



Internationale Finanzkrise

Der Zahnarzt als Verkäufer von Ästhetik-Produkten



Qualitäts-Mangement-Systeme im Vergleich

Implantologie und Sozialmedizin kontrovers diskutiert

Arzt-Patient-Verhältnis im Informationszeitalter



„Verkauf von Ästhetik ist Ausverkauf der Medizin“
Medizin-Ethiker
Prof. G. Maio bei
DAZ-IUZB-Jahrestagung

Anzeigenseite

Inhaltsverzeichnis

DAZ-Forum 97-2008

- 3 Aus dem Berliner Sumpf: Datenschutz**
Dr. Celina Schätze
- 3 Impressum**
- 4 Editorial: Resignation? Nein!**
Winnetou Kampmann
- 5 Der Zahnarzt als Verkäufer von Ästhetik-Produkten**
Prof. Dr. Giovanni Maio
- 8 Medizin im Informationszeitalter – NAV-Virchow-Bund sieht gravierende Risiken**
Irmgard Berger-Orsag
- 9 Studienreformvorschlag lässt Wünsche offen**
Dr. Harald Strippel, M.Sc. DPH
- 11 Aus-, Fort- und Weiterbildung bleibt kontroverses Thema – VDZM-Tagung mit Prof. Heidemann**
VDZM / Irmgard Berger-Orsag
- 12 DAZ-VDZM-Frühjahrstagung 25./26.04.09 Frankfurt**
- 13 Welches QM-System ist zu empfehlen?**
Dr. Celina Schätze
- 14 Implantologie und Sozialmedizin – Fortsetzung der Debatte Schmidinger-Kirchhoff**
Dr. Wolfgang Kirchhoff
- 18 Personalia**
- Ohne Gerechtigkeit keine Gesundheit**
- 19 Wie geht es weiter im Gesundheitswesen – und im DAZ?**
DAZ-Jahrestagung: mehr Fragen als Antworten
Irmgard Berger-Orsag
- 21 Von der Zahnmedizin zur Umsatzsteuerpflicht**
Dr. Ulrich Happ
- 22 Rezensionen – Lesetipps**
Dr. Hanns-W. Hey – **Thieme-Prothetik-Lehrbuch**

Impressum

Herausgeber/Redaktion/Mediadaten:

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)

Belfortstr. 9, 50668 Köln, Tel. 0221/97300545, Fax 0221/7391239, Mail kontakt@daz-web.de, www.daz-web.de

Berlins unabhängige Zahnärzte (BUZ)

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

Redaktion dieser Ausgabe: Dr. Celina Schätze (V.i.S.d.P.), Irmgard Berger-Orsag, Dr. Ulrich Happ, Dr. Peter Nachtweh, Dr. Eberhard Riedel

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

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

Bildnachweis: Wikipedia, Privat, Uwe Gerber, S. Leutheusser-S., Foto-Sammlung Zahnklinik Nord, AOK-Bundesverband, Deutsches Grünes Kreuz, C. Schätze, Zoe Kirchhoff, S. Schmidinger, Gunther Richter, Aktion Zahnfreundlich/Stefan Liesehoff, G. Rojas, LAGZ Berlin, Informationsstelle für Kariesprophylaxe



Alles Gute für 2009
wünscht die Redaktion des DAZ-Forums

Aus dem Berliner Sumpf: Datenschutz nur für Funktionäre?

Mit fadenscheinigen datenschutzrechtlichen Vorwänden versucht der Berliner KZV-Vorstand, den Rechnungsprüfungsausschuss (RPA) in seiner Arbeit zu behindern – immer wieder. Es wird das Risiko, dass der RPA am Rande seiner Prüftätigkeit gegenüber dem Vorstandsgebaren auch mit Daten von einzelnen Zahnärzten in Kontakt kommen könnte, als unerträglich bewertet, obwohl der Ausschuss satzungsgemäß einer Schweigepflicht unterliegt.

Gleichzeitig fasst der Vorstand einen Beschluss, der Apo-Bank KZV-Daten für Standortanalysen zur Verfügung zu stellen. Daten, die die KZV als Körperschaft erhält, sind grundsätzlich nicht an Dritte weiterzugeben – Daten, die eine Wirtschaftlichkeitsanalyse für einen Standort ermöglichen, sind sicher für den einzelnen anässigen Kollegen von besonders sensibler Art.

Empörte Protestanfragen wurden beschieden, dass der Beschluss nach einer Intervention der Datenschutzbeauftragten (drei Monate nachdem er gefasst worden ist) zurück genommen worden wäre. Der Rücknahmebeschluss wurde allerdings nicht vorgelegt.

Welche Beziehung hat die Apo-Bank zum Vorstand, dass sie es überhaupt wagt, ein solches Begehren zu äußern?

Was geht in einem Vorstand vor, der erst vom Datenschutzbeauftragten auf die Abenteuerlichkeit eines solchen Beschlusses hingewiesen werden muss?

Dr. Celina Schätze, Berlin



Editorial: Resignation ? Nein !

Liebe Leserin, lieber Leser!

Viele Kollegen sind frustriert oder geben sogar auf, wenn sie an die offensichtlich geringen Einflussmöglichkeiten auf die Politik (GOZ-Entwurf) oder auf unsere Körperschaften (Eigenleben der Funktionäre) denken. Dies spiegelt sich vermutlich auch in der geringen Wahlbeteiligung von 44% bei der gerade abgelaufenen Berliner Kammerwahl – dennoch haben sich immerhin 10% mehr Kollegen aktivieren lassen als beim letzten Mal.

Wenig Einfluss ist aber nicht **kein** Einfluss! Konstruktive Mitarbeit in den Gremien kann zum Erfolg führen. Mitarbeit ist dringend notwendig – aus meiner Sicht besonders im DAZ, aber auch in anderen Verbänden guten Willens, mit denen wir Gemeinschaft suchen.

Nutzen wir **alle** die Chance, die uns das DAZ-Forum gibt: Politische Aufmerksamkeit für die Interessen der kritischen Zahnärzteschaft zu erhalten und neu zu wecken.

Ich appelliere an Sie : „**Yes we can!**“

Dringender Handlungsbedarf besteht meiner Ansicht nach bei der Regelung der Fort- und Weiterbildung sowie der Approbationsordnung für Zahnärzte. Es droht uns ein Examen, das dem Kollegen nur eine bedingte Berufsbefähigung attestiert. In dem Zusammenhang muss auch festgestellt werden, dass der Zweck des Zahnmedizinstudiums nicht nur darin besteht, fachlich fähige Zahnärzte auszubilden, sondern vielmehr kritische Intellektuelle mit moralischem Bewusstsein.

Fort- und Weiterbildung soll der Kompetenzsteigerung dienen und muss freiwillig bleiben. Die betriebene Masterisierung führt mit einer parallel dazu ablaufenden Aushöhlung des Grundstudiums zur Privatisierung der Zahnmedizinausbildung mit steigenden Kosten für die werdenden Kollegen und in der Folge für unsere Patienten.

Wenn der Bologna Prozess nicht aufzuhalten ist, so sollte man zu der Lösung der Niederländer und Schweizer kommen. Sie vergeben den Bachelor und Master im Studium. Der Master muss einem voll berufsfähigen Allgemein Zahnarzt entsprechen. Die postgraduale Spezialisierung darf das nicht einschränken oder damit vermischt werden.

Wir müssen die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde als Ganzes im Blick behalten und dürfen uns nicht auf industriegerechte Kleinfächer verscheuklappen und von den Fortbildungsverkäufern abkassieren lassen.

Allen Kollegen/innen wünsche ich eine besinnliche Weihnachtszeit und ein frohes, berufspolitisch engagiertes neues Jahr 2009 !

Winnertou Kampmann, Berlin
Stellvertretender DAZ-Vorsitzender

Die Redaktion des DAZ-Forum schließt sich den guten Wünschen an und freut sich auf Ihre Mitarbeit im nächsten Jahr.

Redaktionsschluss für Forum 98-2009: **15.02.2009**

Der Zahnarzt als Verkäufer von Ästhetik-Produkten? Die „Kundenorientierung“ der Zahnheilkunde in ihrer Unvereinbarkeit mit dem sozialen Charakter der Medizin

Prof. Dr. Giovanni Maio, Freiburg

1. Einleitung

Seit Jahrzehnten hatten die Menschen in Deutschland nicht so gesunde und so wenig behandlungsbedürftige Zähne wie heute. Betrachtet man jedoch den Alltag in der Zahnarztpraxis, so ist von dieser verminderten Behandlungsbedürftigkeit nichts zu spüren. Im Gegenteil entsteht der Eindruck, als hätten heute Zahnärzte mehr zu tun als je zuvor. Gleichzeitig ist die Zufriedenheit moderner Menschen mit ihren Zähnen nicht etwa gestiegen sondern eher gesunken. Viele moderne Menschen mögen ihre Zähne, so funktionsfähig sie auch sein mögen, nicht so, wie sie sind. Sie wollen hellere Zähne haben, gleichmäßigere Zähne, kleinere Zähne, größere Zähne, schönere Zähne. Fast scheint es, als gäbe es kein natürliches Gebiss mehr, das nicht von einer ästhetischen Aufbesserung profitieren könnte. Der frühere Zahnarzt, der sich für die Behandlung von kranken Zähnen zuständig fühlte, wird im Zuge dieser neuen Erwartungen an die Zahnmedizin zunehmend zu einem Dienstleistenden, der nicht mehr für kranke, sondern vor allem für gesunde Zähne zuständig ist, die nach Form, Größe und Farbe dem individuellen Geschmack angepasst werden sollen.

Soll sich der Zahnarzt tatsächlich als Spezialist für die Schönheit der Zähne fühlen? Wo liegen die Grenzen eines solchen neuen Verständnisses von Zahnarzt? Darüber wird nachzudenken sein, und ich möchte dies in einigen Kritikpunkten tun, die ich zur Diskussion stelle.

Bevor ich zur ethischen Kritik komme, sei verdeutlicht, worin die Aktualität und das Neue dessen liegt, was die moderne ästhetische Zahnheilkunde vollzieht. Denn die Ästhetik ist ja keineswegs eine der klassischen Zahnmedizin fremde Orientierung. Im Gegenteil – jeder klassische Zahnarzt ist ein ästhetischer Zahnarzt gewesen, weil der Gesichtspunkt der Ästhetik auch bei

der Zahnerhaltung, auch bei der Parodontaltherapie und auch bei der zahnärztlichen Prothetik und der Mund- und Kieferchirurgie immer eine Rolle gespielt hat. Bei diesen Disziplinen ist das primäre Ziel die Behandlung einer krankheitsbedingten Versehrtheit des Zahnes. Ein Arzt, der einen Zahnaufbau vornimmt und hierbei die Ästhetik nicht beachtet, wird diesen Eingriff nicht gut machen können, weil die Ästhetik mit ein Kriterium für gutes ärztliches Handeln ist. Eine Zahnprothese, die zwar funktionell einwandfrei ist, aber ästhetischen Kriterien nicht genügt, wird trotz der guten Funktion kein gutes ärztliches Ergebnis sein. Aber die Ausrichtung an ästhetischen Kriterien ist hier nicht das primäre Ziel, sondern lediglich sekundär in das Ziel der Krankheitsbehandlung eingebettet. Die Ästhetik ist Begleitumstand und nicht primärer Anlass des ärztlichen Eingriffs. Primärer Anlass des ärztlichen Eingriffs ist die Wiederherstellung einer verloren gegangenen Integrität oder Funktion.

Anders sieht es jedoch aus, wenn ein Eingriff primär und ausschließlich aus ästhetischen Gründen erfolgt und eben nicht in die Behandlung eines kranken Zahns eingebunden, sondern nur ästhetisch motiviert ist. In diesen Fällen wird der gesunde Zahn durch einen Arzt verändert, nicht etwa, weil eine medizinische Indikation besteht, sondern allein weil dies vom Kunden so gewünscht wird. Nun kann der Wunsch des Kunden manchmal auch eine medizinische Indikation bedeuten, selbst dann, wenn der Zahn gesund ist. Denken wir an das Gebiss einer jungen Frau, die aus prekären sozialen Verhältnissen kommend der Empfehlung, eine Spange zu tragen, nicht nachgekommen war und sich nun ob ihrer schiefen Zähne schämt und daher sich kaum mehr traut, ohne vorgehaltene Hand zu sprechen oder zu lachen. Auch ohne Funktionseinschränkung könnte es bei dieser Frau indiziert sein, die Zähne aus rein ästhetischen Gründen zu begradien, weil mit der Begradigung dem



Selbstwertgefühl der Frau gedient wird. Gleiches gilt natürlich auch für deutlich verfärbte Zähne, die ebenfalls eine stigmatisierende Auswirkung haben können. Das Bleichen eines solchen auffälligen Zahnes könnte somit auch bei fehlendem krankhaften Befund als ärztliche Hilfe charakterisiert werden, weil der Patient von einem Stigma befreit wird. Diese Konstellationen gibt es, und diese sollen auch nicht der Ansatzpunkt meiner ethischen Kritik sein, aber es ist ein nur schmaler Grat zwischen einer kosmetischen Maßnahme als Leidenslinderung und einer kosmetischen Maßnahme als Resultat eines geschickten Marketings.

2. Die ästhetische Zahnheilkunde schafft von sich aus eine Nachfrage

Durch das Anbieten von ästhetischen Eingriffen sorgt die Medizin erst dafür, dass eine Nachfrage geschaffen wird, die ohne die Medizin selbst nicht aufgekommen wäre. Wenn der Dienstleisterarzt Verschönerungsleistungen anbietet und sogar mehr oder weniger direkt Werbung dafür betreibt, so macht er sich mit verantwortlich für die Folgen, die aus der Anwendung „seiner“ Techniken resultieren. So ist der moderne Dienstleisterarzt und Wunscherfüller mit dafür verantwortlich, dass junge (und zunehmend auch alte) Menschen glauben, ihre Zähne ästhetisch verändern zu müssen, um Anerkennung zu finden. Dieser Zusammenhang wird noch gravierender, wenn der Zahnarzt ästhetische Eingriffe nicht nur auf Wunsch vornimmt, sondern wenn er für solche Eingriffe auch noch Werbung betreibt. Denn die Werbung macht es sich zum Ziel, einen Bedarf zu

wecken. Der Arzt bezweckt mit seiner Werbung nichts anderes, als dem Menschen das Gefühl zu geben, dass es ihm ohne einen ästhetischen Eingriff eigentlich nicht gut gehen kann. Die Werbung soll dafür sorgen, dass Menschen, die sich bisher wohl fühlten, dieses Wohlempfinden durch die Werbung verlieren, damit das Wohlbefinden durch die Maßnahme des Arztes wieder hergestellt werde. Dies verdeutlicht, in welcher schwerwiegenden Weise die Werbung den ärztlichen Auftrag zur Hilfe konterkariert. Wäre das Wohlergehen des Patienten der eigentliche oder gar einzige Beweggrund und die eigentliche Zielsetzung ärztlichen Handelns, wäre die Werbung kein geeignetes Mittel, um dieses Ziel zu erreichen. Ab dem Moment, da der Arzt Werbung für bestimmte kosmetische Maßnahmen betreibt, wird implizit zum Ausdruck gebracht, dass das primäre Ziel dieses ärztlichen Handelns das Verkaufen oder der Gewinn eines Wettbewerbs ist und nicht das Wohl des Patienten. Die Werbung macht schließlich erst recht deutlich, wie sehr die ästhetischen Angebote in der Zahnheilkunde die Klienten in ihrem Selbstvertrauen erschüttern, anstatt ihnen zur Stärkung ihres Selbstvertrauens zu verhelfen.

3. Die ästhetische Zahnmedizin als Teil einer Kultur der Oberflächlichkeit

Ein Arzt, der allein den Wunsch des Patienten als Legitimation seines ärztlichen Tuns begreift, ohne diesen Wunsch noch einmal kritisch zu reflektieren, läuft Gefahr, bestimmte Vorstellungen zu bestätigen, die für sich genommen kritikwürdig sind. So müssen wir z. B. fragen: Was ist das für eine Vorstellung vom Menschen, wenn man davon ausgeht, dass man nur mit einem gleichmäßigen Gebiss ein lebenswertes Leben führen kann? Was ist das für ein Menschenbild, wenn man die persönliche Anerkennung von der Form des Gebisses oder der Zahnfarbe abhängig macht? Im antiken Griechenland galt die Einheit von Wahrem, Gutem und Schönerem als Bildungsideal. Man hat das Konzept der Kalokagathie entwickelt, das für eine Harmonie zwischen Schönheit und moralischer Vollkommenheit steht. Lange Zeit also ging man von der Vorstellung einer Verbindung zwischen Gutem und Schönerem aus. Platon sieht die Tugend im wahrhaft Schönen verwirklicht. Schon vor Platon hat Demokrit unterschieden zwischen der wahren Schönheit und der rein optischen Gefälligkeit. Im Mittelalter und in der frühen Neuzeit unterschied man zwischen der idealen Schönheit, die Tugend verkörperte, und einem sinnlich Schönen, das nur äußerlich

berlich war und nicht als Tugend betrachtet wurde. Heute hat man die Schönheit in der Tat reduziert auf das rein Äußere und hat sie der Tugend, der inneren Haltung komplett entrissen. Daraus folgt, dass die Suche nach einer solchen Schönheit nun nicht mehr die Suche nach einer ganzheitlichen Einheit ist. Vielmehr ist die heutige Suche nach Schönheit Ausdruck einer auf Leistung und Funktionalität ausgerichteten Gesellschaft, die nicht eine ganzheitliche Einheit im Sein sucht, sondern sich mit dem Schein begnügt.

Wenn man dies zu Ende denkt, kann man sich der Erkenntnis nicht verwehren, dass eine Medizin, die auf breiter Front rein



kosmetisch handelt, am Ende mitverantwortlich ist für eine Gesellschaft, die dem Primat der Eitelkeit, der Äußerlichkeit, der Jugendlichkeit und der sinnentleerten Oberflächlichkeit folgt. Die Zahnmedizin mag nicht der Urheber dieser Ausrichtung sein, aber indem sie offiziell – und meist ohne Skrupel – die Ästhetik zu einer ihrer zentralen Aufgaben macht, bestätigt und fördert eine solche Medizin die latent vorhandenen modernen Tendenzen.

Die kosmetische Zahnmedizin trägt zu einem in der Medizin wie in der modernen Gesellschaft weit verbreiteten Machbarkeitswahn bei. Daher ist nicht zu leugnen, dass eine sich der reinen Ästhetik verschreibende Medizin sich zur Komplizin einer solchen auf Nichtigkeiten orientierten und von Machbarkeitsvorstellungen geleiteten Gesellschaft macht (MAIO 2007a). Die Fixierung auf Äußerlichkeiten, die Hochschätzung des reinen Scheins und die Reduzierung des Menschen auf seine Leistungsfähigkeit und seine rein äußerliche „Attraktivität“ sind ein Bestandteil der

beklagenswerten Verstrickung der modernen Medizin. Eine solche Medizin hat sich von ihrem ureigenen Auftrag, eine Hilfe für krank gewordene, für in Not geratene Menschen zu sein, verabschiedet und sich dazu herabgelassen, Erfüllungsgehilfin einer mit Ideologien behafteten Konsumgesellschaft zu werden. Sie ist zuweilen nicht mehr als eine Dienerin der Beauty-Industrie.

4. Ist die ästhetische Zahnmedizin überhaupt noch Medizin?

Wenn die Zahnmedizin als Leitmotiv ihres Handelns tatsächlich nur noch den Markt, die Gewinnoptimierung und die persönlichen und oft narzisstischen Wünsche ihrer Kunden definitiv wählte, so würde sie bald in eine Identität zurückfallen, die sie eher in die Nähe des Barbiers und Zahnreißers als in die Nähe der ärztlichen Identität bringt. Am Ende eines solchen Trends steht die Ablösung einer moralischen Institution durch ein moralindifferentes Handwerk. Die Zahnmedizin – wie die Medizin allgemein – ist eine Profession und nicht nur ein Beruf. Mit dem Status der Profession sind Privilegien verbunden, die darin bestehen, dass der Staat sich bei der Formulierung der Standards für die Ausübung der Profession weitgehend heraushält; der Staat vertraut darauf, dass die Zahnärzte selbst festlegen, was eine gute Zahnmedizin ist. Darin liegt das Privileg der Zahnmedizin als Profession, dass sie von sich aus sagen kann, wie eine Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst auszusehen hat. Der Staat verlässt sich darauf, weil er davon ausgeht, dass die Zahnmedizin als Leitmotiv ihrer Entscheidungen das Interesse des Patienten im Auge hat. Das Vertrauen beruht also nicht nur auf den technischen Fähigkeiten des Arztes, sondern vor allem darauf, dass die Zahnmedizin als Medizin sich von einem moralischen Wert, nämlich dem Wohl des Patienten – und nur von diesem –, in ihrer Festlegung der Standards leiten lässt. Ähnlich beruht auch das Vertrauen des Patienten weniger auf der technischen Versiertheit des Arztes als darin zu wissen, dass wenn er Arzt ist, er als Arzt sicher zu allererst an seinen Patienten denken wird. Von einem Verkäufer wird man eine solche moralische Grundeinstellung nicht erwarten, und jeder weiß, dass der Verkäufer zunächst einmal daran denkt, sein Produkt zu verkaufen. Ein Arzt aber darf nicht zuerst an den Verkauf denken, sondern muss zuerst daran denken, ob seine Leistung tatsächlich gut für den Patienten ist. Genau hierin liegt der vulnerable Punkt der heutigen Zahnmedizin, wie der Medizin überhaupt.

In den letzten Jahren ist, in Abgrenzung zu einem lange Zeit eher paternalistischen Arzt-Patient-Verhältnis, die Mündigkeit und Autonomie des Patienten in den Vordergrund gerückt worden. Die Autonomie zu respektieren ist notwendige, aber keineswegs hinreichende Bedingung dafür, ein guter Arzt zu sein. Die Grundhaltung der Fürsorge ist vielmehr das identitätsstiftende Moment ärztlichen Handelns. Diese Fürsorge – die freilich ohne Respektierung der Autonomie nicht möglich ist – setzt voraus, dass der Arzt den Patienten als Menschen wahrnimmt und nicht nur als Konsumenten von medizinischen Dienstleistungen. Medizinische Dienstleistungen an autonome Kunden zu verkaufen mag einfach sein, aber im Grunde beruhen solche Handlungen auf einer reinen Tauschbeziehung, die nicht zwangsläufig vom humanistischen Interesse am Anderen sondern oft genug von einer grundlegenden Gleichgültigkeit dem Anderen gegenüber getragen ist. Gleichgültigkeit deswegen, weil der Andere vornehmlich unter der Perspektive des potentiellen Verbrauchers und meist nicht als personales Gegenüber betrachtet wird.

Wenn die moderne Medizin den Verkauf jedweder Dienstleistungen gegen Geld an autonome Kunden zu ihrem eigentlichen Ziel erklärt, so ist das von sich aus nicht zu verurteilen, und man könnte hierfür eine entsprechende Dienstleisterethik formulieren, die ganz andere Standards als die für die Medizin gültigen notwendig machte. Doch wenn eine solche Dienstleisterethik formuliert werden würde, dann müsste klar sein, dass ab dem Moment, da der Verkauf und die Wunscherfüllung im Vordergrund stehen, es sehr fraglich wird, ob sich eine solche Disziplin noch Medizin nennen kann (MAIO 2007b).

Eine Medizin, die keine andere Vision hat als lediglich Dienstleisterin im Dienste aller denkbaren Wünsche des Menschen zu sein, wird sich mittelfristig als Medizin abschaffen, gerade weil sich die Medizin als Medizin nicht über die Anwendung medizinischer Mittel konstituiert. Die Medizin konstituiert sich als Medizin vor allen Dingen über die Zielgerichtetheit ihres Tuns (KASS 1981; MAIO 2007a; PELLEGRINO 2005). Der Anfang der Medizin lag nicht dort, wo zum ersten Mal eine Technik angewendet oder ein Medikament verabreicht wurde, sondern er lag dort, wo ein Mensch einem anderen Menschen versicherte, dass er seine Maßnahmen allein zum Wohle des Kranken anwenden würde. Diese Versicherung war unabdingbar, um

als Disziplin bestehen zu können, weil nur über eine solche Versicherung der Kranke einer solchen Disziplin tatsächlich Vertrauen entgegenbringen konnte. Eine Medizin, die das Wohl des Kranken nun durch die Wünsche des Kranken ersetzen möchte, wird damit die Grundlage für das in den Arzt gesetzte Vertrauen zunehmend erschüttern.

5. Schlussfolgerungen

Die vorangegangenen Überlegungen sollen deutlich machen, dass die ästhetische Zahnheilkunde in Zukunft ihre Glaubwürdigkeit und ihre Identität als genuin ärztliche Disziplin nur dann bewahren kann, wenn sie mit der Indikationsstellung verantwortungsbewusst umgeht. Ein Arzt, der nur reflexartig das tut, was der Klient von ihm erwartet, läuft Gefahr, vom Klienten zum reinen Erfüllungsgehilfen degradiert zu werden. Ein solcher Arzt könnte genauso gut ein Handwerker sein. Was den Arzt zum Arzt macht, ist gerade die kritische Reflexion des Patientenwunsches, ist die Implementierung von Verantwortung. Konkret bedeutet das, dass der gute Arzt den Wunsch des Patienten nach einem ästhetischen Eingriff stets kritisch überdenkt. Er behandelt nicht einfach nach Wunsch, sondern erst wenn er sich sicher ist, dass er mit seiner Behandlung auch



langfristig dem Patienten einen guten Dienst erweist. Daher kommt dem klärenden Gespräch eine ganz besondere Bedeutung zu; im Zweifelsfall müssten Klientenwünsche auch abgelehnt werden.

Wenn sich der ästhetische Zahnarzt als Arzt verstünde, müsste er andere Schönheitsideale propagieren, die nicht einseitig sind und die die Schönheit gerade nicht auf die äußere Form reduzieren, sondern die sie als Gesamteindruck eines Men-

schen begreifen. Der Philosoph Gernot Böhme hat Schönheit nicht als Prädikat, sondern als eine Weise zu sein definiert (BÖHME 2003). In dieser Konzeption wird Schönheit nicht erst durch Medizintechnik möglich, sondern v.a. durch die Arbeit an einer anderen Ausstrahlung, an einem anderen Auftreten, an einer anderen Kommunikationsweise, an einer anderen Einstellung zu sich und der Welt. Daher wäre eine Aufgabe auch der ästhetischen Zahnheilkunde, für eine Schönheit zu plädieren, die gerade nicht darin besteht, alle Menschen durch Technik zu uniformieren, sondern die besonders die Diversität menschlichen Aussehens positiv konnotiert. Mit einer solchen Beratung und Überzeugungsarbeit würde der Zahnarzt seinem Patienten in vielen Fällen einen größeren Dienst erweisen als mit einem invasiven Eingriff.

Der ästhetische Zahnarzt, der – als Arzt – in einer Weise „hilft“, die viele Risiken mit sich bringt, teuer für den Patienten ist und zugleich ineffektiver ist als andere Formen, soziale oder private Anerkennung zu erlangen, ein solcher Zahnarzt wird seinem Auftrag als Arzt jedenfalls nicht gerecht. Daher wird die Zahnmedizin darüber nachzudenken haben, wie sie angesichts der zunehmenden Marktorientierung ihrer Disziplin ihren Kernauftrag, dem leidenden Patienten helfend – und nicht ausbeutend – zur Seite zu stehen, tatsächlich noch glaubhaft und Vertrauen erweckend einlösen kann.

Prof. Dr. Giovanni Maio
Lehrstuhl für Bioethik und
Interdisziplinäres Ethikzentrum Freiburg

Literatur:

1. BÖHME G: Leibsein als Aufgabe. Leibphilosophie in pragmatischer Hinsicht. Kunst- erdingen: Die Graue Edition (2003)
2. KASS LR: Regarding the end of medicine and the pursuit of health. In: Caplan AC (Ed): Concepts of health and disease. Addison- Wesley: Reading, Mass., pp 3-30 (1981)
3. MAIO G: Ethische Grenzen kosmetischer Maßnahmen in der Zahnheilkunde. Zahn- ärztliche Mitteilungen 96, Nr. 10, 16.05.2006, Seite 78-83 (2006)
4. MAIO G: Medizin im Umbruch. Ethisch- anthropologische Grundfragen zu den Para- digmen der modernen Medizin. Zeitschrift für Medizinische Ethik 53: 229-254 (2007a)
5. MAIO G: Ist die ästhetische Chirurgie über- haupt noch Medizin? Eine ethische Kritik. Handchir Mikrochir Plast Chir 39: 189- 194 (2007b)
6. PELLEGRINO, ED: Bekenntnis zum Arztberuf – und was moralisch daraus folgt. Eine tugendorientierte Moralphilosophie des Berufs. In: Hans Thomas H (Ed.): Ärztliche Freiheit und Berufsethos. Dettelbach: J.H. Röhl, pp 17-60 (2005)



Medizin im Informationszeitalter NAV-Virchow-Bund sieht gravierende Risiken

Der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, hat seit Jahren die Entwicklung der von der Bundesregierung geplanten Elektronischen Gesundheitskarte (EGK) und generell den Einsatz moderner Informationstechnologie im Gesundheitswesen kritisch begleitet. Dabei verfolgt er keineswegs eine technikfeindliche Haltung und betrachtet EDV-Nutzung und Datenaustausch als unabdingbar im Interesse der Patienten und zur Vermeidung unnötiger oder schädlicher Untersuchungen, Behandlungen und Kosten.

Für äußerst bedenklich hält er jedoch die Regelungen zum Datenschutz in dem neuen System und hat darum bei seiner diesjährigen Hauptversammlung in Berlin das Arzt-Patient-Verhältnis im Informationszeitalter zum Hauptthema gemacht. Das Eingangsstatement lieferte die FDP-Abgeordnete Sabine Leutheusser-Schnarrenberger. Die gelernte Juristin hat sich durch eine in politischen Kreisen seltene Konsequenz auch bei Anhängern anderer Parteien Respekt erworben: 1995 gab sie aus Protest gegen die gesetzliche Regelung zum großen Lauschangriff ihr Amt als Justizministerin auf. Zusammen mit ihren FDP-Kollegen Gerhart Baum und Burkhard Hirsch legte sie beim Bundesverfassungsgericht Beschwerde ein und konnte erreichen, dass Teile des Gesetzes als verfassungswidrig eingestuft wurden.

Bei ihrem Einstieg in das bei der NAV-Veranstaltung diskutierte Thema verwies Sabine Leutheusser Schnarrenberger darauf, dass durch verschiedene aktuelle Datenpannen, Datenweitergabe- und Überwachungs-skandale – hier waren ja in der letzten Zeit Geldinstitute, Telekommunikationsanbieter,

Supermärkte und sogar Krankenkassen involviert – inzwischen eine gewisse Sensibilisierung der Bürger erfolgt ist. Aber noch sehen die wenigsten, wie weit die Eingriffe in die Privatsphäre reichen und dass die Zusammenführung unterschiedlicher Daten ein bisher ungeahntes Maß an Überwachung und Steuerung erlaubt.

Tatsächlich muss man das Thema Gesundheitskarte im größeren Zusammenhang zahlreicher neuer Regelungen sehen, die, zum Teil schon beschlossen, zum Teil noch in Planung, insbesondere in Kombination miteinander die informationelle Selbstbestimmung der Bürger regelrecht aushöhlen: Abhörmaßnahmen, Videoüberwachung, Onlinedurchsuchung von Computern, Vorratsdatenspeicherung, lebenslange Steuernummer, elektronischer Entgeltnachweis, biometrischer Personalausweis ... und das ist sicher noch nicht alles. Der NAV-Virchow-Bund-Vorsitzende Dr. Klaus Bittmann sprach vom „schleichenden Prozess des Übergriffes der ‚Krake Staat‘ auf das Gesundheitswesen“. Der Weg zum Überwachungsstaat ist für ihn bereits beschritten.

Bei den Gesundheitsdaten geht es um ganz besonders sensible Daten – von langjährigen Krankheitsverläufen bis zu Gen-Daten, Informationen zu psychischen Erkrankungen, Suchtverhalten usw. Und das Arzt-Patienten-Verhältnis, in dessen Rahmen die Daten erhoben werden, ist ein ganz besonderes Vertrauensverhältnis. Den Krankenkassen muss nach Meinung des NAV die Verwendung von Patientendaten außerhalb von Abrechnungszwecken strikt untersagt werden. Anders als die Verwaltungsinformationen dürfen die eigentlichen medizinischen Daten die Praxis nicht verlassen – es sei denn, im Rahmen der Kooperation mit Mitbehandlern und bei ausdrücklicher Zustimmung des Patienten.

Diese Forderung spricht für das vom NAV favorisierte Modell dezentraler Datenspeicherung. Inzwischen wird eine Lösung dieser Art – die Speicherung von Daten auf einem USB-Stick – geprüft. Der Stick verursacht nur einen Bruchteil der Kosten, kann ohne teure Zusatzgeräte und –programme in den Arztpraxen gelesen werden und bleibt in der Hand des Patienten. Auch bei ihm muss natürlich durch entsprechende Software eine hohe Sicherheit gewährleistet sein.

Bisher hat es bei der EGK-Entwicklung jede Menge Verzögerungen und Pannen gegeben. Ablauf und Auswertung von Tests wurden zum Teil vor dem nächsten Schritt nicht abgewartet, so dass weitere Überraschungen vorprogrammiert sind. Die gigantischen Entwicklungskosten sollen u.a. refinanziert werden durch Einsparungen und sog. Mehrwertdienste. Zunächst allerdings enthält die neue Karte nicht mehr Funktionen als die alte. Es sollen Notfalldaten und das elektronische Rezept hinzukommen, im weiteren Verlauf eine Arzneimitteldokumentation und eine elektronische Patientenakte.

Insbesondere letztere muss freiwillig sein, und der Versicherte muss jedes Mal neu entscheiden können, für wen er was freigibt. Wenn aber eine nennenswerte Zahl von Menschen nicht mitzieht (wie der Umgang sehr kranker, dementer oder aus anderen Gründen eingeschränkter Patienten mit ihren Karten funktionieren soll, ist ohnehin noch ungeklärt), braucht man ein zweites System zum Erfassen und Weitergeben von Daten, und dann werden die Karte und die darauf basierenden weitergehenden Geschäfte zum Flop.

Insofern gilt es, zweigleisig vorzugehen. Immer wieder müssen die bisher nicht befriedigend beantworteten Fragen nach Kosten, Nutzen und Alternativen des EGK-Projektes gestellt werden. Gleichzeitig darf beim Datenschutz nicht locker gelassen und die Verfügungsgewalt des Karteninhabers über seine Daten nicht angetastet werden – der NAV forderte hier als Fazit seiner Veranstaltung ein „Datenschutz-Paket für das Gesundheitswesen“. Zu diesem gehören auch Änderungen des gerade beschlossenen Bundeskriminalamts-Gesetzes, das Ärzte nur noch als Berufsheimnisträger 2. Klasse behandelt und das Vertrauensverhältnis zum Patienten bedroht.

Die NAV-Mitglieder werden das Thema EGK weiter verfolgen, und auch den Zahnärzten ist dies zu empfehlen. Eine solche zentrale Weichenstellung für das Gesundheitswesen der Zukunft sollten die Mediziner nicht allein den Lobbyisten der beteiligten Industrieunternehmen überlassen. Denn für diese stehen sicher eher milliardenschwere Geschäfte im Vordergrund als das Wohl der Patienten.

Irmgard Berger-Orsag, Köln

Weitere Infos: www.nav-virchowbund.de

Studienreformvorschlag lässt Wünsche offen

von Dr. Harald Strippel, M.Sc., Mülheim

Im Jahr 2003 trat die novellierte Approbationsordnung für Ärzte in Kraft. Nun gibt es Bestrebungen, die zahnärztliche Approbationsordnung (ZAppO) ebenfalls zu ändern.

Dem Vernehmen nach ist der Medizinische Fakultätentag mit dem Vorschlag einverstanden, den einige zahnärztliche Verbände vorlegten. Die Protagonisten sind die Vereinigung der Hochschullehrer der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VHZMK), die Bundeszahnärztekammer, die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und der Bund der Studierenden der Zahnheilkunde.

In den vergangenen Jahren hat die Arbeitsgruppe Studienreform (AGSR) der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM) und des DAZ wiederholt eigene Reformkonzepte und ausgearbeitete Studienpläne in die Diskussion gebracht. Mit diesen Konzepten bezog die AGSR in vielen Punkten Gegenpositionen zu den Hochschullehrervorschlägen. So hat die AGSR im DAZ-Forum Nr. 83/04 eine umfassende Studienreform gefordert und die Essentials dargelegt. Sie hat die Empfehlungen des Wissenschaftsrats zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland im DAZ-Forum Nr. 85/05 erläutert und die eigenen Studienreformvorschläge und die der Hochschullehrer an diesen gewichtigen Empfehlungen gemessen.

Eine weitere Initiative der AGSR war, sich für Modellstudiengänge auszusprechen (vgl. Der Artikulator Nr. 71, 2000). Universitäten hätten dann auf eigenen Wunsch Modellstudiengänge einrichten können. In der Medizinerausbildung war die Modellklausel gerade eingeführt worden. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) folgte jedoch der Einschätzung der Zahnheilkunde-Professoren, dass derartige Modellstudiengänge in der Zahnmedizin nicht erforderlich seien.

Bei der Diskussion um die Approbationsordnung geht es um die *Festschreibung bundesweit verpflichtender Regelungen*. In der ZAppO werden die erforderlichen Vorlesungen, Kurse, Seminare und „gegenstandsbezogenen Studiengruppen“, die Prüfungsinhalte und -methoden sowie der Fächerkanon festgelegt. Nicht geregelt ist, wie die Universität mit diesem Rahmenwerk umgeht. Auch unter der jetzigen Ap-

probationsordnung sind viele gute und innovative Vorhaben realisiert worden, was sich in aktuell gehaltenen Fächerinhalten widerspiegelt. Das ist jedoch kein Argument dafür, die Approbationsordnung unverändert zu lassen. Stattdessen gilt es, das, was sich an Positivem bereits an dieser und jener Universität realisieren ließ, klar und deutlich in die Approbationsordnung zu schreiben.

Nach Auffassung der AGSR bereitet das Zahnmedizinstudium die Studierenden nicht optimal auf ihren Beruf vor. Darunter leidet die Qualität der Patientenbehandlung. Es ist daher an der Zeit, das Studium zu reformieren.

„Die intellektuellen Anforderungen des Zahnmedizinstudiums [beschränken sich] oftmals auf eine überwiegend rezeptive und repetitive Bewältigung einer großen Stofffülle, eine zeitökonomische Arbeitsweise und mechanisch-technische Fertigkeiten. Dies ist weder im Sinne des Gesundheits- noch des Wissenschaftssystems.“

Wissenschaftsrat, Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland, 2005

Mängelliste Approbationsordnung

Die zahnärztliche Approbationsordnung besteht seit 1955 und ist seither nur geringfügig verändert worden. Hauptprobleme sind:

- zu viel Zahntechnik
- zu wenig Arbeit am Patienten
- zu wenig problemorientiertes Lernen, Diagnostik und Behandlungsplanung, Kinderzahnheilkunde, Psychologie, Gesundheitswissenschaften, Alterszahnheilkunde
- zu wenig wissenschaftliche Herangehensweise, Schulung kritischen Denkens und Evidenzorientierung
- rein schematische Übernahme der vorklinischen humanmedizinischen Ausbildung.

Lösungsvorschläge

Das Curriculum muss von unnötigen Inhalten entlastet werden. Umgekehrt müssen neue Schwerpunkte gesetzt werden. Grundzüge des Studienreformvorschlags der AGSR sind:

- Zahnerhaltende Maßnahmen (Parodontologie und Füllungen) werden



AGSR fordert möglichst frühe Patientenkontakte im Studium

schon im zweiten Semester in der Simulationseinheit („Phantomkopf“) geübt; erst in späteren Semestern folgen komplexe Prothetikübungen

- Eine mehrtägige propädeutische Prüfung an der Simulationseinheit nach dem zweiten Semester bewertet die praktischen „psychomanuellen“ Fähigkeiten anhand der typischen zahnärztlichen Tätigkeiten (Füllungstherapie, Parodontologie, Endodontie) und nicht anhand zahntechnischer Arbeiten
- Präventive Zahnheilkunde wird mit größerem Stundenumfang und Übungen am Patienten eingeführt
- Einer der bisher drei vorklinischen Zahntechnik-Kurse entfällt; die Studierenden führen aber dennoch alle zahntechnischen Arbeiten im Techniklabor einmal eigenhändig durch
- Vorklinische und klinische Inhalte werden in einer „logischen“ Reihenfolge angeordnet
- Früh kommen die Studierenden in Kontakt mit Patienten und üben zunächst Mundhygieneinstruktionen und Zahnreinigungen; schrittweise werden sie an invasive und komplexe Behandlungsmaßnahmen herangeführt
- Statt wie bisher vier Semester lang arbeiten die Studierenden sechs Semester am Patienten, davon fünf mit invasiven Maßnahmen wie der Füllungstherapie
- Den Studierenden werden im Fach Gesundheitswissenschaften die gesellschaftlichen Einflüsse auf Mundgesund-

heit und -krankheit verdeutlicht; ihnen werden Strategien zur Gesundheitsförderung und zur Verminderung sozialer Ungleichheit nahegebracht

- In den klinischen prothetischen Kursen wird mehr am Patienten und weniger im Labor gearbeitet (nur die „zahnärztlichen“ Labortätigkeiten werden durchgeführt)
- Parodontologie und Kinderzahnheilkunde werden eigenständige Fächer
- Patientenkurse in Prothetik, Zahnerhaltung, Parodontologie, Kinderzahnheilkunde und Alterszahnheilkunde laufen nicht wie bisher blockweise in verschiedenen Semestern, sondern erstrecken sich über zwei oder drei Semester, wodurch die Studierenden – auf allen zahnärztlichen Gebieten gleichzeitig arbeiten
- Der Anteil der Kieferorthopädie wird abgesenkt, aber kieferorthopädische Diagnostik verstärkt gelehrt
- In den vorklinischen und klinischen Prothetik-Prüfungen werden keine zahn-technischen Arbeiten von den Studierenden selbst angefertigt, sondern nur eingegliedert; ebenfalls wird in der Kieferorthopädie-Prüfung nicht mehr die Herstellung von Geräten verlangt.

Hinsichtlich der Gesamtstundenzahl des Studiums und des zusätzlichen „Geldbedarfs“ unterscheidet sich der AGSR-Vorschlag nicht von dem der Hochschullehrer.

Unzureichende Vorschläge der Professoren

Die Bundeszahnärztekammer hat die Weiterarbeit an der ZAppO angeregt, die Zahnmedizin-Professoren haben den Vorschlag erarbeitet, und der Verband der Studierenden hat bisher zugestimmt. Aber aus Sicht der AGSR behebt der VHZMI-Vorschlag die Defizite noch nicht ausreichend. Als Hauptproblem bleibt die zu kurze Ausbildungszeit am Patienten: wie bisher nur vier Semester.

Der Vorschlag übernimmt noch stärker als im derzeitigen Studium die vorklinische humanmedizinische Approbationsordnung, wodurch der Stundenplan der Zahnmedizinstudenten in den vorklinischen Semester übertoll wäre. Das Bestreben ist erkennbar, nahe an der Medizin zu bleiben. Aber was hilft es dem viel beschworenen multimorbiden, älteren Patienten, der die Zahnarztpraxis aufsucht, wenn der zukünftige Zahnarzt nur in der vorklinischen Medizin gut ausge-



Wieviele Zahntechnik-Know-how braucht der zukünftige Zahnarzt?

bildet ist, nicht aber in den klinisch-medizinischen Belangen – Pharmakologie, Innere Medizin, Psychologie und Psychosomatik, Neurologie etc. – für den zahnmedizinischen „Bedarf“?

Die Autoren des neuen ZAppO-Vorschlags haben für die Vorklinik weithin den Text der ärztlichen AO kopiert. Das Abschreiben führt zu Merkwürdigkeiten wie der, dass die angehenden Zahnmediziner mittels eines einmonatigen Krankenpflegepraktikums „mit den üblichen Verrichtungen der Krankenpflege vertraut“ gemacht werden sollen. Was nutzt denn die Krankenpflege dem zukünftigen Patienten in der Zahnarztpraxis?

Erstaunlich ist, dass nun in der ZAppO, zusätzlich zu den mündlichen und praktischen Prüfungen, die den Humanmedizinern bestens bekannten Multiple-Choice-Fragen des Instituts für Medizinisch-Pharmazeutische Prüfungsfragen gestellt werden sollen – 320 und 500 Fragen. Verkehrte Welt! Denn in der ärztlichen Approbationsordnung war gerade auf die Kritik an den Ankreuz-Tests – zusammenhangloses Auswendiglernen, intuitiv-wahrscheinlichkeitsgesteuertes Ankreuzen – reagiert worden. Die Multiple-Choice-Prüfungen wurden zwar nicht abgeschafft, aber doch durch *mündliche* Prüfungen ergänzt, welche viel eher ein sinnvolles Lernen fördern. Ist es denn wirklich wahr, dass das BMG für die Zahnmedizin die Kreuzchen-Tests nur fordert, um ein „Ranking“ der Hochschulen aufstellen zu können? Das bringt weder Patienten noch Studenten etwas.

Im „Physikum“ soll nach dem Verbände-Vorschlag auch weiterhin die Anfertigung von Zahnersatz geprüft werden. Allein mit dem Hintergedanken, die Existenz der Zahnlabore in den Kliniken weiter zu rechtfertigen? Die AGSR kritisiert seit jeher, das Üben der Zahntechnik binde enorm viel Studienzzeit. Zu viel Zeit.

Kinderzahnheilkunde/Primärprophylaxe und Parodontologie sollen auch weiterhin von ein und demselben Hochschullehrer geprüft werden können. Auch das ist paradox, weil auf der anderen Seite häufig behauptet wird, die Spezialisierung auf diesen Gebieten sei so weit vorangeschritten, dass es Weiterbildungen oder gar Fachzahnärzte hierfür geben müsse. Warum will man dann nicht gleich sinnvollerweise die Lehre im Studium erweitern und damit korrespondierend die Prüfungen – der Bedeutung der Fächer entsprechend –

von jeweils einem separaten Hochschullehrer prüfen lassen? So wird es im Ausland praktiziert, warum nicht auch hierzulande?

Für die Abschlussprüfung schreibt der Text des ZAppO-Entwurfs wie bisher eine Prüfung der diagnostischen und anamnestischen Fähigkeiten der Studierenden in den zahnmedizinisch-chirurgischen Fächern vor. Merkwürdigerweise jedoch nicht in den Fächern Zahnerhaltungskunde, Parodontologie, Prothetik oder Kieferorthopädie. Es mag ja sein, dass die Diagnostik in manchen Kliniken am Rande „mitgeprüft“ wird – aber warum soll dies nur in der Fächergruppe Chirurgie in der ZAppO explizit vorgeschrieben sein? Auch hier besteht Nachbesserungsbedarf. Falsche Diagnosen führen schließlich zu einer falschen Behandlung.



Ein weiteres Beispiel lässt ebenfalls Seltsames erkennen. Neu eingeführt werden soll die Verpflichtung, in der Prothetik-Prüfung „okklusionstherapeutische Geräte einzugliedern“. Das konterkariert die Rhetorik von der „Einbettung der Zahnmedizin in die Medizin“, der „Interdisziplinarität“, der „Multimorbidität“ etc. Am Ende ist dann doch nur ein am antiquierten Handwerkermodell der Zahnheilkunde orientiertes Schienen-Einschleifen vorgesehen. Wenn aber hier schon ein neuer Schwerpunkt gesetzt werden sollte, könnte es beispielsweise heißen, dass die Diagnostik von cranio-

mandibulären Dysfunktionen – CMD – und die Grundsätze interdisziplinärer CMD-Behandlung geprüft werden sollten.

Auch die kieferorthopädische Ausbildung bleibt unverändert unter dem internationalen Standard, wenn in der Abschlussprüfung zwar kein Patient untersucht, aber eine kieferorthopädische Behandlungsapparatur hergestellt werden soll.

Sehr positiv zu bewerten ist, dass die Hochschullehrer nunmehr über vier Semester hinweg Integrierte Behandlungskurse zur Vorschrift machen wollen. Ebenso gut ist, dass Kurse oder Seminare in zahnmedizinischer Diagnostik und Behandlungsplanung eingeführt werden sollen.

Auf der Haben-Seite des Reformvorschlags steht auch, dass sich die ZMK-Hochschullehrer dazu durchgerungen haben, Modellstudiengänge zulassen zu wollen. Aber: In der Approbationsordnung für Ärzte steht, dass geeignete ärztliche Praxen in die Ausbildung einbezogen werden können. Die Zahnmedizin-Professoren jedoch wollen ausgerechnet diesen Punkt nicht übernehmen.

Die Forderung nach einer Betreuungsrelation von *einem* Unterrichtenden zu *drei* Studenten hatten schon früher alle Beteiligte einschließlich der AGSR unterstützt. Sie steht nun als einer der zentralen Punkte im ZAppO-Entwurf. Diese Festlegung hat Rückwirkungen auf die Kapazitätsberechnung. Die Zahl der Studienplätze dürfte zurückgehen.

Fazit: Der neue Vorschlag beseitigt einige Probleme, schafft aber gleichzeitig neue Unbilden. Er greift insgesamt zu kurz, weil er die Studienstruktur nicht weit genug „weg von der Zahntechnik, hin zur Zahnmedizin/klinischen Medizin“ und zur intensiven Ausbildung am Patienten hin entwickelt. Wirkliche Vorteile für die Studierenden konnte die AGSR bisher nicht identifizieren. Vorteile für die späteren Patienten durch eine verbesserte Ausbildung ihrer Behandler lassen sich zwar ansatzweise erkennen, das bedarf aber noch des Ausbaus. Bleibt zu hoffen, dass noch die Chance für vernünftige Änderungen besteht. Seitens der AG Studienreform laden wir herzlich zur Mitarbeit ein.

Dr. Harald Strippel, M.Sc. in Dental Public Health, Mülheim a. d. Ruhr
DAZ-VDZM-Arbeitsgruppe Studienreform
Tel./Fax (0208)7820881
schaestrip@aol.com

Zahnärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung bleibt kontroverses Thema Diskussion bei VDZM-Tagung mit Prof. Detlef Heidemann

Bei Ihrer Herbsttagung 2008 hat die Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM) nicht zum ersten und vielleicht auch nicht zum letzten Mal das Thema Aus- und Weiterbildung auf die Agenda gesetzt und dazu als Referenten den Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltung der Universität Frankfurt, Prof. Dr. Detlef Heidemann, eingeladen, der gleichzeitig alternierender Vorsitzender der Hochschullehrer-Vereinigung VHZMK ist.

Ähnlich wie Dr. Strippel im nebenstehenden Beitrag begrüßten die Teilnehmer, dass der von BZÄK, VHZMK und DGZMK vorgelegte Entwurf einer neuen Approbationsordnung etliche Ideen der VDZM-DAZ Arbeitsgruppe Studienreform aufgenommen hat wie weniger Zahntechnik, mehr Prävention und Patientenbehandlung, Ermöglichung von Modellstudiengängen, Einrichtung von integrierten Kursen. Kritisiert wurde allerdings die schematische Übernahme des vorklinischen Studiums aus der Medizin und dass zu wenig Raum für Kinderzahnheilkunde, Psychologie, Behandlungsplanung, wissenschaftliches Arbeiten und Gesundheitswissenschaften vorgesehen ist. Nachbesserungsbedarf besteht also nach Ansicht der VDZMler weiterhin, aber man war sich einig, dass die neue Approbationsordnung nun endlich verabschiedet werden sollte.

Aus aktuellem Anlass ging es bei der Veranstaltung nicht nur um die Aus-, sondern auch um die postgraduierte Fort- und Weiterbildung von Zahnärzten. Hierbei prallten die Meinungen recht heftig aufeinander. Masterstudiengänge wurden von Teilnehmern als der Versuch bewertet, Ausbildungsdefizite im regulären Studium quasi durch die Hintertür über kostspielige privatisierte Weiterbildungen auszugleichen. Zwar begrüßten alle Diskutanten durchaus individuelle Spezialisierungen und Qualifizierungen, wie sie etwa im Rahmen bisheriger Fortbildungen der Kammern und Gesellschaften zu erwerben sind. Sobald diese aber

in elitäre Strukturen wie Mastertitel oder gar neue Fachzahnarztbezeichnungen münden sollten, würde dies einer gesundheitspolitisch gefährlichen Zersplitterung der Zahnheilkunde den Weg bereiten, den umfassend tätigen Allgemeinzahnarzt entwerten und die Breitenversorgung verteuern und gefährden. Daher begrüßt es die VDZM, dass die Bundeszahnärztekammer noch keine Entscheidung über ihre Musterweiterbildungsordnung treffen wollte. Hier besteht nach Ansicht des Verbandes in der Tat noch erheblicher Diskussionsbedarf innerhalb der Zahnärzteschaft und der Gesellschaft.

Die Tagung fand in Marburg statt, dem Ort, an dem seinerzeit die Vereinigung Demokratische Zahnmedizin gegründet wurde. Tatsächlich kann sie inzwischen auf eine 30-jährige Geschichte zurückblicken. Sie entstand in Abgrenzung zur offiziellen Standespolitik, die nach Ansicht der oppositionellen Kräfte häufig zu sehr den kurzfristigen Eigeninteressen der Zahnärzteschaft verhaftet blieb. Dagegen hat die VDZM immer für das Konzept einer die Patienten und Versicherten berücksichtigenden und sozial verantwortlichen Gesundheits- und Berufspolitik geworben. So hat sie sich stets gegen

einen Abbau von Versicherungsleistungen gewendet und ist für den Erhalt und die vernünftige Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung eingetreten. Dazu gehört auch die Förderung und Sicherung der Qualität in den zahnärztlichen Planungs- und Behandlungsprozessen und – ganz zentral – die Umsteuerung der Zahnmedizin von der Spätfolgenbehandlung auf die

Prävention, insbesondere durch Förderung von Jugendzahnpflege und Gruppenprophylaxe.

Die zahnärztliche Standespolitik jahrzehntelang kritisch zu begleiten, ist kein leichtes Unterfangen. Da kann man nur sagen: Weiter so!

Irmgard Berger-Orsag, Köln

Quelle: VDZM-Pressmeldung vom 02.12.08



Schon vormerken: DAZ-VDZM- Frühjahrstagung

Frankfurt/M., Bürgerhaus Bornheim
Arnsburger Str. 24, Tel 069/943403-0
25./26. April 2009



Gesundheitspolitische Diskussion und fachliche Fortbildung sowie verbandsinterner Austausch

Wie in den letzten Jahren laden auch 2008 der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde und die Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM) im Frühjahr alle Interessierten zu einer gemeinsamen Tagung nach Frankfurt/Main ein.

Die **Vormittagsveranstaltung** (10.00-13.00 Uhr) am 25.04.09 wird einem **gesundheits- oder standespolitischen Thema** gewidmet sein, das – mit Blick auf seine Aktualität – erst im neuen Jahr festgelegt wird.

Am **Nachmittag** (14.00-18.00 Uhr) ist **zahnärztlich-fachliche Fortbildung** vorgesehen mit Priv.-Doz. Dr. Gregor Petersilka, der die Teilnehmer mitnehmen wird auf einen Streifzug durch die moderne Parodontitistherapie – unter dem Motto:

Zwischen BEMA, Biofilm und Frühgeburt: Parodontitis und Parodontitistherapie im Jahr 2009

Laut **Dr. Petersilka** nimmt der Therapiebedarf im parodontologischen Umfeld stetig zu und stellt die Zahnärzte in den Praxen vor

neue Herausforderungen. Der Vortrag greift aktuelle und therapierelevante Aspekte auf: Er bringt Neues zu Ätiologie und Pathogenese der Parodontitis, zum (möglichen) Zusammenhang zwischen Parodontitis und Allgemeingesundheit sowie Aktuelles zur nichtchirurgischen und chirurgischen Parodontitistherapie in der Praxis.

Für die Teilnahme an beiden Veranstaltungen gibt es jeweils **Fortbildungspunkte**.

Informationen zum Fach-Referenten

Priv.-Doz. Dr. Gregor Petersilka

Fachzahnarzt für Parodontologie
Spezialist für Parodontologie
der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie DGP

- Studium in Würzburg und Umeå (Schweden)
- Assistent in der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie Würzburg
- Von 1999 bis 2002 Oberarzt an der Poliklinik für Parodontologie Münster, dort auch Habilitation und Erlangung der Gebietsbezeichnung Parodontologie
- Seit 2006 niedergelassen in einer vertragszahnärztlichen Gemeinschaftspraxis in Würzburg
- Schwerpunkttätigkeit in der Parodontologie auf Überweiserbasis
- Neben der Praxistätigkeit Lehrauftrag an der Uni Münster und vielfältiges Engagement im Bereich der Fortbildung



Am Sonntag, dem 26.04.2009, folgen **verbandsinterne Sitzungen** von DAZ und VDZM. Alle interessierten Mitglieder des DAZ sind ganz besonders herzlich zu diesem Treffen eingeladen, da wichtige Weichenstellungen für die Zukunft des Verbandes beraten werden müssen.

Weitere Informationen gibt es bei der DAZ-Geschäftsstelle: **Tel. 0221/97300545, Fax 0221/7391239, Mail kontakt@daz-web.de**

Wenn schon Prozessmanagement – welches QM-System ist zu empfehlen?

Dr. Celina Schätze hat einige der von Verlagen oder Kammern und KZVen angebotenen Qualitätsmanagement-Systeme auf ihre Vor- und Nachteile abgeklopft.

Der DAZ hat sich vehement für Qualitätsmanagement und –kontrolle eingesetzt, aber immer im Sinne von Ergebnisqualität in der Patientenbetreuung. Das Qualitätsprojekt des DAZ ist schwerpunktmäßig auf diese Ergebnisqualität ausgerichtet. Die Prozesse, die zu einem guten Ergebnis führen, sind aus unserer Sicht allein dadurch gerechtfertigt.

Die Richtlinien, die jetzt ein betriebsinternes Qualitätsmanagement verlangen, sind sehr offen formuliert. Es ist allerdings herauszulesen, dass Anteile eines einfachen Prozessmanagements erwartet werden – wenigstens bezogen auf die ohnehin durch Sicherheitsvorgaben geregelten Bereiche.

Ich habe mir verschiedene Qualitätsmanagement-Systeme angesehen, um eine Empfehlung für eine evtl. gewünschte Ergänzung unseres Projektes zu geben. Die Auswahl war ohne Anspruch auf Vollständigkeit und abhängig von Zufällen:

- Spitta-Verlag: **Qualitätsmanagement für die Zahnarztpraxis**
- WEKA MEDIA: **QM in der Zahnarztpraxis**
- ZÄK-Westfalen-Lippe: **PMZ**
- KZV Niedersachsen: **QM-Navi**
- Schattauer Verlag – Kolling/Muhle: **Qualitätsmanagement in der Zahnarztpraxis**
- Qualitätsmanagement Verlag Seiler: **Musterqualitätshandbuch für Zahnarztpraxen**
- Kock&Voeste / KZV Berlin: **Qualitätsmanagement**

Gesucht habe ich nach einem einfachen, übersichtlichen, praxisgerechten System für die minimalistische Erfüllung einer Verpflichtung, die ich eigentlich ablehne. Ich habe nichts gegen gut strukturierte Abläufe, Effizienz und Regelsicherheit. Das kann sehr vorteilhaft und nützlich sein. Das Ausmaß von Durchverlustung, das momentan von interessierter Seite als erforderlich propagiert wird, birgt allerdings eher die Gefahr einer Deprofessionalisierung. Ich wehre mich insbesondere gegen derartige „prozessverbessernde“ Zwangsbeglückung.

Das System der KZV-N kommt dem von mir gewünschten sehr nahe. Es verzichtet

auf alle prozesstheoretischen und marketingmäßigen „Neusprech“-Hüllen. Es greift einige exemplarische Prozesse auf und bietet durchgearbeitete Vorlagen dafür an. Leider wird für die Rubrik „Steri“ nur auf Richtlinien und andere Veröffentlichungen der Kammer verwiesen. Es gibt ein Handbuch auf Papier mit den Vorlagen. Die CD für die Individualisierung der Vorlagen ist sehr übersichtlich und erfordert keine besondere Computerintelligenz.

Ähnlich gut gefällt mir das System aus Westfalen-Lippe. Es ist noch einfacher gegliedert. Allerdings finde ich die CD recht unübersichtlich, wie auch die einzelnen Vorlagen. Das ist aber sicher weitgehend eine Geschmacksfrage.

Beide Systeme bieten Steigerungsmöglichkeiten über die Basisversion hinaus bis hin zur vollständigen Zertifizierung – ganz nach den Bedürfnissen des jeweiligen Nutzers.

Die Systeme von Spitta-Verlag, WEKA MEDIA, Schattauer und Seiler Verlag zielen von vornherein auf die Zertifizierung ab. Eine kleinere Lösung muss sich der Benutzer hier selber zusammenstellen. Das ist unterschiedlich mühsam. Das mit Abstand beste Werk im Sinne von Lesbarkeit, Übersichtlichkeit, Vollständigkeit, Praxisnähe und Handhabbarkeit ist für mich das System von WEKA.

Das System von Seiler erfüllt alle diese Anforderungen am wenigsten. Es scheint nicht aus der Zahnarztpraxis für die Zahnarztpraxis zu sein, sondern vom Schreibtisch für die Verwaltung. Es gibt viel von dem Management-Neusprech und relativ wenig praxisgerechte, direkt anwendbare Vorlagen. Es handelt sich mehr um Schemata als um individualisierbare Vorlagen.

Das System von Spitta ist rein elektronisch. Es gibt kein Handbuch auf Papier. Alle Vorlagen und Anleitungen zur Handhabung des Systems sind nur über Navigation am Computer zu haben. Die CD ist recht gut strukturiert, aber die Übersicht in der Hand wird vermutlich von manchem Nutzer vermisst. Die Formularvorlagen sind umfangreich und praxisnah, aber im allgemeinen, nicht die konkrete Behandlung betreffenden Teil nicht ganz umfassend.

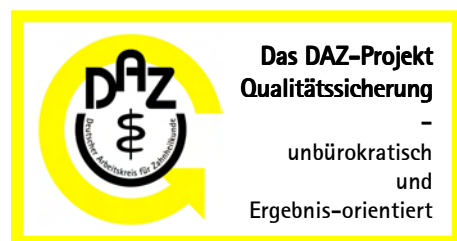


Das System von Kolling/Muhle ist in der Anleitung gut und angenehm geschrieben, und das Buch ist übersichtlich. Die Realität der Zahnarztpraxis ist gut abgebildet. Die Formularvorlagen sind umfangreich und sinnvoll, aber auch hier hätte ich mir die Vorlagen im allgemeinen Teil z.B. MedGeräteVO noch detaillierter gewünscht, um immer eine Vorlage für alle Fälle zu finden.

Das Produkt der KZV-B/Kock&Voeste ist weder eine Basisversion noch ein Zertifizierungsinstrument. Nach der Inhaltsgabe erwartet der Leser ein komplexes Zertifizierungshandbuch, und in den kommentierenden Darstellungen wird ein großer Strauß von Formularvorlagen angekündigt, aus dem jeder für seine Bedürfnisse das Passende zusammensetzen könne. In der Realität finden sich hinter den Schlagworten des Inhaltsverzeichnis nur sehr wenige ausgearbeitete Vorlagen. Es überwiegen die leeren Formularschemata. Es gibt kein Vorlagenbuch auf Papier für den Überblick. In dem Handbuch sind nur Installationshinweise zu finden. – Zu dem KZV-B-QM hat der Verband der Zahnärzte von Berlin als Gemeinschaftsarbeit von Zahnärzten eine Sammlung von Ausarbeitungen erstellt, deren das Grundprodukt offensichtlich bedurfte.

Als Ergänzung zu dem Projekt Qualitätssicherung des DAZ sind aus meiner Sicht die Produkte der KZV-N und ZÄK-WL am besten geeignet.

Dr. Celina Schätze, Berlin



Neugier als vermutlich subjektiv gutwilliges, aber unreflektiert durch Marktmechanismen und umfangreiche Apanagen fern gesteuertes, die Zahnheilkunde an vorderster Front am gut situierten Klientel im lukrativen Münchner „Speckgürtel“ ausübendes Individuum. Als solches inserierte er, allenfalls durch sich selbst auf niedrigstem Evidenzlevel kontrolliert, Tausende von Implantaten und profitierte über Jahrzehnte vortrefflich davon. Man umrahmte ihn dabei protektiv als pars pro toto einer in (pseudo-)wissenschaftlichen Vereinen sozialisierten „implantologischen Gemeinde“ zur gegenseitigen Förderung eigener und industrieller Geschäfte im nationalen / internationalen, hedonistisch getönten, sich selbst permanent als „hochkarätig“ apostrophierenden Referenten-Jetset von Goldsponsors Gnaden. Im Rahmen dieser Gemeinde fungierte Schmidinger langjährig als Landesvorsitzender der DGI und damit naturgemäß als einer der ideologischen Köpfe. Seine Fähigkeiten wurden genutzt zur Verbreitung pseudowissenschaftlicher Halbwahrheiten zwecks marketinggerechter Beeinflussung von Anwendern und Patienten/innen. Auf der Strecke blieben die notwendigen, der demokratischen Gesellschaft geschuldeten objektiven Überprüfungen aller Risiken, Nebenwirkungen, Misserfolge. Im therapeutischen Zwielicht verblieben die zahnmedizinischen Desinformationen wie Knochen- und Strukturverlust, Verweildauerwahrscheinlichkeit, Vorteile der Erhaltung unversehrter Zahnhartsubstanz, u.v.a.m. Hinsichtlich einiger Augmentationstechniken und -materialien befinden wir uns beispielsweise noch immer im Stadium des Humanversuchs, ohne dass diese Tatsachen in den wissenschaftlichen Therapieempfehlungen einer Reihe (pseudo-)wissenschaftlicher Vereinigungen und so genannter „Konsensuskonferenzen“, in denen Industrievertreter und andere Lobbyisten über medizinische „Leitlinien“ mitbestimmen, als solche deklariert wurden. Schmidingers Einlassungen sind nicht unter dem Rubrum einer wie auch immer gearteten „idealistischen Weltvergessenheit“ abzubuchen. Es muss davon ausgegangen werden, dass es sich dabei um des Implantologen Schmidinger gezielten Versuch einer Aktion analog endemisch grassierender „Roadshows“ handelte, die ihn motivierte, pamphletistisch und ohne wissenschaftlich nachvollziehbaren Hintergrund gegen die nahende evidenzbasierte implantologische Realität anzukämpfen, die seit kurzer Zeit auch von einzelnen deutschen Hochschullehrern und ergrauten Eminenzen wie Spiekermann u.a. eigentlich unübersehbar in der fachli-

chen Öffentlichkeit abgebildet wurde. Schmidinger fühlte sich offensichtlich durch die von mir in Ansätzen vorgetragene Implantations-Realität in unserem Land „provoziert“, wie seine Überschrift nahe legte. Cochrane sei dank!

Schlechte Erfahrungen im Justizbereich

Dabei ist es um die Glaubwürdigkeit Schmidingers nicht gut bestellt, weil er mit zweierlei Maß misst. Wenn man nicht grundsätzlich von einem Vorsatz als *his industrial masters voice* ausgehen will, dann verwundert vordergründig die Chuzpe Schmidingers, wissen wir doch seit längerer Zeit, dass er selbst die Macht der Konzerne und Gerichtssachverständigen hatte erproben können, als er kostenpflichtig ein Verfahren vor dem Landgericht München gegen einen Implantat-Hersteller verlor. Und das kam so: In der zahnmedizinischen Fachliteratur waren körperverletzende Folgen einer bestimmten Implantatform kasuistisch beschrieben worden, die sich mit Schmidingers Ansichten oder Erfahrungen hinsichtlich des entsprechenden Medizinproduktes deckten. Dieses teilte er in seiner Funktion als Schriftleiter der *Zeitschrift für Zahnärztliche Implantologie (ZZI)* öffentlich, aber auch in der von ihm gepflegten, bekanntermaßen ein wenig undifferenzierten Rabulistik mit. Für den Sachverständigen des geeigneten Gerichtes war es deshalb ein Leichtes, die im reformbedürftigen Medizinproduktegesetz (MPG) angelegten Fallen gegen Schmidinger industriekonform einschnappen zu lassen. Und deutsche Gerichte pflegen deutschen Sachverständigen voll inhaltlich zu folgen. Ergo: Schmidinger fehlte es also nicht an eigenen Erfahrungen im Umgang mit der konkreten Machtentfaltung unserer vorwiegend monopolistisch strukturierten Industrie und mit der ihr ideologisch zugewandten „sachverständigen“ Wissenschaftselite. Für den Beobachter war von Interesse, dass er sich bei der Kritik an diesem inkriminierten Implantat für möglichst evidenzbasierte „nachweisbare Langzeitergebnisse und Vergleichsstudien“ aussprach, also Forderungen, die ich in meinen wissenschaftskritischen Beiträgen bezüglich einer ganzen Reihe von Kriterien ebenfalls vergeblich gestellt hatte.

Schmidingers Speisekarte: Bös' durchgenudelte, morsch verknotete Blabla-Köpfe von „mündigen“ Patienten

Wenn man Schmidingers Ausführungen, teilweise in Versform vorgetragen, von gehaltlosen und polemischen Wertungen wie

„durchgenudelt“, „morschen Knochen“, von „hinter dem Kopf verknoteten Abrechnungsregeln“, von „guter und böser implantat-prothetischer Versorgung“ oder von „Blabla“ befreit und auf ihren eigentlichen Kern reduziert, dann wird seine systematische Negation sozialmedizinischer Kategorien und von Bestandteilen unseres demokratischen Gesundheitssystems ebenso offenkundig wie seine ideologische Sympathie für die einfallsreiche Erfindung des fiktionalen „mündigen Patienten“. Dieser muss seit längerem erhalten als Begründung für die Versuche verschiedener Berufsverbände und Apologeten des „Freien Gesundheitsmarktes“ amerikanischer Provenienz, die Solidarversicherung auf reine Schmerzbekämpfung zu reduzieren oder sie ganz zu liquidieren. In Wirklichkeit geht es jedoch nicht um mehr Wahlfreiheit für Patienten sondern um die Befriedigung der antisozialen Inkassomentalität eines Teiles der überdurchschnittlich profitierenden Zahnärzteschaft. Handlungsgrundlage ist Schmidingers therapeutische „Speisekarte“ und die beabsichtigte Einführung der von niemandem und keiner Institution mehr kontrollierten zahnärztlichen „Registrierkasse“ oder des bayrischen „Klapprechners“. Diese „Programmatur“, die fatal an das volksverdummende politische Desorientierungsmanöver des vermeintlich steuervereinfachenden Bierdeckel-Projekts des CDU-Wirtschaftslobbyisten und Erfinders der „deutschen Leitkultur“ Merz im Deutschen Bundestag erinnert, entspricht der kongruenten antisozialen, antidemokratischen Propaganda des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte (FVDZ). Dieser Verband hatte schon früher die Zusammenarbeit mit Krankenversicherungen als „Gefangenenlager“ apostrophiert und unbeeinflussbar für „Klasse statt Masse“ ohne Solidarversicherung und jegliche Sozialbindung und das Abkassieren mit Registrierkassen à la Schmidinger plädiert. 1986 gab er die Devise aus: „...die Zahnärzteschaft (muss) Formen einer direkten, von Dritten nicht mehr gestörten Arzt-Patienten-Beziehung suchen.“ Dass Schmidinger diese Ideologie noch immer offensiv vertritt, ist ihm als ehemaligem Landesvorsitzenden der DGI, als Funktionär und Fortbilder im Rahmen der „implantologischen Gemeinde“ nicht so sehr als intellektueller und sozialer Offenbarungseid auszulegen; vielmehr entstellen ihn seine Äußerungen bis zur Kenntlichkeit als Wiedergänger und zielorientierten Propagandisten der rückwärtsgewandten anarchischen Politik des im Inneren bekanntermaßen autoritären und doktrinären FVDZ mit seinem Hang zu imperativen Mandaten.

Die dümmsten Kälber wählen ihre Metzger selber

Schmidingers vorgeschützte Unkenntnis sozialmedizinischer Zusammenhänge verwickelt ihn in rational nicht aufzulösende, nur individualistisch zu deutende Widersprüche. Selbst wenn er als finanziell saturierter Zahnarzt die Mittel der zu 90 % in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherten Bevölkerung nicht mehr im Auge zu haben braucht, basiert unser Gesundheitswesen unabhängig von seiner Person und ungeachtet aller bisherigen Einschnitte und Einschränkungen noch immer auf einer in der Welt einzigartigen und über ein Jahrhundert bewährten, aber kontinuierlich modifizierten Solidarversicherung. Dieses System hat bislang alle destruktiven Propagandamanöver fiktiver „Kostenexplosionen“ halbwegs intakt überstanden und ist noch immer die materielle Grundlage zahnärztlicher Praxen vor allem der jungen und der im Osten tätigen Kollegen/innen. Wenn es nicht um die zahnärztliche Versorgung des größten Teiles unserer Bevölkerung in einer Zeit von (teilweise versteckter) Massenarbeitslosigkeit und Millionen prekärer Arbeitsverhältnisse, deren Erlöse nicht zum Unterhalt einer Familie ausreichen, ginge, dann könnte man die Zahnärzteschaft den Folgen des Mottos von Bert Brecht überlassen: „Die dümmsten Kälber wählen ihre Metzger selber“. Es wird sich aber im nächsten Jahrzehnt entscheiden, ob unsere im Großen und Ganzen entpolitisierte, individualistische und am solidarischen Sozialwesen weitgehend nicht mehr interessierte Berufsgruppe zu großen Teilen wieder ins gesellschaftliche Abseits abgleiten wird, wenn ihre Berufsvertretungen in Aktionseinheit mit den Wissenschaftseliten den sozialen Konsens unserer Gesellschaft vollends zu Lasten einer sozial verantwortlichen Berufsausübung aufzukündigen gewillt bleiben. Festzuschüsse mit niedrigerem Versorgungsniveau, privatvertragliche Extravaganzen und beginnende Verteilungskämpfe im sich in miniaturisierte zahnmedizinische Teilgebiete atomisierenden Aufgabengebiet sind die ernst zu nehmenden Indikatoren für eine grundlegende Schwächung jeglicher Verhandlungsposition im gesundheitspolitischen Gestaltungsfeld. Es lässt sich die zukünftige menschliche und medizinische Kompetenz der Anteile der Kollegenschaft erahnen, die sich freiwillig in eine Art „Endo-Gulag“ einweisen lassen, um dann als „Mikro-Spezialisten/innen“ täglich acht Stunden gemäß Schmidingers oder Hülsmanns „Speisekarten“ mikroskopbewehrt raspelnd

und spülend ausschließlich in Wurzelkanäle zu schauen und abschließend an der „Registrierkasse“, respektive am „Klapprechner“ höchste Honorare außerhalb der Kontrolle der GKV-Solidargemeinschaft abzukassieren. Abstrahiert man von dieser abwegigen, letztlich allein durch ökonomische Interessen legitimierten Mikro-Spezialisierung, so soll durch dieses Prozedere unabhängig von meist nicht vorhandener / nachgewiesener Evidenz ein Aus- und Aufbau der Mehrklassenmedizin jenseits der Solidargemeinschaft vorangetrieben werden. Dabei geht es um mehr oder weniger alle zahnmedizinischen Teilgebiete und Therapien, z.B. Endodontologie, Kieferorthopädie, Implantologie, Implantatprothetik, Funktionsanalyse, Laseranwendung, mechanistische Okklusionskonzepte mit iatrogenen Eckzahnführungen, ästhetisierende oder alternative/paramedizinische Zahnheilkunde usw. Wie weit und wohin uns der vermeintliche neoliberale „Fortschritt“ mit seinen primär profitorientierten, legal selten kontrollierten Deregulationen im global entfesselten Kapitalismus tragen wird, ist in Kürze auf unserem Arbeitsmarkt zu erfahren, sekundär aber auch und gerade daran abzulesen, wie sich unsere demokratisch orientierte und bislang noch halbwegs klassenlose Gesundheitsversorgung weiter entwickelt.

Antisoziale Attacken

Schmidinger überblickt mehr als 30 Jahre praktizierte Zahnheilkunde. Alle verfügbaren medizinsoziologischen Erhebungen haben die eindeutig anbieterdominierte Arztrolle im Rahmen der Arzt-Patient-Beziehung nachgewiesen. Selbst bei durchschnittlicher Intelligenz ist die Funktion der von (zahn-)ärztlicher Seite in die Welt gesetzten Fata Morgana der Existenz des „aufgeklärten, resp. mündigen Patienten“ als gezielte und absichtsvolle Maßnahme zur gesundheitspolitischen Desorientierung zu identifizieren. Zu dem irrationalen Schluss, dass es den „selbstkritischen Behandler“ als relevantes Korrektiv eines objektiv ausufernden Gesundheitsmarktes realiter gäbe, der den empfohlenen Eingriff jederzeit „an sich selbst durchführen lassen würde“, kann nur kommen, wer dahinter die antisoziale Absicht zu verbergen sucht, eine von Dritten unkontrollierbare Arzt-Patient-Beziehung im sozialrechtsfreien Raum extensiv voranzutreiben. Leider wird der Kreis der Berufskollegen/innen immer kleiner, der sich dieser antisozialen Attacken vorwiegend privatvertraglich tätiger Zahnärzte/innen und eines Teiles der gleichermaßen profitierenden Wissenschaftselite, aber auch der von

der Kollegenschaft mehrheitlich gewählten Verbandsfunktionäre, erwehrt. Die Erosionen der Mitgliedschaft von VDZM und DAZ durch biologische Faktoren, die Einstellung der Zeitschrift *artikulator*, aber auch das Erscheinen des Beitrages von Schmidinger mit jenen Inhalten im *DAZ Forum* sind nicht so sehr Kennzeichen offener Diskussion als eher Alarmzeichen hinsichtlich der schleichenden Auszehrung der demokratischen und sozialen Widerstandskräfte in unserem Berufsstand. Auch neue Gruppierungen, die objektiv ohne gesundheitspolitische Konzeption der Wahrung des Besitzstandes dienen sollen, sind sowohl durch eigene ungeklärte innere Divergenzen, als auch durch die organisatorische und mediale Gewalt der kooperierenden Kräfte aus Standespolitik, Wissenschaft und eigennützig industriellen Sponsoren schon im Vorfeld standespolitischer Wirksamkeit zum Scheitern verurteilt.

Schmidingers implantologisches Märchenbuch – überflüssig wie ein Kropf

Fakten und Tendenzen der aufgezeigten Provenienz versuchte Schmidinger mit einer pseudowissenschaftlichen Bebilderung zu kaschieren, um seinen schütterten Text expansiv aufzuwerten. Er dokumentierte – ohne sinnvollen Kontext – sieben unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten bei gleicher Ausgangssituation, und das in schematischer, mehrfarbiger Gestaltung. In keinem meiner wissenschaftlichen Beiträge hatte ich spezifische implantat-prothetische Lösungen für einzelne Behandlungsfälle verworfen, mich auch niemals gegen die dentale Implantologie als solche ausgesprochen. Und das ganz besonders nicht ohne Kenntnis einer umfassenden Röntgendokumentation, ohne Kenntnis einer abgeschlossenen Vorbehandlung, eines Parodontal-Status mit genauer Angabe von Taschentiefen, Lockerungsgraden und langzeitprognostischer Bewertung jedes einzelnen Zahnes des Restgebisses, aber auch der Kenntnis psychosozialer Faktoren wie Mundhygienestatus, Compliance, Lebensalter und möglicher feinmotorischer Behinderung, Pflegenotwendigkeit, etc. Die von Schmidinger hier vorgelegte Bebilderung entbehrt analog seiner Gesamtausführungen der differenzierten klinischen Relevanz. Ggf. im Sinne der virtuellen Vorwegnahme einer zahnmedizinischen Fachhochschulausbildung waren die Illustrationen mit „Handwerker“-



Daten wie Implantatlängen, -durchmessern und -oberflächen, etc. angereichert. Diese mögen allenfalls das Material abgeben für „Roadshows“, also für industrielles Marketing in den Fußgängerzonen größerer Städte mit der Beteiligung prominenter Zahnärzte/innen und werbenden Hochschullehrern zum Kundenfang und Implantat-Absatz in der jeweiligen Region, haben jedoch mit meinem Beitrag im *Forum* ebenso wenig zu tun wie Schmidingers paramedizinische Diagnosen von „Rundschlägen, Kahlschlägen, Querschlägen“ und anderen Schlägen. Das eine wie das andere ist damit so überflüssig wie ein bayrischer Kropf.

Zukünftige sozialmedizinische Indikationen

Schmidinger kokettierte mit der Unkenntnis sozialmedizinisch determinierter Behandlungsrichtlinien in der Zahnmedizin. Er hätte natürlich wissen können, dass spätestens seit dem Erscheinen des Lehrbuches „Sozialmedizin“ von Hans Schaefer und Maria Blohmke im Jahr 1972 die Inhalte dieses Faches mit allen gesellschaftlichen Implikationen zum Standardwissen auch unseres Berufsstandes gehören sollten. Im Gegensatz zu Schmidinger sehe ich in der Zukunft durchaus sozialmedizinisch vertretbare implantat-prothetische Versorgungen im GKV-Bereich, wenn die Solidargemeinschaft fortbestehen kann.



Kirchoff (li.) und Schmidinger (re.) traut vereint: 1981

Allerdings nicht unbedingt als Ausdehnung der schon geltenden Regelungen für Suprakonstruktionen. Denn die Festzuschüsse für implantat-prothetische Suprakonstruktionen wurden seinerzeit festgelegt, ohne dass für jede dieser Maßnahmen hinreichende Evidenz gefordert wurde. Bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt fehlt bei vielen von ihnen der Nachweis von Unbedenklichkeit und von Wirtschaftlichkeit im Vergleich zu entsprechenden konventionellen Versorgungen. Zu erwarten ist, dass es wegen der Reparatur-Anfälligkeit der Suprakonstruktionen, wegen des „tsunamiartigen“ Anwachsens der Periimplantitis, aber auch wegen des Knochenabbaus in augmentierten Bereichen zu bislang nicht einzuschätzenden Folgekosten für die GKV kommt. Ihr Gutachterwesen steht in dem berechtigten Verdacht, noch überfordert zu sein, wenn es um die Überprüfung

von Planung und Therapie implantatprothetischer Versorgungen, von Materialien und vorbereitenden operativen Maßnahmen sowie um die Kontrolle der von den Implantologen praktizierten analogen Berechnung vieler Leistungen geht. Dessen ungeachtet trete ich dafür ein, dass auch für GKV-Versicherte in der Folge gesicherter, auf international standardisierter Evidenz beruhender positiver Ergebnisse sozialadäquate implantatprothetische Versorgungen in anatomisch begründbaren Fällen und über die Suprakonstruktionen hinausgehend im Leistungskatalog enthalten sein sollten. Darunter fallen meiner Ansicht nach sonst zahnmedizinisch nicht adäquat versorgbare zahnlose Unterkiefer mit zwei Implantaten, sonst zahnmedizinisch nicht adäquat versorgbare Oberkiefer mit zwei bis vier Implantaten, der einseitige Freifall bis zur jeweiligen Zahneinheit 6, unter besonderen Umständen auch der

beidseitige Freifall bis zur Zahneinheit 6. Andere, grundsätzlich konventionell zu versorgenden Behandlungsfälle sollten weder einen Festzuschuss-Anspruch auf implantatprothetische Versorgungen noch isoliert für Suprakonstruktionen erhalten dürfen. In der Zukunft zu diskutieren wäre über den Einsatz endständiger Implantat-Pfeiler zur quadrangulären Abstützung bei beidseitigem Verlust von 4-8 und die minimale Pfeilervermehrung im dezimierten Restgebiss kontralateral auf der zahnlosen Kieferhälfte für die Versorgung mit herausnehmbarem Zahnersatz. Bei geklärter Evidenz für größere Verbundbrücken wäre auch diese Indikation hinsichtlich einer minimalen Pfeilervermehrung diskussionswürdig.

Solange jedoch das Preisniveau für ein einzelnes Implantat mit Krone das monatliche Gesamtbudget für eine durch-

schnittliche mehrköpfige Familie massiv übersteigt, sind Vorschläge dieser Art auch bei theoretisch vorliegender Evidenz für die GKV irrelevant. Schmidingers euphemistische Sicht einer „boomenden“ Implantologie wird zumindest vorerst begrenzt bleiben durch die Einkommensverhältnisse unserer Bevölkerung bei anhaltenden Reallohnsenkungen. Der international führende Implantat-Hersteller Nobel Biocare machte für das Jahr 2008 rückläufige Umsatzzahlen bekannt; im 3. Quartal 2008 betrug der Umsatzrückgang in Europa über 5 % und in Nordamerika über 6 %. Die Privaten Krankenversicherungen, die noch Vollversicherungsschutz anbieten, werden sich aus Gründen der Beitragsstabilität eines Tages gezwungen sehen, neue Tarife mit Obergrenzen bezüglich der Anzahl und Art von Implantaten, Operationstechniken, der Preise von Knochensatzmaterialien etc. einzuführen, oder

Beiträge erheben, die für Durchschnittskunden nicht mehr tragbar sind. Insofern ist absehbar, dass vorerst die umfangreiche, sich oftmals im Preissegment von Luxuskarossen bewegende implantatprothetische Therapie auf den Kreis der so genannten „Besserverdienenden“ beschränkt bleibt. Darüber hinaus ist ein wachsender Anteil von Patienten/innen aufgrund von Informationen über Risiken, Nebenwirkungen und schmerzhaftes Misserfolge nach invasiven, teilweise mehrfachen Operationen nicht mehr so leicht zu motivieren, kritiklos

einer ästhetisierend daherkommenden Heilslehre von Implantat-Ayatollahs zu folgen. Die in den letzten Jahren praktizierte Maximaltherapie wirft bereits ihre mäßigenden Schatten voraus.

Annotation:

Als ich Bastian Schmidinger am Ende der „Rebellions“-Zeit der „roaring sixties“ im Rahmen der Fachschaftsarbeit als sympathischen, sozialliberalen Studenten kennen lernte, kam er, wenn ich mich richtig erinnere, geradewegs aus der Mitgliedschaft im Freien Verband Deutscher Zahnärzte und machte sich auf den von meinen Hoffnungen begleiteten Weg, ein wenig die Luft der einsetzenden geistigen Freiheit zu atmen und die Notwendigkeit des sozialpolitischen Engagements zu erkennen. Schmidinger

erwähnte diesbezüglich unsere gemeinsame, umfangreiche, berufspolitisch beachtete Fortsetzungsarbeit in den **Zahnärztlichen Mitteilungen** über mögliche neue Praxisformen (ZM 14-16/1973). Aber bereits ein wenig später, als die fortschrittlichen Zahnmediziner der 70er Jahre die Präventions- und Qualitätsdebatten begannen, u. a. die von den im Einverständnis zwischen Zahnärzteschaft und Nationalsozialisten geschaffenen Strukturen des Behandlungsmonopols der niedergelassenen Zahnärzte/innen auf ihre Einflüsse bezüglich der desolaten Zustände der damaligen Kinder- und Jugendzahnheilkunde untersuchten und die katastrophalen Versorgungs-Ergebnisse in die Öffentlichkeit trugen, schuf Schmidinger die ersten Implantat-Betten für die lukrativere operative Reparatur eben dieser Zustände endemischer Zahnlosigkeit. Die sozial- und gesundheitspolitische Diskussion, so scheint es, hat er über die Jahre darin bewusst verschlafen, um nun endlich als Wiedergänger des FVDZ zu reüssieren. Heute noch wirbt Schmidinger Umsatz steigend mit vielen Tausend inserierter Implantate: Das Sein bestimmt das Bewusstsein.

PR-mäßig wird Schmidingers exemplarische Karriere durch zeitgemäße Homestories abgesichert. Sein *way of life* kann uns optimistisch und hoffnungsfroh in die Zukunft blicken lassen. So nutzte er kürzlich die günstige Gelegenheit, in der stilprägenden Boulevard-Presse multiple Eheerfahrungen bekannt zu machen und über aktuelle Ergebnisse lustvoll erlebter Senioren-Potenz uns und „den Frauen über 40“ in der **Brigitte** 06/2008, S. 58-62, zu berichten. Da machte er auch mir persönlich wieder Freude, der gleichermaßen gute und alte Schmidinger, denn hier war wissenschaftliche Präzision und seriöse Argumentation auf sozialmedizinisch fundiertem Hintergrund einmal ungefragt geblieben. Und was also dachte der alte Sozialdemokrat: „Trotz alledem, auch die Frauen über 40 brauchen schließlich Implantate!“

Dr. Wolfgang Kirchhoff, Marburg
kuwkirchhoff@gmx.de

Personalia - Personalia - Personalia - Personalia

Glückwunsch nach Witten an Prof. Dr. Stefan Zimmer!

Im November 2008 wurde nach Hochschültätigkeiten in Berlin und Düsseldorf **Prof. Dr. Stefan Zimmer**, der die Präventionskonzepte des DAZ maßgeblich geprägt hat, auf den Lehrstuhl für Zahnerhaltung und Präventive Zahnmedizin an der Privaten Universität Witten Herdecke berufen und zum Dekan der ZMK-Fakultät ernannt. Der national und international renommierte Wissenschaftler hat seit jeher die sozialen Zusammenhänge mit im Blick



und betont die Wichtigkeit von aufsuchender Betreuung für Kinder mit hohem Kariesaufkommen wie auch von Programmen für die zunehmend älter und multimorbider werdenden Menschen in Deutschland, die dank der Präventionserfolge im Alter über mehr eigene Zähne verfügen.

Prof. Zimmer vertritt nicht nur in Forschung und Lehre eine präventionsorientierte Zahnmedizin, sondern engagiert sich auch unmittelbar für die Förderung gesundheitsgerechten Verhaltens - durch Gesundheitserziehung und Öffentlichkeitsarbeit. In zahlreichen Publikationen finden Verbraucher verständliche Erklärungen und Tipps von ihm zum Thema Zähne. Seit längerem gehört er auch dem wissenschaftlichen Beirat der DAZ-Informationsstelle für Kariesprophylaxe an und fungiert als ihr Sprecher. Die Informationsstelle leistet kontinuierliche Aufklärungsarbeit für die gesamte Bevölkerung.

Prof. Zimmers Stellvertreter bei der IfK war bisher **Dr. Hanns-Werner Hey**, der die Einrichtung 1991 mit ins Leben gerufen hat und durch



seine Beharrlichkeit die Verbreitung fluoridierten Speisesalzes zur Kariesprophylaxe wesentlich voranbringen konnte. Kürzlich hat er aus Altersgründen sein Amt weitergegeben - an **Dr. Gudrun Rojas**, die dem Beirat bereits angehörte. Als Zahnärztin im Öffentlichen Gesundheitsdienst und in der Gruppenprophylaxe des Landes Brandenburg verfügt sie über umfangreiche Erfahrung in der Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit und in der Zusammenarbeit verschiedener Partner bei gemeinsamen Projekten. Der DAZ freut sich auf neue Impulse von ihrer Seite.

Bei der Berliner Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Zahngesundheit, deren Aktivitäten der DAZ immer mit Interesse verfolgt, gab es kürzlich ebenfalls eine altersbedingte Veränderung:

Dr. Erika Reihlen hat sich - nachdem der Siebzigste noch gebührend in bunter LAG-Runde gefeiert worden war - nach mehr als 17 Jahren von den Alltagsgeschäften der Arbeitsgemeinschaft zurückgezogen. Als Zahnärztin im ÖGD und LAG-Vorsitzende hat sie zusammen mit anderen die Präventionsprogramme in Berlin



auf- und ausgebaut, die zum Teil Vorbildcharakter für andere Bundesländer hatten. Ihr gilt der Dank der LAG.

Auch der DAZ dankt Frau Dr. Reihlen für die anregende Zusammenarbeit und wünscht alles Gute!

Ohne Gerechtigkeit keine Gesundheit Unter diesem Motto fand im Dezember 2008 in Berlin zum 14. Mal in Berlin der bundesweite Kongress „Armut und Gesundheit“ mit ca. 1.700 Teilnehmenden aus Wissenschaft, Politik und Praxis statt. Wie u.a. Prof. Dr. Rolf Rosenbrock vom Sachverständigenrat ausführte, kann die „wachsende Ungleichheit von Gesundheitschancen auch in Deutschland ... nicht allein von der Gesundheitspolitik aufgefangen werden. Entscheidungen über die Verteilung von Gesundheitschancen und damit die Lebenserwartung und Lebensqualität in der Bevölkerung fallen genauso in der Bildungspolitik, Arbeitsmarktpolitik und bei der Einkommensverteilung: Ohne Gerechtigkeit keine Gesundheit!“ Um Prävention zu stärken und benachteiligte Gruppen zu erreichen, hat sich ein Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ gebildet, der u.a. Beispielprojekte guter Praxis aus ganz Deutschland sammelt und präsentiert.
 WEITERE INFOS unter: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de und www.gesundheitberlin.de



Wohin steuert das Gesundheitswesen? Wie geht es weiter im DAZ? DAZ-Jahrestagung brachte mehr Fragen als Antworten

Seit 1980 gibt es den Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde als kleinen zahnärztlichen Berufsverband. Nach wie vor fühlt er sich den bei seiner Gründungsmaßgeblichen Zielen verpflichtet: bevölkerungsweite Prophylaxe fördern, den Berufsstand zur Verbesserung der Qualität zahnärztlicher Arbeit aus eigener Verantwortung motivieren, sich für eine gute Versorgung aller Bürger unabhängig von Einkommen und sozialem Status einsetzen. Durch Zusammenschluss von Kollegen in so genannten Studiengruppen, durch fachliche und berufspolitische Diskussion, Fortbildungsveranstaltungen und die Herausgabe eines eigenen Mediums hat der DAZ sich seither für Verbesserungen zu Gunsten von Patienten und der im Versorgungssystem Tätigen stark gemacht und immer wieder Themen unter die Lupe genommen, die sonst eher an den Rand gedrängt oder unter den Teppich gekehrt zu werden drohten.



Das kritische Beleuchten bestimmter Aspekte der Standespolitik und des Versorgungsgeschehens haben sich auch andere auf die Fahnen geschrieben, so die Initiative Unabhängige Zahnärzte Berlin (IUZB),

die folgerichtig eine Lupe in ihrem Logo führt. Die IUZB entstand ursprünglich im Zusammenhang mit Konflikten um die Honorarverteilung in Berlin. Schnell erweiterten sich die Ziele und Aktivitäten der Gruppe und bereits im Jahr 2002 formierte sich die IUZB als eingetragener Verein, welcher bei den Körperschaftswahlen in Berlin unter den Oppositionsverbänden mittlerweile die meisten Wählerstimmen auf sich vereinen kann.



Ähnlich wie der DAZ setzt sich die IUZB für eine gute Versorgung der Patienten und eine gerechte Honorierung der im Gesundheitswesen Arbeitenden ein. Besonders Augenmerk legen die IUZBler auch auf das Geschehen in den zahnärztlichen Körperschaften. Dahinter steht die Auffassung, dass man zuallererst im eigenen Zuständigkeitsbereich klare und korrekte Verhältnisse schaffen muss, ehe man sich Problemen im größeren Rahmen zuwenden kann. Neben der Einforderung von Transparenz geht es der IUZB zum Beispiel um die Frage, ob Fehlverhalten in den Körperschaften von der Kollegenschaft erst dann geahndet werden soll, wenn es justiziabel ist. Oder ob nicht vielmehr bereits früher

eingeschritten werden muss, wenn gegen anerkannte moralische Prinzipien verstoßen wird. Die IUZB orientiert sich dabei u.a. an Forderungen, wie sie unter dem Stichwort „Wirtschaftsethik“ in der Wirtschaft und abgewandelt auch in verschiedenen nationalen und internationalen Institutionen und Organisationen seit längerer Zeit diskutiert werden und Niederschlag in entsprechenden Verhaltenskodizes gefunden haben. Insgesamt geht es der IUZB um die Glaubwürdigkeit und demokratische Arbeitsweise der zahnärztlichen Selbstverwaltung – Themen, die auch dem DAZ am Herzen liegen.

Fortlaufend aktualisierte Infos zu den IUZB-Aktivitäten finden Sie unter

www.iuzb.net

Dank guter Kontakte auf Berliner Ebene entstand 2008 die Idee, die Herbsttagungen beider Verbände zusammen abzuhalten. So fand im September 2008 in Berlin-Mitte erstmalig eine gemeinsame DAZ-IUZB-Jahrestagung statt, bei der unter rege Beteiligung von IUZBlern, DAZlern und weiteren Zahnärzten der Medizin-Ethiker Prof. Dr. Giovanni Maio aus Freiburg zum Thema „Medizin und Schönheitswahn –

Ethische Grenzen einer marktorientierten Zahnheilkunde“ referierte. Laut Maio vollzieht sich derzeit, zumal in der Zahnmedizin, ein grundlegender Wandel im Arzt-Patienten-Verhältnis und im ärztlichen Selbstverständnis. An die Stelle des Arztes, der dem Not leidenden Kranken hilft, tritt der Dienstleister-Arzt, der seine Angebote an der Kunden-Nachfrage ausrichtet bzw. diese Nachfrage oft zuvor durch Werbung selbst erzeugt. Immer mehr Raum gewinnen Wellness- und Fitnessangebote sowie Verschönerungsleistungen, die oftmals nichts mit notwendiger Krankheitsbehandlung zu tun haben, sondern rein kommerziell motiviert sind. Wenn sich der Arzt oder Zahnarzt auf ein solches Terrain begibt, verlässt er den Boden grundlegender ärztlicher Prinzipien und wird damit, so Maio, zum Handwerker und Verkäufer. Dabei ging es dem Leiter des Freiburger Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin keineswegs darum, dem Bemühen um ästhetische Lösungen in der Zahnheilkunde eine Absage zu

erteilen oder bestimmte zahnmedizinische Maßnahmen grundsätzlich zu verteufeln. Entscheidend ist für ihn vielmehr der Kontext der Einzelmaßnahme, die Motivation der Beteiligten. Das Abrücken von den ärztlichen Prinzipien hat im übrigen seinen Preis. Es kostet, wenn die Entwicklung so weiter geht, die mit der Freiberuflichkeit verbundenen Privilegien (auch steuerlich, s. S.21), und es kostet letztlich das Vertrauen der Patienten in die ärztliche Profession.

Dass die Kommerzialisierung der Medizin zu Vertrauensverlusten führt, dürfte jeder Zahnarzt nachvollziehen können, der ja ab und zu auch selbst Patient ist. Seit in einem STERN-Schwerpunktheft zum Thema „Zähne“ auf das Qualitätssicherungsprojekt des DAZ und die Selbstverpflichtung der beteiligten Zahnärzte verwiesen wurde, reißen in der Geschäftsstelle die Anfragen nicht mehr ab. Viele Patienten haben den Eindruck, dass für den Zahnarzt die finanzielle Seite im Vordergrund steht, und sind davon zutiefst verunsichert. Dabei geht es nicht darum, dass sie etwa nichts bezahlen oder nur die billigste Lösung wollen. Vielmehr suchen sie einen Zahnarzt, dem sie vertrauen können. Und das heißt für sie: einen Zahnarzt, der nicht das

Geld, sondern ihr gesundheitliches Problem an die erste Stelle setzt und sich nach bestem Wissen und Gewissen bemüht, ihnen zu helfen.

Für viele Teilnehmer der Tagung von DAZ und IUZB waren die Ausführungen des Referenten, die er dem DAZ-Forum dankenswerter Weise in komprimierter Form zur Verfügung gestellt hat (siehe Seite 5ff), eine Ermutigung, sich nicht durch die allgegenwärtige Marketing-Flut beirren zu lassen, sondern weiterhin die Arbeit am Be-



Referent Prof. Maio (r) im Gespräch mit G. Gneist, IUZB

darf der Patienten und den Grundprinzipien ärztlicher Ethik auszurichten. Inzwischen scheint die Wichtigkeit dieses Themas auch an anderer Stelle wahrgenommen zu werden. Prof. Maio saß z.B. auch beim Deutschen Zahnärztetag im Oktober 2008 auf dem Podium und konfrontierte dort die Zahnärzte mit seiner Bewertung der aktuellen Entwicklung aus ethischer Sicht.

Der 2. Teil der Tagung startete mit einem Austausch zu aktuellen berufspolitischen Fragen. Hierbei akzentuierte der DAZ-Vorsitzende Dr. Eberhard Riedel aus München den seit Monaten nicht abreißen lassen Disput um die zahnärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung. Ausgangspunkt war die vereinbarte Harmonisierung von Studiengängen in Europa im Rahmen eines Systems mit Bachelor- und Master-Abschluss sowie ECTS-Punkten. Die Befürworter verstärkter Spezialisierung und weiterer Fachzahnarztgebiete versuchen im Fahrwasser der europäischen Anpassung ihre Vorstellungen durchzubringen; der DAZ betrachtet diese Entwicklung mit Skepsis und hat sich der Allianz gegen die Veränderung der Weiterbildungsordnung angeschlossen. Beim Deutschen Zahnärz-

tetag im Oktober 2008 und auch bei einer außerordentlichen Sitzung der Bundeszahnärztekammer im November 2008, die inzwischen stattgefunden haben, wurde das strittige Thema nicht behandelt. Es ist somit vertagt auf die nächste BZÄK-Bundesversammlung Herbst 2009. Der neu gewählte BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel bekräftigte kürzlich in einem zänd-Interview, dass um eine Änderung der Fort- und Weiterbildungsordnung kein Weg herumführe, schließlich ginge es bei der Angleichung an europäische Standards um eine „höheren Zielen verpflichtete Herausforderung“. Die DGZMK und die Vereinigung der Hochschullehrer setzten sich in einem Positionspapier mit den Argumenten der Kritiker auseinander (Zahnärztliche Mitteilungen 28-2008). Wie die Allianz lehnen beide Organisationen die Umstellung der Zahnmedizin auf ein Bachelor-Master-System entschieden ab. Den Ausbau der postgraduierten Angebote mit Masterabschlüssen und neuen Fachzahnarztqualifikationen halten sie jedoch im Interesse einer qualitativ hochstehenden Patientenversorgung für geboten. Die Diskussion zur Aus-, Fort- und Weiterbildung wird also weitergehen.

Zurück zur Tagung in Berlin. Nach Dr. Riedel ergriff Gerhard Gneist, Vorsitzender der IUZB, das Wort und erläuterte die aktuellen Vorhaben seiner Organisation. Zum Zeitpunkt der Jahrestagung befand man sich in Berlin gerade im Kammerwahlkampf. Inzwischen haben die Berliner Zahnärzte ihre Stimmen abgegeben (Wahlbeteiligung 44%), ohne allerdings die Kräfteverhältnisse wesentlich zu ändern. Auch zukünftig wird die IUZB zusammen mit anderen Berliner Gruppen die – durchaus starke – Opposition bilden. Mit der Kammer und KZV gab und gibt es – wie Gneist berichtete – verschiedene, z.T. auch mit juristischen Mitteln geführte Auseinandersetzungen, so in Bezug auf die Organisation des Notdienstes und in Bezug auf das Versorgungswerk. Fast ausnahmslos hat die IUZB bisher vor Gericht Recht und Rückendeckung seitens der Aufsichtsbehörde bekommen. Mit ergänzenden Berichten aus der Arbeit in den Berliner Körperschaften von Olaf Cornehlens, Berlin,

IUZB-Vertreter im Versorgungswerk, und von Dr. Helmut Dohmeier, Berlin, dem Vorsitzenden der Berliner Unabhängigen Zahnärzte (BUZ) und Mitglied im Rechnungsprüfungsausschuss der KZV Berlin, wurde der organisationsübergreifende Teil der Jahrestagung beendet. Teilnehmer von beiden Seiten bezeichneten die gemeinsame Veranstaltung als gelungen. Sie muss nicht die einzige Tagung dieser Art bleiben.

Den Auftakt der nun folgenden DAZ-Jahreshauptversammlung (JHV) bildeten der Vorstandsbericht, die Informationen zur wirtschaftlichen Lage des Verbandes und die üblichen Vereinsformalia. Nach Entlastung von Vorstand und Geschäftsführung und Dank für die seit der letzten JHV geleistete Arbeit standen turnusgemäße Vorstandsneuwahlen auf dem Programm. Erstmals in der Geschichte des Verbandes fand sich kein Kandidat bzw. keine Kandidatin für das Amt des/der ersten Vorsitzenden. Dies hat zweifellos zu tun mit der gestiegenen Belastung der Zahnärzte in ihren Praxen, mindestens ebenso aber auch mit der Resignation vieler langjähriger Mitglieder angesichts der allgemeinen Entwicklung und des Mangels an neuen, jüngeren Mitstreitern. Auch wenn der DAZ derzeit noch über gewisse personelle und materielle Ressourcen verfügt, die Arbeit in Teilbereichen gut funktioniert und viele Mitglieder klar zu den Verbandszielen und auch zu den von Prof. Maio vorgetragenen Maximen stehen, wird dennoch das Nachwuchsproblem immer gravierender.

Angesichts dieser Situation forderte die Mitgliederversammlung den bisherigen Vorstand auf, seine Tätigkeit kommissarisch fortzuführen und verschiedene Optionen, die Zukunft des DAZ betreffend, zu prüfen. Dies soll nun in den nächsten Monaten geschehen, und dabei sind alle interessierten Mitglieder ganz eindringlich zur Mitarbeit aufgefordert.

**Irmgard Berger-Orsag,
DAZ-Geschäftsführerin, Köln**

Kostenloses Infomaterial zum Verteilen, insbesondere zur **Fluorid-Prophylaxe**, gibt es bei der **DAZ-Infostelle für Kariesprophylaxe**, Oberlindau 80-82, 60323 Frankfurt, T. 069/24706822, F.069/70768753, daz@kariesvorbeugung.de



Weg von der Zahnmedizin – führt zur Umsatzsteuerpflicht



Nach den Ratschlägen von Praxisberatern, wie eine moderne Zahnarztpraxis mit Erfolg in die Zukunft geführt wird, müssen verstärkt Leistungen außerhalb der Gebührenkataloge erbracht werden, Leistungen, die mit der eigentlichen Zahnmedizin nichts mehr zu tun haben. Damit unterliegen wir teilweise der Umsatzsteuerpflicht. Unser ärztlicher Beruf wandelt sich. Da gilt es aufzupassen.

Umsatzsteuerfrei sind nach § 4 Nr. 14 Satz 1 UStG ausschließlich ärztliche Heilbehandlungen, und dazu zählen Leistungen zur Vorbeugung, Diagnose und Behandlung über Heilung bis Nachsorge von Erkrankungen. Entsprechende von Heilpraktikern, Krankengymnasten, Hebammen oder ähnlich heilberuflich Tätigen erbrachte Leistungen sind ebenfalls umsatzsteuerbefreit.¹

Doch wird in der zahnärztlichen Praxis häufig sehr viel mehr erbracht bzw. angeboten: Bestimmte zahntechnische Leistungen (kleine Laborarbeiten wie Modelle, Zahnersatz-Reparaturen, aber auch chairside gefertigte Restaurationen – Cerec!) gehörten schon immer zum zahnärztlichen Alltag. Im Rahmen der Prävention kam der Verkauf von zahnärztlichen Hygieneartikeln im Praxishop dazu. Erweitert wird das gelegentlich um Produkte, die den „allgemeinen Gesundheitszustand“ verbessern sollen. In letzter Zeit finden sich zusätzlich umsatzstarke „ästhetische“ Leistungen wie Bleaching, Veneers oder Botox-Injektionen und andere „Wohlfühl“-Angebote. Dieses alles sind keine von der Umsatzsteuer befreiten Heilbehandlungen!

Konnten wir bislang auf die Erhebung und Abführung der Umsatzsteuer auf Grund des geringen Umfangs verzichten, so wird durch die Ausweitung des Angebotes insbesondere mit den zuletzt angeführten Leistungen schnell die Grenze der von der Umsatzsteuer befreienden Kleinunternehmerregelung überschritten:

„Unternehmer, die nur geringe Umsätze tätigen, werden als Kleinunternehmer eingestuft. Als Kleinunternehmer gelten Unternehmer, deren Umsatz im vorangegangenen Jahr einen Betrag von 17.500 € nicht überstiegen hat und deren Umsatz im laufenden Jahr 50.000 € voraussicht-

lich nicht übersteigen wird. Beide Voraussetzungen müssen gegeben sein.“²

Damit kommt ein größerer bürokratischer Aufwand auf die Praxis zu bei der Rechnungserstellung sowie auf Buchführung und Steuerberater bei der Erfassung und Berechnung der umsatzsteuer-relevanten Daten sowie der Erstellung der Umsatzsteuererklärungen.

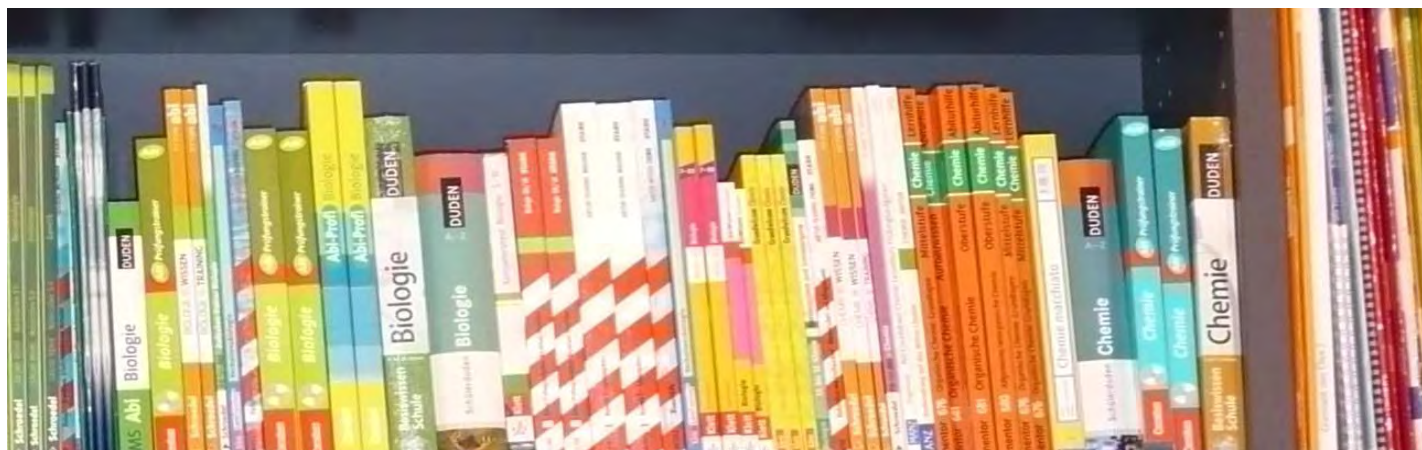
Versüßt wird dieser Aufwand durch die Möglichkeit des Vorsteuer-Abzuges: Bei allen Ausgaben, die für die umsatzsteuerpflichtigen Leistungen getätigt wurden, kann die bezahlte Umsatzsteuer von der entstandenen Umsatzsteuerschuld als Vorsteuer abgezogen werden. Ein Teil der Kosten (z.B. für Geräte und Materialien) ist direkt zuordenbar – hier kann man die Umsatzsteuer zu 100 % in Ansatz bringen, weshalb es sich empfiehlt, diese Ausgaben getrennt zu erfassen. Weitere Ausgaben der Praxis (z.B. Miete, Energiekosten, Anschaffungen für die Praxis insgesamt) kommen teilweise dem steuerpflichtigem Bereich zugute; hier kann die gezahlte Umsatzsteuer anteilig abgezogen werden. Der hierfür maßgebliche Faktor muss bei jeder notwendigen Umsatzsteuervoranmeldung und folgenden Umsatzsteuererklärung neu berechnet werden. Entsprechend dem Anteil von umsatzsteuerpflichtigen (s. oben) zu umsatzsteuerfreien (zahnärztlichen sowie Kfo- und KBr-Labor-) Einnahmen kann die von dem nach Abzug der direkt dem umsatzsteuerpflichtigen Praxisumsatz zuordenbaren Ausgaben verbleibenden Anteil der Gesamtausgaben gezahlte Umsatzsteuer als Vorsteuer geltend gemacht werden. Seit 2006 muss das alles auf der neuen Anlage EÜR (Gewinnermittlung nach § 4 Abs. 3 EStG) eingetragen der Einkommensteuererklärung beigefügt werden. Alles klar?

Oder sollten wir uns vielleicht doch lieber mehr auf unseren (zahn-)ärztlichen Beruf besinnen?

Dr. Ulrich Happ, Hamburg

¹ C. Metzger, Bundessteuerberaterkammer, Okt. 2008: Umsatzsteuerpflicht bei ästhetischen/kosmetischen Leistungen wie Bleachen, www.zaek-hh.de/

² www.steuerlexikon-online.de/Kleinunternehmerregelung.html



Zahnärztliche Prothetik – braucht Methodenvielfalt

Rezension eines Lehrbuches von W. Gernet, R. Biffar, N. Schwenzer, M. Ehrenfeld

Wenn man sich mit jüngeren Kollegen unterhält, kann sich leicht das Gefühl einstellen, moderne zahnärztliche Prothetik sei nur noch implantatgestützt denkbar. Unbestritten hat die Zahnmedizin, besonders im prothetischen Bereich, in den letzten Jahrzehnten unglaubliche Entwicklungen durchlaufen und große Fortschritte in der technischen Herstellung, der Ästhetik und – um im sprachlichen Trend zu bleiben – der Nachhaltigkeit im wörtlichen Sinn erzielt, gerade auch durch die und mit der Implantologie.

Andererseits müssen diese Errungenschaften noch immer und in immer größerem Umfang vom Patienten bezahlt werden, was für viele schwierig oder unmöglich ist, weshalb der Praktiker in der Lage sein muss, auch einfachere und trotzdem funktionsgerechte Problemlösungen anzubieten.

Ein Lehrbuch „Zahnärztliche Prothetik“ sollte also sowohl den state of the art als auch Bewährtes und Bewahrenswertes widerspiegeln, auch auf die Gefahr hin, dass manche(r) den mit Bonwill- und Ringklammern abgestützten Modellguss als Methode der Altvorderen überblättert, obwohl, so die Autoren dieses Buches, „die abnehmbare erweiterungsfähige Teilprothese gerade bei prognostisch eher ungünstigen Voraussetzungen indiziert ist“. Ebenso begrüßenswert, dass im Zeitalter der Ex-Hopp-Neu-Prothetik hier auch die Möglichkeiten der Reparatur abgeplatzter Keramikverblendungen und die konservierende Behandlung begrenzter Kronenrandkaries Erwähnung finden sowie auch Materialunverträglichkeitstherapien (nach vorausgegangenem Lymphozyten-Transformations-Test LTT) aufgezeigt werden. Gerade

dieses Problemfeld ist ja von allerlei Verdächtigungspotential belastet.

Zweifellos gibt es zu jedem der hier behandelten Themenbereiche weitaus umfangreichere Spezialliteratur – umso erstaunlicher, dass trotz auffälliger Straffung alles Wesentliche in angemessener Gewichtung Erwähnung findet, z.B. dass den kraniomandibulären Funktionsstörungen und ihren analytischen und therapeutischen Ansätzen als Voraussetzungen für eine funktionsgerechte Zahnersatzversorgung der notwendige Raum an vorderster Stelle des Buches eingeräumt wird.

Kompakt und auf das Wichtigste konzentriert auch die Kapitel Kronen- und Brückenprothetik, Implantatprothetik natürlich, Total- und Teilprothetik. Manche der dargestellten Verblockungs-Beispiele erscheinen mir überholt, auch einen gegossenen Stiftaufbau ohne Einfassung der stehen gebliebenen Schmelzschale sollte man lieber lassen, zumindest nicht hier abbilden (S.43). Das sind aber peanuts gegenüber dem sehr guten Gesamteindruck. Übergewichtet finde ich die 30 Seiten Kiefer-Gesichtsprothetik mit den diversen Epithesen-Techniken für Orbita- und Ohrbereich, eher doch die Sache einer Handvoll Spezialisten und als Exotik für Examina, weniger für die Kollegin und den Kollegen in der Praxis.

Fazit: Das mit der bei Thieme üblichen Opulenz an Abbildungen, Schemata und Tabellen ausgestattete Buch mit den zahlreichen – zuweilen etwas selbstverständlichen – Praxistipps ist als Repetitorium und Kompendium hervorragend geeignet, sowohl dem Anfänger als Leitfaden dienlich

oder andere Detail ins Gedächtnis zurückzurufen, möglicherweise einen alternativen Behandlungsansatz anzubieten oder Tipps, wie man die tägliche Prothetik optimieren kann. Womit das Buch dann allemal seinen Preis von 80 € wert ist.

Dr. Hanns-W. Hey, Münsing

* * *

Der Forum-Redaktion werden immer wieder Buchbesprechungen zugesandt, die wir leider nicht alle veröffentlichen können. Im gedruckten Heft beschränken wir uns auf die bibliografischen Angaben und stellen die Rezensionen in voller Länge auf den DAZ-Webseiten unter www.daz-web.de ein, Rubrik „**lesetipps**“.

lesetipps

Caris-Petra Heidel (Hrg.):
Naturheilkunde und Judentum
Medizin und Judentum Band 9,
Mabuse Verlag 2008, 208 Seiten,
32 € ISBN 978-3-940529-09-1

Ein Buch nicht nur für historisch Interessierte, wie Rezensent **Dr. Wolfgang Kirchhoff** unter **lesetipps** berichtet.

Michael A. Baumann, Rudolf Beer:
Endodontologie in der Thieme-Reihe Farbatlanten der Zahnmedizin
2. Auflage 2008, 407 S., 1976 meist farbige Abbildungen, 229,95 €, ISBN 978-3-13-725702-8

Dr. Susanne Hahner hat bei der überarbeiteten und erweiterten Neuauflage des Endo-Farbatlas wesentliche Verbesserungen festgestellt ... siehe **lesetipps**.