten allgemein auf fehlende Mineralsalze in den Körperzellen zurückzuführen wären. Er begann, mit homöopathischen Mitteln zu experimentieren, und reduzierte die notwendigen Heilmittel – er nannte sie Funktionsmittel - gegen sämtliche Krankheiten auf genau 12.

Die Homöopathie umfasst ja mittlerweile mehrere Tausend Präparate, da kann man als Heiler schon mal leicht durcheinander kommen, zumal ja auch die verschiedenen Potenzen beachtet werden müssen. Wenn Sie also schnelle therapeutische Hilfe mit einfachen Mitteln suchen, dann greifen Sie zu Schüßler-Salzen!

Das sind ganz natürliche Mittel, die in jedem menschlichen Körper vorkommen und wichtig für den reibungslosen Ablauf aller Körperfunktionen sind. Die Schüßler-Salze enthalten Mineralsalze der Elemente Kalzium, Eisen, Kalium, Magnesium, Natrium und Silizium.

Wie in der Homöopathie werden die Mittel stark verdünnt. Es gibt aber nicht verschiedene Verdünnungsstufen, sondern bis auf wenige Ausnahmen nur D6. Das be-

deutet 10^6 , also 1 Teil Mittel vermischt mit 1.000.000 Teilen Milchzucker. In 1000 kg Zucker ist also 1g des jeweiligen Mineralsalzes enthalten.

Den Herstellungsprozess stelle ich mir sehr schwierig vor: Es sind ja riesige Mengen, die da durchgemischt werden müssen und es muss gewährleistet sein, dass sich das eine Gramm gleichmäßig auf 1000 kg verteilt. Ich würde gerne mal sehen, wie man das macht.

Aber egal, weiter, dieser Zuckerberg wird dann in Tablettenform gepresst, verpackt und an Apotheken ausgeliefert.

Exemplarisch stelle ich Ihnen die Funktionsmittel Nr. 8 und Nr. 12 vor:

- **Nr. 8. Natrium Chloratum**
(Natriumchlorid = Kochsalz)
- **Nr. 12. Calcium Sulfuricum**
(Calciumsulfat = Gips)

Der erwachsene Mensch benötigt, um gesund zu bleiben, ca. 55 mg Natrium, 1,5 g Chlor und 500 mg Calcium. Diese Mineralien werden (außer Sie ernähren sich vegan) ausreichend mit der Nahrung aufgenommen. Es dürfte also eigentlich nicht zu Mangelerscheinungen kommen. Aber – Sie ahnen es - die Schüßlerschen Mineralsalze entfalten ihre wundersame Heilwirkung erst durch das magische Ritual des Verdünnens und Vermischens mit Milchzucker. Die wenigen Moleküle, die nach Verdünnen noch vorhanden sind, haben ganz besondere Eigenschaften, sie sind sozusagen Zaubermoleküle. Sie können nämlich gezielt Signale an bedürftige Körperzellen senden. Dadurch



werden kranke Zellen in die Lage versetzt, sich selbst zu heilen. Über welche Übertragungswege diese Signale gesendet werden und welche Struktur in der Zelle für die Informationsaufnahme und -verarbeitung zuständig ist, weiß man (noch) nicht.

Funktionsmittel Nr. 8 (Kochsalz) hilft bei: Verbrennungen, Störungen des Säure-Basen-Gleichgewichts, Abmagerung, trockener Schleimhaut, Afterfissuren, Bläschenauschlag, Insektenstichen, Gürtelrose.

Funktionsmittel Nr. 12 (Gips) hilft bei: Chronischen Eiterungen, Bindehautentzündung, eitriger Mandelentzündung, Nierenentzündungen, Karbunkeln, Milchschorf, Rachtitis, Rheumatismus, Magengeschwüren.

Falls Sie sich nicht entscheiden können, an welcher Krankheit Sie oder Ihre Patienten leiden, können Sie die so genannte „Antlitzdiagnostik“ anwenden. Diese wurde ebenfalls von W.H. Schüßler entwickelt.



Regal in einer Apotheke einer deutschen Großstadt



Plakat in der
o.a. Apotheke

Salze gezählt) und Anthroposophie, die nach dem „Binnenkonsens“ keine Wirksamkeit belegen müssen. Das ist doch ein richtiges Glück für die Hersteller von magischen Heilmitteln, nicht?

Und für uns natürlich auch, denn wenn die Mittel nicht in Apotheken verkauft würden, sondern vielleicht im Supermarkt, dann würden sie ja vielleicht gar nicht helfen? Könnte ich mir zumindest vorstellen.

Und nun wieder die beliebten Therapieempfehlungen für den Zahnarzt:

„Folgende Schüssler-Salze werden innerlich gegen

Zahn-Herde eingesetzt:

Nr. 5. Kalium Phosphoricum

Nr. 12. Calcium Sulfuricum

Nr. 26. Selenium (*Dieses Salz stammt nicht von Dr. Schüßler, sondern wurde später dazu erfunden, Anm. der Verfasserin*)

Auswahl der Tabletten:

Ganz nach Ihrem Gutdünken können Sie entweder alle passenden Salze, maximal drei Salze zur gleichen Zeit oder nur ein einzelnes der vorgeschlagenen Salze auswählen.

Anwendung der Tabletten:

3 bis 6 mal täglich 1 - 3 Tablette(n)

Hochdosierung: Alle 1 bis 10 Minuten 1 Tablette

Kinder: 3 bis 6 mal täglich 1/2 - 2 Tablette(n) je nach Alter und Körpergröße [sic].

Tabletten einzeln einnehmen und langsam im Mund zergehen lassen.“ [2]

Den Bedarf an **Funktionsmittel Nr. 8** würden Sie an folgenden Symptomen bemerken: Ihre Haut weist einen Gelatineglanz auf. Das ist ein unterbrochener Glanz, der die unteren Hautbeschaffenheiten erkennen lässt. Er ist nicht abwaschbar. Sie haben einen schmierigen Lidrand, erweiterte Hautporen (wie Orangenschale) und pralle Wangen.

Wenn Sie Altersflecken haben oder Abszesse, Furunkel und Eiterpickel, dann brauchen Sie **Funktionsmittel Nr. 12**

Sie können sich in der oben abgebildeten Apotheke beraten und diagnostizieren lassen und das passende Heilmittel auch gleich kaufen. Eigentlich dürfen in Apotheken nur solche Arzneimittel verkauft werden, deren Wirksamkeit nachgewiesen ist. Eigentlich! In Deutschland gibt es aber zwei Ausnahmen:

Homöopathie (dazu werden wegen der starken Verdünnung auch die Schüßler-

2te-ZahnarztMeinung – der BVAZ empfiehlt eine bessere Alternative

In Glanzprospekten wird – regional unterschiedlich stark – für die Teilnahme an dem Modell der „Versteigerung“ zahnärztlicher Leistungen im Internetportal „2te-ZahnarztMeinung.de“ geworben. Dieses Modell ist zwar nach Rechtsprechung zulässig, aber nicht alles Zulässige ist auch sinnvoll. Der BVAZ rät allen daran interessierten Kolleginnen und Kollegen, sich das Angebot ganz genau anzuschauen! Rentiert sich für Sie eine prof. Zahnreinigung für 35 €, können Sie Ihr Praxislabor mit guten (und gut bezahlten) Technikern in den Preiswettbewerb im Internet stellen? Gilt in dem Zusammenhang die Zusage, dass die Zahnärzte der 2ten-ZahnarztMeinung den Zahnersatz ausschließlich in Deutschland herstellen lassen, nur für das Endprodukt, oder auch für die Vorarbeiten? Wollen Sie die Zahl Ihrer Patienten erhöhen, die das Vertrauen in ihren Behandler für ein billigeres Angebot aufkündigen, das ohne Kenntnis der klinischen Situation allein auf der Basis des Befundes auf dem Heil- und Kostenplan abgegeben wurde? Mag das Angebot für einige Kollegen auch verlockend erscheinen, noch immer gilt: Jeder Zahnarzt hat die Patienten, die er verdient, und jeder Patient hat den Behandler, den er verdient. Überlegen Sie gut, ob es sinnvoll ist, die „Billigheimer“ in Ihrer Praxis zu sammeln, die vermutlich bei nächster Gelegenheit zu einem anderen Kollegen wechseln, der sich noch mehr drücken lässt. Unsere alternative Empfehlung gegen solches Preisdumping: Sprechen Sie lieber mit Ihren Patienten selbst über die Einsparmöglichkeiten beim Zahnersatz – mit allen Vor- und Nachteilen!

BVAZ-Vorstand

Noch keine Verträge mit Pflegeeinrichtungen abschließen

Das SGB V fordert in §119b zum 30.09.2013 eine Vereinbarung zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund über die Ausgestaltung von „Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen“. Die Verhandlungen zu den Mindestanforderungen eines Kooperationsvertrages nach § 119b sind (trotz der gesetzten Frist!) noch nicht abgeschlossen. Auch steht noch eine Einigung über die damit zusammenhängende Vergütung (neue BEMA-Position!) aus. Unter diesen Umständen ist es ratsam, mit dem Abschluss von Kooperationsverträgen, wie sie derzeit von einigen Pflegeeinrichtungen Teilen der Kollegenschaft angeboten werden, noch zu warten. Sobald die Rahmenvereinbarung und die Honorierung feststehen, werden die KZVen und sicherlich auch die zm zeitnah informieren.

BVAZ-Vorstand

Quellen:

- [1] <http://www.health4life.ch/therapiemethoden/schuesslersalz.php>
 [2] <http://schuessler-salze-liste.de/anwendungs-gebiete/zahn-herde.htm>
http://www.health4life.ch/pdf/therapie/schuessler_ueberblick.pdf
<http://www.schuessler-salze-verzeichnis.de/schuessler-salze/antlitzanalyse.htm>

Quellen für Skeptiker:

- <http://scienceblogs.de/kritisch-gedacht/2010/06/10/akademische-schuessler-salze/>
<http://scienceblogs.de/kritisch-gedacht/2010/06/11/profit-durch-kundenverdummung-am-beispiel-schuesslersalze/>
<http://www.sueddeutsche.de/wissen/teil-schuessler-salze-die-heilsamen-zwoelf-1.854997>



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

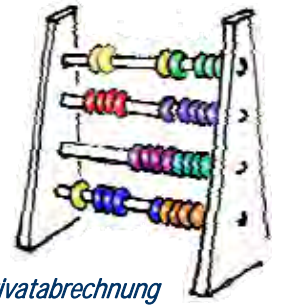


Fluorid härtet den Zahnschmelz und ist daher wichtig für die Zähne. Bad Reichenhaller MarkenJodSalz mit Fluorid und Folsäure ist von der Aktion zahnfreundlich e.V. mit dem Zahnmannchen ausgezeichnet. www.zahnmannchen.de



Ohne Moos nix los

Die Abrechnung nach der – nicht mehr ganz so - neuen GOZ in der täglichen Routinepraxis. Knackpunkte.



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

immer wieder hakt es in den Praxen bei der Umsetzung gerade alltäglicher Abrechnungspositionen; besonders auch im Zusammenhang mit der „neuen“ GOZ. Da sind zum einen natürlich die Veränderungen der neuen GOZ gegenüber der jahrelang gebrauchten GOZ 88 noch nicht so recht in Fleisch und Blut übergegangen. Zum anderen aber beobachte ich in der Berufsschule, in Zusammenhang mit häufigen Anfragen von Kolleginnen/Kollegen und Abrechnungsmitarbeiterinnen sowie gelegentlich auch bei Mitarbeiterinnen in der eigenen Praxis, dass die weit häufigere BEMA-Abrechnung im Unterbewusstsein auch die Privatabrechnung zu beeinflussen scheint. Das ist das sog. „BEMA-Denken“ in der GOZ, gegen das alle Abrechnungs-Referenten immer wieder ankämpfen müssen.

Wir sollten im Sinne einer fairen Abrechnung versuchen, auf der Grundlage des Kommentars der Bundeszahnärztekammer (<http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz-kommentar-bzaek.pdf>) das, was die GOZ „hergibt“ auch abzurechnen, um unser wirtschaftliches Überleben zu sichern. Insbesondere der seit der GOZ 1988 nicht mehr angepasste GOZ-Punktwert zwingt uns regelrecht dazu.

Vor allem dürfen erbrachte Leistungen nicht schlicht und einfach vergessen werden. Auf der anderen Seite sollten wir bestimmte „Abrechnungskniffe“ oder allzu weit greifende Auslegungen der GOZ vermeiden.

Die Grundlage jeder korrekten Leistungsabrechnung ist so wichtig wie banal: Die erbrachten Leistungen müssen so zeitnah wie möglich erfasst werden. Dies betrifft alle Leistungen, insbesondere aber solche Aspekte, die immer wieder variieren, so z.B. die Zahl der Anästhesien, die Art und Häufigkeit der „besonderen Maßnahmen“ oder Begründungen für das Überschreiten des Faktors 2,3. Besonders bei noch relativ unerfahrenen Mitarbeiterinnen kann es sinnvoll sein, wenn sie die erbrachten Leistungen so bald wie möglich auf einen

„Notizzettel“ schreiben und die endgültigen Einträge in die Karteikarte oder in die EDV erst nach Kontrolle durch den Zahnarzt/die Zahnärztin vornehmen. Auch bei einem eingespielten Team macht es Sinn, wenn der/die Zahnarzt/Zahnärztin und/oder die Verwaltungsmitarbeiterin mindestens behandlingstäglich die Einträge noch einmal überprüfen.

Im Folgenden wollen wir Positionen aus der täglichen Praxis des Allgemeinzahnarztes, die oft „vergessen“ oder fehlerhaft angesetzt werden, anführen und besprechen.

Aber auch einige verbreitete Falschinterpretationen von GOZ-Positionen werden erwähnt.

Untersuchungen:

0010: Eingehende Untersuchung
GOÄ5: Symptombezogene Untersuchung
GOÄ6: Vollständige Untersuchung des stomatognathen Systems

Beratungen:

GOÄ1: Beratung
GOÄ3: Eingehende Beratung
(mind. 10 Minuten)

In der täglichen Routinebehandlung sind natürlich vor allem die Bereiche Kons/Chirurgie sowie die Prothetik häufig von falschen oder unvollständigen Abrechnungen betroffen. Jede Behandlung beginnt mit einer **Untersuchung** und einer **Beratung**, deren Abrechnung nicht selten Probleme verursachen, insbesondere durch das genannte „BEMA-Denken“.

Gibt es im BEMA nur die Positionen „01“ oder „Ä1“ (und die „FU“ bei Kindern von 30 bis 72 Lebensmonaten) für Untersuchung **und** Beratung, die nie zusammen in einer Sitzung abgerechnet werden dürfen, so hat man im Bereich der GOZ weitaus mehr Möglichkeiten.

Ein „Merk-Satz“ aus dem Abrechnungsunterricht lautet:

Grundsätzlich kann in der Privatabrechnung neben jeder Untersuchung (0010, GOÄ6, GOÄ5) eine Beratung (GOÄ1, GOÄ3) berechnet werden, und jede (einzelne) Untersuchung kann mit jeder (einzelnen) Beratung kombiniert werden.

Die wichtigsten Kombinationen sind:

- 1) der bestellte Routinepatient mit eingehender Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen und Beratung: GOZ 0010 oder GOÄ6 und GOÄ1
- 2) der Schmerzpatient mit „symptombezogener Untersuchung“ und Beratung: GOÄ5 und GOÄ1

3) die eingehende Untersuchung nach GOZ 0010 oder GOÄ6 mit einer eingehenden, das gewöhnliche Maß übersteigenden Beratung (mind. 10 Minuten): 0010/GOÄ6 und GOÄ3

4) Auch die Kombination symptombezogene Untersuchung mit der eingehenden, das gewöhnliche Maß übersteigenden Beratung, GOÄ5 und GOÄ3, kommt vor.

Alle Beratungsleistungen sind auch telefonisch erbringbar und können ggfls. mit den Zuschlägen A-D (Behandlung zur Unzeit) kombiniert werden.

Als alleinige Leistungen in einer Sitzung sind die GOÄ1 (und GOÄ5) immer abrechenbar, ggfls. auch mehrmals an einem Tag!

Ansonsten gilt für die Berechnung der Ä1 und der Ä5, dass sie neben gebietsbezogenen Sonderleistungen nur einmal im Behandlungsfall angesetzt werden dürfen. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes. Das heißt, dauert z.B. ein umfangreicher Sanierungsfall länger als vier Wochen, kann nach diesem Zeitraum erneut eine GOÄ1 für diesen Behandlungsfall abgerechnet werden; natürlich nur, wenn eine Beratung auch durchgeführt (und dokumentiert) worden ist. (Wird fortgesetzt.)

Dr. Jürgen Simonis, Hinterweidenthal
praxisdrsimonis@aol.com

Konto & Karten | Beruf & Praxis | Absichern | Vorsorge | Immobilien | Vermögen | Private Banking

Weil uns mehr verbindet.



Spezialisierte Beratung für Apotheker und Ärzte.

Ob beruflich oder privat: Die meisten Apotheker und Ärzte in Deutschland vertrauen auf unsere Leistung und spezialisierte Beratung.

Mehr Informationen erhalten Sie unter: www.apobank.de

Weil uns mehr verbindet.  deutsche apotheker-
und ärztebank

Dr. Doreen Bismarck,
Heilpraktikerin

Dr. Veronika Löffler,
Dermatologin

Wolfgang Bittner,
Zahnarzt

Lea Koppmann, Studentin
der Pharmazie



lächeln verbindet menschen

Sparen? Ja! Verzichten? Nein!

rdv Dental ist der große Dental-Fachhändler für gebrauchte Markenartikel und kompetenter Präziseinrichter.

Sichern Sie sich jetzt das kostenlose RedBook Vol. 1. Die beispielhaft gezeigten Praxen sind in Kooperation mit erfahrenen Planungspartnern entstanden. Lassen Sie sich ebenso begeistern, wie die stolzen Zahnärzte die ihre Praxen mit rdv Dental geplant, eingerichtet und realisiert haben. Der Service umfasst von der Praxisplanung, über die professionelle Beratung, die komplett geprüften und voll funktionstüchtigen Gebraucht- und Neugeräte, bis hin zur deren Wartung. rdv liefert und montiert bundesweit, schnell und zuverlässig.

Sprechen Sie mit uns; wir verfügen ständig über eine Vielzahl neuer und gebrauchter Einheiten in unserem Showroom. Besuchen Sie uns: Montag bis Freitag von 8 bis 18 Uhr; Samstag, Sonntag und individuelle Termine nach Vereinbarung.

rdv Dental, Donatusstraße 157b, D-50259 Pulheim
Fon +49 (0) 22 34 4 06 40, Fax +49 (0) 22 34 4 06 499, info@rdv-dental.de, www.rdv-dental.de



Jetzt anfordern!

Das kostenlose und informative rdv-RedBook.



Perfektion aus Leidenschaft