



31. Jahrgang,
Dezember 2012

Ausgabe 113

Forum für Zahnheilkunde

Zeitschrift des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde
und des Berufsverbandes der Allgemeinzahnärzte



B
V
A
Z

Endodontie
und
Wissenschaft

Strafbarkeit von Zahn-
ärzten für Anästhesie-
Komplikationen

Es ist 5 vor 12
an den Zahnmedizin-
Universitäten

Soziale Zugangs-
Hindernisse zur
Basis-Versorgung

Ethos und Ethik
im Kontakt mit der
Zahnheilkunde?

Praktisches und
Preiswertes für die
Praxis

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



Steter Tropfen ...

Inhaltsverzeichnis

Forum für Zahnheilkunde 113-2012

- 03 **Editorial** - von Dr. Dr. Rüdiger Osswald
- DAZ-Teil**
- 04 **Soziale Zugangshindernisse zur Basisversorgung** - von Dr. Celina Schätze
- 06 **Kosten und Nutzen zusätzlicher zahnärztlicher Versorgung** – von Prof. Dr. Bertram Häussler / IGES
- 07 **Kontroverse um zahnärztliche IGeL-Leistungen – IGeL-Monitor des MDS**
- 08 **Versorgungsforschung: DAZ fordert Forschung zum Gesundheitsnutzen** – DAZ-Pressemeldung
- 08 **Nutzen zahnärztlicher Zusatzleistungen nicht belegt?** – DAZ-Pressemeldung
- 08 **Entschuldigung für NS-Verbrechen?** – DAZ-Pressemeldung
- 09 **Strafbarkeit von Zahnärzten für anästhesiologische Komplikationen** - von Prof. Dr. Schulte-Sasse und Tim Neelmeier
- 12 **„Erschwingliche Zahnarztpraxis“: Die deutsche Einheit** – von Dr. Paul Schmitt
- 13 **Auf den Antrieb kommt es an: Genug Luft?** – von Dr. Kai Müller
- 14 **Geldsegen für die Chefs der Kassenzahnärzte** – aus der Presse
- 15 **Mehr als eine Buchbesprechung: Ergonomie von M. Just** - von Dr. Ulrich Happ
- 16 **Tinnitus – wie er kommt und geht!** - von Dr. Steffen Wander
- BVAZ-Teil**
- 17 **Ponzi-Spiele in der Endodontie** - von Robin Mohr
- 18 **Ach, lassen Sie mich doch endlich in Ruhe mit Ihrer Wissenschaft!** – von Dr. Dr. Rüdiger Osswald
- 19 **Es ist fünf vor zwölf an den zahnmedizinischen Fakultäten** - BVAZ-Pressemeldung
- 20 **Ethos und Ethik im Kontakt mit der Zahnheilkunde?** - von Dr. Wolfgang Killmann
- 25 **Hinter vorgehaltener Hand** – von Dr. Jürgen Simonis
- 35 **Ohne Moos nix los – Zuschlagspositionen OPM und Laser** - 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. Manfred Hillmer, Dr. Kai Müller, Dr. Paul Schmitt, 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: Karsten Mentzendorff. Übrige Seiten: IGES Berlin, Prof. Dr. Uwe Schulte-Sasse, Tim Neelmeier, Dentsply, W & H, American Dental Accessories, Spree-Dental, Zahnärztlicher Fachverlag, BVAZ-Archiv, Robert Kneschke/Fotolia.com, Yuri Arcurs/Fotolia.com, Vera Orsag

••••• **Redaktionsschluss für Forum 114: 03. Januar 2013** •••••

Steter Tropfen ...

Was es mit Walkhoff & ChKM auf sich hat



Für diejenigen, die noch nie von Prof. Walkhoff gehört haben, hier ein paar Erläuterungen zu unserem Cover-Bild. Otto Walkhoff (1860-1934) studierte in Berlin Zahnmedizin und war so fasziniert von den vielen offenen Fragen in seinem Fachgebiet, dass er sich neben seiner Praxistätigkeit im eigenen kleinen Labor verschiedenen Forschungsthemen widmete. Mit Veröffentlichungen über die Anatomie und Histologie des Zahnapparates zeigte er schon früh sein wissenschaftliches Potential. Nach Bekanntwerden der von Röntgen entdeckten Strahlen unternahm er Selbstversuche, um die eigenen Zähne abzulichten; seine Praxis wurde zur Wiege der zahnärztlichen Röntgendiagnostik. Intensiv beschäftigt er sich mit dem Hohlraumsystem im Zahn-Inneren, dem Endodont. Er formulierte einige noch heute gültige Erkenntnisse über endodontische Infektionen und erprobte zur Bekämpfung von Bakterien im Wurzelkanal eine ganz spezielle Mischung aus Chlorphenol, Kampfer und Menthol – ChKM.

In Deutschland raten Hochschullehrer, Fachverbände, BZÄK, Endo-Spezialisten von diesem Desinfizienz eher ab, allerdings ohne dass Belege für Patientenschädigungen oder wissenschaftliche Nachteile für die Überlegenheit anderer Methoden vorlägen. Umso dringender erscheint eine methodisch hochwertige klinische Studie zum Vergleich verschiedenener gebräuchlicher Mittel und Methoden. In der Praxis hatte und hat die Walkhoff-Methode Befürworter. Dies zeigte 2006 eine Umfrage der Mainzer Uni, und dies bestätigte 2010 auch eine Erhebung des DAZ mit über 1000 Rückläufen.

Im Moment scheinen die Fronten im Bereich der Endodontie durchlässiger zu werden. Mehr oder weniger jeder erkennt an, dass mit noch so ausgeklügelter mechanischer Reinigung allein nicht alle Krankheitserreger im Zahn-Inneren beseitigt werden können. Bakterien in den feinen Verästelungen des Kanalsystems werden nur durch Spülsubstanzen und Einlagen erreicht - welche Mittel sinnvoll sind, wird kontrovers diskutiert. Und eine großzügige Aufbereitung in Apex-Nähe – so sehen es inzwischen viele - erlaubt es dem Desinfektionsmittel, auch dort und über den Apex hinaus wirksam zu werden.

Wer weiß, woher dieser Sinneswandel kommt? Schließlic ist das ChKM ein Teufelszeug! Wenn da mal nicht der alte Walkhoff seine Finger im Spiel hat! Zeit hat er ja jetzt genug auf seiner Wolke. Und er weiß: Steter Tropfen höhlt ...

... meint Irmgard Berger-Orsag, Troisdorf

Editorial:

Das Studium der Zahnheilkunde ist veraltet

Hochschuleitig wird argumentiert, die Zahnheilkunde sei wegen einer nicht näher definierten Wissensexplosion inzwischen über alle Maßen komplex. Man könne also von der Universität weder verlangen noch erwarten, einen berufsfertigen Zahnarzt zu approbieren, der in zwei- bis dreijähriger Assistenzzeit in einer allgemeinärztlichen Praxis zu einem Facharzt für Zahnheilkunde weitergebildet werden kann.

Wenn dem so ist, dann läuft an der Universität etwas furchtbar schief.

Denn wenn die Lehre beispielsweise der Augen- oder Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - mit der Zahnheilkunde vergleichbar kleine Fachgebiete - so strukturiert wäre wie die der Zahnmedizin, dann stünden am Ende des Studiums ohne Frage sehr gut ausgebildete Augen- bzw. Hals-Nasen-Ohrenärzte. Würden diese dann noch weitere zwei bis drei Jahre von Niedergelassenen weitergebildet, die so erfolgreich praktizieren, dass sie ihnen ausreichend Patienten überlassen können, wären sie - Talent und Willen zu einwandfreier Berufsausübung vorausgesetzt - ohne jeden Zweifel umfassend weitergebildete Fachärzte für Augen-, bzw. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. Nicht für einfache, sondern lediglich für komplexe operative Tätigkeiten bräuchte es eine noch umfangreichere Weiterbildung analog unserer Kieferchirurgie. Oralchirurgen und Kieferorthopäden haben wir in der Zahnheilkunde noch dazu. Das sollte doch genügen.

Vor diesem Hintergrund bleibt nur die Feststellung, dass die Qualität des Zahnmedizinstudiums sehr deutlich verbesserungsfähig ist, und es stellt sich die Frage, was aus der Sicht erfahrener Allgemein Zahnärzte erforderlich ist, um diesen unerfreulichen Zustand möglichst schnell zu beenden. Dass die neue Approbationsordnung noch nicht verabschiedet ist, kann man somit als Glücksfall bezeichnen.

Auf die offensichtlichen Mängel angesprochen, antwortet die Hochschule, sowohl Lehrer als Studenten seien mit dem zu lehrenden und lernenden Stoff schon jetzt völlig überlastet. Es fehle also die notwendige Zeit, das unabdingbar Zusätzliche zu lehren, selbst wenn man wollte und könnte. Erstaunlicherweise absolvieren jedoch 90% der Studenten der Universität Göttingen ei-

nen von der Industrie gesponserten Implantologiekurs mit Phantomübungen am Schweinekiefer. Und auch die überlasteten Hochschullehrer finden auf einmal Zeit, dieselben überlasteten Studenten gegen Geld zu unterrichten. Bei näherem Hinsehen zeigt sich zudem, dass die Implantologie die alleinige Verantwortung für die behauptete Wissensexplosion trägt, die sich somit als lediglich vorgeschoben erweist. Die Implantologie ist schließlich das einzige Fachgebiet, das in den 30 Jahren, die ich überblicke, neu hinzugekommen ist.

Meine Damen und Herren Professoren, da stellen Sie Ihr Licht - aus welchem Grund auch immer - aber mal gewaltig unter den Scheffel! Man muss und darf von der Hochschule nämlich neben allem Anderen sehr wohl verlangen, das Wesen der Implantologie in der chirurgischen Hauptvorlesung zu lehren und praktische Phantomübungen am Schweinekiefer organisieren und abhalten zu können.

Keine Zeit? Die Studenten verplempern jede Menge Zeit damit, eigenhändig Zahnersatz anzufertigen, der dann entsprechend aussieht. Ich habe unendlich viel Zeit mit dem Aufwachsen, dem Guss, dem Finieren und dem Polieren von Inlays vergeudet, während ich zwei Straßen weiter jemanden kannte, dessen Beruf es war, das unvergleichbar besser zu machen. Lernen Orthopäden in ihrem Studium etwa, künstliche Gliedmaßen herzustellen, Augenärzte Brillen zu biegen oder Ohrenärzte Hörgeräte zu basteln? Oder lernen sie nicht viel mehr, die von ihnen eingegliederten Prothesen kritisch beurteilen zu können und in einer qualitativ so hochwertigen Weise bei Fachleuten in Auftrag zu geben, dass ihre einwandfreie Funktion gewährleistet ist? Letzteres ist der Fall. Und das macht auch Sinn!

Ein beispielsweise 6-wöchiges Praktikum in den schier unendlichen Ferien in einem ausgewiesenen hochwertigen zahntechnischen Labor ist bei weitem lehrreicher als diese vorklinischen Trockenübungen, die ein Relikt aus der Dentistenwelt und damit allenfalls nostalgisch zu begründen sind. Zumindest 90% meiner Labortätigkeit waren im Rückblick verlorene Zeit, die ich viel besser hätte nutzen können. Und nachgerade unerträglich ist ein Zustand, in dem das Bestehen oder zumindest die Benennung eines zahnmedizinischen Staatsex-



mens davon abhängt, ob der Guss einer Teilkrone oder das Pressen einer Prothese mehr oder weniger zufällig gelungen ist.

Zeit ist also überreichlich vorhanden, wenn man das Studium neu strukturiert und von Ballast befreit. Die Studenten lernen viel zu viel von dem, was sie nicht wissen müssen, aber viel zu wenig von dem, was sie können müssten. Wenn sie die Zeit, um nur ein Beispiel zu nennen, die sie im zahntechnischen Labor verlieren, darauf verwenden würden, am Phantomkopf Frasaco-Zähne zu beschleifen, dann hätten sie mindestens 50 "Zähne" beschliffen, ehe sie Patienten behandeln, und nicht fünf oder noch weniger. Sinnvollere Phantomtätigkeiten betreffend sind der Phantasie keine Grenzen gesetzt, wie beispielsweise Endontie am Modell und extrahiertem Zahn, oder Implantate, Wurzelspitzenresektionen und Extraktionen am Schweinekiefer. All dies gehört in den Lehrplan der Universität und nicht in kostenpflichtige und von der Industrie gesponserte Mit-welcher-Intention-auch-immer-Kurse.

Denjenigen Allgemein Zahnärzten, die befürchten, der Wegfall der abortiven Zahn-technikerlehre würde dazu führen, dass sie in ihren Praxen keine kleineren Laborarbeiten erstellen, oder für größere keine Zahn-techniker mehr anstellen dürfen, sei gesagt, dass Orthopäden Orthopädietechniker, Augenärzte Optiker und HNO-Ärzte Akustiker beschäftigen. Und dies völlig legal und problemlos. Darüber hinaus geht es hier ausnahmsweise einmal allein um die Verbesserung der Ausbildung der Studenten.

Bliebe noch die fachgebietsübergreifende Lehre einer synoptischen Zahnheilkunde. Auch dafür ist Zeit. Man muss sie nur suchen, man muss sie finden wollen, und man muss sie lehren können. An uns Allgemein Zahnärzten wird es nicht scheitern.

**Ihr Rüdiger Osswald
BVAZ-Geschäftsführer**



Soziale Zugangshindernisse zur Basisversorgung

Referat beim 11. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung

27.-29. September 2012, Dresden

Dr. Celina Schätze, Berlin

Sehr geehrte Damen und Herren,

beim Thema Versorgungsgerechtigkeit denken Sie vermutlich zuerst an die so genannte Zweiklassenmedizin und damit an den Ausschluss von Teilen der Bevölkerung von der High-End-Versorgung. Ich möchte hier aber über eine andere Lücke in der Versorgungsgerechtigkeit sprechen, die für die jeweils betroffenen Patienten von wesentlich existenziellerer Bedeutung ist: nämlich das Problem des verwehrteten Zuganges zu einer ausreichenden Basisversorgung.

Mein Vortrag ist ein Erfahrungsbericht; anders als die meisten anderen Vorträge auf dieser Veranstaltung ist er kein Bericht über eine wissenschaftliche Studie. Er ist von persönlicher Bewertung geprägt und vielleicht auch etwas provokant.

Ich berichte über Erfahrungen und Beobachtungen, zu denen ich auf verschiedenen Wegen gekommen bin: als Praktiker mit sozialpolitischem Interesse, als Gutachter, als aktives Mitglied in einem zahnärztlichen Berufsverband und durch meine Mitarbeit in der zahnärztlichen Selbstverwaltung.

Es gibt äußere Barrieren im Versorgungszugang, die ich als allgemein bekannt voraussetze, wie die Kassengebühr, Fahrgelder, gesetzliche Selbstbeteiligungen oder auch das sozial bedingt unzureichende Inanspruchnahmeverhalten. Diese Hindernisse sind offensichtlich und im System verankert. Wenn allerdings ein Patient diese Hindernisse einmal überwunden hat, müsste er eigentlich bei der ihm zustehenden Versorgung in Form einer Sachleistung ange-

kommen sein - wenn es systemkonform zginge. Das ist aber in vielen Fällen leider nicht so. Ich rede hier über die gesetzlich Versicherten, aber im Grundsatz gilt das alles auch für Privatpatienten, die in einigen der neuen Minimalverträge mit vielen Ausgrenzungen und Einschränkungen versichert sind. (Der Begriff Sachleistung bezeichnet die im Vertragsarztrecht festgelegte Leistung, auf die der Versicherte durch seine Versicherungsmitgliedschaft Anspruch hat - ohne eine weitere Zahlung.)

Es gibt eine große Zahl von Praxen - wie groß kann ich wegen der fehlenden wissenschaftlichen Basis nicht sagen -, die eine Sachleistung entweder gar nicht mehr anbieten oder ohne Zuzahlung keine Leistung in der vertraglich vereinbarten Qualität.

Ich nenne Ihnen jetzt dafür einige Beispiele aus den verschiedenen Versorgungsbereichen, die wir in den Praxen haben:

In der Füllungstherapie wird in vielen Praxen mit Argumenten wie Sondermüll, Gift, hässlich, altmodisch keine Amalgamfüllung, die die Sachleistung für den Seitenzahnbereich wäre, mehr angeboten. Der Patient hat dann oft nur die Wahl zwischen einer zuzahlungspflichtigen Füllung von adäquater Qualität oder einer unzureichenden Zementfüllung ohne Zuzahlung.

In der Endodontie werden Molarenbehandlungen häufig gar nicht durchgeführt, es sei denn als Privatleistung. Die Kassenzahnärztlichen Linien sehen vor, dass eine Wurzelkanalbehandlung nur bei einer guten Erfolgswahrscheinlichkeit zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden darf. So bietet es sich an, die Erfolgswahrscheinlichkeit der Behandlung nach unten zu kalkulieren, um bei der Ausgrenzung auf dem Boden des zahnärztlichen Vertragsrechtes zu bleiben. Neuerdings muss man, wenn man im Geltungsbereich einer der neuen Endo-Sonderverträge, zu denen ich später noch etwas sagen werde, praktiziert, nur eine ganz kleine Zusatzleistung über den definierten Rahmen der Sachleistung hinaus erbringen, um die ganze Leistung nach der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte abrechnen zu dürfen. Darüber hinaus gibt es einen Graumarkt von

Zuzahlungen, die der Zahnarzt halt verlangt und denen der Patient sich regelrecht verweigern müsste, was selbstverständlich nicht so einfach ist - speziell, wenn der Patient einen „sozial schwachen“ Hintergrund hat.

In der Parodontologie gibt es sowieso keine reine Sachleistungsbehandlung mehr. Hier ist die Zuzahlungstür bereits über die außervertragliche Professionelle Zahnreinigung als Vor- und Nachbehandlung geöffnet. Dazu werden dann allerdings häufig noch andere Leistungen mitverkauft, die als unverzichtbar und untrennbar dargestellt werden. Gängige Beispiele sind die Lasertherapie und die Instillation von besonderen Medikamenten.

In der Prothetik haben wir nur bei Härtefällen eine Quasi-Sachleistung. Der Normalverdiener muss hier im Rahmen des Festzuschussystems immer einen Eigenanteil bezahlen. Der gewährte Krankenkassenfestzuschuss beträgt die Hälfte der Kosten einer für die jeweilige Befundsituation festgelegten Regelversorgung. Wird eine darüber hinausgehende Versorgung gemacht, trägt der Patient die Mehrkosten alleine. Im Rahmen des Planungsgesprächs für den Zahnersatz wird dem Patienten sehr häufig gar keine Versorgung nach dem Regelleistungsstandard angeboten. Aus gutem Grund haben wir zwar die Verpflichtung, mit jedem Kostenplan eine Aufklärung darüber abzugeben, was die Regelversorgung gewesen wäre, das hat aber sehr den Charakter des „Kleingedruckten“ und ist abstrakt. Kaum ein Patient kann damit etwas anfangen.

Sicherlich gibt es viele sehr gute Gründe, mit der Planung über die Regelleistung hinauszugehen, aber es gibt eben auch Patienten, die die Regelleistung brauchen oder wollen. Ich kenne Aussagen wie „Mein Zahnarzt macht mir keine Klammerprothese“ oder „Mein Zahnarzt macht mir keinen härtefallgerechten Zahnersatz“. Die dann dem Patienten gegenüber angeführten Gründe sind meist weniger zu Gunsten der größeren Lösung - im Sinne der Betonung von deren Vorteilen, sondern eher abwertend gegen die Regelversorgung, wie Metall ist immer schlecht, Klammern sind hässlich

und machen die Zähne kaputt, bis hin zu der Behauptung, konventioneller Zahnersatz seit überhaupt schlecht und nicht verantwortlich und nur Implantate seien eine zeitgemäße Versorgung.

Hier zwei illustrierende Fallbeispiele von vielen ähnlichen: Einer Studentin aus Kirgisistan frakturiert die palatinale Wand eines oberen Praemolaren. Der Zahn ist perfekt wurzelgefüllt, die Frakturlinie ist oberhalb des Knochenniveaus. Sie wird beschrieben, dass der Zahn entfernt werden müsse und dass sie an seiner Stelle ein Implantat bräuchte. Da kann man vermuten, dass der Behandler auf eine Sachleistungsbehandlung ganz verzichten möchte, da ja klar ist, dass die Patientin ein Implantat nicht finanzieren kann. Übrigens ist der Zahn jetzt konventionell, ohne Zuzahlung, erfolgreich versorgt.

Das zweite Beispiel: Ein privat basisversicherter Sozialhilfeempfänger ist über 2 Jahre unversorgt geblieben, weil er keinen Zahnarzt gefunden hat, der ihm einen zuzahlungsfreien Zahnersatz machen wollte, was richtlinientechnisch durchaus möglich war und inzwischen auch geschehen ist.

Bei dieser Liste handelt es sich nicht um bedauerliche und vielleicht zu viele Einzelfälle, sondern um einen Trend. Die Behauptung vom Trend lässt sich leicht unterstützen mit Blick auf die allgemeine Diskussion um die Einführung von Festzuschüssen für alle Versorgungsbereiche und auf die schnelle Entwicklung von Zusatz- und Sonderverträgen, die eine Zuzahlung zur Sachleistung de facto völlig frei geben. Ähnlichkeiten mit Problemen bei den ärztlichen IGEL-Leistungen sind erkennbar, wo es auch Berichte über nötigungsähnliche Umstände gibt.

Gerade erst habe ich Werbung von einer Abrechnungsgesellschaft gelesen, die anbietet, die Praxen von der 10-Euro-Verwaltung zu befreien, indem sie die Praxisgebühr zusammen mit den Eigenanteilsrechnungen einziehen will. Das ist nur sinnvoll, wenn man davon ausgeht, dass jeder Patient eine Eigenanteilsrechnung bekommt.

Das Terrain für die Entwicklung weg von der Sachleistung wird stimmungsmäßig vorbereitet über die Diffamierung der Sachleistungsqualität als völlig substandard und veraltet. Die verwendeten Argumente sind oft Abfallprodukte der Werbung für die High-End-Versorgungen. Denn wenn alles so richtig ist, was für das

Neue, Moderne und Schicke in der Versorgung angeführt und mit großem Aufwand beworben wird, dann muss man fast den Schluss ziehen, dass die Sachleistung nicht mehr als ausreichend gelten kann. Der interessierte Kollege kann es auf diese Weise leicht als seine ärztliche Pflicht darstellen, sich einer solchen Schlechtleistung zu verweigern.

Diese Art der Argumentation hat sich bereits in den allgemeinen Teil einiger der schon erwähnten Endo-Sonderverträge zwischen einzelnen Kassen und KZVen vorgearbeitet. Dort kann man lesen, dass die Patienten über Zusatzleistungen zur Sachleistung nun den Zugang zu einer zeitgemäßen Versorgung erhalten würden, sogar dass mit diesem Vertrag der Zahnerhalt ermöglicht würde. Die diese Verträge abschließenden Krankenkassen scheinen wohl jedes Zutrauen zu den von ihnen angebotenen Versorgungen verloren zu haben. Oder sie glauben, für ihre Leistungen keine Akzeptanz bei den Versicherten mehr erreichen zu können, gegen die übermächtige Werbung für die schicken und vermeintlich modernen Versorgungsangebote, die von interessierter Seite fast überall platziert wird.

Die Ursachen für das leise Verschwinden des Sachleistungsangebotes sind meines Erachtens auf mehreren Ebenen zu suchen. Leise muss das alles sein, weil es immer noch das Vertragsarztrecht mit dem Sachleistungsanspruch der Patienten auf eine ausreichende und wirtschaftliche Versorgung gibt. Der Markt darf eigentlich nur jenseits der gesicherten Sachleistung herrschen.

Die Sachleistungen werden von den meisten Zahnärzten als unterbezahlt empfunden. Sie haben es aufgegeben, für eine Verbesserung des Sachleistungshonorars zu kämpfen. Die einen, weil sie es für aussichtslos halten und die anderen, aktivieren, weil sie über die freie Zuzahlung ein wesentlich besseres Honorar erhalten können, als über die Sachleistungsvergütung je erreichbar wäre.

Dann gibt es offensichtlich eine nennenswerte Zahl von Kollegen, die meinen, auf die nicht zuzahlungswilligen Patienten verzichten zu können und zu sollen. Das hat sicherlich zuerst wirtschaftliche Gründe. Die Kollegen wollen ihre Praxis auf die zahlungskräftigen Patienten stützen und ausrichten. Vermutlich gibt es aber auch einen mentalen Hintergrund in dem Sinne, dass die Beschäftigung mit Basisversor-

gung nicht dem eigenen Selbstbild entspricht. Das bedingungslose Werben für die aufwändige und teure Versorgung wäre sonst evtl. nicht selbstkongruent.

Die Krankenkassen, auf der anderen Seite, versprechen sich vermutlich deutliche Einsparungen von einem Festzuschussystem, dass nicht mehr den Anspruch des Sachleistungsäquivalentes hat. Sie müssten sich dann auch nicht mehr für die Qualität der zur Verfügung gestellten Leistungen rechtfertigen. Die reine Höhe eines Zuschusses als Gegenstand der Auseinandersetzung ist viel weniger substanziell und leichter zu handhaben.

Als Ergebnis der beschriebenen Verhältnisse bekommt der eine Patient entweder gar keine Leistung, oder eine schlechtere als ihm zusteht. Der andere bezahlt notgedrungen für eine Leistung, die das, was er eigentlich wollte übersteigt, oder er zahlt mehr als er sich eigentlich leisten kann.

Eine Randbemerkung dazu: Der zahlungskräftige Patient am anderen Ende der Versorgungsskala zahlt auch oft für mehr als er eigentlich braucht.

Gegensteuern kann man meiner Ansicht nach nur durch öffentliche, intensive, kampagnenartige Aufklärung der Patienten. Dass man gegensteuern und eine Basisversorgung für Alle sichern sollte, ist hoffentlich Konsens.

Unsere wissenschaftlichen Gesellschaften und die Kammern haben auch eine versorgungspolitische Verantwortung. Die wissenschaftlichen Gesellschaften sollten nicht nur über das am oberen Ende der Versorgungsskala Mögliche reden – so schön und wertvoll das ist – sondern auch über das Wichtige, Richtige und Angemessene. Dieser Kongress insgesamt ist hoffentlich ein Beitrag, diese Verantwortung wahrzunehmen. Wenn ich allerdings richtig beobachtet habe, bleibt da noch viel zu tun.

Die Gesetzlichen Krankenkassen können selbstbewusst und sachlich die Qualität ihrer Leistungen darstellen. Dort jedoch, wo nach fachlich kritischer Beurteilung und gesellschaftspolitischer Einschätzung das ausreichende Maß in der Versorgung nicht erreicht wird, muss nachgebessert werden.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

**Dr. Celina Schätze,
Berlin**

Kosten und Nutzen zusätzlicher zahnärztlicher Versorgung

Vortrag von Prof. Dr. Bertram Häussler, IGES, auf der DAZ-IUZB-Jahrestagung 2012



Häussler

Obwohl ca. 90% der Deutschen gesetzlich versichert sind, erwirtschaften die deutschen Zahnarztpraxen inzwischen mehr als 50% ihres Umsatzes mit Leistungen außerhalb des gesetzlichen Leistungskataloges. Das heißt, diese präventiven und therapeutischen Angebote, die zum Teil wenig erforscht und in keiner Richtlinie oder Leitlinie beschrieben sind, stellen einen überaus bedeutsamen Teil der zahnmedizinischen Versorgung dar. Den beiden zahnärztlichen Vereinen DAZ und IUZB (Initiative Unabhängige Zahnärzte Berlin) war dies Anlass, bei ihrer gemeinsamen Tagung im Oktober 2012 in Berlin diesen Versorgungsbereich und insbesondere Nutzen und Kosten der zusätzlichen Leistungen zum Thema zu machen. Bei einer solchen Fragestellung lag es nahe, einen Experten des Berliner IGES Institutes einzuladen, das sich seit mehr als drei Jahrzehnten mit Gesundheits- und Sozialforschung beschäftigt. Langjähriger Mitarbeiter und seit 2006 Vorsitzender der IGES-Geschäftsführung ist Prof. Dr. Bertram Häussler, Mediziner und Soziologe. Er gab einen Einblick in die erforderliche Methodik und stellte sich der Diskussion über die von ihm genauer beleuchteten Beispiele aus dem Bereich Zahnmedizin. Dabei zeigte sich, dass zwischen zahnärztlichen Praktikern und denen, die das Versorgungsgeschehen erforschen, Austausch durchaus angebracht ist. Wir danken Prof. Häussler für die nachfolgenden Auszüge aus seinem Referat.

Das im Jahr 2005 in der Zahnmedizin eingeführte Festzuschuss-System hat zur Folge, dass die Versicherten von vielen neuen Behandlungsmethoden nur dann profitieren können, wenn sie sich selbst an den Kosten beteiligen. Das bedeutet, dass der Patient zum „Käufer“ zahnmedizinischer Leistungen wird und einen inneren Ent-

scheidungsprozess durchläuft, bei dem er den persönlichen Nutzen einer Behandlung für sich abwägt.

Im nicht-medizinischen, privaten Bereich ist eine große Spannweite der persönlichen Gewichtung von „Kosten“ und „Nutzen“ gesellschaftlich akzeptiert: etwa beim Autokauf, bei dem es manche für sinnvoll halten, ein Familienauto mit mehr als 500 PS auszurüsten, andere dagegen ein benzinsparendes und preisgünstiges Modell präferieren. Interessant ist dabei ein Blick auf die verschiedenen Dimensionen der Bewertung von Angeboten: Je zeitlich näher und je stärker individuell erlebbar die „Folgen“ einer Wahl sind – etwa beim Autokauf oder der Entscheidung über die Farbe einer Überkronung – desto kompetenter und fundierter kann ich über meinen persönlichen Nutzen urteilen.

Geringe Eigenkompetenz besteht jedoch, wenn der Nutzen eines Produktes oder einer Behandlung erst langfristig erlebbar wird, oder wenn es schwierig ist, eine bestimmte Wirkung genau auf einen bestimmten Einfluss zurückzuführen: Ob mir die langjährige Einnahme von Simvastatin oder das Einsetzen eines bestimmten Füllmaterials nutzt, kann man nicht über selbst gemachte Erfahrungen entscheiden. In diesem Fall besteht ein hoher Bedarf an

zusätzlichen, unterstützenden Informationen: vor allem an Erkenntnissen aus methodisch strukturierten Vergleichen.

Die Kosten-Nutzen-Abwägung bekommt zudem einen öffentlichen Charakter, wenn die Finanzierung aus öffentlichen Mitteln erfolgt, also außerhalb der persönlichen Verantwortung liegt, wie dies im deutschen Gesundheitssystem im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung der Fall ist. Dann tritt ein „third party payer“ - eine dritte Instanz in Form der GKV - in Erscheinung, die vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen vor einer Investition nach dem nachgewiesenen Nutzen einer therapeutischen Maßnahme fragt.

Zunehmende Belastung privater Haushalte

Das befundbezogene Festzuschuss-System stellt hingegen eine hybride Form der Finanzierung dar. Sie erfolgt teils öffentlich, teils privat. Wenn sich ein Patient für eine über die Regelversorgung hinaus gehende Behandlung entscheidet, steigt sein Eigenanteil. Während einerseits von Vorteil ist, dass persönliche Präferenzen berücksichtigt werden können, muss andererseits festgestellt werden, dass die Einführung des Festzuschuss-Systems zu einer deutlichen finanziellen Mehrbelastung der pri-

Umstellung auf Festzuschuss: Beträge für Zahnersatz steigen um 19% (nur Inanspruchnehmer)

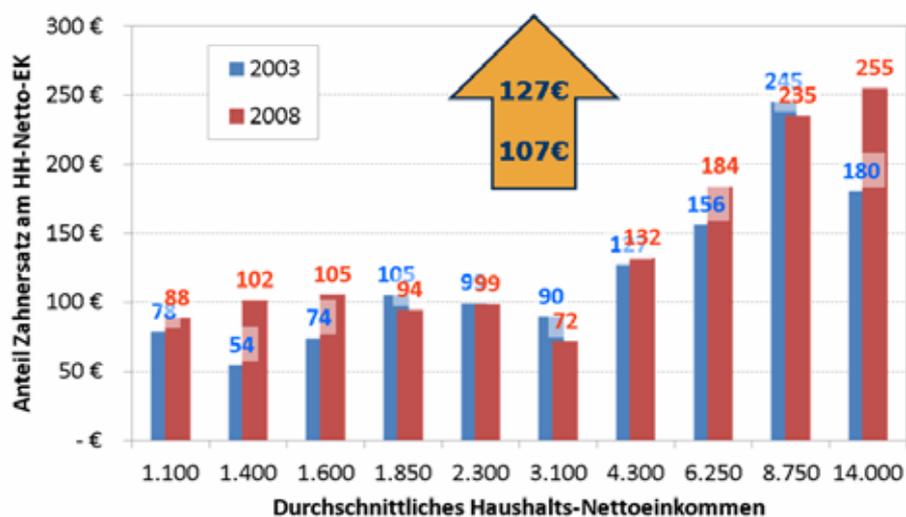


Abb. 1 – Quelle: IGES Institut

Umstellung auf Festzuschuss: Anteil an unteren Haushaltseinkommen steigt um ca. 40% (nur Ina.)

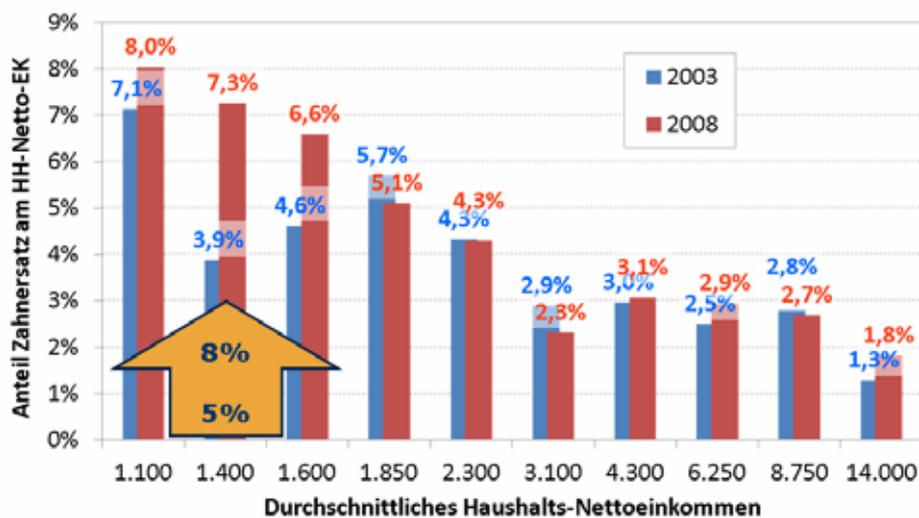


Abb. 2 – Quelle: IGES Institut

vaten Haushalte geführt hat. So stiegen die Ausgaben für Zahnersatz über alle Haushalts-Nettoeinkommensgruppen hinweg von durchschnittlich 107 Euro im Jahr 2003 auf 127 Euro 2008 (Abb. 1). Das entspricht einer Zunahme von 19 Prozent, wobei vor allem Haushalte mit sehr hohem Netto-Einkommen sehr viel mehr in den Zahnersatz investieren. Betrachtet man jedoch den Anteil der Ausgaben für Zahnersatz am Netto-Einkommen in den jeweiligen Einkommensgruppen, fällt auf, dass dieser vor allem bei niedrigeren Gruppen gestiegen ist. In den drei untersten Einkommensgruppen (Haushalts-Nettoeinkommen zwischen 1.100 und 1.600 Euro) wuchs er um 40 Prozent von fünf auf acht Prozent (Abb. 2) des Haushaltsnettoeinkommens derjenigen Haushalte, die Zahnersatz in Anspruch genommen haben.

Ein sozialpolitischer Umstand, der nicht zuletzt auch die im Sozialgesetzbuch festgelegte Überprüfung des Kostendämpfungs-Instruments Festzuschuss begründet (§ 56 Abs. 2 Satz 11 SGB V). Dabei steht zur Debatte, ob die GKV gleichviel oder mehr an zahnmedizinischen Behandlungen finanziell tragen soll.

Patientenrelevanz nicht immer der Fokus

In legitimer Weise können solche Entscheidungen nur gefällt werden, wenn man sich auf den Boden der evidenzbasierten Medizin begibt. Es muss nachweisbar sein, dass man mit einem festgesetzten Betrag das Problem aus der Perspektive des Patienten lösen kann. Dieses scheint selbstverständ-

lich zu sein, ist es aber rückblickend in der Medizin selten gewesen.

Bekanntes Beispiel ist etwa die Hormonersatztherapie bei Frauen in den Wechseljahren, die zu Beginn als die ideale Lösung zahlreicher Gesundheitsprobleme gesehen wurde, die im Klimakterium auftreten können, einschließlich der Prävention der Osteoporose. Heute wissen wir, dass diese Behandlung zahlreiche Risiken birgt (kardio- und zerebrovaskuläre Erkrankungen, Krebs) und nur bei sorgfältigster Abwägung unter ständiger Kontrolle durchgeführt werden sollte.

Evidenznachweis oft verfehlt

Die internationale „Cochrane Collaboration“ (CC) gilt heute als zuverlässigste Quelle für unabhängige Bewertungen des klinischen und ökonomischen Nutzens. Sie hat auch zahlreiche Übersichtsarbeiten aus dem Bereich der Dentalmedizin erarbeitet. Man muss in den Datenbanken der CC nicht lange stöbern, um die üblichen Gründe zu identifizieren, die verhindern, dass ein Nutzen nachgewiesen werden konnte: Studien, die auf Grund von verzerrenden, systematischen Fehlern (Bias) ausgeschlossen werden müssen, weil der Beobachtungszeitraum zu kurz war und die Ergebnisse nur Surrogate beschreiben und keine patientenrelevanten Ergebnisse.

PZR in der Studienkritik

In diese Gemengelage ist nun auch die professionelle Zahnreinigung (PZR) geraten.

Ungeachtet eines möglichen kosmetischen Nutzens kommt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zu dem Schluss, dass ihr medizinischer Nutzen bei Erwachsenen ohne Parodontitis unklar sei, weil sich keine aussagekräftigen Studien finden ließen. Anders sieht es die KZBV: Auch wenn es für diese Leistung keinen verpflichtenden Kassenzuschuss gebe, sei die Notwendigkeit und Wirksamkeit der Therapie belegt – speziell bei parodontal gefährdeten Patienten. Viele Kassen bezuschussten die PZR deshalb auf freiwilliger Basis.

Diese auf den ersten Blick unbefriedigende Situation heißt es erst einmal auszuhalten. Wo keine aussagekräftigen Studien zu finden sind, sind Aussagen über den patientenrelevanten Nutzen letztendlich nur schwer zu treffen, auch wenn in den Augen vieler Zahnärzte viele Dinge „von selbst evident“ sind, also keiner Untersuchung wert erscheinen.

Aber letztlich braucht eine innovative Zahnmedizin keine Sorge zu haben, ihren Nutzen nicht belegen zu können. Wenn sie sich dem Thema mit Optimismus und der Freude am Forschen nähert, werden sich letztlich auch ihre Leistungen als nachweisbar nutzbringend erweisen.

Prof. Dr. Bertram Häussler
IGES Institut GmbH Berlin
www.iges.de

Kontroverse um zahnärztliche „IGeL-Leistungen“

In der Medizin sind sie seit Langem etabliert: IGeL = Individuelle Gesundheitsleistungen, deren Kosten nicht von der GKV übernommen werden. Um Versicherten die Orientierung auf diesem „Markt“ zu erleichtern, haben die Gesetzlichen Kassen das Web-Portal www.igel-monitor.de ins Leben gerufen und stellen dort sukzessive auf wissenschaftliche Literaturrecherchen gestützte Bewertungen von häufig nachgefragten Leistungen ein.

Als erstes zahnärztliches Leistungsangebot fand kürzlich die Professionelle Zahnreinigung Aufnahme in den IGeL-Monitor. Die Stellungnahme („Nutzen unklar“) führte zu zahlreichen Reaktionen zahnärztlicher Organisationen (DAZ-Reaktion nächste Seite). Wer die PZR-Bewertung im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes nachvollziehen will, findet sie unter www.igel-monitor/IGeL_A_Z.php?action=view&id=74

Aus DAZ-Pressmeldungen

Versorgungsforschung: DAZ fordert Forschung zum Gesundheitsnutzen zahnärztlicher Therapien

Vom 27.-29. September fand in Dresden, erstmalig mitveranstaltet von der DGZMK, ein großer Kongress zum Thema Versorgungsforschung und Prävention statt. Dabei wurde Versorgungsforschung verstanden als „ein multidisziplinärer Ansatz zur Erforschung der Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis der Gesundheitsversorgung hinsichtlich ihrer Wirkung auf Qualität und Effizienz in individueller und sozioökonomischer Perspektive“.

Vom Kongress-Auftakt an wurde viel über den wachsenden Behandlungsbedarf einer alternden Bevölkerung bei einem wachsenden Bewusstsein für gegenseitige Abhängigkeiten von Zahnmedizin und Allgemeinmedizin gesprochen. Dabei wurde die Versorgungsforschung weitgehend mit Bedarfsanalysen und -planungen gleichgesetzt. Der Bedarf wurde auf der Basis der „üblichen“ Therapien hochgerechnet, was sicherlich wertvolle Abschätzungen ermöglicht, aber als eine eher oberflächliche Betrachtung des Versorgungsgeschehens einzustufen ist. Leider wurden dann auch in den zahnärztlichen Einzelveranstaltungen kaum Fragen nach der Evidenz für zahnärztliche Interventionen und nach ihrem Gesundheitsnutzen gestellt. Eine Ausnahme bildete das Thema Prävention, das mit Erfolgsberichten und auch Schwachstellenanalysen bearbeitet wurde.

Anders als bei den Zahnärzten wurden in den allgemeinärztlichen Workshops die wichtigen Fragen von Nutzenbewertung und Folgenabschätzung in vielen Facetten behandelt. Zudem gab es Veranstaltungen zur Forschungstheorie und -systematik.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ), ein zahnärztlicher Berufsverband, begrüßt die in den letzten Jahren gewachsene Bereitschaft von Vereinigungen und Forschern, auch im Fachbereich Zahnmedizin Versorgungsforschung zu etablieren. Allerdings sollte es zentrale Aufgabe dieser Forschung sein, Erkenntnisse über den langfristigen Nutzen zahnmedizinischer Interventionen und Versorgung zu gewinnen. Versorgungsforschung ist zuerst Selbstinfragestellung. Der DAZ fordert die Hinwendung zu einer Versorgungsforschung, die sich mit dem langfristigen Gesundheits-

nutzen des zahnärztlichen Handelns für den Einzelnen und auf der Bevölkerungsebene auseinandersetzt. Versorgungsbedarf kann erst ermittelt werden, wenn man sich über den Nutzen der betrachteten Versorgungsformen im Klaren ist.

Quelle: DAZ-Meldung vom 09.10.2012

Nutzen zahnärztlicher Zusatzleistungen nicht belegt?

In der Diskussion bei der DAZ-IUZB-Jahrestagung (siehe Seite 6f) wurde deutlich, dass die gern geforderte Evidenz für das zahnärztliche Handeln eher ein stilles Mauerblümchendasein führt. Der bestehende Leistungskatalog der Krankenkassen im Bereich Zahnmedizin enthält nur sehr wenig Evidenzgestütztes. Angesichts des gigantischen Aufwandes, den Studien mit gutem Evidenzniveau erfordern, wird es vermutlich nie möglich sein, alle zahnärztlichen Interventionen in dieser Weise zu untersuchen. Allerdings werden nicht einmal einzelne wichtige oder besonders invasive Interventionen entsprechend geprüft.

Beispiel Professionelle Zahnreinigung (PZR): Div. Studien belegen, dass PZR bei parodontal Erkrankten parodontale Erhaltungstherapie ist sowie dass intensive Fluoridierung kariesschutz wirkt. Jedoch fehlen Studien, die nachweisen, dass PZR bei Patienten ohne parodontale Erkrankung dem Zahnerhalt dient. Erschwerend kommt hinzu, dass es keine exakte allgemeingültige Definition der PZR gibt. In dieser Situation ist es für die Krankenkassen ein Leichtes, mit Hinweis auf die fehlende Evidenz eine Leistungsverpflichtung zurückzuweisen, auch wenn sich die überwiegende Mehrheit der Zahnärzte aus der Erfahrung heraus und auch auf Grund der für diese Behandlung relativ guten Datenlage verpflichtet fühlt, zur PZR zu raten.

Aus der Sicht des DAZ ist die sorgfältig durchgeführte PZR ein Beispiel für eine „Zusatzleistung“, die mit gutem Gewissen empfohlen werden kann. Anders ist es mit vielen anderen Leistungen, für die es überhaupt keine Studien und kaum Erfahrungswerte gibt. Für manche Zusatzleistung gibt es sogar bei wenigen Erfahrungswerten Hinweise auf negative Effekte.

Quelle: DAZ-Meldung vom 25.10.2012

Ärztetag hat sich für Verbrechen von Ärzten in der NS-Zeit entschuldigt.

Wie steht es um die Zahnärzte?

In ihrer „Nürnberger Erklärung“ vom Mai 2012 erkennt die deutsche Ärzteschaft „die wesentliche Mitverantwortung von Ärzten an den Unrechtstaten der NS-Medizin“ an, bittet die Opfer und ihre Angehörigen um Verzeihung und verpflichtet sich, die weitere Aufarbeitung der Beteiligung von Ärzten an NS-Verbrechen zu fördern.

Der DAZ begrüßt dieses eindeutige Bekenntnis. Besondere Beachtung verdienen die Feststellungen, dass es keineswegs nur um das Fehlverhalten einzelner Ärzte ging und dass nicht nur auf Befehl höherer Instanzen gehandelt wurde, sondern dass vielmehr hochrangige Vertreter der verfassten Ärzteschaft, der medizinischen Fachgesellschaften und medizinischer Forschungseinrichtungen eine aktive und führende Rolle bei den von Medizinern begangenen Menschenrechtsverletzungen einnahmen.

Bisherige Forschungen haben ergeben, dass auch Zahnärzte während der NS-Zeit an Verbrechen und Unrechtshandlungen verschiedener Art beteiligt waren und dass sich wie bei den Ärzten führende Vertreter der Zahnärzteschaft und mit ihnen Ständesorganisationen und wissenschaftliche Gesellschaften willfährig in den Dienst des Regimes gestellt haben. Die kritische Aufarbeitung der Rolle der zahnärztlichen Berufsorganisationen im Nationalsozialismus ist noch nicht sehr weit gediehen. Insbesondere die DGZMK hat ihr 150jähriges Bestehen im Jahr 2009 und den Rückblick auf die Geschichte nicht genutzt, um die fällige Auseinandersetzung auch mit ihrer nationalsozialistischen Vergangenheit anzugehen (vgl. „Forum“ 112, S. 9-11).

Der DAZ würde es befürworten, wenn die verfasste deutsche Zahnärzteschaft ein vergleichbares Bekenntnis wie der Deutsche Ärztetag ablegen und der Information zum Thema „Zahnmedizin und Zahnärzte im Nationalsozialismus“ breiteren Raum geben würde.

Quelle: DAZ-Meldung vom 19.09.2012

Vertrauen ist gut, Vereinbarungen sind besser Strafbarkeit von Zahnärzten für anästhesiologische Komplikationen

von Prof. Dr. Uwe Schulte-Sasse¹ und Tim Neelmeier²

¹Prof. Dr. med., Direktor der Klinik für Anaesthesie und Operative Intensivmedizin i.R., Heilbronn info@medizinrecht-schulte-sasse.de

²Rechtsanwalt, LL.B. (Bucerius), Hamburg; Doktorand am Strafrechtslehrstuhl von Prof. Dr. Hans Kudlich, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg



Schulte
-Sasse

Qualitätssicherung durch Transparenz schaffen – das war bereits 1980 einer der Grundsätze des DAZ. Schon damals kein leeres Schlagwort, sondern die notwendige Konsequenz aus der verbreiteten Haltung der Standesführung, Malpractice und eigene Versäumnisse zumindest vor der Öffentlichkeit, aber auch vor der Kollegenschaft zu verbergen. Daran scheint sich nichts geändert zu haben: Im Forum 110 hatte Dr. Hanns-W. Hey mit seinem Beitrag „Tod durch Rationalisierung“ auf die in diversen Medien berichteten Todesfälle bei Narkosen in Zahnarztpraxen hingewiesen und darin seine Mindestforderung nach Veröffentlichung dieser Fälle in den Fachmedien erhoben, „damit jeder Kollege seine eigenen Konsequenzen daraus ziehen kann“. Mit der gleichen Intention hat der Anästhesist und Gerichtsgutachter Prof. Dr. Uwe Schulte-Sasse mit dem Juristen Tim Neelmeier den Zahnärztlichen Mitteilungen (ZM) einen Beitrag zum Thema angeboten, die allerdings – so die Autoren – sinngemäß wissen ließen, „dass man ausdrücklich keine Berichterstattung über diesen Themenkreis wünsche, um die eigenen Mitglieder und Leser nicht zu verunsichern.“ Der DAZ und die Forum-Redaktion halten diesen Standpunkt gerade bei dieser brisanten Problemlage für berufsschädigend, weil damit die Kollegenschaft über wichtige Rechtspositionen in Unkenntnis gelassen und in falscher Sicherheit gewiegt wird. Für das Forum haben die Autoren den Beitrag aktualisiert.

Todesfälle – insbesondere von Kindern – nach operativen Eingriffen in Narkose in Zahnarztpraxen haben in der jüngeren Zeit wiederholt hervorgehobene Aufmerksamkeit in den Medien erfahren [Spiegel online 2012a, Spiegel online 2012b, stern.de 2012]. Auf dem Medizinstrafrechtstag des Deutschen Anwaltvereins [Lindemann 2012] wurde besorgt berichtet über „eine

fatale Tendenz in der Praxis ambulanten Operierens [...], die mit einer adäquaten anästhesiologischen Versorgung verbundenen ‚Kostenfaktoren‘ zu reduzieren, auch wenn dies mit erkennbaren Risiken für Leib und Leben der behandelten Patienten verbunden ist.“ Besondere Beachtung in diesem Zusammenhang fand ein Fall aus Hessen, in dem neben dem Anästhesisten auch der operierende Zahnarzt wegen fahrlässiger Tötung (§ 222 StGB) zu einer Gefängnisstrafe verurteilt wurde. Eine vergleichbar hervorgehobene Beachtung dieser Fälle ist in den zahnärztlichen Fachjournalen bislang nicht zu beobachten.

In der Märzausgabe 2012 wird im „Forum für Zahnheilkunde“ betont [Hey 2012], dass „diese Unglücksfälle in den Fachmedien veröffentlicht werden [müssen].“ Vor dem Hintergrund des DAZ-Postulats „Qualitätssicherung durch Transparenz“ sei hier, am Beispiel des vor dem Amtsgericht (AG) Limburg verhandelten Todesfalles eines zehnjährigen Mädchens, auf die Verantwortlichkeit des zahnärztlichen Praxisbetreibers für eine adäquate Sicherheits-Infrastruktur bei ambulanten Operationen in Narkose eingegangen, „damit jeder Kollege seine eigenen Konsequenzen daraus ziehen kann“ [Hey 2012]. Das AG Limburg fordert, dass zahnärztliche Interessensverbände „den vorliegenden Fall zum Anlass nehmen, ihre Mitglieder darauf hinzuweisen, dass eine derartige Praxisorganisation keinesfalls den Sicherheitsinteressen der Patienten, die an oberster Stelle stehen müssen, entsprach“ [AG Limburg a. d. Lahn: Ur. v. 25.03.2011].

„Ich bin doch kein Arzt, sondern Zahnarzt!“ Praxisbetreiber Dr. Sp. wehrte sich energisch gegen den Vorwurf, er sei mitverantwortlich für den Tod eines Kindes im Aufwachraum seiner Praxis. Die dort fehlende Mindestausstattung an Personal und Messgeräten sei allein dem Anästhesisten anzulasten. Denn er selbst habe sich als Operateur nur um die Zahnbehandlung zu kümmern. Im Prozess vor dem Amtsgericht Limburg ging es um zwei Fragen. Einerseits war anhand der speziellen Umstände des Einzelfalles zu entscheiden, ob das leicht behinderte Kind bei fachgerechter Überwachung „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit“ überlebt hätte (erstinstanzlich be-



Neelmeier

jaht [AG Limburg a. d. Lahn: Ur. v. 25.03.2011], nach Berufung Verfahrenseinstellung gegen hohe Geldauflagen [Wetzlarer Neue Zeitung 2012]). Andererseits ging es um eine Grundsatzfrage: Unter welchen Umständen darf ein Arzt auf die korrekte Arbeitsweise seines Kollegen vertrauen?

Sachverhalt

[AG Limburg a. d. Lahn: Ur. v. 25.03.2011]

Der angeklagte Zahnarzt Dr. Sp. betreibt seit 1990 mit seinem Kollegen Dr. T. eine Zahnarztpraxis. Der ebenfalls angeklagte Anästhesist Dr. Sch. arbeitete von 1990 bis Ende 2009 etwa einmal pro Woche bei zahnärztlichen Behandlungen in Vollnarkose mit Dr. Sp. und Dr. T. in deren Praxisräumen zusammen. Ein schriftlicher Vertrag zwischen den Zahnärzten und Dr. Sch. existierte nie. Dr. Sch. stellte die notwendigen Geräte für die durchzuführenden Narkosen, die er eigens mit in die Praxis der Dres. Sp. und T. brachte. Einen gesonderten Aufwachraum mit adäquater apparativer Ausstattung gab es in der Praxis nicht. Nach der postnarkotischen Überwachung im Eingriffsraum wurde in aller Regel der behandelte Patient in einen „Ruheraum“ verbracht und dort einer Begleitperson (Eltern, Angehörige etc.) übergeben. Außer der Ehefrau des Dr. Sch., die häufig, jedoch nicht immer, an Narkosetagen dabei war, verfügte keine der bei Dr. Sp. angestellten Zahnärzthelferinnen über eine anästhesiologische Ausbildung. Es gab keinerlei Anweisungen von den Zahnärzten bzw. von Dr. Sch. an die Zahnärzthelferinnen, wie sie sich den Patienten gegenüber nach Verbringung in den Ruheraum zu verhalten hatten. Auch zwischen den Zahnärzten und dem Anästhesisten Dr. Sch. gab es bezüglich der Behandlung bzw. Überwachung von Patienten, die im Ruheraum abgelegt waren, keinerlei Absprachen. Dr. Sp.

entscheidet, ob ein zahnärztlicher Eingriff in seiner Praxis in örtlicher Betäubung oder in Narkose stattfindet und erstellt die entsprechende Planung.

Im Herbst 2007 verbrachte der Anästhesist Dr. Sch. die zehnjährige Celine K., die am Williams-Beuren-Syndrom (WBS) litt, bereits 10 Minuten nach dem Eingriff in noch tief schlafendem Zustand in den sog. „Ruherraum“, wo sie ohne personelle oder apparative Überwachung mit ihrer Mutter alleine war. Während die beiden Ärzte bereits die nächste Patientin unter Vollnarkose behandelten, erlitt Celine einen Atemstillstand und einen hypoxischen Gehirnschaden, in dessen Folge sie wenige Tage später verstarb.

Das Amtsgericht Limburg a.d. Lahn verurteilte am 25.03.2011 den Anästhesisten Dr. Sch. zu einem Jahr und sechs Monaten sowie den Zahnarzt Dr. Sp. zu einem Jahr und drei Monaten Freiheitsstrafe auf Bewährung wegen fahrlässiger Tötung gem. § 222 StGB. Nach Berufungshauptverhandlung wurde das Verfahren eingestellt gem. § 153a StPO gegen Geldauflagen von jeweils € 20.000,- für beide Angeklagten aufgrund Beweisunsicherheiten bei der Kausalität der Pflichtverletzungen.

Aufgabenabgrenzung zwischen Zahnarzt und Anästhesist klar regeln **[Neelmeier 2011, Neelmeier 2012 a]**

Jede Operation birgt Gefahren. Für deren Abwehr sind im Ausgangspunkt alle beteiligten Ärzte verantwortlich. Raum für Vertrauen sieht der Bundesgerichtshof (BGH) nur, wenn „es um Gefahren geht, die ausschließlich dem Aufgabenbereich eines der beteiligten Ärzte zugeordnet sind“. Diese Zuordnung folgt keinem Automatismus nach Fachrichtungen, weswegen es unter diesem Blickwinkel keine „fachfremden“ Komplikationen gibt. Entscheidend ist stets die individuelle Aufgabenverteilung vor Ort. Subsidiär gelten die fachgesellschaftlichen Zuständigkeitsvereinbarungen, welche die meisten Fächer (nicht die Zahnmedizin) insbesondere mit der Anästhesie geschlossen haben. Die mitunter lange vor dem „Durchbruch“ des ambulanten Operierens getroffenen Regelungen lassen sich indes nicht pauschal von Krankenhäusern auf die Bedingungen in einer Arztpraxis übertragen. Die heute übliche Klinikorganisation mit zentraler Aufwachseinheit in der Verantwortung einer ganzen Anästhesieabteilung kann für ambulante Operationszentren wirtschaftlich sein. Praxisambulantes Operieren in den Räumen

des Zahnarztes mit nur einem OP-Tisch verlangt jedoch flexiblere Strukturen. Deshalb konkretisieren jüngere fachgesellschaftliche Vereinbarungen und Standards ergebnisbezogen die Verpflichtung, dass der Patient „keinem höheren Risiko (auch im Zusammenhang mit der postoperativen Betreuung) ausgesetzt sein darf, als bei einer Behandlung unter stationären Bedingungen“. Insbesondere die gesondert vergütete Aufgabe postoperativer „lückenloser Überwachung“ bietet Umsetzungsspielräume. Sie kann entweder dem Anästhesisten oder dem Praxisbetreiber bzw. dessen speziell geschultem Personal („Fachpflegestandard“) übertragen werden. Dieses Organisationsrecht ist gleichzeitig eine Pflicht und gehört zur Führungsverantwortung des Praxisbetreibers in seiner Doppelfunktion als Arzt und Einrichtungsleiter. „Wie einem Klinikträger oblag es dem [Praxisbetreiber Dr. Sp.] gleichermaßen, die technisch-apparativen Einrichtungen und die erforderliche personelle Ausstattung für die postoperative und postnarkotische Überwachungsphase zu besorgen bzw. dafür Sorge zu tragen“ [AG Limburg a. d. Lahn: Ur. v. 25.03.2011].

Grenzen des Vertrauensgrundsatzes **[Neelmeier 2011; Neelmeier 2012 a; Neelmeier, Schulte-Sasse 2012 a]**

Vor deutschen Strafgerichten wurden bislang eher selten Praxisbetreiber im Zusammenhang mit anästhesiologischen Komplikationen angeklagt. Die Grenzen des sog. Vertrauensgrundsatzes werden von der Rechtsprechung aber enger gezogen als vielfach bekannt. Praxisbetreiber, gegen die wegen unzureichend organisierter Patientenüberwachung ermittelt wird, berufen sich in Gegenwart einer defizitären personellen oder apparativen Ausstattung ihrer Praxis üblicherweise auf den sogenannten Vertrauensgrundsatz, demzufolge sie sich auf die Aufgabenerfüllung und das überlegene Fachwissen des Anästhesisten hätten verlassen dürfen. Regelmäßig fehlt es jedoch an mindestens einer der zwei wichtigsten Voraussetzungen dieses Grundsatzes. Er basiert nämlich nicht etwa auf Wissensasymmetrie zwischen Zahnarzt und Anästhesist, sondern dem Prinzip der Arbeitsteilung. Entscheidend ist allein die klare Definition, Abgrenzung und Zuordnung von Aufgabenbereichen. Dies ist eine Kernaufgabe des Praxisbetreibers als Einrichtungsleiter, auch im Fall einer zusätzlich ausgeübten „Doppelfunktion“ als Operateur. Kommt er dieser Aufgabe nicht nach, kann er auch nicht auf die „arbeitsteilige“

Bewältigung hieraus resultierender Risiken durch den Anästhesisten vertrauen.

Bereits 2001 hatte das AG Langenfeld [Rechtskräftiger Strafbefehl vom 17. August 2001] ähnlich wie das Limburger Gericht entschieden und 2005 stellte das LG Augsburg [Rechtskräftiges Urteil vom 17.03.2005] fest: „Für die Organisation der postoperativen Überwachung, das Vorhandensein geeigneten Fachpersonals und der erforderlichen Geräte ist der Angeklagte als Betreiber der Praxis verantwortlich.“ Der zahnmedizinische Praktiker ist nach dieser Rechtsprechung im Ausgangspunkt selbst verantwortlich für eine sichere Organisation und Ausstattung seiner Praxis. Dies betrifft auch den Arbeitsbereich des hinzugezogenen Anästhesisten. Zwar verlangt die Rechtsprechung von Praxisbetreibern keine minutiöse Überwachung ihrer Narkose-Kollegen. Allerdings müssen Zahnärzte ebenfalls auf die strikte Einhaltung der personellen und apparativen Sicherheitsstandards in ihrer Praxis achten. Dazu gehört insbesondere anästhesiologisch qualifiziertes Pflegepersonal während und nach der Narkose, um die Überwachung und Notfallversorgung der Patienten sicherzustellen, wie das LG Halle kürzlich im Zusammenhang mit dem Tod eines Kindes nach Operation in einer Zahnarztpraxis noch einmal betonte [LG Halle, Urteil vom 17.11.2010]: Narkosen sind vom Anästhesisten „nicht allein, sondern stets mit qualifiziertem Pflegepersonal durchzuführen. Dadurch wird generell eine bessere Überwachung des Patienten und für den Fall, dass es zu Komplikationen kommt, eine bessere Notfallversorgung erreicht.“ Anästhesiologisch geschultes Assistenzpersonal ist nicht nur bei der Narkoseeinleitung und während des Eingriffs essentiell. Seine „ununterbrochene“ Anwesenheit ist eine *conditio sine qua non* bei der Überwachung nach dem Eingriff. Die erforderliche apparative Ausstattung ist genau spezifiziert.

Das Limburger Gericht ordnet den Praxisbetreibern die gleiche Organisationsverantwortung „wie einem Klinikträger“ zu. Die verhängten Freiheitsstrafen begründet es nicht zuletzt mit dem Hinweis, dass die seit Jahren unzureichende Patientenüberwachung in der Zahnarztpraxis kein menschliches Augenblicksversagen darstellte, sondern vielmehr die wirtschaftlichen Interessen der Ärzte im Vordergrund standen. Ungeklärt blieb die Frage nach der Verantwortung des Praxismitinhabers, der die defizitären Strukturen in der Praxis gekannt und mitgestaltet hat.

Wichtiger aber noch ist die zweite Voraussetzung des Vertrauensgrundsatzes. Ist die arbeitsteilige Behandlung präzise organisiert, besteht zwar keine minutiöse wechselseitige Überwachungspflicht. Der Praxisbetreiber und alle anderen beteiligten Ärzte bleiben aber „sekundär verkehrssicherungspflichtig“ [BGH: Urt. v. 13.11.2008]. Der BGH stellt klar: „Kein Arzt, der es besser weiß, darf sehenden Auges eine Gefährdung seines Patienten hinnehmen, wenn ein anderer Arzt seiner Ansicht nach etwas falsch gemacht hat oder er jedenfalls den dringenden Verdacht haben muss, es könne ein Fehler vorgekommen sein. Das gebietet der Schutz des dem Arzt anvertrauten Patienten“ [BGH: Urt. v. 08.11.1988]. Berechtigtes Vertrauen im Rahmen arbeitsteiligen Zusammenwirkens findet dort seine Grenze, wo „ernsthafte Zweifel an der Ordnungsmäßigkeit der Vorarbeiten des Kollegen erkennbar sind“ [BGH: Urt. v. 19.11.1997]. Der BGH gibt einen strengen Prüfungsmaßstab vor: „Die Anforderungen an die Geltung des Vertrauensschutzes sind um so höher, je größer das Risiko eines Behandlungsfehlers und die daraus resultierende Gefährdung des Patienten ist.“ Es bedarf „keiner besonderen medizinischen Kenntnisse“ [AG Limburg a. d. Lahn: Urt. v. 25.03.2011], um zu wissen, dass „für den chirurgischen Patienten zu keiner Zeit seines Klinikaufenthalts die Gefahr der Hypoxie so groß ist wie in der unmittelbaren postoperativen Phase“ [OLG Düsseldorf: Urt. v. 30.12.1985].

Statt „ernsthafte Zweifel“ muss sich dem Zahnarzt sogar die völlige Gewissheit fehlerhafter Narkoseführung durch den Anästhesisten aufdrängen, wenn er im Eingriffsraum keine anästhesiologische Assistentkraft samt erforderlicher Überwachungsgeräte wahrnimmt und/oder er mit dem gleichen Anästhesisten unmittelbar zum nächsten Eingriff übergeht, ohne dass eine dann erforderliche zweite (!) Fachpflegekraft für die ununterbrochene postoperative Überwachung im Aufwachraum eingeteilt worden ist. Fehlt es an berechtigtem Vertrauen, handelt neben dem Anästhesisten auch der Praxisbetreiber pflichtwidrig.

Beabsichtigte Unterschreitung von Überwachungsstandards kann Vorwurf der vorsätzlichen Körperverletzung begründen [Neelmeier 2012 a, Neelmeier 2012 b, Neelmeier, Schulte-Sasse 2012 a]

Trotz präziser Aufgabenzuordnung endet berechtigtes Vertrauen dort, wo „ernsthafte Zweifel an der Ordnungsmäßigkeit der Vorarbeiten des Kollegen erkennbar sind.“ Das

fehlende Überwachungspersonal war auch für den zahnärztlichen Praxisbetreiber Dr. Sp. offensichtlich, so dass er den Operationstag nicht wie geplant beginnen durfte. Die Eltern des Kindes hatten auch keine „weitergehende Aufklärung“ erhalten über die beabsichtigte Unterschreitung von Überwachungsstandards.

Jenseits der üblichen Risikoaufklärung besteht eine Pflicht zur „weitergehenden Aufklärung“ der Patienten über jede beabsichtigte Abweichung von der *lex artis*. Dies betrifft neben der Anwendung von Außenseitermethoden sowie Behandlungen ohne medizinische Indikation insbesondere Unterschreitungen des Facharztstandards bei der personellen und apparativen Infrastruktur. Eingriffe beispielsweise

Aktueller Artikel von **Tanja Wolf** auf Spiegel Online (23.11.2012): **„Ambulantes Operieren. Lebensgefahr in der Arztpraxis“**
<http://www.spiegel.de/wissenschaft/medizin/narkose-bei-ambulanter-op-eine-unbedachte-gefahr-a-864138.html>

ohne Anästhesist, Fachpflegepersonal oder vorschriftsgemäße Medizingeräte sind demnach von Anfang an rechtswidrig mangels wirksamer Einwilligung. Kennt der Arzt die hieraus resultierenden Gefahren für den Patienten und setzt er sich dennoch über die anerkannten Regeln der Heilkunst wissentlich hinweg, so begeht er eine vorsätzliche einfache (§ 223 StGB) oder gefährliche (§ 224 StGB) Körperverletzung bereits mit dem Versetzen in Narkose, mit dem Beginn des operativen Eingriffes. Diese Straftatbestände werden „schnell“ zum Verbrechen (§ 227 StGB), wenn noch eine risikotypische, fahrlässig verursachte Todesfolge hinzutritt.

Wettbewerbsnachteile für diejenigen Anbieter, welche die Personalmehrkosten schultern [Neelmeier, Schulte Sasse 2012 a; Neelmeier, Schulte-Sasse 2012 b]

Im Internet hatte der Zahnarzt Dr. Sp., zusammen mit seinem Kollegen, „für seine zahnärztlichen Behandlungen in Narkose für geistig behinderte Patienten, damit geworben, dass diese Eingriffe unter einem dem Krankenhaus angepassten hohen personellen und operativen Sicherheits- und Qualitätsstandard durchgeführt werden.“ Das AG Limburg hierzu: „Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme kann von einem solchen Standard keine Rede sein; das Gegenteil ist bewiesen.“ „Gemessen an den tatsächlichen Bedingungen, unter denen die vollnarkotischen Eingriffe in der Praxis des Angeklagten Dr. Sp. erfolgten, kann die vor-

stehend dargestellte Werbung mit „klinischen Standards“ nur als grob irreführend bezeichnet werden [...]. Es unterliegt für das Schöffengericht keinem Zweifel, dass der Angeklagte Dr. Sp. seinen in dem Internet-Auftritt gewählten Worten grob pflichtwidrig zuwider gehandelt hat, indem er unter den genannten Organisationsstrukturen einen Eingriff unter Vollnarkose vornahm, der gerade nicht auf „Klinikniveau“ stattfand“ [AG Limburg a. d. Lahn: Urt. v. 25.03.2011].

Es mangelt in Deutschland gegenwärtig an einem praktisch wirksamen, kontrollierenden Abgleich zwischen den Werbeauftritten von Gesundheitseinrichtungen und der dort tatsächlich gegebenen Infrastruktur. So können „schwarze Schafe“ unter den Leistungserbringern anästhesiologische Versorgungsstandards relativieren oder unterwandern, ohne dass die Patienten dies bei ihrer Auswahlentscheidung bemerken. Auf diese Weise drohen nicht nur Patientenschädigungen, sondern auch erhebliche Wettbewerbsnachteile für diejenigen Anbieter, welche die Personalmehrkosten schultern und sich damit in die Gefahr einer „adversen Marktselektion“ begeben. Schließlich müssen sie sich in einem von der Politik gezielt geschaffenen „Verdrängungswettbewerb unter den Leistungserbringern“ behaupten und sind dabei auf den „Haftungsrichter zunehmend als Bundesgenossen“ angewiesen. Nur wenn die Justiz das wirtschaftlich motivierte Führungsverhalten in Gesundheitseinrichtungen konsequent in den Blick nimmt [Kudlich, Schulte-Sasse 2011], kann sie auf eine flächendeckende Umsetzung kostenintensiver Sicherheitsstandards hoffen.

Fazit für die Praxis

1. Verwirklichen sich vorhersehbare Gefahren, für deren Abwehr keine klare Zuständigkeit bestand, haften alle beteiligten Ärzte (sowie der Klinikträger bzw. die Einrichtungsleitung [Fischer 2012]). Angesichts der Vielfalt praktizierter Organisationsformen sind im ambulanten Bereich präzise Absprachen vor Ort unerlässlich.
2. Ernsthafte Zweifel am fachgerechten Vorgehen eines Kollegen verpflichten jeden Arzt, Gesundheitsgefahren vom Patienten abzuhalten. Der Regierungsentwurf eines „Patientenrechtegesetzes“ [Neelmeier 2012 c] sieht sogar vor, dass Behandlungsfehler (eigene und solche von Kollegen) dem Patienten zu melden sind.

Literaturverzeichnis

Auf der Web-Site von Prof. Schulte-Sasse <http://medizinrecht-schulte-sasse.de/bibliothek/> und auf www.daz-web.de, Menüpunkt Lesetipps



Dauerthema: „Die erschwingliche Zahnarztpraxis“ Die deutsche Einheit

Eine neue Zahnarztpraxis ist sehr teuer. Bezüglich der ganz erheblichen Investitionskosten einer Neugründung (aber auch im Rahmen von umfangreichen Renovierungen bzw. Instandhaltungsmaßnahmen) sind unsere zahnärztlichen „Behandlungseinheiten“ in aller Regel der wichtigste Kostenfaktor. Nur große Röntgenanlagen (Panorama- bzw. Fernröntgen- oder DVT-Geräte) sind noch teurer – sowohl in der Anschaffung als auch im Unterhalt. Da zudem der Trend zu mehreren Sprechzimmern besteht, kommt damit der „Einheit“ und ihren Kosten eine ganz erhebliche finanzielle Bedeutung für unsere gesamte Finanzplanung zu.

Laut Angaben der APO-Bank war 2011 für eine Einzelpraxisneugründung ein durchschnittliches Investitionsvolumen von etwa 450.000 Euro erforderlich. Wie soll man unter den heutigen Bedingungen, mit recht niedrigen GKV-Gebühren und einer seit fast 50 Jahren „eingefrorenen“ privaten Gebührenordnung (es gab zwei „kostenneutrale“ Umstellungen in Form der GOZ 1988 bzw. GOZ 2012 seit der BUGO von 1965), eine solche Investitionssumme schultern? Auch mit allen denkbaren legalen betriebswirtschaftlichen „Optimierungen“ innerhalb der Praxisorganisation und Abrechnung ist ein solches Volumen kaum zu bewältigen, wenn man fachlich immer korrekt therapieren und liquidieren möchte. Der finanzielle Druck müsste unbedingt reduziert werden. Wichtig wäre darum auch eine längst überfällige BEMA-Reform für eine kostendeckende, bessere Zahnerhaltung, insbesondere in der Endodontie.

Wir zeigen in unserer „Forum“-Reihe Wege, wie man unnötige Investitionskosten geschickt - von Anfang an - vermeiden kann. Trotzdem kann (und muss) die Praxis heutzutage hochmodern und „großzügig“ sein. Der Patient erkennt den Unterschied nicht.

Ein denkbarer, viel zu selten beschrittener Weg ist dabei die maßvolle Gründungsinvestition durch die Anschaffung preiswertere oder aber gebrauchter Einheiten guter

Qualität. So gibt es „junge Gebrauchte“ unter den Behandlungseinheiten, mit Originalteilen überholt („serviciert“) und oft sogar mit Garantie (!) versehen. Hier lassen sich ganz erhebliche Summen einsparen, da derartige Einheiten oftmals nur die Hälfte ihres ursprünglichen Neupreises kosten. Sie stammen oft aus Insolvenzen, und es gibt offenbar einige Hundert in Deutschland davon. Auch das ist ein Symptom für ein gegenwärtig bestehendes wirtschaftliches Ungleichgewicht in unserer Branche. Zu viele junge Kollegen übernehmen sich.

Aber auch bei Neugeräten lässt sich extrem viel sparen: So sind auf dem deutschen Dental-Markt Nischen entstanden, in denen brauchbare, fabrikneue chinesische Behandlungseinheiten (Einkaufspreis in China: lediglich 3000-4000 Dollar) für etwa 10.000 Euro erhältlich sind. Der Importeur, ein Kollege, verdient an diesem China-Import bei dieser schönen Gewinnspanne wohl nicht gerade schlecht und ist trotzdem der günstigste Anbieter einer kompletten Dentaleinheit auf dem deutschen Markt. Er bietet zudem die übliche Garantie und auch einen deutschlandweiten Kundendienst für diese Behandlungseinheiten an. Sie stehen inzwischen in kieferorthopädischen Praxen, dienen im kostengünstigen „dritten Zimmer“ der Druckstellenbeseitigung oder anderen kleinen Eingriffen (wie chirurgischen Nachkontrollen) und leisten damit gute Dienste.

Im Vergleich dazu liegt „die deutsche Einheit“ (auch mit teils ausländischem Innenleben) bei etwa 20.000-60.000 Euro (erstere ist die Einfachversion ohne Amalgamabscheider, letztere das voll ausgestattete Topmodell). Die deutschen Dental-Hersteller gelten dabei als die teuersten auf dem Weltmarkt.

Hier, bei dem Kauf der Behandlungseinheiten, liegt also ein sehr hohes Einsparpotential, das man so oder so unbedingt nutzen sollte. Egal, ob Sie sich für „junge Gebrauchte“ oder „preiswerte Neue“ entscheiden: Sie werden nun mit der Hälfte des Praxis-Investitionsbetrages auskommen, der hier schon als Durchschnitt genannt wurde. Eine neue Praxis lässt sich durchaus auch für diesen halbierten Betrag einrichten.

Doch nicht nur an der Dentaleinheit lässt sich viel Geld sparen: Spezialisierte Händler für gebrauchte Praxiseinrichtungen haben auch Absaugmaschinen und Kompressoren

im Angebot, die nur vergleichsweise wenige Betriebsstunden „auf dem Buckel haben“. Und kennt man die erfreuliche Langlebigkeit solcher Maschinen, kann man damit eigentlich nichts falsch machen. Auch hier liegen die Preise drastisch unter den Preisempfehlungen der Hersteller, auch bei fast neuwertigem Zustand.

Und das werden junge Kolleginnen und Kollegen später sehr zu schätzen wissen: Der notwendige Mindestumsatz sinkt dramatisch. So sollte man sich wirklich als junger Zahnarzt die Frage stellen, ob es denn immer unbedingt neue - und auch noch deutsche - Behandlungseinheiten sein müssen.

Damit kauft man zwar in der Regel solide Mechanik und gutes Design, aber die elektrischen und elektronischen Bauteile sind oftmals von gleicher Provenienz wie bei der viel preiswerteren Konkurrenz. Es gibt hier technische „Standardelemente“ (Magnetventile von „Bürkert“, Elektromotoren und Spindeln von „Hanning“ für die Stuhlverstellung, Mikromotoren und Winkelstücke von KaVo, Siemens, Bien-Air und W&H), die über Länder- und Hersteller-grenzen weit verbreitet und oftmals in verschiedenen Geräten baugleich sind, aber doch sehr verschieden ausgepreist werden. So gibt es umgekehrt aber auch gute italienische Behandlungsstühle, die ein deutsches Label tragen, was in diesem Fall erheblich niedrigere Preise ermöglicht.

Wichtig ist aber vor allem das „Endgerät“, mit dem der Zahnarzt täglich arbeitet: Der Mikromotor (eventuell die Turbine) und das Ultraschall-ZEG-Gerät. Und gerade diese wichtigsten Bestandteile der Behandlungseinheit stammen von nur wenigen Herstellern und müssen lediglich mit Strom, Wasser und Druckluft zuverlässig versorgt werden. Die dazu notwendige Versorgungstechnik ist aber vergleichsweise primitiv. Und trotzdem oft abartig teuer.

Die manchmal in jede Einheit einzeln eingebauten Amalgamabscheider stammen auch fast immer von denselben Herstellern, egal in welcher Behandlungseinheit. Aber das ist wieder ein Thema für sich. Im „DAZ-Forum“ wurde zum Thema „Abscheidung“ schon einmal sehr viel geschrieben, unser Mitglied Till Ropers war sogar unter den frühen Entwicklern und Herstellern einer zentralen Abscheideanlage (Sedimentationsprinzip). Nur

soviel: Eine zentrale Abscheidung spart viel Geld im Vergleich mit mehreren (früher oft störanfälligen) Einzelgeräten in den Einheiten. Auch bei Installation und Wartung lässt sich sparen.

Zudem beeinflusst die Art der Ausstattung den Verkaufspreis der Einheiten ganz erheblich, ohne dass die hohe Preisdifferenz unbedingt technisch gerechtfertigt wäre. Wie beim neuen Auto wird an den feinen Mehrausstattungen oftmals deutlich mehr verdient als am soliden, vernunftbetonten Basismodell.

Fazit

Man sollte sich bei Neueinrichtungen also fragen: Brauche ich wirklich die sechs Stuhlprogramme, den zweiten oder gar dritten Mikromotor, die zweite Multifunktionsspritze für die HelferIn? Oder ist das eine nutzlose Mehrausstattung, die zukünftig nur vor sich hin staubt? Zudem gibt es – wie geschildert – eine Vielzahl nahezu neuwertiger deutscher Einheiten (oft aus Konkursen), die zu erheblich niedrigeren Preisen zum Verkauf stehen, als sie einmal den pleite gegangenen Kollegen gekostet haben. Hier sollten sich junge Kollegen auf jeden Fall erst einmal umschauen.

Mein pfiffiger Dentaltechniker montierte kürzlich bei einem jungen Kollegen zwei renovierte deutsche Top-Einheiten (neu bezogen und lackiert), für 6000 Euro das Stück. Diese Einheiten haben in den Neunzigern etwa das Sechsfache gekostet. Der Patient wird sie aber nicht als „Gebrauchte“ erkennen. Die „Optik“ ist tadellos, die Qualität unverwundlich. Eine „Deutsche Einheit“ eben – was will man mehr?

Ich wünsche dem preisbewussten jungen Kollegen nun viel Erfolg. Er hat am Anfang die Fehler vermieden, unter denen seine Patienten vielleicht hätten leiden müssen. So hat er nun die Möglichkeit, fachlich genau so zu arbeiten, wie er das immer gewollt hat, nämlich ohne wirtschaftlich erzwungene ständige Unter- und Überversorgung.

Ich wünsche ihm allzeit guten Kundendienst. Denn DEN braucht man, egal für welches Modell. Er wird ihn oft brauchen, wie bei einer brandneuen deutschen Einheit, soviel ist sicher. Daran ändern hohe Preise nämlich leider gar nichts. Und auch die „Marke“ spielt hier keine Rolle. Die sehr hohe Beanspruchung in der täglichen GKV-Praxis fordert eben ihren Tribut ...

Dr. Paul Schmitt, Frankfurt/M.

Auf den Antrieb kommt es an: Genug Luft?

Im „Forum“ 111 hat Dr. Hanns-W. Hey unter anderem das Lied der 'luftgesteuerten' Einheiten und ihrer Unverwundlichkeit gesungen. Diese Alternative, nicht nur der Steuerung, sondern auch des Antriebs von Dentalmotoren führt bei uns ein unverdientes technologisches Nischendasein. In diese Nische soll dieser Beitrag ein wenig hineinleuchten.

Seit John Borden 1957 seinen Airotor erfunden hat, ist das Prinzip der Luftturbine in der Hand jedes Zahnarztes zu finden. Bei uns allerdings meist nur in der Form der 'Turbine', sehr viel seltener als Antrieb für Hand- und Winkelstücke. Es mag ja manche/r einmal in einen Turbinenkopf hineingesehen haben. Die simple Funktionalität des kleinen Flügelrades erklärt sich von selbst, die Analogie zu Mühlrädern ist nicht schwer zu ziehen. Beim Mikromotor scheint nur die elektrische Variante das Vertrauen



Abbildung 1:
Quiet Air Turbine

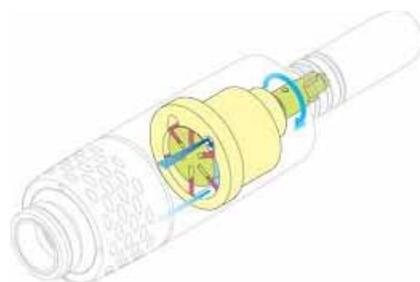


Abbildung 2: Luftmotor (Prinzip)

der Kollegenschaft zu genießen. Als jedenfalls seit 1965 der Sirona-Motor das Doriot-Gestänge verdrängen konnte, mussten sich die Cartoonzeichner der ersten Welt schnell von einer lieb gewordenen Ikone trennen. Heute jedenfalls kennt keiner mehr den leicht gebeugten Doktor mit den drei Knöpfen am Rücken, dem Haarkranz und dem bedrohlich ragenden Gestell neben ihm.

Es war eine technische Pioniertat, das erforderliche Drehmoment (heute ca. 3 Ncm) auf kleinem Raum zur Verfügung zu stellen, für Kühlung zu sorgen, die Kugellager

unterzubringen, ohne die Handhabbarkeit zu gefährden und die Feinmotorik stark zu kompromittieren. Seither haben Generationen von KollegInnen mit dem Mikromotor gelebt und dabei wie selbstverständlich die 'Hecklastigkeit' der Motoren und den dauernden Zug des 'Schlauchs' in Kauf genommen.

In den USA wurde stattdessen das Turbinenprinzip auch für die niedrigeren Drehzahlen ausprobiert. Natürlich braucht man für größere Kräfte eine größere 'Windmühle' – mit unter 20 mm Durchmesser kam man aber schon weit. Stapelt man zwei Turbinenräder übereinander (eins rechts-, das andere linksdrehend), ist es einfach, die Antriebsluft so zu lenken, dass der Motor über den gesamten Drehzahlbereich in beide Drehrichtungen laufen kann. Dafür braucht man keine Spulen und schwere Magneten wie beim E-Motor. Das führt zu weniger Gewicht in der Zahnarzt-Hand. Schon der erste 'Tru-Torc'-Motor lag vergleichsweise wie ein Zaunkönig in der Hand. Heutige Luftmotoren sehen aus wie abgebildet.

Wie 'sagt' man einem luftgetriebenen und -gesteuerten Motor, was man von ihm will? Hier, bei der Steuerung liegt der erste entscheidende Vorzug des Luftmotors. Dort, wo schmurzelnde Elektronikplatinen, korrodierende Leiterbahnen und knickende Stromkabel nach Spezialisten-Know-How rufen, verrichten rührend simple 'Steuerblöcke', die aus einem Gehäuse mit Öffnungen, einer Stahlfeder und haltbaren



Abbildung 3: Steuerblock zerlegt



Gummimembranen bestehen, ihren Dienst durch zwei Griffe am Motor lässt sich die Drehrichtung und Umdrehungszahl des Motors „programmieren“. Der Reparaturfall besteht (selten genug) aus der Anwendung eines Inbusschlüssels und dem Tausch einer Membran. Die Identifizierung des 'schuldigen'

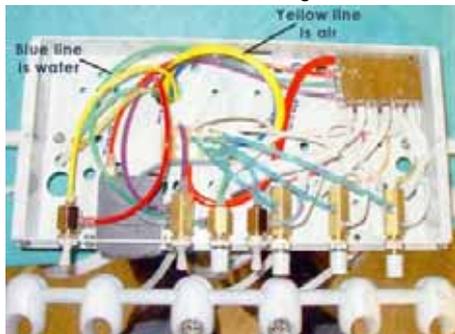


Abbildung 4: 'Luftgesteuerte' innen

gen' Steuerblockes ist kein Elektroniker-Voodoo, sondern man kann die Pfade der Antriebsluft verfolgen, wie einen Ariadnephaden. Die Logik des Verlaufs der Luft- und Wasserwege in einer luftgesteuerten Einheit erschließt sich auch den Nicht-Schraubern unter uns recht bald. Das kann man von den Signalwegen auf einer elektronischen Platine bestimmt nicht behaupten. Für die Praxis 'in der Pampa' ist es immer noch einfacher, auf Verdacht drei Gummimembranen zu tauschen, damit man auch dann die richtige erwischt, wenn man keine Mopedfahrer-Anamnese hat.

Zwischenstopp: Einheiten mit Luftmotoren verwenden Pressluft aus dem Praxiskompressor als Medium sowohl zur Kraftübertragung, wie auch zur Steuerung aller zahnärztlichen Antriebe. Die Instrumentenköcher bieten die Übertragungsinstrumente an und enthalten Ventile, die die Pressluft auf das entnommene Instrument lenken. Bis hierhin ginge es ohne jede Elektrik,

- wenn nicht das ZEG (egal, ob magnetostruktiv oder piezokeramisch) mit 'Saft' versorgt und gesteuert werden müsste. Geräte nach Art des Airscalers kommen allerdings ohne Strom aus und werden vom Hersteller für eine große Zahl von Anwendungen empfohlen. Ich selbst habe damit nie gearbeitet, nach Laurell ist es jedenfalls möglich, signifikante Reduktionen parodontaler Taschen mit Schallgeräten zu erreichen. Diese Geräte werden wie Übertragungsinstrumente aufgesteckt, und nutzen die Wasserkühlung ebenso.
- wenn man nicht auf den Luxus verzichten will, dass die Instrumente ihre eigene Beleuchtung mitbringen sollen. Dazu braucht man auf jeden Fall Strom, um die Mini-Birnchen (das sind die, die immer am Donnerstagabend kaputt gehen), oder die LED's betreiben zu können.

Ein Exkurs zur Frage: „Wie kommt elektrischer Strom in die luftgesteuerte Einheit?“ ist also angebracht.

Um es kurz zu machen, es geht einfach: Es gibt Transformatoren, die über einen pneumatischen Schalter zum Leben erweckt werden. Man braucht eine Steckdose in der Nähe – der Rest geht nach VDE. Fertige und erprobte technische Lösungen (selbst für Elektrophysiotherapiegeräte) gibt es. Wer den Systembruch z.B. wegen 'Elektrosmog' nicht hinnehmen möchte, muss halt eine Kopfleuchte tragen. Das Drähtchen jedenfalls, das man zur Aktivierung einer LED braucht, hat einen viel kleineren Querschnitt, als die Kabel, die die Stromversorgung eines Mikromotors besorgen. Die sind es aber, die so gerne knicken und die dann einen neuen teuren 'Schlauch' nötig machen. Zugegeben: vor der Einführung der Beleuchtung an den Übertragungsinstrumenten war bei den 'Luftgesteuerten' ein Schlauch tatsächlich einer. Gab es ein Unglück, einen Schnitt, einen 'Platzer' – kein Anruf im Depot, sondern ein Schnitt mit dem Seitenschneider, wieder Einpfriemeln der Anschlüsse (das ging wie bei Gardenia) und die Präparation konnte weitergehen. Das geht nicht, wenn Stromleitungen und oder Glasfasern den Schlauch zu einem System machen – oh tempora!



Abbildung 5: Schlauch E-Motor



Abbildung 6: Schlauch Luftmotor

Das geht nicht, wenn Stromleitungen und oder Glasfasern den Schlauch zu einem System machen – oh tempora!

Endbetrachtung: Einheiten, bei denen komprimierte Luft für Steuerung und Antrieb verwendet wird, sind

- billiger
- weniger störanfällig
- leichter reparierbar

und all dies ohne Einbußen in der Leistung oder der Funktion. Sie stehen für alle ergonomischen Varietäten zur Verfügung. Davon in einem anderen Bericht.

Ein Wort noch zur – oft überschätzten – Haptik und Ästhetik in Behandlungsräumen: Eine ansprechende, helle, saubere Rezeption (und Wartebereich) reichen vollständig aus, um Patienten von der Geschmackssicherheit eines Zahnarztes zu überzeugen – dort wo der Bohrer pfeift, werden auch gestandene Kunsthistoriker zu Kindern. Wir kennen das.

Dr. Kai Müller Wörthsee/Obb.

„Geldsegen für die Chefs der Kassenzahnärzte“

... verkündet die FAZ und meint damit nicht die knapp 250.000 Euro jährlich bzw. gut 20.000 Euro monatlich, die KZBV-Vorsitzender Fedderwitz und seine Stellvertreter Eßer und Buchholz für ihre hauptamtliche Tätigkeit (neben der sie nebenamtlich ihre Praxen betreiben) nach Hause tragen. Und auch nicht die von der KZBV getragenen Aufwendungen für Dienstwagen und Beiträge zu den berufsständischen Versorgungswerken.

Vielmehr waren es die zusätzlich in den Dienstverträgen der drei Vorstände verankerten Übergangsgelder, die jetzt die Aufsicht auf den Plan rufen. Demnach sollen die obersten Kassenzahnärzte ihre Bezüge nicht nur noch 1 ganzes Jahr nach dem Ausscheiden weiter erhalten, sondern die Ansprüche aus mehreren Amtsperioden hintereinander sollen sich addieren (obwohl es nur einen Übergang gibt!). Da die drei schon länger im Amt sind, kommen Zeiten von bis zu 30 Monaten zusammen – für jeden dreht es sich um eine Summe von ca. 600.000 Euro. Davon könnte man, den im Forum vorgeschlagenen Wegen zu einer preiswerten Praxiseinrichtung folgend, locker zwei (!) Praxen einrichten. Also ein nettes Zubrot für Leute, die ohnehin ihre gut etablierte Praxis an der Hand haben.

Die üppige Übergangszeit schien den Beamten im Bundesgesundheitsministerium dann doch nicht mit dem Beamtenrecht kompatibel und vielleicht auch nicht so passend. Immerhin muss ihr Chef sich mit unter 14.000 Euro im Monat bescheiden. Wer „nur“ Abgeordneter ist, geht mit knapp 8.000 Euro monatlich nach Hause. Aber das sind ja auch – bis hin zur Kanzlerin, die es mit der Erhöhung in diesem Jahr auf 17.000 Euro monatlich gebracht hat – nur VOLKS-Vertreter.

ZAHNÄRZTE-Vertreter - das ist schon ein anderes Kaliber. Da weder das Ministerium noch die Begünstigten solche Themen in der Öffentlichkeit ausgebreitet sehen möchten, fand sich, wenn die FAZ-Informationen stimmen, schnell eine Alle zufrieden stellende „Kompromissformel“. Fedderwitz und Co. sollen nunmehr Übergangsgeld nur für 1 Jahr erhalten, wie es dem Beamtenrecht entspricht. Und die übrigen Mittel fließen ungeschmälert und unauffällig in einen zusätzlichen Rentenanspruch. Schön für die Herren. Derzeit, so die FAZ, werden die Verträge noch geprüft.

Quellen: FAZ 31.10.2012, WELT 16.05.2012

Bildnachweis zu „Genug Luft?“

Wir danken nachfolgend aufgeführten Firmen für die Überlassung der Abbildungen:

Abbildung 1: Dentsply

Abbildung 2: W & H

Abbildung 3, 4: American Dental Accessories

Abbildung 5, 6: Spree-Dental.de

Mehr als eine Buchbesprechung

Manfred Just: Die 5 Säulen der Ergonomie

Zahnärztlicher Fach-Verlag, Herne 2011, ISBN 978-3-941169-22-7, 49 €

So zu leben und zu arbeiten, dass optimale Arbeitsergebnisse erzielt werden und der Mensch trotzdem fit, gesund, leistungsfähig und ermüdungsfrei bleibt, das ist das Ziel, das sich M. Just mit seiner 5 Säulen Ergonomie vorgenommen hat.

Dabei werden historische Motive aus dem frühen 20. Jahrhundert zur Ergonomie angeführt; die Begründer der zahnärztlichen Ergonomie in den 60ern des letzten Jahrhunderts in der Bundesrepublik (Prof. Schön, Dr. Kimmel und Frau Gierl: sitzende Behandlung am zurückgeneigten Patienten, die dafür erforderliche Absaugtechnik und Arbeitsplatz-Umgestaltung, Gründung des ersten ZMF-Institutes) werden nicht erwähnt – aber es gibt dann aktuellere Literaturhinweise.

M. Just stellt dar, dass sich die klassische Ergonomie hauptsächlich auf die konkrete, körpergerechte Anordnung der Arbeitsmittel konzentriert. Seine Betrachtungsweise geht aber viel weiter. Er versucht, das ganze Arbeitssystem Zahnarztpraxis und das System Privatleben zu durchleuchten und Schwachstellen, soweit möglich, zu beseitigen. Ein sehr hoher Anspruch. Ein 250 Seiten Buch kann natürlich nicht überall in die Tiefe gehen und wird so manchen Leser enttäuschen, der zusätzlich über die Ausführlichkeit in anderen Bereichen „genervt“ sein mag.

Eines der großen, uns vertrauten Probleme wird in einer Grafik überzeugend dargestellt, aus der ich folgend als Suchbild die Werbeaussage ausgeblendet habe: Welche Arbeitshaltung führt zu den geringsten Schäden des Körpers?

Gefunden? Und wie kann man ihr nahe kommen, auch ohne OP-Mikroskop? Die „gute“ Unit macht's nicht allein. Die vorgestellte Prismenbrille, eventuell mit Lupe kombiniert, erfordert z.B. eine deutlich geringere Neigung des Kopfes und bringt damit Entlastung der Wirbelsäule; ein Sattelstuhl gibt große Erleichterung bei optimaler Bewegungsfreiheit, denn die strenge Fixierung auf eine Körperhaltung ist ein wesentlicher Faktor für Körperschädigung.

Natürlich werden auch das System von Dr. Beach/USA vorgestellt und die Nachteile „optimierter“ Konzepte: Die unangenehme Lagerung für den überstreckten Patienten, aber insbesondere die oft sehr unbequemen Positionen für die Assistenz, über die sich jeder verantwortliche Zahnarzt Gedanken machen sollte, auch wenn sie von manchen Autoren billigend in Kauf genommen werden (*da die Assistenz in der Regel keine so lange Lebensarbeitszeit hätte wie der Behandler*). Vorgestellt wird auch ein unscheinbarer Hörschutz, der die hohe Lärmbelastung (>80 db) durch Absaugung (!), Ultraschall-Scaler und Turbine bei bleibendem Sprachverständnis erheblich abmildert. Eingegangen wird außerdem auf die Problembereiche Licht, Luft und Raum bis Geopathie und Elektrosmog, wobei das Dargestellte oft durch lebendige Interviews aufgelockert wird.

Das Buch gibt viele Hinweise und Beispiele von kurzen Entlastungsübungen bis zu empfehlenswertem Ausgleichsport (wobei die prestigeträchtigen Sportarten nicht dazu gehören). Der Autor macht auch nicht an der Praxistür Schluss, sondern begleitet auf dem Arbeitsweg (Auto) bis nach Haus, wobei er viele Faktoren anführt, die zur Gesamt-

ergonomie nicht vernachlässigt werden sollten – z.B. der Stress, der unabgebaut leicht zum Burnout führen kann. Es folgt eine ausführliche Diskussion zur Ernährung, bei der das Resümee des Autors gut klingt: *„Ich esse, was mir schmeckt, höre aber oft nicht rechtzeitig auf, ich trinke, worauf ich Lust habe (dabei höre ich meist rechtzeitig auf)“*.

Ja, was sagt nun so einem „alten Knochen“ wie mir das Buch, was hilft es? Es hilft insbesondere jüngeren KollegInnen, die vor der Praxisgründung oder –umgestaltung stehen, vieles richtig zu machen und die mehr oder weniger gravierenden Zipperlein an Auge, Ohr, Muskeln, Herz/Kreislauf und last not least Skelett zu vermeiden, die sonst zwangsläufig während eines Berufslebens auftreten und bleiben! Dabei geht das Buch nicht in die Tiefe, die man zur ergonomischen Gestaltung einer Praxis braucht, es verweist aber auf die weiterführende Literatur und empfiehlt entsprechende Kurse. Und ich möchte jeder/m Kollege/in empfehlen, sich insbesondere zu Beginn des Berufslebens mit dem Buch und den darin angesprochenen Problemen ernsthaft zu beschäftigen.

Dr. Ulrich Happ, Hamburg

Die Redaktion dankt dem Zahnärztlichen Fachverlag für die Erlaubnis zum Nachdruck der Grafiken.



Tinnitus – wie er kommt und geht!

Erlebnisbericht

Nachfolgender Text mag sich auf Anhieb wie die naive Schilderung eines durch chronifizierte Schmerzzustände desorientierten medizinischen Laien lesen. Tatsächlich aber schildert der Autor seine eigene Krankengeschichte auf der Basis von Jahrzehnten zahnärztlicher Erfahrung und muss allein deshalb sehr ernst genommen werden, auch ohne den Anspruch, durchweg schlüssige Erklärungen zu haben. Nicht unbedingt hängt der ganze Mensch an jedem einzelnen Zahn. Gesichert ist jedoch, dass das Kauorgan nur als Teil des gesamten Bewegungsapparates verstanden und behandelt werden kann und vor diesem Hintergrund wechselseitige direkte oder indirekte Beeinflussungen auf oft unerwartete Weise eine rationale Erklärung haben. Dieser bewusst laienverständlich geschriebene Beitrag soll als Ansporn dienen, sich auch mit Nachbardisziplinen wie der Physiotherapie und insbesondere der Osteopathie auseinanderzusetzen. In der zahnärztlich noch viel zu wenig praktizierten interdisziplinären Zusammenarbeit liegt ein Schlüssel zu effektiver Behandlung. (Die Redaktion)

Am 14. Juli 2011 ließ ich mir den ersten Prämolaren rechts oben entfernen, da mir seit vielen Monaten wieder dieses entsetzliche Ziehen im rechten Bein mit stechenden Knieschmerzen den Schlaf raubte. Dieser Zahn (14) hatte auf Kältereizung nicht mehr reagiert und zeigte röntgeno-logisch ein völlig verkalktes (obliteriertes) Pulpenkavum – eine Folge mechanischer Überlastung (traumatische Okklusion). Den seit Monaten aber bestehenden Morgen-Tinnitus hatte ich dabei völlig außer Acht gelassen. Schon 20 Jahre zuvor hatte ich mir wegen ähnlicher Schmerzphänomene den ersten Prämolaren unten rechts entfernen lassen, da er röntgenologisch eine unvollständige Wurzelfüllung aufgewiesen hatte. Die Extraktion ergab damals, dass bereits ein kleines Granulom der Wurzelspitze anhaftete. Seither war ich beschwerdefrei!

Mit Überraschung stellte ich nun fest, dass nach dieser zweiten Zahnextraktion am der Tinnitus im rechten Ohr verschwunden war. Ich hatte ihn längst als untherapierbar in Kauf genommen. Allerdings – nach 12 Tagen war er wieder da!

Beim Zahnarztbesuch, etwa einem Monat später, fiel auf, dass zwischenzeitlich der Unterkiefer rechtsseitig eine retrokraniale Verschiebung erfahren hatte, denn der unveränderte Zahn 17 und auch Zahn 16 hatten auf einmal Vorkontakte, die massiv

das Kauen beeinträchtigten. Ich erinnerte mich nun an die heftigen Schliff-Facetten im Onlay des extrahierten Zahnes 14. Nun war die traumatische Okklusion offensichtlich bis hinter den Zahn 15 gewandert. Weisheitszähne waren nicht mehr vorhanden. Durch die Anfertigung einer provisorischen Brücke (14B, 15 K, 16 K) mit zweimaligen okklusalen Einschleifkorrekturen trat der Tinnitus nun seltener, aber weiterhin in voller Lautstärke auf. Auch nach Eingliederung der definitiven Brücke am 13. September 2011, mit den entsprechenden okklusalen Anpassungen bei 16 und vor allem 17 kam der Tinnitus mehrmals pro Woche zurück, stets gegen 4 Uhr morgens. Da auch das nächtliche Tragen eines Aufbissbehelfs keinerlei Verbesserung brachte, war ich bereit, mich mit der lästigen Situation abzufinden.

Die osteopathischen Behandlungen im Schulter-Nackenbereich, im unmittelbaren Zusammenwirken mit Einschleifkorrekturen beseitigten den Tinnitus immer nur kurzfristig.

Dann kam der 21. Februar 2012 (Faschingsdienstag). Während des Besuches einer Kunstaussstellung schoss mir plötzlich ein stechender Schmerz in die rechte Schulter. Dies passierte nun fast jede halbe Stunde, wenn ich mit dem rechten Fuß stärker auftreten musste (Treppe). Mir kam nun eine Yoga-Übung in den Sinn, die ich am selben Morgen gemacht hatte. Dabei hatte ich unter anderem die rechte Hand hinter dem Rücken auf die linke Seite zu schieben, und da dies nicht so gut ging wie andersherum, zog ich mit der linken Hand die rechte Hand aktiv nach links und verspürte einen leichten Schmerz aber auch eine bessere Beweglichkeit in der rechten Schulter. Drei Monate zuvor hatte ich nach einem Sehnenriss (supraspinatus) die rechte Schulter operieren lassen müssen, und war mit der Beweglichkeit eigentlich wieder ganz zufrieden gewesen – bis zu jenem Morgen. Mein Verdacht, dass ich eine Verklebung (Adhäsion) mit diesem aktiven „Eingriff“ gelöst haben könnte bestätigte mir eine Woche später der Operateur. Die Schulter-schmerzen waren aber bis zu diesem Kontrolltermin schon wieder verschwunden und – oh Wunder - auch wieder der Tinnitus.

Seither horche ich morgens immer wieder mal in mich hinein, ob er wieder kommt.

Ja, er tut es – aber ganz selten und sehr, sehr leise – und immer nur dann, wenn ich beispielsweise viele Stunden mit Schleifmaschine und Pinsel, über Kopf arbeitend an meinem Segelboot-Oldtimer gearbeitet hatte.

Conclusio

Der bereits durch traumatische Okklusion obliterierte Zahn 14 provozierte, von mir unbemerkt, nächtliches Knirschen oder Pressen in rechtsseitiger Lateroprotrusion des Unterkiefers – auch erkennbar an den scharfkantig und schartig gewordenen rechten oberen Frontzähnen - wohlge-merkt ohne Balancekontakte links hinten.

Die Schulterproblematik, bereits spürbar gewesen seit März 2010, war bis zum Sehnenriss im Oktober 2011 erfolglos behandelt worden. Weder die Spritzen des Orthopäden, noch manuelle Therapie waren erfolgreich gewesen. Ich kann nur vermuten, dass etwa zu diesem Zeitpunkt auch der Tinnitus aufgetreten war. Beschwerden in Kiefergelenken/Kaumuskulatur hatte ich trotz des offensichtlichen Bruxismus nie, obwohl psychischer Stress in dieser Zeit (Praxisvertreterstätigkeit bei einem unseriösen Zahnarzt) reichlich vorhanden war. Als der „provokante“ 14 entfernt worden war, muss auch vorübergehend (12 Tage lang) das bei mir latent vorhandene, berufsbedingte Schulter-Nacken-Syndrom positiv beeinflusst worden sein. Nach der Zahnextraktion hatte ich keinerlei schmerzstillende Mittel einnehmen müssen. Aber nach 12 Tagen kamen wohl die bisher weniger provokanten Zähne 16 und besonders 17 ins Spiel, als die retrokraniale Verschiebung des Unterkiefers einsetzte. Das Schulter-Nackensyndrom kam wieder zur Geltung - auch als Operationsfolge nach dem Sehnenriss. Erst nach Beseitigung der operationsbedingten Verklebungen kehrte im rechten Ohr dauerhaft wieder Ruhe ein.

Den nun sehr selten auftretenden, schüchtern-leisen Tinnitus führe ich auf unergonomisches, handwerkliches Arbeiten zurück. Im Bedarfsfalle helfen Schulter-Nackenmassage, entsprechende Yoga-Übungen und eine prophylaktische, einmalige Einnahme von Ass 500 vor dem Einschlafen.

Dr. Steffen Wander, Allmannshausen



Ponzi-Spiele^(*) in der Endodontie

Der Berufsverband der Allgemeinzahnärzte in Deutschland (BVAZ) hat vor Jahren bereits darauf hingewiesen, dass ein Bedarf an hoch- und höchstspezialisierten Zahnärzten zwar grundsätzlich für einen sehr kleinen Teil hoch- und höchstschwieriger Behandlungen besteht, aber er gab auch zu bedenken, dass es sich hierbei nur um verschwindend wenige Fälle handeln würde. Allgemeinzahnärzte haben schon immer Spezialisten mit Problemen beauftragt, die ihnen selbst zu schwierig oder zu riskant erschienen. So besteht eine rege, über Jahrzehnte gepflegte und von großem gegenseitigem Respekt getragene Überweiskultur zu Spezialisten wie den Fachzahnärzten für Kieferorthopädie und den Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Und das, obwohl die Allgemeinzahnärzte die überwiegende Zahl der Fälle auch auf Gebieten der Chirurgie und fallweise der Kieferorthopädie selbst erfolgreich therapieren.

Warum haben die Väter der Idee Probleme, ein weiteres Spezialistenfachgebiet wie das der Endodontologie zu etablieren?

Das hat mehrere Gründe. Während der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie aufgrund seiner Routine und seines über viele Jahre intensiver praktischer Erfahrung und universitärer Zusatzausbildung erworbenen Könnens Leistungen aus dem Bereich des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkasse kostendeckend erbringen kann, ist ein spezialisierter Endodontologe nach allem, was aus den Reihen dieser Kollegen berichtet wird, dazu nicht nur nicht in der Lage, sondern er muss sogar im Bereich der in diesem Fachgebiet besser dotierten Privatgebührenordnung noch Steigerungssätze anwenden, die weit über dem Maß des sonst Üblichen liegen. Eine Überweisung eines Patienten bedeutet also für den überweisenden Allgemeinzahnarzt nicht nur,

seinem Patienten persönlich nicht helfen zu können, sondern ihm auch noch erhebliche Kosten zumuten zu müssen. Und im Falle, dass dieser die hohen Spezialistenkosten nicht tragen kann, muss der Überweiser eine Therapiealternative vornehmen, die er im Grunde seines Herzens und nach seiner Überzeugung, Zähne erhalten zu wollen, kaum verantworten kann.

Alleine diese Hürde filtert schon einen erheblichen Teil möglicher Überweisungen zu einem Spezialisten heraus. Ein weiteres Problem – gerade der jüngeren Zeit – ist die inflatorische Vermehrung sogenannter Spezialisten, die in Schnellkursen – im Grunde ohne handwerkliche Ausbildung – eine Zusatzbezeichnung erworben haben und dennoch überwiegend allgemeinzahnärztlich tätig sind. Es fällt zunehmend schwer, wirklich kompetente Endospezialisten von „nebenberuflichen Möchtegerns“ zu unterscheiden.

Schließlich möchte der Überweiser sicherstellen, dass dem Patienten wirklich kompetent geholfen wird und nicht, dass ein plumper Abwerbungsversuch mit anschließender Extraktion und Implantation bei dann auffallend leichter gewordenem Portemonnaie des Patienten erfolgt.

Leider ist die Motivation vieler Kollegen, die einen erheblichen Geldbetrag für Wochenendkurse hinblättern, nicht die tatsächliche Spezialisierung, sondern die Werbewirksamkeit eines Titels, der gegen Geld und Sitzfleisch und nicht etwa für gute, praktische Leistungen vergeben wird.

Das Misstrauen vieler um das Wohl ihrer Patienten besorgter Überweiser sitzt also tief und wurde nicht zuletzt auch dadurch geschürt, dass sich manche Hochschulprofessoren, die selbst im postgraduierten Ausbildungsbereich mitmischten und da-

mit gutes Zusatzeinkommen verdienten, aufschwangen, den frisch geschaffenen „Endonebenberufskollegen“ die Patienten dadurch zuzuführen, dass sie den „Allgemeinzahnärzten ohne Wochenendkurs“ schlicht jede Qualifikation absprachen und bis an den Rand der Unkollegialität Unwahrheiten in der Yellow Press über Therapiemisserfolge verbreiteten.

Das hat offensichtlich nicht funktioniert und der Teich der Elite-Endodontologen ist mittlerweile massiv überfischt. Der Ton untereinander wird rauer. So redet der ausgewiesene Endodontiespezialist Schröder aus Berlin, der nach seinen eigenen Angaben nur auf Überweisung hin tätig wird, in einem Focus-Artikel vom 6.9.2012 („Das Übel an der Wurzel“, <http://tinyurl.com/focus-wurzeluebel-20120906>) nicht mehr nur die Allgemeinzahnärzte ganz allgemein schlecht, sondern im Besonderen auch diejenigen, die in teuren Wochenendkursen neben anderen auch von ihm selbst entsprechend fortgebildet wurden.

Ein Schneeballsystem kommt zu seinem Ende. Und wie bei allen solchen Systemen beißen die letzten immer die Hunde.

Wer heute noch fünfstelligen Summen für einen fragwürdigen Spezialistentitel hinblättert, sollte sich überlegen, ob nicht ein Adelstitel oder ein Professorentitel für die gleiche Geldsumme mehr Patienten anlockt. Sehr viel unseriöser ist er nämlich auch nicht mehr.

**Robin Mohr,
Allgemeinzahnarzt
in Stuttgart**



(*) QR-Code mit Link zur Erklärung von „Ponzi-Spiele“ bei Wikipedia <http://de.wikipedia.org/wiki/Ponzi-Schema>



Es begann damit, dass ein befreundeter Endodontologe mir mit Blick auf meine mit einem sehr einfachen Protokoll gelösten Fälle, auf die Veröffentlichung meiner empirisch gewonnenen Erkenntnisse und auf das – um es ganz milde zu formulieren – Misstrauen, das mir in der Folge entgegen schlug, den entscheidenden Rat gab: „Du musst die Hochschule mit ihren eigenen Waffen schlagen, Rüdiger, deshalb musst Du wissenschaftlich argumentieren!“

Das habe ich jetzt beinahe 20 Jahre lang getan, und ich verfluche gelegentlich den Tag, an dem ich damit begonnen habe. Aber die Westfalen sind ja bekanntermaßen stur. Dabei kann man nun wirklich nicht behaupten, dass sich in dieser langen Zeit, während der ich über die indikationsgerechte Behandlung der bakteriellen Endodontitis „predige“, überhaupt nichts geändert hat. Die Mechanik wird zwar immer noch vergöttert, aber immerhin hat inzwischen eine zweite Göttin neben ihr große Anerkennung erfahren: Die unabdingbar notwendige sorgfältige Desinfektion. Noch dazu hat sich, wenn man den bisher nicht dementierten Berichten Glauben schenken darf, wenn auch noch nicht in Göttingen, so doch zumindest in Münster endlich eine neue Erkenntnis durchgesetzt: Es genügt einfach nicht, zum Tausendsten Mal Papierspitzen vor und nach der Anwendung von irgendwelchen, in der Mehrzahl der Studien immer gleichen Desinfektionsmitteln in die Hauptkanäle zu tauchen, um sie anschließend zu bebrüten (nur um wieder festzustellen, dass die Keimzahl in einem erklecklichen Prozentsatz lediglich reduziert ist). Es ist vielmehr notwendig, das gesamte endodontische Hohlraumssystem, also auch die Nebenkanäle und Tubuli, sowie den periapikalen Bereich und damit auch den infizierten Knochen zu desinfizieren, um das Immunsystem nachhaltig zu unterstützen. Und um das zu erreichen, muss man für das angewandte Desinfektionsmittel mechanischen Zugang zu allen potenziell infizierten Bereichen schaffen. Diese von mir empfohle-

Ach, lassen Sie mich doch endlich in Ruhe mit Ihrer Wissenschaft!

ne Veränderung des mechanischen Protokolls wurde von Professor Edgar Schäfer in Münster nunmehr eins zu eins übernommen. Damit ist Walkhoffs um 1920 aufgestellte These „Die Mechanik ist der Diener der Desinfektion“ endlich im neuen Jahrtausend angekommen. Es fehlt lediglich noch die ihm auch dafür gebührende überfällige Anerkennung.

Was allerdings die Anwendung von Medikamenten betrifft, die diese nachhaltige Desinfektion bewirken sollen, hat sich praktisch nichts verändert. Auch wenn gelegentlich das *in vitro* gut wirksame, *in vivo* jedoch leider in weiten Bereichen unwirksame CHX diskutiert wird – die anderen Mittel, mit denen man es auch versucht hat, schnitten allesamt noch deutlich schlechter ab –, so besteht der an den Universitäten weltweit gelehrte Goldstandard der Desinfektion nach wie vor in der Spülung der Hauptkanäle mit Natriumhypochlorit in unterschiedlicher Konzentration und – wenn überhaupt – in der Langzeiteinlage von Kalziumhydroxid. Die schon im Jahre 2002 von David Figdor (1) in einem viel beachteten Editorial veröffentlichte Erkenntnis, die inzwischen von zahlreichen weiteren Wissenschaftlern bestätigt wurde, dass dieses Desinfektionsprotokoll gescheitert ist, wird hochschulseitig dabei genau so konsequent ignoriert wie die sie begründenden wissenschaftlichen Untersuchungen.

So veröffentlichen Fedorowicz et al. (2) in 2012 eine Metaanalyse von Studien zur Anwendung unterschiedlicher Spüllösungen. Dabei konnten sie unter der Vielzahl von Studien zu diesem Thema lediglich elf in ihre Untersuchung einschließen, da alle anderen dem wissenschaftlichen Anspruch an eine kontrollierte randomisierte Studie nicht genügten. Lediglich zwei der elf eingeschlossenen Untersuchungen wiesen ein geringes Risiko von statistischer Verzerrung auf, bei sechs weiteren war dieses Risiko undefiniert und bei den drei verbleibenden hoch. Zu berücksichtigen ist, dass sich die Untersuchungen lediglich auf die Hauptkanäle beschränken. In ihrer Schlussfolgerung stellen die Autoren fest, dass Spüllösungen wie Natriumhypochlorit in einer Konzentration von bis zu 5,25% und Chlorhexidin im Vergleich zu Kochsalzlösung bei der Verringerung (!) der Bakterienlast zwar effektiv zu sein scheinen. Allerdings konnten die wenigsten in diese Übersicht eingeschlossenen Studien von klinisch bedeutsamen und für Pati-

enten relevanten Ergebnissen berichten. Es gibt, so die Autoren, zurzeit nur ungenügend zuverlässige wissenschaftliche Evidenz, dass irgendeine der einzelnen Spüllösungen anderen überlegen ist. Aussagekraft und Verlässlichkeit der herangezogenen Wirkungsnachweise variieren, und Kliniker sollten sich der Tatsache bewusst sein, dass weder Veränderungen in der Bakterienanzahl noch solche bei den postoperativen Schmerzen ausreichende Indikatoren für einen Langzeiterfolg sind.

Die Wirksamkeit von Kalziumhydroxid auf Bakterien in den Hauptkanälen (!) von Zähnen mit apikaler Parodontitis betreffend stellen Sathorn et al. (3) in einer Metaanalyse in 2007 fest, dass unter der Vielzahl der Studien zu diesem Thema lediglich acht zu identifizieren waren, die ihrem wissenschaftlichen Anspruch genügten. Bei großer Heterogenität der Ergebnisse zeigten lediglich sechs der acht Untersuchungen einen statistisch signifikanten Unterschied in der Bakterienlast vor und nach der Einlage. In ihrer Schlussfolgerung stellen die Autoren fest, dass Ca(OH)₂ nur eine eingeschränkte Wirksamkeit bei der Eliminierung von Bakterien aus menschlichen Wurzelkanälen hat, wenn dieser Nachweis mittels kultureller Technik erfolgt.

Eingedenk der Tatsache, dass es sich, abgesehen von dem *in vivo* weitgehend unwirksamen CHX, bei den Medikamenten Ca(OH)₂ und NaOCl um die beiden einzigen Desinfektionsmittel handelt, die nach der aktuell noch gültigen Lehrmeinung bei der Behandlung der bakteriellen Endodontitis angewendet werden dürfen, muss man diese Ergebnisse mit Blick auf das Ziel der Bemühungen als katastrophal bezeichnen. Das ist aber noch nicht alles.

In einem Vergleich zwischen mit *Enterococcus faecalis* infizierten extrahierten Zähnen und einem Filtermembran-Biofilm-Modell weisen Hope et al. (4) in 2010 bei der Spülung mit 1%igem Hypochlorit für 60 Minuten nach, dass der Erreger im Biofilm-Modell zuverlässig abgetötet wurde, jedoch beim extrahierten Zahn eine sehr große Anzahl überlebender Bakterien gezählt werden konnte. Die Autoren schlussfolgern, dass nicht die Fähigkeit von Bakterien, Biofilme zu bilden, es so schwierig macht, den endodontischen Infekt zu beherrschen, sondern dass NaOCl offensichtlich nicht in der Lage ist, Zugang zum Infektgeschehen zu erlangen.

Vor dem Hintergrund dieser erdrückend negativen Studienlage ist das nachgerade dogmatische Festhalten an der aktuell gültigen Lehrmeinung nicht länger zu rechtfertigen. Wir müssen, um voranzukommen, dieses Desinfektionsprotokoll vielmehr dringend verändern. Nach meiner Überzeugung, die ich wissenschaftlich sehr gut begründen kann, müssen potentere Medikamente über einen sehr viel längeren Zeitraum angewendet werden, um die Behandlungsergebnisse endlich auf das Niveau von anderen bakteriellen Infektionskrankheiten anzuheben. Nach den bisher vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen kommen dafür nur zwei Medikamente in Frage, nämlich das nebenwirkungsfreie ChKM nach Walkhoff und Formaldehyd, wobei gegenüber der Anwendung von Letzterem die größeren Bedenken bestehen. Es ist im Interesse der Patienten und mit Blick auf die hohe Zahl an Zahnverlusten in der Folge gescheiterter Wurzelkanalbehandlungen nicht länger hinnehmbar, dass sich die Hochschule noch länger mit wissenschaftlich unhaltbaren Argumenten gegen eine Veränderung ihres Desinfektionsprotokolls wehrt. Es ist vielmehr ganz im Gegenteil dringend angezeigt, mein medizinisch-wissenschaftlich sehr gut begründetes Behandlungsprotokoll endlich ernst zu nehmen und seine von mir behauptete Überlegenheit in einer randomisierten prospektiven vergleichenden klinischen Untersuchung wissenschaftlich zu überprüfen. Dies insbesondere eingedenk des Umstands, dass das Protokoll von jedem einigermaßen geschickten Allgemeinzahnarzt leicht anzuwenden und somit für eine bezahlbare Breitenversorgung geeignet ist.

Sie endlich mit der Wissenschaft in Ruhe lassen, meine Damen und Herren Professoren? No way! Oder um mit der Kanzlerin zu sprechen: „Nicht, solange ich lebe!“

Wie immer Ihr ergebener Rüdiger Osswald

Literatur

- 1) Figdor, D.: Apical periodontitis: A very prevalent problem. ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL 94, 651 (2002)
- 2) Irrigants for non-surgical root canal treatment in mature permanent teeth. Cochrane Database Syst Rev. 2012;9: CD008948, Authors: Fedorowicz Z, Nasser M, Sequeira-Byron P, de Souza RF, Carter B, Heft M
- 3) 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).
- 4) Hope CK, 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 Jul 23

Es ist fünf vor zwölf an den zahnmedizinischen Fakultäten

Relativ lange schien es ruhig um das Thema „Curriculum und Spezialisierung“ in der Zahnmedizin. Aber es war wohl nur die sprichwörtliche Ruhe vor dem Sturm. Denn in der Zwischenzeit wurde die Ausbildung hochschuleitig umgestellt. Leider in eine für den Berufsstand und den ihm anvertrauten Patienten gefährliche Richtung.

Weil einige Professoren vorgeben, ihren gesellschaftlichen Auftrag zur umfassenden Studentenausbildung wegen einer nur ihnen ersichtlichen Wissensexplosion nicht mehr erfüllen zu können, werden in Göttingen schon 90 Prozent der Studierenden eines klinischen Semesters in einem von der Deutschen Gesellschaft für Implantologie (DGI) konzipierten und von der Industrie gesponserten Curriculum in Implantologie unterrichtet. Dieses Curriculum umfasst die Teilnahme an Vorlesungen, Hospitationen und Übungen am Modell. Dafür werden den erfolgreich teilnehmenden Studenten vier von neun kostenpflichtigen Wochenendkursen der DGI-eigenen implantologischen Postgraduiertenfortbildung angerechnet.

„Der Trend geht eindeutig in Richtung Implantate.“ „Aber im Studium lernt man ja nur Basics“, so die Reaktion von Studenten auf das zum regulären Lehrangebot erfolgte Add-on der Universität im Verbund mit der DGI und der Industrie.

„Was sollen die Universitäten die Studierenden lehren“, fragte der Vizepräsident des Berufsverbands der Allgemeinzahnärzte in Deutschland (BVAZ) Dr. Roland Kaden anlässlich einer erweiterten Vorstandssitzung. „Die Grundlagen ihres Fachbereichs selbstverständlich, was denn sonst? Und zwar so umfassend, dass sie mit Erhalt ihrer Approbation und nach der zweijährigen Fortbildung als Ausbildungsassistenten die zahnmedizinische Versorgung breiter Bevölkerungsschichten sicherstellen können“, so Kadens Antwort unter dem Beifall der anwesenden Allgemeinzahnärzte. „Wenn 90 Prozent der Zahnmedizinstudenten den Trend in einer palliativen Zahnersatzmedizin sehen, dann läuft es falsch an deutschen Hochschulen. Unser Fachbereich war, ist und wird immer die Zahnheilkunde sein. Und nicht die Zahnersatzkunde, in wie modernen Verkleidungen sie auch immer daherkommt“, betont Kaden und unterstreicht damit den gesellschaftlichen Auf-

trag der universitären zahnmedizinischen Lehre. Allein daran habe die Hochschule die Lehre auszurichten. Es sei unärztlich und damit völlig unakzeptabel, dass Hochschullehrer den ihnen viel zu eng verbundenen Implantatherstellern und Fachgesellschaften gegen Geld die Türe dafür öffnen, schon während des Studiums ihre zukünftigen Kunden zu rekrutieren. Denn das sei das Ziel dieses Angebots. Kadens weiter: „Der Trend der Zahnmedizin kann – damals, heute und auch morgen – nur die Prophylaxe von Schäden im stomatognathen System mit dem Ziel des Zahnerhalts und nicht ein noch so moderner Zahnersatz sein.“

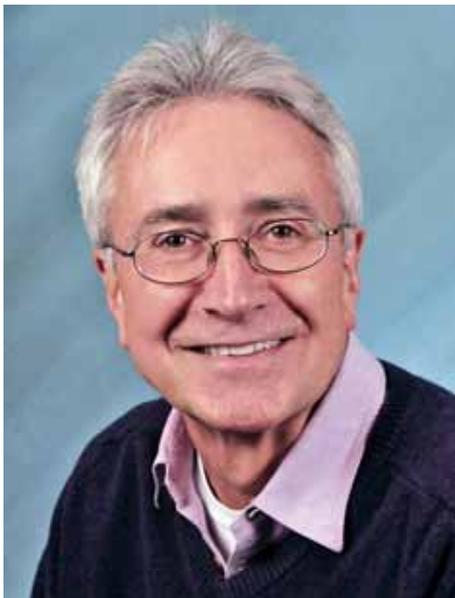
Dies sei, so der schleswig-holsteiner Allgemeinzahnarzt, ein deutlicher Beleg für die negative Entwicklung, die die Verquickung von Universitäten und Fachgesellschaften mit der Industrie und die Fokussierung vieler Lehrstühle auf Drittmittel mit sich bringe.

Kadens Aufruf an die Verantwortlichen: „Wir rufen erneut und zum wiederholten Male die Bundeszahnärztekammer und alle zahnmedizinischen Verbände und Organisationen dazu auf, dafür zu sorgen, dass auch künftig allumfassend zahnmedizinisch ausgebildete und zahnerhaltend geprägte Zahnärzte die Universitäten verlassen. Es ist fünf vor zwölf!“

BVAZ.-Pressemeldung vom 17.09.2012

Nachfolgend ein QR-Code für Smartphones, der zur Veröffentlichung über die Curriculumabschlüsse an der Uni Göttingen führt. Der direkte Link lautet, gekürzt: <http://tinyurl.com/dgi-curr-gue-2012>





ETHOS und ETHIK im Kontakt mit der Zahnheilkunde?

von Dr. Wolfgang Killmann, Hameln

Im ersten Teil wird ein Zugang zu den Begriffen der Überschrift geschaffen und nach den Ursachen ihrer bisherigen „Missachtung“ in unserem Berufszweig gefragt. Es wird aufgezeigt, wie über den Weg der anthropologischen Philosophie ein Zugang zur Medizinethik als praktischer Philosophie gefunden werden kann. Der zweite Teil stellt wegen der zentralen Bedeutung des Zahn/Arzt-Patienten-Verhältnisses drei Beratungsmodelle vor (das paternalistische, das Kundenmodell und das Interaktionsmodell mündiger Personen), zeigt deren Schwerpunkte auf und erläutert, warum letzteres zu bevorzugen ist.

Teil I: Medizinethik – Begriffe, Vorurteile, Geschichte

Das Fragezeichen in der Überschrift ist kein Druckfehler: es gibt nämlich Anzeichen dafür, dass unser Fach zu diesen Begriffen noch nicht die rechte Beziehung hergestellt hat. Als der Autor von 2006 bis 2010 das achtmodulige Studium der Medizinethik in Mainz (Themenbereiche von der Präimplantationsdiagnostik über das Arzt-Patienten-Verhältnis bis zur Sterbehilfe; Abschluss: Master of Arts) absolvierte, traf er während dieser Zeit im Gespräch bei medizinischen Laien auf großes Interesse und intensives Nachfragen und bei ärztlichen Kollegen auf bereitwillige Aufgeschlossenheit. Dagegen bekundeten Zahnmediziner trotz der in den Medien zunehmenden öffentlichen Diskussion der mit den Themen verbundenen ethischen Probleme mitunter keinerlei erkennbares Interesse oder äußerten Fragen wie: Was willst Du denn damit? Was kannst Du denn damit anfangen?

Der Autor fand dies mit den Jahren sehr irritierend, da ja auch für den Zahnarzt mo-

ralisch problematische und ethisch zu reflektierende Handlungsoptionen bestehen, die u.a. etwa die Selbstbestimmung des Patienten im Rahmen des Arzt-Patienten-Verhältnisses oder auch die ökonomische Verwertung naturwissenschaftlich-medizinischer Erkenntnisse betreffen. Offenbar gibt es Vorbehalte.

Bedeutung der Begriffe

1. Eine denkbare Ursache für die bisher fehlende Aufmerksamkeit könnte in Unsicherheiten und unklaren Vorstellungen über die Begriffe liegen. So sollten diese zunächst geklärt werden: Das der Ethik zugrunde liegende Wort „Ethos“ hat mit HÖFFE (2012, S.17-18) drei Bedeutungen: es meint den gewohnten Ort des Lebens, die dortigen Gewohnheiten und die personale Entsprechung zu den (sozialen) Gewohnheiten: die persönliche Denkweise, die Einstellung und Haltung, den Charakter. Allerdings schafft sich die deutsche Sprache in gewisser Weise ein verwirrendes Problem, indem einerseits das „Ethos“ übersetzt wird in den Plural „Sitten“ und davon „sittlich“ und „Sittlichkeit“ abgeleitet wird. Andererseits bewahrt sie in Fremdwörtern sowohl den griechischen Ausdruck „Ethik“ und „ethisch“ als auch die lateinische Übersetzung (mores): „Moral“, davon abgeleitet „moralisch“ und „Moralität“. Zur Entwirrung sorgt dann mit HÖFFE die folgende Unterscheidung: die Begriffe Ethik/ethisch sind ausschließlich der philosophischen Wissenschaft vom moralischen/sittlichen Handeln des Menschen vorbehalten. Aufgabe der Ethik, man könnte für die Medizin auch sagen, der Prinzipien des ärztlichen Ethos, ist es, moralische Auffassungen im Hinblick auf ihre Verallgemeinerbarkeit kritisch zu überprüfen, zu beurteilen und die Prinzipien richtigen und guten Handelns zu begründen. Unter Ethos versteht man den ungeschriebenen oder fixierten Ethikkodex bzw. die Moral einer bestimmten Gruppe (von der Moral des Handwerkers über die Unbestechlichkeit des Beamten bis zur Sportler-Fairness). Für die Ärzte sind altüberliefert und viel zitiert: „Das Wohl des Kranken ist das oberste Prinzip“ (salus aegroti suprema lex), „Nichts ist wichtiger, als dem Kranken nicht zu schaden“ (primo nil nocere), „Der Wille des Kranken ist das oberste Gesetz“ (voluntas aegroti suprema lex), allgemeine „Tugen-

den“ wie Hilfsbereitschaft und Verschwiegenheit, der Nutzen des Tuns (utilis esse) und für die heutige Zeit im Blick auf zunehmende Begehrlichkeiten und die High-Tech-Medizin: Besonnenheit und Maß, wie es HÖFFE fordert.

Vorurteile gegenüber der Medizinethik

2. GROß (2012), der sich seit vielen Jahren in diversen Veröffentlichungen mit dem Thema beschäftigt und nun im Mai das erste deutschsprachige Buch über die „Ethik in der Zahnmedizin“ veröffentlicht hat, ist schon vor Jahren einer allgemein festzustellenden Distanz gegenüber der Medizinethik durch Nennung vier klassischer Vorurteile nachgegangen und erläutert sie in seinem Buch ausführlich (hier nur skizziert):

a) „Ethiker spielten Moralpolizei“. Die Sorge sei unbegründet – sie analysierten vielmehr auf wissenschaftlicher Basis, warum bestimmte Entscheidungen und Verhaltensweisen als gut oder schlecht, als richtig oder falsch gelten.

b) „Ethiker seien alle gleich, und ethisch geschulte Personen gelangten in gleichen Fällen zu gleichen Bewertungen“. Das Missverständnis beruhe darauf, dass Medizinethik genauso plural wie die Gesellschaft sei, so dass in Abhängigkeit von persönlichen Wertmaßstäben durchaus unterschiedliche Beurteilungen vertreten und begründet werden könnten.

c) Ethiker seien „moralische Instanzen“. Es gäbe keine guten Gründe anzunehmen, dass Ethiker „bessere Menschen“ seien und eine gesellschaftliche Vorbildfunktion erfüllten, vielmehr seien es Wissenschaftler, die sich mit moralischen Fragen beschäftigten und auf Anfrage hin Orientierungswissen zum professionellen Umgang mit ethischen Fragen bereitstellten.

d) „Ethik sei doch graue Theorie und in der Praxis laufe es ganz anders.“ Ethik als Moralphilosophie verstehe sich als praktische Wissenschaft.

So ergibt sich aus den in den „Zahnärztlichen Mitteilungen“ derzeit vorgestellten Fall-Diskussionen ein konkreter klinischer Kontext zu unserem Fach.

3. GROß und WOLFART suchten schon 2009 nach „Erklärungsansätzen“, warum über die genannten Punkte hinaus speziell in der Zahnheilkunde eine so reservierte Haltung zur Ethik besteht. Wesentlich ausführlicher wird diesen Ansätzen in GROß´ Buch nachgegangen. So fehle erstens in der noch gültigen Approbationsordnung von 1955 schlicht ein Ansatz für eine Heranführung an ethische Lehrinhalte. Auch mag zweitens im Bereich der Zahnmedizin (man denke nur an die erheblich beeinflussbare Lebensqualität durch Verbesserung der Ernährungsbedingungen, durch Beseitigung von Schmerzen oder die Erkenntnis der Verbindung von Diabetes und Parodontalerkrankungen) in stark verkürzter Sichtweise eine Rolle gespielt haben, dass in unserem Fach in der Regel keine Vitalbedrohung bestehe und der Beruf mehr reparativ geprägt sei. Drittens sei der Begriff „Krankheit“ im Zahnheilkundengesetz unzureichend definiert. Unter Hinweis auf KARENBERG (2000, S.29) wird auch viertens eine Ursache in den extrem weit auseinander liegenden Berufsgruppen der praktizierenden Zahnärzte und den geisteswissenschaftlich „theoretisch“ orientierten Ethikern als Vertretern einer philosophischen Disziplin gesehen. Mit der Formulierung der neuen Musterberufsordnung von 2010 gibt es (in der Veröffentlichung von 2009 noch nicht aufgeführt) mit der Aufnahme des der ärztlichen Berufsordnung vorangestellten Genfer Gelöbnisses, das in einigen gültigen Berufsordnungen der Landeskammern (auch in Niedersachsen) noch fehlt, und der begrifflichen Aufnahme des Wortes „Ethik“ erkennbare Ansätze eines Umdenkens.

Immerhin soll nicht übersehen werden, dass die Mediziner bereits 1950 das Genfer Gelöbnis als neuzeitigen „Nachfolger“ des Hippokrateseides ihrer Berufsordnung vorangestellt haben oder sich, um einen markanten Punkt herauszugreifen, in ihrem „ULMER PAPIER“ strikt davon distanzieren, dass Ärzte Kaufleute und Patienten Kunden seien (2009, S.7). Allerdings kann auch vermutet werden, dass gerade die Nichtaufnahme des Genfer Gelöbnisses vor Jahrzehnten eine entsprechende Weichenstellung beeinflusst hat. Letzten Endes mag auch der Punkt eine Rolle spielen, dass ethische Standards beim zunächst handwerklich ausgebildeten Zahnarzt traditionell geringer anzusetzen waren als beim bildungsbürgerlichen Arzt. Zusammenfassend könnte man mit GETHMANN (2006) sagen: „Was nicht gewollt, ist nicht gesollt.“

Philosophischer Exkurs: von der Anthropologie zur Medizinethik

Die Frage ist, welche Konsequenzen aus all diesen Vorbehalten zu ziehen sind, um einen Zugang zu Fragen zahnmedizinischer Ethik zu finden. Der vom Autor absolvierte Studiengang (mehr als 90% der Teilnehmer sind Vollmediziner, der Rest aus anderen Berufsgruppen) will u.a. einen Weg weisen, indem aus einem anthropologischen Vorverständnis und der Analyse der praktischen Dimension der Medizin, getragen von den Prinzipien des ärztlichen Ethos, dargelegt wird, dass jegliches Handeln am Patienten nicht nur eine Hilfeleistung im Rahmen kultureller und damit auch rechtlich und institutionell gesicherter vorgegebener Bedingungen ist, sondern ganz besonders einer individuellen Interaktion zwischen Arzt und Patient entspricht. Im Hinblick auf den von philosophischen Anthropologen mitbegründeten oben genannten Studiengang soll daher eine unbedingte Voraussetzung für jegliches (zahn)ärztliches Tun dargelegt werden, nämlich die Frage, von welchem „Menschenbild“ wir in diesem Tun ausgehen.

So mag ein kleiner philosophischer Exkurs erlaubt sein:

Die moderne Medizin beruht auf dem Menschenbild von René Descartes (1596-1650), das von einem Dualismus von Körper und Geist ausgeht. „Res externa“ (die körperliche Substanz) und „res cogitans“ (die geistige Substanz) sind für ihn die den Menschen als Ganzes erklärenden Substanzen. Der Mensch ist eine vom Geist beseelte, eine Vernunft gesteuerte Maschine. Hier liefert die Newton´sche Mechanik das Funktionsmodell: der Mensch ist nach Ursache- und Wirkungszusammenhängen in seinem Vermögen, Reaktionen und Realisationsformen vollständig zu erschließen. Hier liegt die Utopie zugrunde, man könne durch funktionelles Wissen eine optimale Erkenntnis der Ursachen körperlicher Störungen und eine ebensolche zielsichere Beseitigung erreichen. Der Mensch als Gegenstand des medizinischen Wissens und Könnens ist nun ein solcher Körper mit Funktionsstörungen. *Diesem Weltbild fehlt jedoch die moralische Komponente*. Noch heute ist aber im sog. medizinischen „Menschenbild“ in der Funktion eines „Leitbildes“ verwurzelt, dass wir uns über unser naturwissenschaftlich technisches Wissen den ganzen Menschen erschließen können. Entsprechend ist das Studium der (Zahn)Medizin aufgebaut, die Studenten vornehmlich in diesen Techniken kundig zu machen. Die

naturwissenschaftliche Ausprägung des Studiums (auch in der „großen“ Medizin) verhindert die erfolgreiche Auseinandersetzung mit wichtigen anthropologischen



Eid des Hippokrates

Grundbegriffen wie Gesundheit, Krankheit, Leid, Sterben und Tod. Insofern hat diese Entwicklung großen Einfluss auf das ärztliche Denken. ROTHSCUH (1975) spricht in diesem Zusammenhang von „iatrotechnischem“ Denken und HUSSERL (1985, S.129) formuliert: „Bloße Tatsachenwissenschaften machen bloße Tatsachenmenschen.“

Dagegen will die moderne Anthropologie von der mechanischen Betrachtung zu einer neu begründeten ganzheitlichen Bestimmung des Menschen gelangen. Auch KAMLAH (1905-1976) als Vertreter dieser Philosophie stellt - wie viele andere schon zuvor - vorab die Frage, was der Mensch eigentlich ist. Seine Analyse zeigt, dass der Mensch ein „bedürftiges“, also Unterstützung anderer benötigendes und durch Angewiesenheit auf Güter bestimmtes Wesen ist. Dieser Bedürftigkeit kann er nur durch Wissenserwerb, technisches Handeln und vor allem durch solidarisches Miteinander-Handeln abhelfen. KAMLAH (1973) bringt es auf den Punkt, indem er formuliert: „Die anderen sind bedürftige Menschen wie Du selbst und handle demgemäß.“ Letztzweck ist aber nicht die biologische Überlebenssicherung, sondern die Wahrnehmung dieser Bedingungen als zwischenmenschliche Form der Selbstverwirklichung. Darin liegt des Menschen Verantwortung und im Blick auf die intersubjektive Vertretbarkeit die Legitimation seines Handelns. Da dies nur im Miteinander möglich ist, ergeben sich daraus Zwecke (s.u.) für das gemeinsame Handeln, die im Blick auf eine gemeinsame Lebensbewältigung gerechtfertigt werden müssen.

Handeln ist somit niemals nur individuelle Selbstrealisation, sondern seine Ziele müssen immer so bestimmt werden, dass die endlichen Freiheitsspielräume des Menschen nicht auf bloßes Verhalten reduziert werden. Wegen der Widerfahrnisse, die den Menschen umgeben, ist aber seine Freiheit als Grundvoraussetzung jeglichen Handelns stets bedroht.

„Handeln ist also nicht Realisation von Freiheit schlechthin, sondern Durchsetzung von Freiheitsspielräumen gegen Bedingungen und Determination durch Widerfahrnisse“ (GETHMANN-SIEFERT, 2006, S.201). In KANT's Selbstzweckformel, seiner „Grundlegung zur Metaphysik der Sitten“ (2005) heißt es dazu: „Handle so, dass Du die Menschheit sowohl in Deiner Person, als in der Person eines jeden anderen, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchest.“ Somit werden Zwecke aus Freiheit gesetzt, die zu verantworten sind. Technik und Wissenschaft bedeuten in diesem Zusammenhang Handlungsunterstützung, wobei die Handlungszwecke allgemein akzeptabel, also begründet, sein müssen. Die Moralität des Handelns macht eine Ethik notwendig, die sich aus diesen anthropologischen Analysen bestimmt.

Das ist der Punkt, wo Anthropologie und Medizinethik zusammenkommen.

Die Ethik als „Theorie der Geschäftsordnungsregeln individuellen Handelns“ (GETHMANN, 2006) muss nämlich von der condition humaine ausgehen. Verantwortbares Handeln ist somit nur möglich in der Interaktion mit anderen, weil nur so den Widerfahrnissen begegnet werden kann, denen jeder unterliegt. Aus diesem ganzheitlichen Blickwinkel der Anthropologie erschließt sich erst die Medizin als praktische Wissenschaft als eine Form interpersonales Handelns. Medizin wird damit zum Instrument der Widerfahrnisbewältigung, zur Hilfe bei der Beseitigung von spezifischen Störungen, spricht von Krankheiten.

An dieser Stelle findet sich die gemeinschaftliche Basis für das Arzt-Patienten-Verhältnis.

Das „Menschenbild“ der Medizin

Dadurch entsteht ein Unterschied zwischen dem Menschenbild der modernen wissenschaftlichen Medizin und dem Menschenverständnis, wie es im ärztlichen Handeln, in der interpersonalen Beziehung

der Hilfeleistung am Patienten zum Tragen kommt. Basiert die überlieferte Bestimmung des Menschen bei René Descartes, der nicht nur als Vater neuzeitlicher Philosophie, sondern auch als Vater der modernen Medizin gilt, indem er Philosophie und Wissenschaft durch die Vernunft verbindet, auf der prinzipiellen Erklärbarkeit jeglicher Funktionen und damit auch der Ursache von Dysfunktionen, rückt das ganzheitliche Verständnis des Menschen von diesem mechanistischen Verständnis ab.

In der Medizin wird aber das cartesische oder das eingeschränkte materialistische mechanistische Verständnis der hier nicht weiter genannten Gegner des Descartes zum Leitfaden, zu einem sog. „Menschenbild“, das eine starke Neigung zur Verobjektivierung des Menschen zeigt.

Die moderne Medizin entwickelt ihr „Menschenbild“ aus dem Gewinn höchstmöglichen wissenschaftlich-technischen Wissens und Könnens. Das für das ärztliche Handeln leitende Verständnis des Menschen erfordert aber: grundlegende Anerkennung menschlichen Leides und Hilfsbereitschaft. Der leidende und hilfsbedürftige Mensch ist dann eben nicht als „Objekt“ der Wissenschaft zu betrachten, sondern als „Subjekt“, dem mit medizinischer und technischer Kompetenz die erforderliche und gewünschte Hilfe nach Möglichkeit zukommen soll. In Weiterführung des Cartesianismus und Materialismus lässt sich somit für die Medizin als Naturwissenschaft vom Menschen sagen, dass der gesunde Mensch lediglich als eine gut gehende Maschine betrachtet wird.

Dieses „Menschenbild“ der Medizin ist als Grundlage ärztlichen Handelns nicht geeignet.

Als Mitmensch ist der Arzt zur Hilfeleistung und damit zur Überwindung der körperlichen Funktionsstörung (Widerfahrnis) unter Berücksichtigung der individuellen Situation aufgefordert. Das bedeutet mehr als nur den Einsatz technischer Mittel als Garantie der Machbarkeit, sondern hat das Ziel, unter Berücksichtigung des individuellen Lebensplanes, das individuelle Handlungsvermögen wiederherzustellen. Letztzweck ist nicht die Beschränkung auf die Wiederherstellung der körperlichen Vitalität (im Sinne der Reparatur einer Maschine), sondern die Technik ist nur Mittel zum Zweck. Im Einsatz wissenschaftlichen Wissens und technischer Mittel kann es nur um die Selbstverwirklichung nach Maßga-

be der eigenen Lebensplanung gehen, um die Freiheit des Menschen und nicht um die Freiheit der Wissenschaft.

Im konkreten Fall bedeutet das: Der Mensch muss als Patient prinzipiell frei sein für die Akzeptanz medizinischer Leistung wie auch für deren Verweigerung.

Auf der Basis einer ganzheitlichen Anthropologie, im Verständnis von Wissenschaft und Technik als sinnvoller Form der Widerfahrnisbewältigung, erweist sich Medizin als eine praktische Wissenschaft; und als eine ihrer Spezifikationen muss die Zahnmedizin ebenso konzipiert werden.

Wenn auch in der Zahnheilkunde die Grenzbereiche menschlicher Existenz wie Geburt und Tod keine Bedeutung haben, hat die Zahnheilkunde dennoch in ihrem speziellen Bereich durch die Möglichkeit des Heilens eher eine praktische Funktion. Auch der Zahnarzt hilft bei der Bewältigung von Widerfahrnissen, nämlich bei der Beeinträchtigung des Befindens und der Gesundheit durch Zahn-Mund-Erkrankungen. Somit rückt immer mehr die Frage in den Vordergrund, in welcher Form eine Therapieversion und die mögliche Technik unter dem Aspekt des ärztlichen Auftrages angemessen angewendet werden kann, bzw. wo sich die Grenze befindet, von der aus der sonst unbestreitbare Nutzen der Technik u.U. sogar schädlich wird.

KAMLAH fragt mit KANT: Was sind die „Bedingungen der Möglichkeit“, die den Menschen im Vergleich zu anderen Lebewesen als geschichtliches Wesen kennzeichnen, a priori: also dem beim Erkennen wie Handeln notwendig immer Mitgesetzten?

KAMLAH findet die Antwort in der Reflexionsfähigkeit des Menschen, die sich in der Fähigkeit zur Sprache und Handlung ausweist, womit er den Begriff der „Sprechhandlung“ prägt. Unter dem Blickwinkel der Kommunikation im unten zu erläuternden Arzt-Patienten-Verhältnis erfährt der eine in der Ansprache des Mitmenschen vom anderen und macht die den Menschen kennzeichnende Selbsterfahrung auf der Basis lebensweltlicher Erfahrung von jedermann. Das Wesen des Menschen ist es, mit dem handelnd umzugehen, was ihn umgibt. Im Handeln-Können und -Müssen gestaltet er mit dem Einsatz seiner physischen und rationalen Vermögen die Welt. Das kennzeichnet die condition humaine.

Das Verhältnis Zahnarzt-Patient

Hier ist nun nach dem Gestaltungsrahmen für das Verhältnis von Zahnarzt und Patient zu fragen, der sich aus dem Ethos des Zahnarztes und den Vorstellungen seines autonomen Patienten ergibt. In einem adäquaten Arzt-Patienten-Verhältnis zeigt sich, wie einerseits medizinisches Wissen und Können des Arztes, im ärztlichen Handeln einem Ethos verpflichtet, dem Patienten in optimaler Weise zugute kommen können und wie andererseits die Autonomie des Patienten gewährleistet wird.

Zur Gestaltung dieses Verhältnisses haben sich im Wesentlichen drei unterschiedliche theoretische Beratungsmodelle entwickelt. Die Modelle werden nur selten in Reinform anzutreffen sein, da die jeweiligen Persönlichkeiten der Interaktionspartner, unterschiedliche Situationen und Lebensgrundeinstellungen, bisherige Erfahrung und der jeweilige Zeitpunkt Einfluss nehmen.

Als Teil der gesamten Medizin hat sich die Zahnheilkunde in Deutschland in den letzten sechs Jahrzehnten zu einer modernen komplexen Wissenschaft entwickelt, deren Inhalte sich der Öffentlichkeit allerdings nur bedingt vermitteln, etwa in dem Sinne, dass der Zahnarzt lediglich für (bestenfalls) 32 Zähne zuständig sei.

Unser Fachgebiet ist aber - wie wir alle wissen - vielfältig aufgeteilt. Alle diese Fachgebiete vereinen sich in der durchschnittlichen Praxis, wenn man so will, in der Person des Zahnarztes, der Zahnärztin. Alle Gebiete verfügen über eine große Methodenvielfalt, die zwangsläufig beim Arzt-Patienten-Zusammentreffen einem entsprechenden Anwendungs- und Beratungsfeld unterworfen sind.

Im Teil II wird darzustellen sein, wie Arzt und Patient in einer medizinischen Angelegenheit in geeigneter Weise einander begegnen können. GADAMER(1993, S.207) formuliert es in einem Essay so: Wo zwei Menschen im Namen einer Frage zusammenkommen, bedeuten „das Gespräch mit dem anderen, seine Einwendungen oder seine Zustimmung, sein Verständnis und auch seine Missverständnisse, eine Art Ausweitung unserer Einzelheit und seine Erprobung der möglichen Gemeinsamkeit, zu der uns Vernunft ermutigt“.

Teil II Die Arzt-Patient-Beziehung: drei Beratungs-Modelle

Im Hinblick auf die Ausführungen im Teil I, in dem ausgeführt wurde, wie über den Weg der anthropologischen Philosophie ein Zugang zur Medizinethik gefunden werden kann, sollen drei theoretische Beratungsmodelle, die allerdings selten in Reinform anzutreffen sind, erläutert werden.

Intersubjektive Beratung statt fürsorglicher Bestimmung und reiner Dienstleistung

1. Das paternalistische Modell geht auf die „väterliche Bevormundung“ zurück. Auf die



Beratung
auf Augenhöhe?

FOTOS: Robert Kneschke u. Yuri Arcurs, Fotolia.com

Arzt-Patienten-Beziehung übertragen, heißt das vereinfacht: Der Arzt gibt vor, was der Patient zu tun hat, denn nur er weiß, was für ihn gut ist. Was richtig ist, ergibt sich aus Befund und Diagnose, und diese erschließen sich nur dem Arzt. Das Modell ist somit durch eine ausgeprägte Asymmetrie zwischen Arzt und Patient gekennzeichnet. Der Patient unterstellt sich dem Arzt in der Einsicht, alles, was zu geschehen hat, sei in seinem wohlverstandenen Selbstinteresse.

2. Das Vertrags-/Kundenmodell hat sich vor dem Hintergrund von Veränderungen in einer immer liberalisierteren Gesellschaft, verbunden mit einer prinzipiellen Schwächung von Autoritäten in den verschiedensten Bereichen, als Gegenentwurf zum paternalistischen Modell entwickelt.

Der Arzt liefert als Dienstleister die medizinische Information und vermittelt Gesundheit als Ware. Er stellt sich mit der Gestaltung der lokalen Rahmenbedingungen zur Steigerung der Attraktivität seiner Praxis in Konkurrenz zum „Mitbewerber“ darauf ein. Das gesamte äußere Erscheinungsbild, von der Einrichtung bis zu farblich markierten Briefbögen und Terminkarten, wird dem „Anspruch“ des Patienten zugeordnet. Duftnoten werden geschaffen, der Service (eine Tasse Kaffee?) etc. wird gesteigert.

Der Patient betrachtet sich als Konsument, orientiert sich auf dem freien Markt der Gesundheitsleistungen und sucht sich im Angebotsspektrum das, was ihm zuträglich scheint. Ärztliche Leistungen werden eingekauft. Dabei mutiert der „Kunde“ zum (vermeintlichen) Sachkenner, der auch Forderungen stellen kann, die über die Grenzen des Standards hinausgehen. Hierbei gilt als oberstes Prinzip die ökonomische Rationalität. Die personale Beziehung Arzt-Patient wird auf den Informationsaustausch reduziert. Als rechtlich und ethisch außerordentlich fragwürdig erschienene, wenn der Patient dann auch allein die Folgen seiner Entscheidungen zu tragen hätte. Als positiv ist festzustellen, dass die Entscheidungs**befugnis** des Patienten prinzipiell berücksichtigt wird.

Eine ganz andere Frage ist, ob sich der Patient in diesem Modell auch zur **entscheidungsfähigen** Person entwickeln kann und ob sich nicht auch die hier bestehende Kompetenzasymmetrie nun zu Lasten des Arztes verschiebt. Durch Reduzierung der personalen Beziehung auf eine Ebene des Gesundheitswarenaustausches wird der Arzt im sozialetischen Auftrag seines Ethos zurückgenommen. Der Aspekt der Fürsorge wird mit der Gefahr zurückgestellt, dass sich die ärztliche Leistung auf Gesetzeserfüllung beschränkt. Die durch Vertrauen geprägte Beziehung wird ersetzt durch vielfältigste rechtliche Absicherungen. Das ärztliche Ethos – prinzipiell in seinem Handlungsspektrum weiter gefasst – wird auf ein Rechtsgeschäft reduziert. Das beinhaltet auf Seiten des Patienten das Missverständnis, dass in Verkennung des Dienstvertrages im Verhältnis zum Werkvertrag die Möglichkeiten der Technik als Therapie geschuldet werden und damit einklagbar sind. Nicht die In-

aussichtstellung von Erfolg ist gefragt, sondern der Erfolg ist der Vertragsinhalt. Als Reaktion ist eine Defensivmedizin zu bemerken, um die forensische Angreifbarkeitsfläche zu beschränken. Das beinhaltet, dass die aufklärende Beratung nur aus rechtlichen Gründen erforderlich scheint, nicht aber aus ethischen Gründen des aus Überzeugung handelnden Zahnarztes, dessen Anliegen es ist, den Patienten wirklich „kompetent“ zu machen. Der Begriff der Garantie, dessen Übernahme schon WIELAND (1986, S.45) für die Medizin nachdrücklich bestritt, tritt zunehmend in den Vordergrund.

3. Vor dem Hintergrund obiger Ausführungen redet der Autor dem dritten Modell das Wort, dem **Interaktionsmodell mündiger Personen auf der Basis intersubjektiver praktischer Beratung**. Dabei ist die ethische Vorgabe: Arzt und Patient sind als autonome Personen anzusehen, die über spezifische Fähigkeiten und Kompetenzen verfügen, wenn auch auf unterschiedlichen Gebieten. Die Beratung geht der Behandlung voraus; und dies gibt dem Arzt-Patientenverhältnis die Struktur. Während das paternalistische Modell und das Kundenmodell durch unterschiedliche Kompetenzasymmetrien gekennzeichnet sind, geht das Interaktionsmodell von einer prinzipiellen „Umkehr der Begründungsverhältnisse“ GETHMANN-SIEFERT (2006b, S.144) aus, indem es das herzustellen versucht, was JASPERS (1986,S.9) einst als Ideal einer mündigen Interaktion beschrieb: „Das Verhältnis von Arzt und Patient ist in der Idee der Umgang zweier vernünftiger Menschen, indem der wissenschaftlich Sachkundige dem Kranken hilft“. Voraussetzung: Das Gegenüber ist eine in jeder Beziehung autonome Person. Nachdem eine Diagnose erhoben wurde, folgt ein Gespräch darüber, welches gemeinsame Handeln in der bestehenden Situation das Geeignete ist, welche Maßnahmen die individuelle Entsprechung finden.

Im Interaktionsmodell ist der Patient zwar „Objekt“, was sein Leiden bzw. seine Therapie angeht, aber er ist solange „Subjekt“ in der Phase der Beratung, wie er es wünscht. Bis zur Einsicht in einen Therapieweg und dessen Akzeptanz bleibt er „Subjekt“ und verfügt über sein Recht auf Selbstbestimmung und seine Vernunft. Die Anwendung der wissenschaftlich-technischen Kompetenz steht nicht einfach an, sondern sie *steht zur Debatte*. „Objekt“ wird der Patient erst mit der Einleitung der Therapie. Die Umkehr der Begründungsverhältnisse besteht darin, die Objektwer-

dung erst in der medizinischen Behandlung zum Tragen kommen zu lassen. Dies grenzt vorerst den „Spielraum“ des Arztes in seinem wissenschaftlichen Können ein. Er hat sich zunächst auf das „Subjekt“ Mensch einzulassen.

Das ist anders als im paternalistischen Modell, wo mit dem Aufsuchen des Arztes bereits die Verobjektivierung vollzogen ist. Ziel des Arztes ist dort, den „informed consent“ zu erreichen. Beratung heißt dort lediglich: Informationen über einen medizinischen Zusammenhang und nicht etwa Diskussionen im Sinne eines gemeinsamen Abwägens.

Es kann aber auch die Frage diskutiert werden, ob die Behandlung zunächst „nur“ als Angebot einer Hilfe zu verstehen ist. Auf dieser Ebene könnte nämlich der Patient Wünsche, Bedürfnisse, Präferenzen, Lebensqualitätsvorstellungen, Risikobereitschaft, die Grenze seiner Toleranz und ggf. auch seine finanziellen Gegebenheiten, soweit sie eine Bedeutung für den Therapieweg haben können, aufzeigen. Voraussetzung ist dafür die Bereitschaft des Arztes unter Aufgabe vorzeitiger Objektvorstellungen zu seinem Gegenüber, sein medizinisches Konzept, sein Wissen und Können zu debattieren, und gleichzeitig das Bemühen, möglichst umfassend Beweggründe und Überlegungen des Patienten zu erfassen. Er wird dann versuchen, sich die individuelle, subjektive Wirklichkeit des Patienten verständlich zu machen. Diese Ebene kann durch Hinzuziehung von Familienangehörigen oder auch beratende ärztliche Kollegen noch erweitert werden. Am Ende muss dann das Aufzeigen eines Weges stehen, der als Vorschlag und nicht als Vorschrift zu verstehen ist.

So können sich in gleichen medizinischen Konstellationen mehrere unterschiedliche Wege ergeben. Auf dieser Grundlage erweist sich dann, wie GETHMANN-SIEFERT, 2006b, S.154) formuliert, "die „Behandlung“ (als) „ein Sonderfall der Beratung“ und nicht, wie im paternalistischen Modell, „die Beratung“ (als) „ein Sonderfall der Behandlung“. Am Ende des herrschaftsfreien Diskurses auf Augenhöhe kann eine Therapie stehen. Und erst am Ende, nach Definition eines gemeinsamen Handlungszweckes, steht eine Objektivierung in dem Sinne an, dass sich der Patient einer Behandlung hingibt, die aber nur solange als solche anzusehen ist, bis das Krankheitsgeschehen die Subjektivierung wieder ermöglicht.

„Die Grundlage der Gestaltung des Verhältnisses von Arzt und Patient im Sinne der Interaktion mündiger Personen ist die gegenseitige Anerkennung als Person, damit die Inhibierung der Instrumentalisierung des einen wie des anderen“ (GETHMANN-SIEFERT, 2005b, S.169).

Das entspricht dann auch wieder der Kantischen Symmetrieforderung des kategorischen Imperativs, dass dann beide, Handelnder wie Behandelter, gleichermaßen der Handlung als in ihrem Sinne gerechtfertigt zustimmen.

Als das ethisch Anzustrebende erscheint die gemeinsame Abwägung von „salus, voluntas und utilitas“. „Denn wenn nur medizinisches Wissen entscheidungsrelevant wäre, müsste ein Gespräch, eine Abwägung von Lebensentwurf und Bedingungen der Überwindung der jeweiligen Krankheit überhaupt nicht mehr geführt werden“ (GETHMANN-SIEFERT 2006b, S.183). Das „Richtige“ für den Patienten ist dann genau das, was der besonderen Situation in allen Zügen gerecht wird. Es stellt sich nur noch die Aufgabe, wie es gelingen kann, diese Konzeption des Dialogs dem Patienten als immer noch gewohnten passiven Informationsempfänger und dem Zahnarzt als dem bisher dominierenden Gesprächspartner einsichtig zu machen.

Ausklang

Ganz offensichtlich ist das altüberlieferte Ethos mit den Jahren ins Rutschen geraten. Verliert aber das Ethos seine Bedeutung, so schwindet auch die Überzeugung, dass gute fachliche Zahnmedizin immer auch eine ethische Komponente haben muss. Das heute technisch Machbare umzusetzen, ist das eine, das andere ist aber, es reflektiert zu tun. Lösen wir das Ethos von unserem zahnmedizinischen Fach, dann geht uns jeglicher Kompass für eine humane Versorgung unserer Patienten verloren. Es gibt Kollegen, ich habe manche hier nicht aufzuführende kollegiale Äußerungen im Ohr, die halten die feste Bindung des Ethos an unser Fach für einen Ladenhüter, einen Bremsklotz. Das Verharren am Ethos sei ein Traumentanz hoffnungslos verblendeter Idealisten. Soll doch der Patient kriegen, wonach er fragt: „weiße“ Zähne, Blinks und Piercings, Kronen, wo auch Füllungen ausreichen, Implantate, wo immer ein Stück Knochen frei ist, usw.. Die Unterstützung der Wirtschaft und Medien hat er. Gelobt sei, was möglich ist. Wer ethisch denkt, ist provinziell und naiv. MAIO hat diese Einstellung schon oft beklagt (zuletzt 2012a, 2012b).

Die Zahnmedizin steht in gewisser Weise am Scheideweg, denn solche Denkweisen haben sich glücklicherweise noch nicht vollständig durchgesetzt. Durch die zunehmende Thematisierung ethischer Belange in verschiedenen Veröffentlichungen gibt es seit wenigen Jahren Hoffnung für ein Nachdenken. Besonders sind die Gründung des Arbeitskreises für Ethik in der Zahnmedizin im Jahre 2010 - mit ihrem derzeitigen Vorsitzenden GROß - und dessen 2012 erschienenes Buch (s.o. Teil I) zu erwähnen. Viele dort aufgeführte ethische Fragestellungen werden derzeit in den „Zahnärztlichen Mitteilungen“ veröffentlicht. Ebenso ist auf das ebenfalls im Frühjahr 2012 erschienene sehr lesenswerte Buch von MAIO zu verweisen (2012c).

„Wo die Ethik aufblüht, steht es schlecht für die Sitten der Gesellschaft“, so schreibt HÖFFE einmal (2002, S.14). Möge es nicht zu so einer dramatischen Situation kommen. Noch befinden wir uns in einer Lage, wo das überlieferte Berufsethos zwar besteht, aber da und dort durch Technisierung und Ökonomisierung an Orientierung verliert. Die Medizinethik kann uns dabei helfen, wieder auf den Weg zu kommen. Stufen wir uns durch radikales Umsetzen des „modern Möglichen“ nicht herab zu Technokraten, sondern seien wir möglichst gute Techniker, die ihr zahnärztliches Tun ethisch reflektieren. Menschlichkeit im Gespräch vorab zwischen Zahnarzt und Patient in gleichrangiger Gesprächskultur mit gemeinsamer Entscheidungsfindung erscheint dem Autor als wegweisende Dokumentation eines Ethos unseres Heilberufes (im Sinne einer ersten Sensibilisierung ethisch begründeten Tuns).

Dr. Wolfgang Killmann, M.A.,
 Roseplatz 1, 31787 Hameln
 wkillmann@t-online.de

Kurz-Vita

1948 in Leipzig geboren; 1975 Staatsexamen und Promotion an der Universität in Göttingen; ab 1976 Tätigkeit als wiss. Assistent in der Zahnklinik Göttingen (zahnärztliche Chirurgie, Konservierende Abteilung), 1979 Tätigkeit als Assistent in der Praxis Dr. G. Wunderling; seit 1980 niedergelassen in eigener Praxis in Hameln in Praxisgemeinschaft mit einem Kieferorthopäden; Fortbildungsaktivitäten; ab 1992 4-jährige Mitarbeit im Prothetik-Einigungsausschuss der KZVN, 8-jährige Mitarbeit im GOZ-Ausschuss der ZÄK Niedersachsen; vieljährige Tätigkeit als Gerichtsgutachter und Vorsitzender des Schlichtungsstelle Hameln/Pymont; u.a. Mitglied in der Studiengruppe für Restaurative Zahnheilkunde; 2006-2010 Studium „Medizinethik“ an der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz mit Abschluss (M.A.).

Literaturverzeichnis

GADAMER, Hans Georg: Wahrheit und Methode. Gesammelte Werke. Bd.2. Tübingen 1993.

GETHMANN, Carl Friedrich: Anthropologische und Ethische Fragen von Gesundheit und Krankheit. 2006. FernUniversität in Hagen (Kurs 75123-8-01-S1).

GETHMANN-SIEFERT, Annemarie: Beratung statt Vorschrift – Überlegungen zu einem Modell der Interaktion von Arzt und Patient. In: GETHMANN-SIEFERT, Annemarie/GAHL, Klaus/HENCKEL, Ulrike: Studien zur medizinischen Ethik. Band II. 2005.

GETHMANN-SIEFERT, Annemarie: Ethik und Anthropologie. 2006a. FernUniversität in Hagen (KURS 75102-7-01-S1).

GETHMANN-SIEFERT, Annemarie: Das Patienten-Arzt-Verhältnis. 2006b. FernUniversität in Hagen (Kurs 75103-8-01-S1).

GROß, Dominik/WOLFART, Stefan: Ethik in der Zahnheilkunde – Ein blinder Fleck in der deutschen Zahnheilkunde. Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift. 2009.64(7), S.393-395.

GROß, Dominik: Ethik in der Zahnmedizin. Berlin 2012.

HÖFFE, Otfried: Medizin ohne Ethik. Frankfurt 2002.

HÖFFE, Otfried: Lesebuch zur Ethik. München 2012.

HUSSERL, Edmund: Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie. In: Husserliana, 1962, Bd.6. In: GROSS, Rudolf: Geistige Grundlagen der Medizin, Berlin 1985.

JASPERS, Karl: Der Arzt im technischen Zeitalter. München 1986.

KARENBERG, Axel: Zahnheilkunde und Ethik in Deutschland – Probleme und Perspektiven. In: GROß, Dominik(Hrsg.):Zwischen Theorie und Praxis 3:Ethik in der Zahnheilkunde. Würzburg 2002.

KILLMANN, Wolfgang: Das Arzt-Patienten-Verhältnis in der zahnärztlichen Behandlung unter anthropologischen, ethischen und rechtlichen Gesichtspunkten. Masterarbeit zum Studiengang Medizinethik Mainz 2010. (Unveröffentlicht)

MAIO, Giovanni: Wenn der Markt die Medizin aushöhlt. Zahnmedizinische Mitteilungen. 2012a.102, S.26-33

MAIO, Giovanni: Arzt oder Verkäufer. ZKN Mitteilungen. 2012b.5, S.463-465 und 6, S.534-536.

MAIO, Giovanni: Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Stuttgart, 2012c.

ROTHSCHUH, Karl E.: Was ist Krankheit? Darmstadt 1975.

ULMER PAPIER: Gesundheitspolitische Leitsätze der deutschen Ärzteschaft. Köln 2009.

WIELAND, Wolfgang: Strukturwandel der Medizin und ärztliche Ethik. Heidelberg 1986.

Hinter vorgehaltener Hand ...

... geben viele Standespolitiker und andere Kollegen, wie sich zuletzt wieder bei Gesprächen am Rande des Deutschen Zahnärztetages zeigte, durchaus zu, dass der 2005 gegründete BVAZ in den letzten Jahren wichtige Entwicklungen angestoßen hat und aus der zahnärztlichen Standespolitik nicht mehr wegzudenken ist.

Die BVAZ-Mitglieder, die sich am 17.11.12 in München zu einer umfangreichen Parodontologie-Fortbildung und zu ihrer jährlichen Hauptversammlung trafen, werteten dies als Ansporn zum Weitermachen. Schwerpunkt der Arbeit im kommenden Jahr soll – dieses Votum bekam der BVAZ-Vorstand unter Leitung von Dr. Roland Kaden aus Schleswig-Holstein mit auf den Weg – die Einflussnahme auf die Reform der Approbationsordnung (AO) sein. Ziel des BVAZ ist es, sicherzustellen, dass mit Erteilung der Approbation jeder Zahnärztin und jedem Zahnarzt von der Universität eine abgeschlossene Ausbildung zu einem berufsfertigen und berufsfähigen Zahnmediziner bescheinigt wird. Zwar werde – so Kaden - von offizieller Seite immer wieder beteuert, es gäbe keine Möglichkeit mehr zu Änderungen am bisher erreichten Stand der AO-Novelle. Jedoch liegt derzeit noch nicht einmal der eigentlich für Herbst 2012 angekündigte Referentenentwurf auf dem Tisch. Und die Studentenvertreter sind offensichtlich gerade erst vor wenigen Tagen beim Zahnärztetag erneut zur Mitarbeit aufgefordert worden, wie ein auf zm-online veröffentlichtes Interview mit Paul Schuh vom Vorstand des Bundesverbandes der Zahnmedizinstudenten (BdZM) belegt. Der BVAZ begrüßt die nach bisherigem Stand der Reformdiskussion vorgesehene Verstärkung der praktischen Anteile im Zahnmedizinstudium und die geplante Verbesserung der Betreuungsrelation, die ein intensiveres, Arbeiten, auch mit Patienten, ermöglicht. Beides dient dem vom BVAZ verfolgten Ziel, dass auch zukünftig Absolventen die Universität mit einer breiten Ausbildung im gesamten Fach Zahnheilkunde verlassen und ihre Patienten im Zuge ihrer wachsenden Berufserfahrung umfassend zahnmedizinisch betreuen können.

Nach Abarbeitung der üblichen Vereinsformalia planten die BVAZler einige Fortbildungen und legten das Datum für die nächste Hauptversammlung auf den 29./30. November 2013; Ort: Berlin. Schon jetzt sind alle Interessierten herzlich eingeladen.

Dr. Jürgen Simonis, Hinterweidenthal

Ohne Moos nix los

Die neuen Zuschlagspositionen OPM und Laser

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wie im letzten Forum angekündigt, wollen wir uns heute genauer mit den „Zuschlägen“ beschäftigen, und zwar insbesondere mit den neuen Zuschlägen der GOZ 2012. Wie schon länger in der GOÄ gibt es jetzt auch in der GOZ 2012 eigene Zuschläge. Unbenommen ist dem Zahnarzt natürlich weiterhin der Zugriff auf die bereits früher besprochenen GOÄ-Zuschläge A-D, K1, sowie auf die Zuschläge in Zusammenhang mit Hausbesuchen E-J und K2.

Diese hier zu besprechenden Zuschläge in der GOZ 2012 sind tatsächlich neu hinzugekommen und ergänzen und erweitern damit die alte GOZ 88. Das ist ein echter Pluspunkt der neuen Gebührenordnung, auch wenn man natürlich über die Vergütung der einzelnen Zuschläge trefflich streiten oder argumentieren könnte, dass man die Anwendung von OP-Mikroskop und Laser bisher schon als Verlangensleistung abdingen konnte. Wir wissen aber auch, dass die Erstattung solcher Verlangensleistungen ein beständiger Streitpunkt zwischen Patient und Kostenerstatter war und damit den Praxen erhöhten Begründungs- und Argumentationsaufwand beschert hat. Bei der Erstattung der entsprechenden neuen Zuschläge ist es durch die Kostenträger bisher nicht zu besonderen Auffälligkeiten gekommen.

Zuschlag OP-Mikroskop GOZ 0110

Bei der Anwendung eines OP-Mikroskops im Zusammenhang mit den in der GOZ einzeln aufgeführten konservierenden, endodontischen, chirurgischen, parodontalchirurgischen und implantologischen Leistungen kann hierfür ein Zuschlag in Rechnung gestellt werden.

Voraussetzung ist ein „echtes“ OP- oder Dentalmikroskop. Eine wie auch immer geartete „analoge“ Berechnung des Zuschlages 0110 für die Behandlung mit einer Lupe/Brille ist nicht möglich, jedoch kann der Mehraufwand für die Behandlung mit Lupe/Brille nach wie vor bei der Findung der Höhe des Steigerungsfaktors berücksichtigt werden. Der Zuschlag ist weiterhin nur einmal je Behandlungstag und nur neben einer der in der Gebührenordnung „enumerativ“, d. h. abschließend aufgeführten Leis-

tungen ansatzfähig. Die Leistung nach der Nummer 0110 kann als Zuschlagsposition nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnet werden, es sei denn, der Zuschlag wird nach § 2 Abs. 1 GOZ frei vereinbart.

Wichtige Positionen aus der Praxis des Allgemeinzahnarztes, mit denen zusammen der Zuschlag OP-Mikroskop angesetzt werden kann, sind u.a.:

2195	Schraubenaufbau o.Ä.
2330	Indirekte Überkappung („CP“)
2340	Direkte Überkappung („P“)
2360	Extirpation der vitalen Pulpa („VitE“)
2410	Aufbereitung eines Wurzelkanals („WK“)
2440	Füllung eines Wurzelkanals („WF“)
3020	Entfernung eines tief frakturierten/tief zerstörten Zahnes („X3“)
3030	Entfernung eines Zahnes durch Osteotomie („Ost1“)
3040	Entfernung eines retinierten/impaktierten Zahnes („Ost2“)
4090	Lappen-OP, offene Kürettage, Frontzahn
4100	Lappen-OP, offene Kürettage, Seitenzahn

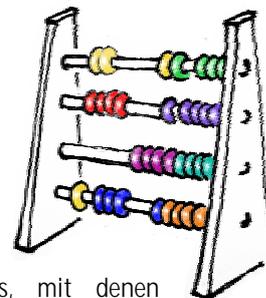
sowie weitere chirurgische, parodontologische und implantologische Leistungen.

Zuschlag Laseranwendung GOZ 0120

Bei der Anwendung eines Lasers im Zusammenhang mit den in der GOZ einzeln aufgeführten konservierenden, endodontischen, chirurgischen, parodontalchirurgischen und implantologischen Leistungen kann ein Zuschlag berechnet werden.

Der Zuschlag ist jedoch nur einmal je Behandlungstag und nur neben einer der oben abschließend aufgeführten Leistungen ansatzfähig. Die Höhe des Zuschlages entspricht dem einfachen Gebührensatz der Leistung, neben der er berechnet wird, und ist nicht steigerungsfähig. Bei der Durchführung mehrerer zuschlagsfähiger Leistungen wird diejenige Leistung zur Bemessung herangezogen, die mit der höchsten Punktzahl bewertet ist. Der Zuschlag darf jedoch höchstens einen Betrag von 68,00 Euro erreichen, es sei denn, er wird nach § 2 Abs. 1 GOZ frei vereinbart.

Wichtige Positionen aus der Praxis des Allgemeinzahnarztes, mit denen zusammen der Zuschlag Laser-Anwendung angesetzt werden kann, sind u.a.:



2410	Aufbereitung eines Wurzelkanals („WK“)
3070	Exzision von Schleimhaut („Exz1“)
3210	Beseitigung störender Schleimhautbänder, („SMS“)
4080	Gingivektomie/Gingivoplastik
4090	Lappen-OP, offene Kürettage, Frontzahn
4100	Lappen-OP, offene Kürettage, Seitenzahn
9160	Entfernung unter der Schleimhaut liegender Materialien, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

sowie weitere chirurgische, parodontologische Leistungen.

Die Zahl der „laserzuschlagsfähigen“ Leistungen ist wesentlich geringer als die Zahl der „OP-Mikroskop-zuschlagsfähigen“ Leistungen, und so gibt es sicherlich noch eine Vielzahl weiterer Indikationen, in denen die verschiedenen dentalen Laser sinnvoll zum Einsatz kommen können, die aber nicht in den genannten Positionen abgebildet werden.

In diesen anderen Fällen kann die Anwendung eines Lasers aber nur dann gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet werden, wenn es sich um eine selbstständige zahnmedizinische Leistung (z.B. photodynamische antimikrobielle Therapie) handelt.

Welche nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung aus der GOZ bzw. der GOÄ als Analogleistung herangezogen wird, liegt im Ermessen des Zahnarztes.

Eine „unselbstständige“ Anwendung des Lasers (z. B. Laser als Ersatz für das Elektrotrom zum Koagulieren bei einer OP) kann nur über die Höhe des Steigerungsfaktors berücksichtigt werden.

Dr. Jürgen Simonis, Hinterweidenthal
praxisdrsimonis@aol.com



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



© 2011 rnv dental

Bei der hier abgebildeten Zahnabfertigungseinheit handelt es sich um eine KAWO 3000, die über rdv Dental fertig montiert durchliefen hat.

www.rdv-dental.de

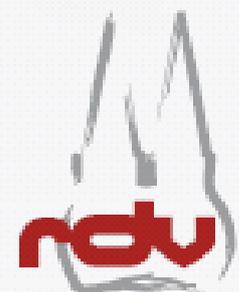
Sparen? Ja! Verzichten? Nein!

rdv Dental ist der große Dental-Fachhändler für gebrauchte Markenartikel.

Wir bieten Ihnen erstklassige Ware und einen umfassenden Service zu einem unschlagbaren Preisvorteil gegenüber dem ursprünglichen Verkaufspreis – beispielsweise bis zu 60 % bei gebrauchten Behandlungseinheiten. Sie schonen Ihr Portemonnaie und gemeinsam schonen wir durch die Weiterverwendung nachhaltig die Umwelt.

In unseren Werkstätten werden alle Behandlungseinheiten geprüft und revidiert. Ständig werden eigens entwickelte Verfahren optimiert, die Ihnen den zuverlässigen Zustand und die Funktion der Einheiten gewährleisten. Sie erhalten bei rdv Dental aber auch Ihre komplette Praxisausstattung inklusive Verbrauchsmaterialien zu absolut günstigen Preisen. Ob neu oder gebraucht – alles von namhaften Herstellern und in bester Qualität. Wir liefern, montieren, pflegen und warten mit einem eigenen kompetenten Team. Bundesweit, schnell und zuverlässig.

rdv Dental, Donatusstraße 157b, D-50259 Pulheim
Fon +49(0)22 34.406 40, Fax +49(0) 22 34.406 499, info@rdv-online.net, www.rdv-dental.de



Perfektion aus Leidenschaft