



30. Jahrgang,
März 2011

Ausgabe 106

Forum für Zahnheilkunde

Zeitschrift des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde
und des Berufsverbandes der Allgemeinzahnärzte



DAZ-VDZM-
Frühjahrstagung
Frankfurt, 07.05.11
Update Kariestherapie
mit Prof. M. Noack

DAZ-Umfrage zur
Endodontie:
Ergebnisse

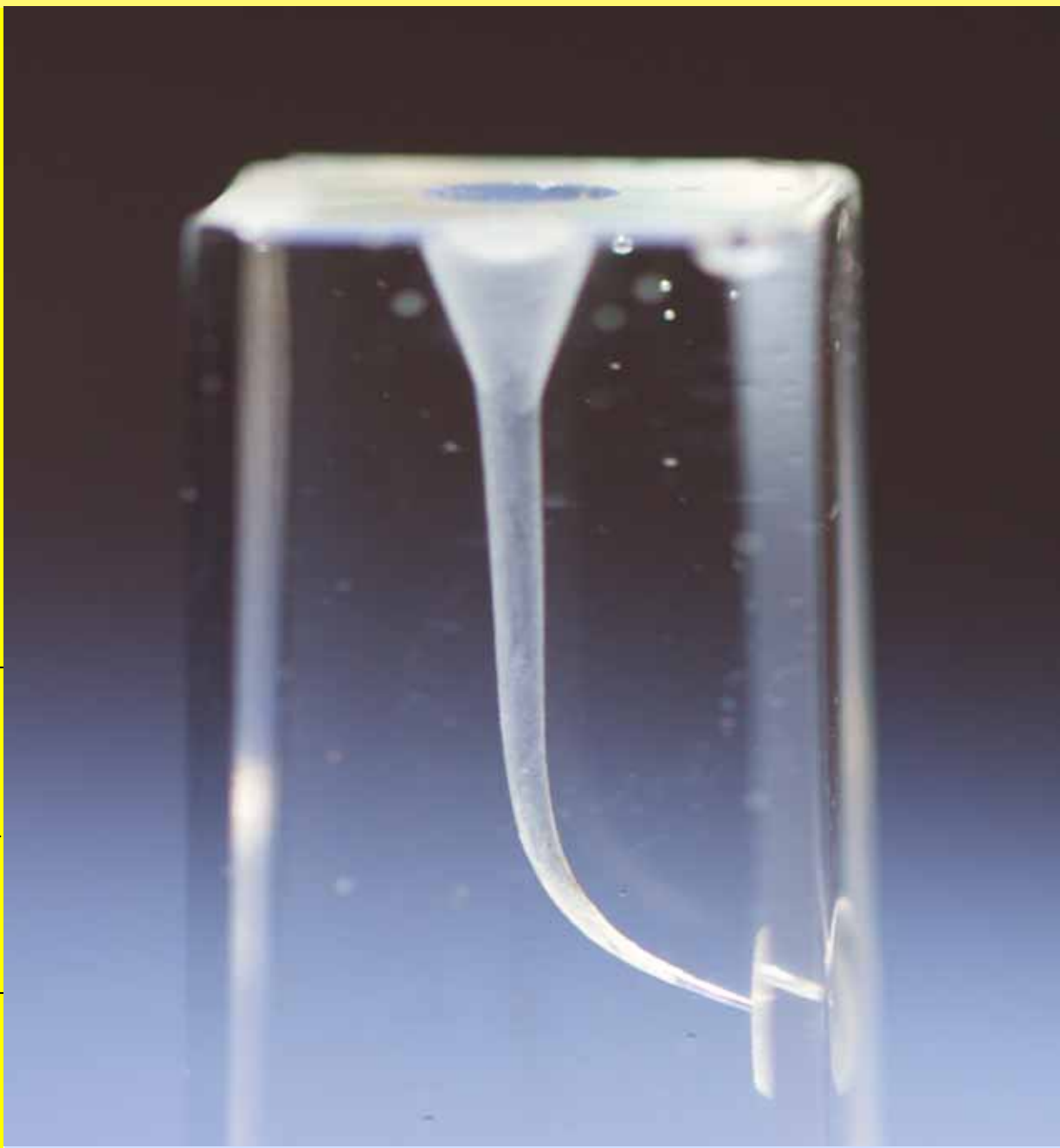
Frauenquote
oder
Quotenfrauen

Mit den
Krankheitserfindern
unterwegs

Hypnose in der
Zahnarztpraxis

Neue Serie zum
Praxis-Personal

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



**So schön und klar kann Endo sein -
im Modell und in der Theorie.**

In der Praxis geht es um Bakterien, nekrotisches
Material, mangelnde wissenschaftliche Evidenz und
begrenzte finanzielle Ressourcen.

Anzeige Dentsply

Editorial:

Das kann es ja wohl nicht sein, liebe Kolleginnen und Kollegen!



In ihrer Pressemitteilung vom 20. Januar 2011 berichtet die Deutsche Gesellschaft für Implantologie (DGI) über einen Diskurs zur Grundsatzfrage, ob Zähne endodontisch erhalten oder besser durch Implantate ersetzt werden sollen. Dabei wird Dr. Josef Diemer aus Meckenbeuren als Vertreter der sich als modern und fortschrittlich verstehenden Endodontologie mit der Aussage zitiert, dass der – mit der Implantation momentan preislich vergleichbare – endodontische Zahnerhalt eigentlich teurer sein müsse als der implantologische Ersatz. Der endodontische Eingriff verursache schließlich mehr Aufwand und sei darüber hinaus auch schwieriger als eine Implantation.

Hier zeigt sich das ganze endodontische Dilemma: In dem frustrierten Bemühen, die bescheidenen und seit 70 Jahren stagnierenden Erfolgsquoten endlich zu verbessern, werden die technischen Voraussetzungen für eine lege-artis-Behandlung in immer neue Höhen geschraubt. So unterstellt Kollege Diemer wie selbstverständlich, dass mit der Implantologie vergleichbare Erfolgsquoten nur mit Hilfe eines Dentalmikroskops zu erzielen seien. Dabei übersieht er geflissentlich, dass das endodontische Hohlraumsystem auch mit maximalem technischem Aufwand gerade einmal zu einem Drittel mechanisch gereinigt werden kann – eine

Grundtatsache, die in der letzten Ausgabe des „Forums“ beim Schwerpunktthema „Mechanische Aufbereitung“ zur Debatte stand und in dieser Ausgabe den Ausgangspunkt für die Beschäftigung mit Spülungen des Wurzelkanals bildet. Zugleich verschweigt Dr. Diemer, dass das aktuell in Deutschland gelehrte und als Goldstandard bezeichnete Behandlungsprotokoll von international bekannten Endodontologen inzwischen als wenig erfolgreich eingestuft wird.

Wegen seines großen technischen Aufwandes ist der Endodontologe nicht an der Behandlung des gemeinen AOK-Patienten interessiert. Er ist vielmehr darauf angewiesen, dass wir Allgemeinzahnärzte ihm nur unsere solventen Patienten überweisen. Einmal davon abgesehen, wie sich das für uns rechnen soll, wenn wir unsere zuzahlungswilligen Patienten zur Durchführung einer zahnerhaltenden Basisleistung wegschicken, stellt sich die Frage, wer denn diejenigen Patienten behandeln soll, die sich weder den endodontischen Zahnerhalt noch den implantologischen Ersatz leisten können oder wollen. Die Antwort ist einfach. Wir Allgemeinzahnärzte natürlich! Und wie behandeln wir diese Patienten dann? Irgendwie halt, in den Augen der „modernen“ Endodontologen jedoch in keinem Falle lege artis.

Das kann es ja wohl nicht sein,
liebe Kolleginnen und Kollegen!

Bei der Endodontitis handelt es sich um eine einfache bakterielle Infektionskrankheit, die in einem seit mehr als 100 Jahren vollständig beschriebenen anatomischen Umfeld abläuft. In der Folge stellen sich die Endodontologen ein schlechtes Zeugnis aus, wenn sie einräumen müssen, dass sie bisher über kein Behandlungsprotokoll verfügen, das den endodontischen Zahnerhalt voraussagbar erfolgreicher macht als den implantologischen Ersatz.

Da hochschulseitig wenig Unterstützung zu erwarten ist, wird es – wie weiland in der Implantologie – wieder an uns Allgemeinzahnärzten hängen bleiben, ein indikationsgerechtes, voraussagbar erfolgreiches und bezahlbares endodontisches Behandlungsprotokoll zu beschreiben, das der Implantologie ihren Platz als ultima-ratio-Behandlung zuweist, der ihr gebührt.

Viele von uns betreiben seit Jahren und Jahrzehnten zuverlässige Zahnerhaltung bei endodontisch erkrankten Zähnen. Tragen wir unsere Erfahrung zusammen, packen wir's an!

Ihr Rüdiger Osswald

Inhaltsverzeichnis

Forum für Zahnheilkunde 106-2011

- 03 Editorial von Dr. Dr. Rüdiger Osswald
04 Inhalt Impressum Bildnachweis
- 05 **Ankündigung der DAZ-VDZM-Frühjahrstagung, Frankfurt, 07.05 2011**
06 Endodontie im Praxisalltag – Umfrage-Ergebnisse von Dr. Celina Schätze
09 Endodontie – alltägliche Praxis vs. universitäre Theorie von Dr. Paul Schmitt
10 WK-Spülungen und Einlagen: Empirie statt Evidenz von Dr. Paul Schmitt
10 Spülungs-Wirrwarr mit Wechselwirkungen von Dr. Paul Schmitt
11 Mutti, er hat nicht gebohrt – Fortbildung zur Karies-Therapie von Irgard Berger-Orsag
12 Mit den Krankheitserfindern unterwegs von Dr. Wolfgang Kirchhoff
17 Hypnose – ein Mittel zur Stressbewältigung von Dr. Ute Stein
21 DAZ-Projekt Qualitätssicherung: Kontaktadresse
22 Ethik, Ästhetik, Kosmetik beim Deutschen Zahnärztetag von Dr. Paul Schmitt
25 DAZ begrüßt Abkehr von der Öffnungsklausel – DAZ-Pressemeldung
25 Aus dem Berliner Sumpf von Dr. Helmut Dohmeier-de Haan
26 Implantologische Misserfolge & mangelnde Evidenz von Dr. Wolfgang Kirchhoff
- BVAZ-Teil
- 29 Der BVAZ lädt ein zum Mitmachen
30 Frauenquote oder Quotenfrauen von Dr. Michael Loewener
31 Fachzahnarzt für Allgemeine Zahnheilkunde? von Dr. Dr. Marianne Grimm
32 Ehrennadel für Dr. Jürgen Simonis
32 Geduldig mit potenten Medikamenten desinfizieren von Dr. Dr. Rüdiger Osswald
35 Von der Ein-Mann-Praxis zum Gesundheitsunternehmen mit fortgebildeten Mitarbeiterinnen – Serie „Praxis-Zukunft: qualifiziertes Personal“
37 Jens Spahn Superstar von Dr. Michael Loewener
38 Ohne Moos nix los – Abrechnungstipps von Dr. Jürgen Simonis

Impressum

Herausgeber/Redaktion/Mediadaten:

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) e.V.

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

Berufsverband der Allgemeinzahnärzte (BVAZ) e.V.

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

Beteiligt am „Forum“ sind auch Berlins unabhängige Zahnärzte (BUZ)

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

Redaktion dieser Ausgabe: Dr. C. Schätze (V.i.S.d.P. für DAZ-Teil), I. Berger-Orsag, Dr. U. Happ, Dr. M. Hillmer, Dr. K. Müller, Dr. P. Schmitt, Dr. Dr. R. Osswald (V.i.S.d.P. für BVAZ-Teil), Dr. Dr. M. Grimm, Dr. J. Simonis

Erscheinungsweise / Auflage: 4x jährlich, diese Ausgabe: 1.100 Ex.

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

Anzeigen: Anzeigen und PR-Beratung Heinz Neumann, Mauristraße 18, 41516 Grevenbroich
Tel 02182/811274, vsredaktion@aol.com

Bildnachweis: Dr. Matthias Roggendorf/Uni Marburg (wir danken für die Überlassung des Acrylblockbildes fürs Cover); Luca Galli, Torino; Prof. Dr. Michael Noack/Universität Köln; Grüne Landtagsfraktion Hessen; Bündnis 90/Die Grünen, Landesverband Hessen; Dr. Paul Schmitt, Frankfurt; Michael Warncke/Colgate-Palmolive; Hans-Dieter Frankowski, Langenzehn; Dr. Ute Stein, Berlin; Birgit Dohlus/BZÄK; Informationsstelle für Kariesprophylaxe; Knipping/DGI; Statistisches Bundesamt; Dr. Michael Loewener/ZfN; Dr. Peter Matovinovic/LZK Pfalz; Dr. Dr. Rüdiger Osswald; Andreas Haesler/Dentalmuseum Zschadraß; Jens Spahn/CDU-Bundestagsfraktion; Vera Orsag; Privat



**Nach dem langen Winter:
Lust auf Frühling?**

Und Lust auf Museum?

Circa 60 km von Dresden, Leipzig und Chemnitz entfernt befindet sich das Dentalhistorische Museum von Zschadraß. Den Anfang bildeten 1990 ausgemusterte Geräte und Möbel verschiedener Dentalfirmen. Inzwischen präsentiert sich auf mehr als 250 m² Ausstellungsfläche eine facettenreiche Auswahl zur Geschichte der Zahnheilkunde sowie der Kunst- und Kulturgeschichte auf diesem Gebiet, in die Dokumente, Geräte und Materialien aus Universitäten und über 100 privaten Sammlungen aufgenommen wurden. Schauen Sie doch einfach mal rein unter www.dentalmuseum.eu.



Dentalhistorisches Museum

Im Park 9B

04680 Zschadraß

Tel. 034381/189506 oder Tel. 0174/3261161

info@dentalmuseum.eu, www.dentalmuseum.eu

Redaktionsschluss für Forum 107:

25. April 2011

Ihre Mitarbeit ist herzlich willkommen,
u.a. zum Thema Breiten-Endo!



Foto: Luca Galli

DAZ-VDZM-Frühjahrstagung

Frankfurt/Main – im Saalbau Griesheim
 Schwarzerlenweg 57, 65933 Frankfurt-Griesheim, Tel. 069/388707
 07. Mai 2011

Gesundheitspolitische Diskussion und fachliche Fortbildung

Samstag, 07. Mai 2011, 10.00 – 13.00 Uhr

Gesundheitspolitischer Vormittag: Die Bürgerversicherung aus grüner Sicht

Wie das deutsche Krankenversicherungssystem der demographischen Entwicklung und dem medizinischen Fortschritt Rechnung tragen und zugleich sozial gerecht ausgestaltet werden kann, dazu gibt es konkurrierende politische Konzepte – insbesondere das Einkommens-unabhängige Prämienmodell ohne Arbeitgeberbeteiligung der Regierungskoalition und die Bürgerversicherung der Opposition. **Kordula Schulz-Asche**, stellv. Geschäftsführerin der grünen Landtagsfraktion in Hessen und in ihrer Fraktion für Gesundheit und Soziales zuständig, wird die Vorstellungen ihrer Partei zur Finanzierung des Gesundheitswesens über eine alle Bürger, alle Einkommensarten und die Arbeitgeberseite einbeziehende Bürgerversicherung



Vor- und nachmittags
 gibt es je drei
 Fortbildungspunkte.

(mit Wahlfreiheit zwischen gesetzlichen und privaten Versicherungsunternehmen), darstellen. Die Auswirkungen eines solchen Modells auf die zahnärztliche Versorgung sind zu diskutieren.

Samstag, 07. Mai 2011, 14.00 – 18.00 Uhr

Fachliche Fortbildung: Möglichkeiten & Grenzen einer wirtschaftlichen und patientenfreundlichen Füllungstherapie

Prof. Dr. Michael Noack, Lehrstuhlinhaber und Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der Kölner Universitätsklinik, wird den Bogen schlagen von der Diagnostik über gering invasive Frühbehandlung bis hin zur breiten Palette restaurativer Vorgehensweisen und dabei versuchen, den niedergelassenen Kollegen angesichts ständiger Neuerungen bei Techniken, Geräten und Materialien wissenschaftliche Daten zur Bewertung an die Hand zu geben. Zugleich geht es bei der



Veranstaltung darum, Versorgungskonzepte vorzustellen, die gute Ergebnisse bei begrenztem Aufwand ermöglichen und dem Bedarf gerade der Bevölkerungsschichten entsprechen, die trotz des allgemeinen Kariesrückganges nach wie vor stark von dieser Erkrankung betroffen und auf möglichst zuzahlungsfreie Therapieangebote innerhalb der GKV angewiesen sind.

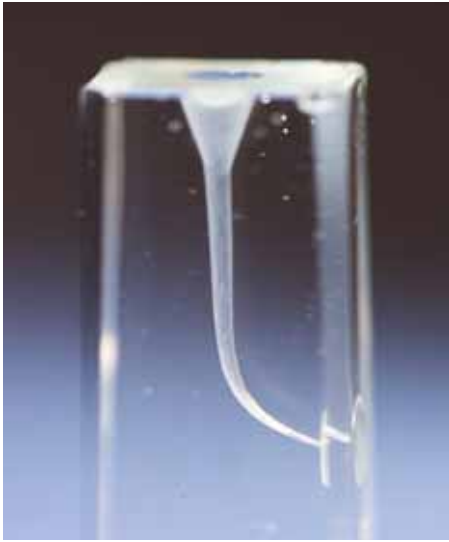
Sonntag, 08.05.2011, 9.30 – 14.00 Uhr, Arbeitstreffen von DAZ und VDZM

Infos zur Tagung und Anmeldung:

Kaiserstr. 52, 53840 Troisdorf, Tel. 02241/97228-76, Fax 97228-79,

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)

Mail kontakt@daz-web.de, Web www.daz-web.de



Endodontie im deutschen Praxisalltag

Ergebnisse einer Fragebogen-Aktion des DAZ

verbesserung bei vervielfachtem Aufwand bewirken und somit eine solide Versorgung für „Alle“ unmöglich machen. Letztlich geht es um die Frage, mit welchem Vorgehen bei minimiertem Aufwand ein verantwortbares Therapieergebnis, sprich, ein nachhaltiger Heilerfolg, erreicht werden kann. Der Zugang zu diesen effektiven Behandlungsformen muss für die Bevölkerung durch angemessene Honorierung der entsprechenden Leistungen durch die Gesetzlichen Krankenkassen gesichert werden.

ten ein und ermöglichten es, ein Bild von den endodontischen Vorgehensweisen einer Gruppe von Zahnärzten zu gewinnen, das hoffentlich die Diskussion zum Thema Endo bereichern wird.

Zielsetzung & Hintergründe der Befragung

Ziel der DAZ-Umfrage 2010 war es, ein realistisches Bild von der praktizierten endodontischen Behandlung in Deutschland zu zeichnen. Die Daten wurden über einen Fragebogen erhoben, zu dessen Beantwortung alle endodontisch tätigen Zahnärzte aufgerufen waren.

Die Fragestellungen waren zuvor von Mitgliedern des deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde (DAZ) erarbeitet worden. Im Fokus standen vor allem solche Therapieschritte, die in der aktuellen Diskussion um die Setzung von Standards in der Therapie besonders umstritten sind. Es geht dabei um die Qualität wissenschaftlicher Grundlagen allgemein, um die Kosten-/Nutzenbewertung, um absolute Finanzierbarkeitserwägungen, um die Verwirklichung sozialmedizinischer Ansprüche und auch um mögliche sachfremde Profitinteressen unterschiedlicher Beteiligten.

Die Kontroverse um die Endodontie steht in einer Reihe mit ähnlichen Kontroversen in anderen Therapiebereichen, wo eine High-End- und Spezialistenperspektive sich zu verselbstständigen und zu verabsolutieren drohen – ohne Bezug zum Gesundheitsnutzen der Patienten.

Im Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde besteht ein großes Unbehagen angesichts von Forderungen für das endodontische Therapieverfahren, die sich stark von Erfahrungswerten und Therapielogik zu entfernen scheinen. Wirkliche Evidenz ist für viele Methoden noch nicht vorhanden. Von einigen Hochschullehrern und Spezialisten werden Forderungen aufgestellt, die – nach Einschätzung vieler niedergelassener Zahnärzte – oftmals nur eine geringe Ergebnis-

Zur Methodik

Gern hätten die Urheber des Fragebogens auch Fragen zu Therapieergebnissen mit aufgenommen. Jedoch wurde hierauf bewusst verzichtet, da Fakten zu Behandlungsverläufen, Überlebensdauern behandelte Zähne, notwendigen Folgebehandlungen usw. nur von den wenigsten Zahnärzten systematisch fallübergreifend dokumentiert und ausgewertet werden und insofern auch bei einer Befragung nicht zuverlässig angegeben werden können. Ohnehin sollte die Akzeptanz der Umfrage nicht durch zu hohen Aufwand für die Befragten gefährdet werden – deshalb auch die Begrenzung auf nur eine Fragebogenseite.

Der DAZ hatte nicht die Möglichkeit, eine repräsentative Erhebung zu organisieren und die Befragten zufällig auszuwählen; dies schränkt die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse natürlich ein. Von gezielter Auswahl kann allerdings angesichts der vielfältigen Wege der Verbreitung des Fragebogens nicht die Rede sein. Die 18 Fragen zur Endo wurden veröffentlicht im DAZ-Forum, im Niedersächsischen und im Hessischen Zahnärzteblatt, in einem Rundschreiben der KZV Brandenburg, in BRAND(enburg)-AKTUELL der LZÄK Brandenburg. In weiteren zahnärztlichen Print- und Online-Medien (z.B. DIE ZAHNARZT-WOCHE, das DENTALBAROMETER, ZWP-ONLINE) erschienen Artikel über die Umfrage-Aktion, zudem wurde über die DAZ-Website und interne Mail-Gruppen des DAZ, des Berufsverbandes der Allgemeinzahnärzte, der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin, der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege zur Beteiligung an der Umfrage eingeladen. Immerhin 1022 interessierte Kolleginnen und Kollegen sandten daraufhin ihre Antwort-

Zur Auswertung

Für die Auswertung wurden verschiedene Vergleichsgruppen gebildet. Neben den Ergebnissen der Untersuchungsgesamtheit wurden die Ergebnisse folgender Teilpopulationen dargestellt:

- Frauen – Männer;
- Zahnärzte/innen, die Kofferdam nur in bestimmten Fällen legen,
- Zahnärzte/innen, die sich auf Endodontie spezialisiert haben,
- Zahnärzte/innen, die Endo-Maßnahmen bei Kassenpatienten mit einem Anteil von über 80 Prozent ausschließlich über BEMA abrechnen,
- Zahnärzte/innen, die zur Wurzellängen-Bestimmung regelmäßig elektrometrisch vorgehen,
- Zahnärzte/innen, die ausschließlich eine maschinelle mechanische Kanalaufbereitung praktizieren und
- Zahnärzte/innen, die regelmäßig zur Kanalreinigung Ultraschall anwenden.

Die Angabe einer Spezialisierung auf endodontische Behandlungen sollte nach Selbsteinschätzung erfolgen. Die Deutsche Gesellschaft für Endodontie vergibt einen zertifizierten „Spezialisten“. Daneben existieren aber viele ungenormte Tätigkeitsschwerpunkte und Spezialisierungen auf unterschiedlichem Niveau, die für den Versorgungsalltag zahlenmäßig sicherlich von größerer Bedeutung sind als die zertifizierten Kollegen. In der Folge heißt es deshalb „Spezialisierte“ und nicht Spezialisten. Etwa 13 Prozent der Probanden (12,72 Prozent) gaben an, spezialisiert zu sein.

Nicht bei allen eingegangenen Fragebögen wurden alle Fragen beantwortet. Insofern ist die prozentuale Ergebnissumme nicht immer 100 Prozent. Da auch anonyme und teilbeantwortete Fragebögen ausgewertet wurden, ist die Ergebnissumme nicht immer 1022.

Nachfolgend finden Sie in tabellarischer Form die Ergebnisse zu allen Fragen sowie im Anschluss unsere Schlussfolgerungen.

Auswertung des DAZ-Fragebogens zur Endodontie in der Praxis

Ergebnisse zu allen Fragen: angegeben sind die relativen Nennungshäufigkeiten für die jeweiligen Alternativen, bezogen auf alle Befragten sowie bezogen auf die Untergruppe der Endo-Spezialisierten

Nr.	Frage	% Alle	% Spez.
1	Legen Sie bei der WKB Kofferdam?		
	Grundsätzlich ja	24,27	57,69
	Grundsätzlich nein	34,93	15,38
	Nur in bestimmten Fällen	40,12	26,92
2a	Arbeiten Sie mit Lupenbrille?		
	Nie	22,99	9,23
	Gelegentlich	30,82	20,00
	Immer	42,66	54,62
2b	Arbeiten Sie mit OP-Mikroskop?		
	Nie	41,39	23,08
	Gelegentlich	6,36	17,69
	Immer	4,99	26,15
3	Welche Methode der Wurzellängen-Bestimmung verwenden Sie regelmäßig?		
	Röntgen-Messaufnahme	32,58	10,00
	Elektrometrische Messung	15,56	20,00
	Weder Röntgen noch elektrometrisch	2,54	1,54
	Röntgen und elektrometrisch	48,43	68,46
4	Welche Methoden der mechanischen Kanalaufbereitung wenden Sie an?		
	Ausschließlich manuell (Bohrer, Reamer, Hedström-Feilen)	15,75	6,92
	Ausschließlich maschinell (Nickel-Titan-Feilen, Giromatic o.ä.)	13,50	15,38
	Gemischt maschinell/manuell	69,77	77,69
5	Bis zu welcher Wurzellänge bereiten Sie mechanisch nach Möglichkeit auf?		
	Bei unbeherdeten Zähnen bis zum physiologischen Foramen	77,20	84,62
	Bei unbeherdeten Zähnen bis zum röntgenologischen Foramen	19,28	13,08
	Bei beherdeten Zähnen bis zum physiologischen Foramen	51,47	74,62
	Bei beherdeten Zähnen Bis zum röntgenologischen Foramen	43,35	22,31
6	Womit spülen Sie das Kanalsystem?		
	Natriumhypochlorit	83,86	89,23
	Wasserstoffsuperoxid	29,65	17,69
	Aqua destillata	4,40	8,46
	Alkohol	7,24	18,46
	Chlorhexidin	55,09	68,46
	Zitronensäure	10,76	23,85

Nr.	Frage	% Alle	% Spez.
6	Womit spülen Sie das Kanalsystem?		
	Essigsäure	0,49	0,00
	EDTA	29,75	58,46
	Anderes	4,40	4,62
7	Wie oft spülen Sie das Kanalsystem während der Aufbereitung?		
	Grundsätzlich nach jedem Instrumentenwechsel	30,33	50,77
	Mehrfach während der Aufbereitung	59,30	40,00
	Einmal nach der Aufbereitung	9,59	8,46
8	Welches desinfizierende Medikament verwenden Sie als medikamentöse Einlage? (freie Antworten)	Anzahl der Nennungen in der Gesamtheit der Antworten (Mehrfachnennungen möglich)	
	Ohne Gangrän:		
	Ca(OH) ₂	525	
	Ledermix	241	
	CHKM	133	
	CHX	38	
	Anderes	< 10	
	Mit Gangrän:		
	Ledermix	376	
	Ca(OH) ₂	369	
	CHKM	347	
	CHX	52	
	Jod, Jodoform	15	
	Anderes	< 10	
9	Benutzen Sie regelmäßig sonstige Techniken zur Kanalreinigung?		
	Elektrophysikalisch-chem. Methode	13,41	19,23
	Ultraschall	23,19	52,31
	Laser	10,18	10,77
	Nein	51,57	16,92
10	Wann verschließen Sie einen beherdeten Zahn im gangränösen Stadium mit provisorischer Deckfüllung (z.B. Cavit)?		
	Nie	4,40	2,31
	Nur bei weitgehender Symptomfreiheit (ohne Perkussion, ohne Pus etc.)	46,18	22,31
	Immer	48,14	74,62

Nr.	Frage	% Alle	% Spez.
11	Ist die Begrenzung auf die Sachleistung von 3 medikamentösen Einlagen pro Zahn in Ihrer Praxis regelmäßig ein Problem?		
	Ja	24,66	10,00
	Nein	74,56	89,23

12	Wann versorgen Sie die Wurzelkanäle mit einer endgültigen Wurzelfüllung?		
	Fast immer sofort in der Sitzung der Erstaufbereitung	7,34	19,23
	Nach max. 3 medikamentösen Einlagen	5,77	5,38
	Nach weitgehender Symptombefreiheit (ohne Perkussion, ohne Gangrän, trockener Kanal, auch bei röntgenologisch noch vorhandenem apikalen Befund)	79,55	71,54

121	Wann versorgen Sie die Wurzelkanäle mit einer endgültigen Wurzelfüllung?		
	Nach völliger Symptom- und Befundfreiheit (ohne Perkussion, ohne Gangrän, trockener Kanal, auch bei röntgenologisch noch vorhandenem apikalen Befund)	6,65	3,85

13.	Welchen Sealer verwenden Sie hauptsächlich? (freie Antworten)	Anzahl der Nennungen in der Gesamtheit der Antworten (Mehrfachnennungen möglich)
	AHplus	249
	Endomethasone	170
	AH26	142
	Apexit	75
	Sealpex	44
	N2	29
	Diaket	23
	Roekoseal	21
	Hermetic	13
	Gangränä Merz	12
	2-Seal Poste B	12
	Andere	<10

Nr.	Frage	% Alle	% Spez.
14	Welche Wurzelfüll-Technik / Verdichtungsmethode verwenden Sie hauptsächlich?		
	Einstift	34,44	20,77
	Laterale Kondensation	47,16	25,38
	Vertikale Kondensation	14,97	44,62

15	Zu welchem Zeitpunkt fertigen Sie eine Kontrollaufnahme der definitiven Wurzelfüllung an?		
	In der gleichen Sitzung wie die WF	68,01	65,14
	Nach einer Wartezeit von ... Wochen:		
	<i>Es ergaben sich durchschnittliche Wartezeiten von</i>	16	20
		Wochen	Wochen
	In der WF-Sitzung + nach Wartezeit	12,56	14,86
	Selten	0,87	0,57

16	Wie hoch ist Ihr gesamter Zeitaufwand in Minuten für das Legen einer normal verlaufenden Wurzelfüllung (also VitE, WK, WF), beginnend mit der Vitalextripation?		
	Beim geraden Frontzahn bzw. geraden einkanaligen Prämolaren	44,85	56,04
	Beim 3-4-kanaligen 6er oder 7er	95,68	128,18

17	Zu welchem Anteil (%) rechnen Sie bei Kassen-Patienten Endo-Maßnahmen ausschließlich über den BEMA ab?		
		62,43	33,38

18	Sind Sie auf Endodontie spezialisiert?		
	Ja	12,72	100
	Nein	84,25	0

Bei 738 Fragebögen	
o.Nr.	Angaben zum Geschlecht
	Anzahl der Zahnärztinnen
	Anzahl der Zahnärzte
	Geschlecht erkennbar
	273
	465

Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen der Umfrage zur Endodontie

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die endodontische Behandlung in der einzelnen Zahnarztpraxis etwas anders aussieht, als es die herrschende Lehrmeinung auf der Basis von Untersuchungen mit fragwürdigem Evidenzniveau fordert. Aus der Beantwortung der Fragen wird deutlich, dass die Zahnärzte den Ungereimtheiten der herrschenden Lehrmeinung mit Erfahrung und Logik entgegengetreten:

- Wenn ein gangränöser Zahn bei aller Verseuchung grundsätzlich therapierbar ist, leuchtet es nicht ein, dass eine Superinfektion aus dem Speichel das Behandlungsergebnis ernsthaft gefährden soll.
- Wenn eine vollständige mechanische Reinigung des Kanalsystems nicht möglich ist, verwendet man in einer bemerkenswerten Anzahl ein potentes Desinfektionsmittel mit einem breiten Spektrum

- wie CHKM (von „offizieller“ Seite als obsolet bezeichnet) und nicht das schwach wirksame, „offiziell“ empfohlene Ca(OH)₂.
- Ebenso scheint man Zugangsmöglichkeiten für das Desinfektionsmittel für nötig zu halten und einen umfangreichen Abtrag von infizierter Substanz anzustreben, denn viele Kollegen bereiten tiefer auf, als gelehrt wird.
- Über alle Antworten hinweg scheint bei den meisten Zahnärzten die Praktikabi-

bilität sowohl für den Praxisablauf (Kofferdam usw.) als auch für die Heilung und Versorgung des Zahnes („Offenlassen“, Zahl der Sitzungen usw.) die Richtschnur des Handelns zu sein.

Es zeigt sich, dass viele Zahnärzte zusätzliche Hilfsmittel und Methoden einsetzen, die im BEMA nicht vorgesehen sind und die sie nicht zusätzlich in Rechnung stellen. Das ist ehrenhaft, aber nicht einzufordern. Nur eine sehr knappe Mehrheit sieht sich noch in der Lage, endodontische Behandlungen zum BEMA-Honorar durchführen zu können. Die Honorierung wichtiger Zusatzleistungen, wie speziell die intensive (ultraschallintensivierte?) Spülung sollte auf BEMA-Basis sichergestellt werden, um die endodontische Behandlung für alle Bevölkerungsgruppen zugänglich zu halten.

Vielleicht kann man über die Leistungen, die von den Kollegen ohne oder mit geringer Zuzahlung in Verantwortung erbracht werden, zu einem sinnvollen Minimalregime für die Endo-Therapie in der Breite kommen.

Dr. Celina Schätze, Berlin

Studie zur Endo-Umfrage bei der Brendan-Schmittmann-Stiftung (BSS) zu beziehen

Die Dateneingabe und Auswertung der DAZ-Umfrage hat die BSS, eine vom Ärzteverband NAV-Virchow-Bund gegründete Stiftung übernommen, die sich kontinuierlich mit den ärztlichen Berufsstand betreffenden Fragen (z.B. Burnout bei Ärzten) beschäftigt und u.a. auch die Auswertungen im Rahmen des DAZ-Projektes Qualitätssicherung vornimmt. Die Stiftung hat eine kleine Studie zu der Umfrage vorbereitet. Sie enthält Erläuterungen zu allen Fragen, veranschaulicht die Umfrageergebnisse mit Tabellen und Grafiken und liefert Interpretationen bezugnehmend auf die grundlegende Fragestellung des DAZ. BSS-Geschäftsführer Dr. Gebuhr steht auch für weitergehende Auswertungen zur Verfügung.

Dr. Klaus Gebuhr
Brendan-Schmittmann-Stiftung
des NAV-Virchow-Bundes
Chausseestr. 119b, 10115 Berlin
Tel. 030/288774-21, Fax 288774-15
klaus.gebuhr@nav-virchowbund.de
www.nav-virchowbund.de

Endodontie: alltägliche Praxis vs. universitäre Theorie

Die Ergebnisse der bundesweiten DAZ-Umfrage zur Endodontie stützen die Vermutung, dass das in deutschen Praxen angewendete endodontische Vorgehen in mehreren Punkten deutlich von dem zur Zeit an den Hochschulen gelehrt, ständig aufwändiger werdenden Endodontie-Protokoll abweicht.

Es beginnt bei der vergleichsweise nur seltenen Anwendung von Kofferdam, geht dann über häufig praktizierte manuelle Aufbereitungstechniken, die Nutzung angeblich ganz ungeeigneter Spülkombinationen und Einlagen weiter bis zur Verwendung von nach Hochschulmeinung längst obsoleten Wurzelfüllungsmaterialien und Wurzelfülltechniken.

Welche Gründe gibt es für diese Diskrepanz von Anspruch und Versorgungsalltag gerade in der Endodontie? Die Gründe sind so komplex wie einfach: Das Hochschulkonzept ist enorm aufwändig und dabei trotzdem enttäuschend erfolglos. Hierzu einige Beispiele.

So verlangt das Hochschulkonzept die generelle Anwendung von Kofferdam, schon bei der ersten Sitzung. In der Regel werden in einer nicht langfristig geplanten „Notfallsituation“ und damit in einer vollen Praxis unter Zeitdruck die Trepanation sowie die ersten Maßnahmen zur Schmerz-beseitigung vorgenommen. Dabei kommt es auf rationale, zeitsparende, effektive Therapie an. Es ist für den erfahrenen Praktiker zudem absolut nicht einzusehen, warum hier der hochinfektiöse, nämlich vereiterte Zahn vom Mundraum durch eine Gummimembran getrennt werden sollte (ich spreche hier ausdrücklich nicht von dem Sonderfall der Vitalexstirpation).

In dieser ersten Sitzung haben sich zudem manuelle Aufbereitungsverfahren mit zunächst „mittleren“ Durchmesser und schmerzstillende Einlagen (CHKM) offenbar bewährt. Trotz der deutlichen Ablehnung durch die Hochschulen wird diese Therapie in vielen Praxen für effektiv gehalten und angewendet (siehe Ergebnisse der DAZ-Umfrage). Die häufig gestellte Forderung nach einzeitigen Behandlungsverfahren scheitert nicht nur an der in einer Allgemeinpraxis mangelnden Zeit, sondern auch an den dann befürchteten

viel zu zahlreichen, schweren Misserfolgen. Die kann sich ein niedergelassener Zahnarzt nicht leisten.

Aber auch die Hochschulforderung nach Ultraschall-aktivierten Spülungen - womöglich sogar nach jedem Instrumentenwechsel - scheitert an ihrer mangelnden Praktikabilität. Von der fehlenden Evidenz und Abrechenbarkeit über die GKV einmal ganz abgesehen.

Sogar bei dem letzten endodontischen Arbeitsschritt, der Wurzelfüllung, verwendet ein immer noch sehr großer Teil der Kollegenschaft das als „obsolet“ eingestufte Endomethasone, ein Präparat mit entzündungshemmenden Zusätzen. Auch hier läuft die Hochschulkritik offenbar seit vielen Jahren ins Leere. Warum? Weil in der Breiten-Endodontie die Erfolge zählen, die man mit sehr begrenzten Ressourcen möglichst zuverlässig und langfristig erzielen MUSS, um mit einer GKV-Praxis wirtschaftlich bestehen zu können.

Erstauulich – und erschreckend – ist bei alledem, dass das so kompromisslos verteidigte und verbreitete Hochschulkonzept der Endodontie auf ganz schwachen Füßen steht. Da gibt es Spülprotokolle, die DGZMK-Stellungnahmen krass widersprechen, da gibt es die viel zu schwache Wirksamkeit des nach wie vor hochgelobten „Calxyl“, da gibt es die Beobachtung viel zu häufiger Misserfolge in endodontischen Standardfällen, die oft achselzuckend – oder mit einer Wurzelspitzenresektion – hingenommen werden. Und gleichzeitig wird die aufwändige, kaum durch Studien mit hohem Evidenzniveau abgesicherte Therapie teilweise zu horrenden privaten Preisen abgerechnet. Die GKV-Praxis aber wird mit einem veralteten Leistungskatalog von der Standespolitik im Stich gelassen.

Bemerkenswert ist, dass trotzdem in vielen sozial engagierten Praxen die GKV-Endodontie mit Ernsthaftigkeit und Mühe betrieben wird. Wir sollten darum den großen Erfahrungsschatz aus diesen Praxen nutzen, um ein neues soziales und effizientes GKV-Endokonzep zu entwickeln. Die Hochschulen täten gut daran, dieses Anliegen mit wissenschaftlichen Mitteln zu unterstützen.

Dr. Paul Schmitt, Frankfurt/Main

Wurzelkanal-Spülungen und Einlagen: große Vielfalt und Empirie statt Evidenz-Basierung

Die Forum-Redaktion hat dazu eingeladen, Vorschläge zur Verbesserung der Endodontie in Deutschland zu liefern. Im aktuellen Heft geht es um die chemische Aufbereitung bzw. medikamentöse Behandlung endodontisch erkrankter Zähne - ein weiterer Beitrag hierzu



findet sich auf den Seiten 32ff.

Was wollen wir erreichen? In Verbindung mit der möglichst weitgehenden mechanischen Reinigung des Kanalsystems (s. Forum 105) ist es das Ziel der Spülungen und Einlagen, Gewebsreste und Bakterien so weitgehend wie möglich aus dem endodontischen System zu eliminieren. Also auch und gerade aus Seitenkanälen und Verzweigungen, die einer unmittelbaren mechanischen Bearbeitung nicht zugänglich sind (akzessorische Kanäle/Seitenkanäle, apikale Ramifikationen, Querverbindungen, aber auch ampullenförmige und schlitzartige Kanalabschnitte).

Welche Möglichkeiten haben wir, die Gewebsreste und Bakterien noch weiter zu reduzieren, wenn die mechanische Bearbeitung an ihre Grenzen gekommen ist?

- Konventionelle Spritzen-Spülungen mit sehr feinen, weit nach apikal vorgeschobenen Kanülen (0,3 mm Durchmesser, axialer oder seitlicher Ausgang). Dies ist sicher recht effektiv zur Spülung bereits mechanisch auf mindestens 0,3 mm erweiterter Kanäle.
- Ultraschallaktivierung durch das Einführen von schlanken Ultraschallspitzen in die aufbereiteten Kanäle. Hier werden Zeiten zwischen wenigen Sekunden und bis zu einer Minute angegeben.
- Anwendung von niederfrequenten Druckschwingungen („Rins-Endo“, Dürr).
- Photoaktivierte Desinfektion (PAD) durch (Laser-)Bestrahlung zuvor in den Kanal eingebrachter photosensitiver (lichtaktivierbarer) Desinfektionsgele mit anschließendem Ausspülen der Kanäle.
- Auch die reine Laseranwendung zum „Verdampfen“ der Restkeime wird praktiziert – sie erscheint mir hier jedoch nicht seriös.

Welche Substanzen werden zur Spülung der Wurzelkanäle angewendet?

Am häufigsten kommt NaOCl in Konzentrationen von 0,25 bis 5,25% zum Einsatz, ge-

folgt von H₂O₂ in niedriger Konzentration (2-3%). Relativ verbreitet ist auch die Spülung mit Kochsalz-Lösung (NaCl, Ringer-Lösung), Alkohol (Äthanol) und Zitronensäure. Zunehmend wird von den jüngeren Spezialisten offenbar Chlorhexidin (CHX) in verschiedenen Konzentrationen (0,1-2%) verwendet. Exotisch ist zur Zeit noch die Spülung mit „Betaisodona“ (Polyvidon-Jod-Komplex, Glycerol, Nonoxinol, Natriummohydrogenphosphat, Zitronensäure, Natriumhydroxid, Kaliumjodat), einem hochkomplexen Gemisch verschiedenster Desinfektionsmittel aus der „großen Chirurgie“ zur oberflächlichen Hautdesinfektion. Ob die Anwendung zur Kanalspülung wirklich Sinn macht, ist derzeit unklar. Die komplexe Zusammensetzung muss kein Vorteil sein.

Welche medikamentösen Einlagen werden empfohlen?

Auch hier ist es etwas unübersichtlich, denn es gibt sehr verschiedene „Schulen“. Standardpräparat der Hochschulen zur „med“ ist nach wie vor das Calxyl (Ca(OH)₂), als wässrige oder pastöse Mischung mit Wasser. Neu ist hier die Anwendung ganz spezieller Chlorhexamed-Zubereitungen (CHX), nämlich als Gel in 1-2% Konzentration. Von etwa einem Viertel der Kollegen wird ChKM (in der speziellen Form nach Walkhoff vom BfArM für Endo zugelassen) angewendet und dies oft sehr erfolgreich, trotz der bisweilen scharfen Ablehnung durch viele Hochschullehrer. Sicher auch noch im Einsatz ist die „Jodoform-Paste“ nach Walkhoff sowie die (seit langem überholte) „Triopaste“ (Trikesolformalin). Exotisch ist allerdings auch hier in einigen Praxen das Einbringen von „Betaisodona“ als medikamentöse Einlage. Angeblich sind hier die Erfolge deutlich.

Die Variabilität der verschiedenen Konzepte ist enorm. Das Evidenzniveau aber ist erschreckend niedrig; es gibt hier fast nur Erfahrungswerte, das ist also reine Empirie.

Wie können wir das ändern? Was ist wirklich ESSENZIELL für eine richtig gute, effektive, erfolgssichere endodontische Spülung und Einlage? Wenn wir dies wissen, werden wir auch beantworten können, ob die GKV-Sachleistung Endodontie eine Zukunft hat bzw. wie endodontische Leistungen bezahlbar und qualitätsfördernd ausgestaltet werden können.

Dr. Paul Schmitt, Frankfurt/M.

Spülungs-Wirrwarr mit Wechselwirkungen

Ein Blick in neuere Publikationen zeigt: Empfehlungen zu Spülungen sind vielfältig, widersprüchlich und nicht ohne Risiko. Hier eine kleine Auswahl von Dr. Paul Schmitt:

„ZWR“ 10/2009: NaOCl weist interaktive Wirkungen mit Chlorhexidin (CHX) und EDTA auf, die unbedingt beachtet werden sollten. (...) Das Präzipitat besteht aus dem kanzerogenen PCA (p-Chloranilin).

EDTA hat einen erosiven Effekt auf das Dentin, so dass eine nachfolgende Spülung mit NaOCl zu Resorptionen führen kann. Es reduziert auch die Wirksamkeit der Chlorid-Ionen des NaOCl und sollte deshalb NICHT in Wechselspülungen eingesetzt werden.

Wechselspülungen, bei denen ständig zwischen NaOCl und anderen Lösungen getauscht wird, werden nicht mehr empfohlen (da EDTA die Chlorid-Ionen schnell bindet und somit die Wirkung des NaOCl drastisch herabsetzt). Erst nach Abschluss der Aufbereitung sollten EDTA oder CHX in den Kanal instilliert werden.

Bei einem Wechsel von NaOCl auf eine andere Spüllösung sollte IMMER zuvor mit Kochsalz-Lösung oder Zitronensäure gespült werden und der Kanal anschließend getrocknet werden.

„ZM“, 16.9.2006, DGZMK-Stellungnahme: Bei CHX-Spülungen vor und nach NaOCl-Spülung kann es zum Ausfällen von CHX-Kristallen im Wurzelkanal kommen. Nach EDTA-Applikation wird ein Nachspülen mit Natriumhypochlorid empfohlen.

DFZ 5/09, „Antimikrobielles Konzept der modernen Endodontie“: Im Laufe der Behandlung sollte mit ca. 5 ml EDTA pro Wurzelkanal gespült werden. Die Einwirkzeit von 1 Min. darf nicht überschritten werden, da dies zu deutlichen Erosionen am Dentin führen kann. Da die Wirkung von NaOCl durch EDTA inhibiert wird, ist die Verwendung von EDTA-Gelen kritisch zu sehen. Deshalb sollte EDTA vor einer erneuten Spülung mit NaOCl-Lösung abgesaugt oder durch Zwischenspülung mit Alkohol aus dem Wurzelkanal entfernt werden.

Allein diese wenigen von vielen ähnlichen Beispielen zeigen, dass der niedergelassene Kollege mit der Aufgabe überfordert ist, ein sinnvolles, von allen unerwünschten Wechselwirkungen freies effektives Spülprotokoll zu entwickeln. Jedes Spülmedium besitzt spezifische Vor-, aber auch Nachteile. Eine Kombination ist daher wahrscheinlich besser als die noch im Studium gelernte Einfach-Spülung (in aller Regel mit NaOCl, manchmal auch in Kombination mit H₂O₂). Welche Spülung aber – für welche Indikation, das ist eine Frage an die Wissenschaft!

Mutti, Mutti – er hat überhaupt nicht gebohrt!

Ist Karies noch ein Thema – wie sieht moderne Therapie aus – Fragen zur Fortbildung mit Prof. Dr. Michael Noack, Köln, am 07.05.2011 in Frankfurt

Der eine oder andere Leser erinnert sich vielleicht noch an den o.g. Werbespruch des Zahnpastaherstellers Colgate-Palmolive aus den 60er Jahren. Ganz im Sinne dieses Spruches bleibt inzwischen vielen Kindern und Erwachsenen beim regelmäßigen Zahnarztbesuch der Kontakt mit dem Bohrer erspart. Trotzdem ist Karies in Deutschland weiterhin eine Volkskrankheit – für den DAZ ein Grund, bei seiner Frühjahrstagung im Mai zusammen mit der VDZM eine Fortbildung zu diesem Thema anzubieten.

Wenn es nach den Botschaften der Industrie ginge, müssten inzwischen die Praxen von Folterkammern zu Wohlfühl-Oasen mutiert und die zahnärztliche Kariesbehandlung angenehm wie ein Spaziergang sein. Hightech-Verfahren unterstützen die Diagnostik, das Exkavieren funktioniert – sofern man die Karies nicht gar belässt - schonend und schmerzfrei, auf Wunsch auch ohne Bohrer, und Füllungen gibt es, so schön, dass mancher natürliche Zahn daneben auch ohne Bleaching blass wird ... was will man mehr?

Die Frage ist allerdings, welche der neuen Technologien tatsächlich einen Fortschritt bringen – für welche Indikationen. Erste Herausforderung ist die Diagnostik, die viel Raum für „kreative“ Privatleistungen bietet. Angesichts verbesserter Mundhygiene entfällt ein wachsender Anteil der Karies auf die Approximalräume. Welche Rolle spielt die Kaltlichtsonde? Sind Bissflügelenaufnahmen weiterhin das Mittel der Wahl? Welchen Nutzen haben bspw. bei Fissurenkaries Lasersonden oder Kariesdektoren? Wird zukünftig gar die Magnet-Resonanz-Tomographie in die Kariesdiagnostik Einzug halten, nachdem die Uni Ulm hierzu erste Versuche angestellt und die Eignung des strahlungsarmen Verfahrens zur Erkennung von hidden caries und Sekundärkaries unter Füllungen und Versiegelungen beschrieben hat. Derzeit kann man dazu nur sagen: man kann auch mit Kanonen auf Spatzen schießen.

In Bezug auf beginnende kariöse Veränderungen fragt sich, ob inzwischen verbesserte nicht-invasive Möglichkeiten – insbesondere zur Remineralisierung der betroffenen Zahnschubstanz – zur Verfügung stehen. Interessant dürften in diesem Zusammenhang auch neue Erkenntnisse der Universität des Saarlandes zur geringen Eindringtiefe von Fluoriden sein.

Bei kleinen, im Schmelz liegenden bzw. maximal ins erste Dentindrittel hineinreichen-

den Läsionen ohne sichtbare Kavitation wird seit einigen Jahren die so genannte Kariesinfiltration praktiziert. Gerade hat die Betriebskrankenkasse Mobil Oil einen Modellversuch zum Stellenwert dieses Verfahrens im Vergleich zur Füllungstherapie gestartet, obwohl die medizinische Wirksamkeit des Verfahrens noch nicht abschließend geklärt ist. Was dieser Versuch über den Marketingeffekt für die Kasse und die beteiligten Zahnärzte hinaus bringt, bleibt abzuwarten, und bei der geplanten Fortbildung dürfte erst einmal die Frage langfristiger Zahnerhaltung durch diese Methode im Fokus stehen.

Die Hauptversorgungsform kariöser Läsionen stellt nach wie vor das Exkavieren und Füllen dar. Auch hierzu sind diverse Neuerungen auf dem Markt. Braucht man zum Eliminieren der Karies überhaupt noch einen Bohrer? Den Patienten werden schmerzarme, schonende Alternativen versprochen – Auflösung der Karies mit Substanzen wie Carisolv oder „Verdampfen“ des kariösen Materials mit Laser. Was ist Realität, was ist Promotion für Selbstzahlerleistungen?

Beim klassischen Bohren sind ebenfalls Neuerungen zu verzeichnen. So wurde z.B. ein „sich selbst limitierender Bohrer“ entwickelt, der zwischen gesundem und krankem Dentin „unterscheiden“ bzw. seine Abtragsleistung anpassen können soll. Vielleicht kann er auch die Behandlung der Caries profunda einfacher und sicherer machen. Subjektiven Beobachtungen zufolge scheint die Cp-Behandlung, bei der, um die Pulpa nicht zu verletzen, in ihrer Nähe Restkaries belassen wird, in den letzten Jahren seltener zu werden - vielleicht wegen des Aufwandes und Risikos. Es wird sich lohnen, den Referenten der Frühjahrstagung auch nach neuen Erkenntnissen zu dieser Therapie zu fragen.

Während man bei der Cp-Behandlung nur notgedrungen einen Kariesrest belässt, wird auch unabhängig von dieser Situation die Frage diskutiert, wie viel Karies überhaupt eliminiert werden muss bzw. ob nicht bei ausreichender Versiegelung hin zum Mundraum interne kariöse Reste unschädlich sind. Diese Auffassung widerspricht diametral früheren Lehrsätzen von kompletter Kariesentfernung und hat zu tun mit einem veränderten Verständnis des dynamischen Geschehens in der Mundhöhle, der beteiligten reparativen Prozesse und des Biofilms. Es wird spannend sein, hierzu neueste Studienergebnisse zu erfahren.



Wenn denn schließlich der kariöse Zahn so oder so exkaviert ist, stehen Zahnarzt und Patient vor der Qual der Wahl. Zum breiten Angebot an modernen zahnfarbenen Füllungsmaterialien kommt ständig Neues hinzu. Da braucht der Praktiker Orientierungshilfen, für welche Indikationen welche Stoffklassen – ob neue verstärkte Glasionomere, Compomere, Composites mit Nanofüllern, Fluoridzusätzen usw. – geeignet sind und welche Langzeitergebnisse erwartet werden können.

Karies tritt in Deutschland am stärksten in den Bevölkerungskreisen auf, die sich am wenigsten Behandlung mit hohen Zuzahlungen leisten können. Gleichzeitig gilt es zu berücksichtigen, dass für viele Patienten und Zahnärzte Amalgam-Füllungen nicht mehr in Frage kommen und die EU ein generelles Amalgamverbot erwägt. Sind Compomere eine Amalgam-Alternative? Empfiehlt sich hier die neue SDR-Technologie (SDR = Smart Dentin Replacement), bei der mit bis zu 4mm dicken Kunststoff-Schichten Zeit gespart werden kann? Bei der für die gesamte Bevölkerung so wichtigen Füllungstherapie darf es nicht dahin kommen, dass in erster Linie sehr ästhetische, aber keine langlebigen, robusten und zuzahlungsfreien (in der GKV) Versorgungsformen angeboten werden. Hier sind fachliche Lösungen von der Wissenschaft und aufwandsentsprechende Honorare von Politik und Standesvertretern gefordert.

Nicht zuletzt sei beim Thema Karies an die länderübergreifenden Vergleiche aus Forum 105 erinnert, bei denen von Menschen u.a. aus China mit mehr unbehandelter Karies und mehr eigenen Zähnen (!) die Rede war. Auch dies dürfte Denkanstöße liefern für die Veranstaltung am 07.05.2011 mit dem erfahrenen Kariologen Prof. Dr. Michael Noack von der Universität Köln, zu der wir herzlich einladen (siehe Seite 5 und www.daz-web.de).

Und damit kein Missverständnis aufkommt – dem DAZ geht es, bei allem Engagement für eine bezahlbare Kariesbehandlung, in erster Linie um Kariesvermeidung. Damit möglichst oft der Kommentar nach dem Praxisbesuch lautet:

Der Zahnarzt hat überhaupt nicht gebohrt!

Irgard Berger-Orsag, Troisdorf



Mit den Krankheitserfindern unterwegs: KfO & FAL & CMD & & & von Dr. Wolfgang Kirchoff, Marburg

Die Überspitzungen des nachfolgenden Artikels erhöhen den Unterhaltungswert einer Beschreibung bedauerlicher Verhältnisse: Viele unserer Kollegen leben von einem erweiterten Krankheitsbegriff und der Negierung von Gesundheit als einem unverletzten Grundzustand. Das von Kirchoff so genannte schwarze Loch der Evidenzlosigkeit wirkt allerdings etwas weniger grauenhaft, wenn man bedenkt, dass manches auch naturevident ist. Wie oft muss man aus dem 4. Stock springen, um auf hohem Evidenzniveau behaupten zu können, dass man sich dabei verletzen wird? (Die Redaktion)

Kein Ruhmesblatt für die Zahnärzteschaft

Im Allgemeinen kommt die wissenschaftliche Zahnmedizin reichlich elitär daher und bietet Lösungen des Hochpreis-Segments feil. Bestenfalls ist die Evidenz der angewendeten Verfahren umstritten, oftmals gar nicht ermittelt, oder es besteht diesbezüglich überhaupt Fehlanzeige. Bekannt sind zahlreiche prothetische und implantatprothetische Versorgungsformen mit minimalem Evidenzniveau; viele Knochenersatzmaterialien können in ihrer Vorhersagbarkeit nicht eingeschätzt werden, gelegentlich fehlen sogar die Tierversuche; für den kreativen, viermal jährlich erbrachten Umsatzrenner Professionelle Zahnreinigung (PZR) sind die Ergebnisse von prospektiv ermittelten Verweildauerstatistiken allenfalls gefühlt. Selbst die Endodontie, diese zahnmedizinisch altherwürdige Disziplin, ist nicht ohne Evidenzprobleme, wie wir mit Spannung im „Forum“ verfolgen konnten und können. Die Liste zahlreich praktizierter, teilweise evidenzfreier zahnmedizinischer Maßnahmen ist lang. Während die gesellschaftlichen Verhältnisse durch Privatisierungen der Institutionen der Gesundheitsversorgung gekennzeichnet sind, erfolgen parallel dazu entscheidende Manipula-

tionen wissenschaftlicher Ergebnisse. Sie resultieren einerseits aus der Einspeisung so genannter Drittmittel in Forschung und Lehre und andererseits aus der absichtsvollen wissenschaftlichen Nichtbefassung von Themen mit relevantem ökonomischen Background. In der Zahnmedizin sind halbwegs unabhängig ermittelte Forschungsergebnisse die Ausnahme geworden; einige gibt es dennoch. Vorhersehbar erwiesen sich die Resultate nicht gerade als Ruhmesblatt für die Zahnärzteschaft. Ein Highlight der besonderen Art präsentierte Heiner Weber aus Mainz, Funktionsträger in verschiedenen zahnärztlichen Organisationen, auf dem 24. DGI-Kongress im November 2010, als er in der deutschen Paradedisziplin 100prozentiger Erfolge einräumte: „Alle vier Minuten geht ein Implantat verloren, 140.000 pro Jahr“. Nachdem man sich für diesen Kongress erstmals die Grundsätze einer abgemilderten evidenzbasierten Medizin zu Eigen machte, waren die Ergebnisse ernüchternd. Für Knochenersatzmaterialien wurden endlich klinische Dokumentationen gefordert; plötzlich erschien die medizinische Notwendigkeit der konkreten Anzahl von Implantaten im zahnlosen Oberkiefer wegen fehlender Langzeitergebnisse nicht mehr vorhersagbar zu sein und die Präferenz für grundsätzlich feststehenden implantatprothetischen Ersatz war ins Wanken geraten; die Indikation für die radiologische 3D-Diagnostik ließ sich ebenso wenig wissenschaftlich bestätigen wie die klinische Relevanz der so genannten Socket-Preservation (Ritzert, B. Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Implantologie e.V. vom 03.12.2010).

Brisante IQWiG- und DIMDI-Studien

Durch Beauftragung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gemäß § 91 Abs. 6 SGB V wurden im Jahr 2009 von dem inzwischen durch Eingriffe der Bundesregierung personell gemäßregelten und auf FDP-Pharma-Linie gebrachtem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zwei für die Zahnheilkunde symptomatische, aber aufschlussreiche Studien publiziert. Eine der beiden galt der wissenschaftlichen Bewertung der relevanten Fragestellung der Beschaffenheit der Gegenbezahlung im Rahmen der Versorgung mit feststehendem Zahnersatz, u. a. hinsichtlich von Funktionalität und Funktionsdauer. Die

andere Studie galt einer vergleichenden Nutzenbewertung von Suprakonstruktionen konventioneller und implantat-prothetischer Provenienz, u. a. bezüglich ihrer Funktionsdauer und Kaueffektivität.

Zwei weitere, nicht durch standespolitische Zwangsoptik manipulierbare DIMDI-Studien über die Evidenz feststehender KfO-Apparaturen und der instrumentellen Funktionsanalyse im Zusammenhang mit der sich endemisch verbreitenden Diagnose „craniomandibuläre Funktionsstörung“ (CMD) ermöglichten bedeutungsvolle Einblicke in die Wissenschaftspraxis unserer Forschungs-Eliten (DIMDI = Dt. Institut für Medizin. Dokumentation und Information). Frühere wissenschaftskritische Einwendungen wurden nachweislich ignoriert; so entstand der Eindruck systematischer Unterdrückung notwendiger Evidenzforschung zugunsten ungestörter Honorarvermehrung. Die Zeche zahlen die Versicherten!

Grundlagenforschung ade

Die wissenschaftliche Zahnheilkunde ist Bestandteil der unübersehbaren Krise des Gesamt-Systems. Eine nennenswerte, von Industrie und Standespolitik unabhängige Grundlagenforschung ist nicht mehr gewährleistet. Die Zahnärzteschaft steht vor der ökonomisch motivierten Vollendung der Gleichschaltung ihrer Organisationen. Nachdem der Freie Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) sich aus der berufsständischen „Dreifaltigkeit“ verabschiedet hatte, holten sich die Bundeszahnärztekammer e.V. (BZÄK) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung K.ö.R. (KZBV) die von der Droge „Drittmittelforschung“ abhängige Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) ins merkantil orientierte Boot. Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ihrerseits ist auf nationaler und internationaler Ebene unter Vernachlässigung von Grundlagenforschung, Evidenzermittlung und sozialetischer Verpflichtung bemüht, die Ergebnisse industrieller Produktion unauffällig und zeitnah in den profitablen dentalen Anwender-Markt zu lenken. Dies gelingt umso leichter, je länger die angehenden Zahnärzte/-innen im Rahmen einer seit Jahrzehnten antiquierter Ausbildungsordnung unbefähigt blei-

ben, die Anwendung marktradikal infizierter Wissenschaftsergebnisse für die eigene Praxis kritisch zu analysieren. In diesem Wirkungs-Zusammenhang degeneriert das frühere Flaggschiff der wissenschaftlichen DGZMK-Publikationen, die Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift (DZZ), sukzessive zum hochglänzenden Wissenschafts-Boulevard mit einer augenscheinlich unaufhaltsamen Tendenz zu wissenschaftlich ungesicherter und/oder pseudowissenschaftlicher Berichterstattung, offene Werbung inklusive. Die DGZMK selbst erfüllt willig ihre Funktion als Weichspüler industrieller Interessen. Teile der zahnärztlichen Universitätsausbildung befinden sich im unmittelbaren Zugriff des zahnmedizinisch-industriellen Komplexes. In Freiburg und in Nürnberg Erlangen wurden inneruniversitär neue Fachgebiete kreierte und von Implantat-Herstellern grundlegend finanziert. Die Zahnkliniken der Universitäten Marburg und Giessen konnten gänzlich privatisiert werden, an anderen Orten erleben wir eine Renaissance des aufkeimenden Stiftungs-(Un)wesens. Baden-Württembergs Landesregierung versucht gerade auf gesetzgeberischem Wege und mit der professionellen Hilfe Roland Bergers, die Tore zur Privatisierung der lukrativen Universitätsmedizin weit zu öffnen. Die vorwiegend kommerziell orientierte zahnärztliche Fortbildung durchdringt systematisch die Berufspraxis. Marion Marschall von der Zahnarztwoche (DZW) äußerte sich dahingehend, dass beispielsweise die Implantologie sogar zum teilweise aggressiv genutzten Marketinginstrument im Wettbewerb der Zahnärzte untereinander und zum „Event“ verkomme (Marschall, M. Zur Sache. Implantologie ist eine medizinische Leistung. In: DZW Orale Implantologie 3/2010, S.3).

Kein Wunder also, dass der Wissenschaftsrat bezüglich der Zahnheilkunde wiederholt zu konstatieren hatte: Grundlagenforschung ade. In diesem gesellschaftlichen Umfeld kann eine in Ansätzen kritische Wissenschaft weder initiiert noch produktiv unterhalten werden. Dieser Befund hat ideologische und wirtschaftliche Ursachen. Seltene Versuche, an deutschen Universitätszahnkliniken evidenzbasierte Forschung zu etablieren, erwiesen sich letztlich als hemmend für die akademische Karriere. Diese unserem System inhärente „Gehirnwäsche“ hat wissenschaftskritische Forscher zu einer extrem seltenen Spezies werden lassen: Ihre Publikationsmöglichkeiten sind stark eingeschränkt, wenn sie denn überhaupt noch vorhanden sind. In der Aus- und Fortbildung haben die ständig als „Hochkaräter“ (Industrie-Diamanten?) apostrophierten Agenten der evi-

denzarmen Verwertungswissenschaft längst die überwiegend merkantil ausgerichtete Herrschaft ergriffen. Vor deutschen Gerichten sichern handverlesene und effizient geschulte zahnärztliche Sachverständige im Zweifel sowohl die Honorarinteressen der Vielbrechener der Zahnärzteschaft als auch die Profit-Interessen des zahnmedizinisch-industriellen Komplexes ab.

Für einige der angesprochenen Punkte eignen sich u. a. die beiden Disziplinen Kieferorthopädie und instrumentelle Funktionsanalyse als inzwischen ausreichend gut dokumentierte Beispiele.

Wissenschaftliche KfO auf Scientologen-Niveau

Denn diese Teilgebiete wurden unabhängig von den Verbänden und Wissenschafts-Organisatoren der Zahnärzteschaft auf ihre Evidenz geprüft – mit einem insgesamt katastrophalen Ergebnis. Im Vorfeld gab es einzelne kritische Stimmen, die allerdings im präzise ferngesteuerten Meinungs-Orkus untergingen. Für die Kieferorthopädie ist Henning Madsen zu nennen, der 2008 den Mitbegründer der evidenzbasierten Medizin David Sackett im Rahmen seines Auftritts auf dem Moyers-Symposium mit einer vernichtenden Bestandsaufnahme der Kieferorthopädie zitierte: „Keiner meiner Kollegen zitierte irgendwelche randomisierten Studien, und die Literaturrecherche zeigte, dass die Kieferorthopädie im Hinblick auf die Zahl der veröffentlichten randomisierten Studien hinter solchen Behandlungsformen wie Akupunktur, Hypnose, Homöopathie und orthomolekularer Therapie zurückstand und sich auf einer Höhe mit Scientology, Dianetik und Podiatrie befand.“ Diese Einschätzungen korrelieren noch mehr als 20 Jahre später auffällig mit den Ergebnissen der DIMDI-Studie „Mundgesundheit nach kieferorthopädischer Behandlung mit festsitzenden Apparaturen“ (es wurde ausführlich darüber berichtet in: Kirchhoff, W. Evidenz von Mundgesundheit nach kieferorthopädischer Behandlung mit festsitzenden Apparaturen weitgehend ungeklärt. In: DAZ FORUM 98, März 2009, S. 12-13). Madsen stellte klar-sichtig und den Honorarinteressen der Kieferorthopäden diametral widersprechend fest, dass die kieferorthopädische Therapie traditionell begründet wird mit Abweichungen von idealisierten anatomischen Normen ohne Krankheitswert. Denn für die sekundär durch Stellungsanomalien postulierten Erkrankungen des Parodontiums, die Karies oder das Entstehen von CMD hatte er keine epidemiologisch rele-

vanten Belege gefunden (vergl. Madsen, H. Myoarthropathien des Kausystems und orthopädische Befunde – ein klinisch relevanter Zusammenhang? In: Kieferorthop 19: 183-192, 2005, und Madsen, H. Evidenzbasierte Medizin in der Kieferorthopädie. In: Quintessenz Nr. 9: 977-984, 59-2008). Für die 1. Bundesvorsitzende des Berufsverbandes der Deutschen Kieferorthopäden Gundi Mindermann war das ein Anlass, die Kehrtwende zur Vorwissenschaftlichkeit zu vollziehen. Originalton Mindermann: „Indikation ist nicht nur eine Frage der Wissenschaft“ (Mindermann, G. Stellungnahme des Bundesverbandes der Deutschen Kieferorthopäden zur DIMDI-Studie / vom 7. Mai 2008).

Krankheitserfinder schlafen nicht

In Deutschland steht ein reichlich hohes Honorarvolumen für nicht-evidente kieferorthopädische Maßnahmen im GKV / PKV-Bereich auf dem Spiel. Selbst nach dem Einbruch kieferorthopädischer Leistungsmengen als Folge der überfälligen Richtlinienänderung im Jahr 2004 wurden 2008 allein im GKV-Bereich noch über 400.000 KfO-Behandlungen begonnen und 7,5 Millionen mal Brackets und orthodontische Bänder installiert. Im gleichen Jahr wurden GKV-seits über 850 Mio Euro für die deutschen Kieferorthopäden bereitgestellt (Hinz, R. Die Realität der KfO ist ernüchternd. DZW 38/10 v. 22.10.2010, S. 1 und 4). Die Kritik an den Verantwortlichen dafür, dass die Universitäts-Wissenschaft über Jahrzehnte versäumte, ihre eigene Legitimitäts-Basis zu erarbeiten, blieb natürlich nicht aus. Gerade sie warfen den von Drittmitteln unabhängigen Forschern Unprofessionalität vor (Göz, G. Persönliche Stellungnahme zum HTA-Bericht des DIMDI. In: kfo.info 03/08 – S. 11-15). Obwohl erkannt wurde, dass die kieferorthopädischen Eliten das Nichtwissen in ihrer Profession systematisch durch Unterlassung der Bearbeitung relevanter Wissenschaftsfragen förderten, blieb das Geschäftsmodell indessen unverändert bestehen: Der in unterschiedliche Bereiche involvierte Zahnarzt, Zeitschriftenherausgeber und Geschäftsmann Rolf Hinz versuchte kürzlich ein noch zahnmedizinisch unterversorgtes Klientel zu generieren. In diesem Zusammenhang zeigte er sich unter dem Deckmantel segensreicher Pseudo-Prävention unverdrossen, Kinder ab dem 3. Lebensjahr auf einen für Kieferorthopäden lukrativen Krankenstand vorzubereiten. Er bemühte sich im bislang evidenzfreien Raum, den Bruxismus von Kleinkindern in die Vorstufe einer ohnehin „evidenzarmen“ CMD-Erkrankung zu erheben (Hinz, R. Die Realität der KfO ist ernüchternd.

DZW 38/10 v. 22.10.2010, S. 1 und 4). Aussichten von dieser Provenienz sind kabarettistisches Programm: wann werden interessierte Kreise die paramedizinische Notwendigkeit einer intrauterinen „minimal invasiven Schnarchmaske“ für die embryonale Optimierung propagieren, und wann wird die DGZMK eine Deutsche Gesellschaft für intrauterine Schnarchmaskentherapie (DGIS) ins Vereins-Register eintragen lassen? Krankheitserfinder schlafen nicht.

FAL oder wie viel Wissenschaft verträgt die DGZMK?

Unter dem Titel „Zahnmedizinische Indikationen für standardisierte Verfahren der instrumentellen Funktionsanalyse unter Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Gesichtspunkte“ erschien 2010 eine Übersichtsarbeit des GMS Health Technology Assessment (HTA). Hinter diesem Namen verbirgt sich das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Diese Institution konnte bislang als relativ unabhängig von zahnärztlichen Interessen aus Praxis und Wissenschaftsbetrieb angesehen werden.

In dieser Arbeit ging man der wissenschaftlichen Fragestellung der Validität der instrumentellen Funktionsanalyse im Zusammenhang mit der Diagnose „kranio- mandibulärer Funktionsstörungen“ (CMD) im Vergleich zum klassischen Untersuchungsverfahren der klinischen Funktionsanalyse nach. Diesbezüglich wurde die derzeit verfügbare Evidenz für standardisierte Untersuchungsverfahren der instrumentellen Funktionsanalyse bei CMD als Fehlregulationen der Muskel- oder Kiefergelenkfunktion im Vergleich zur klassischen klinischen Funktionsanalyse evaluiert. Die Wissenschaftler wollten Antworten in vier Themenbereichen erhalten:

- Ist die instrumentelle Funktionsanalyse für die Diagnostik von Funktionsstörungen des kranio- mandibulären Systems im Vergleich zur klassischen Funktionsanalyse valide?
- Wie valide sind die verschiedenen instrumentellen Funktionsanalyseverfahren bei der Diagnose von Funktionsstörungen des kranio- mandibulären Systems im Vergleich untereinander?
- Gibt es von strukturell- funktionellen, somatischen, psychosozialen oder anderen Faktoren abhängige Unterschiede in der Validität der technischen Instrumentarien?

- Und wo besteht auf der Grundlage widersprüchlicher Studienergebnisse oder fehlender hochwertiger Studien noch weiterer zahnmedizinisch-epidemiologischer Forschungsbedarf?

Selbst nach der Auswertung von 162 medizinischen und 26 ökonomischen Publikationen ließen sich die gestellten Fragen nicht beantworten. Die Wissenschaftler konnten für dieses tagtäglich in Klinik und Praxis angewendete Verfahren keine relevanten Studien identifizieren. Bezogen auf eine (Verdachts-)Diagnose CMD besteht aus diesem Grund neben der Vornahme einer klinischen Funktionsanalyse (Gebühren-Pos. GOZ 8000) bislang keine medizinische Notwendigkeit für eine instrumentelle Funktionsanalyse. Zur heterogenen Gruppe der instrumentellen Funktionsanalysen zählen alle Verfahren, die unter Verwendung eines Algorithmus (Lösungsverfahren) eine strukturelle und/oder funktionelle Einschränkung sowie Dyskoordination des anatomisch gesunden Bewegungsablaufs aufzeichnen, vermessen und/oder zu beurteilen vorgeben. Zu diesen Verfahren zählen auch so genannte „moderne Systeme“, die publikumswirksam mit elektronischen, optoelektronischen oder Ultraschall-Sensoren ausgestattet sind und in Verbindung mit einer elektronischen Datenverarbeitung eingesetzt werden. Weder international anerkannte Definitionen noch systematisch dokumentierte Krankheitsverläufe mit den damit im Zusammenhang stehenden instrumentellen Funktionsanalysen wurden bislang erfasst und publiziert.

Unsere Wissenschaftselite stört sich an diesem eklatanten Daten-Mangel keineswegs. So empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFD) bei CMD-Verdacht zunächst die Durchführung einer klinischen Funktionsanalyse; zeigen sich funktionelle Einschränkungen, soll anschließend eine instrumentelle Funktionsanalyse durchgeführt werden. Letzteres muss infolge des Fehlens valider Ergebnisse grundsätzlich infrage gestellt werden. Für eine Anerkennung als medizinisch notwendige Maßnahme fehlt die grundlegende Evidenz. Insofern erscheinen die Leistungs-Erstattungen privater Versicherungs-Gesellschaften für die Durchführung der instrumentellen Funktionsanalysen im Rahmen einer CMD-Diagnostik in einem medizinisch kontraproduktiven Licht.

Darüber hinaus wird die instrumentelle Funktionsanalyse z. T. in multipler Ausführung als Begleitleistung von diversen Schienentherapien nach CMD-Diagnosen ange-

wendet. Es muss in diesem Zusammenhang bezweifelt werden, dass ein als nicht valide erkanntes Verfahren zur Erfassung der Krankheit im therapeutischen Verlauf dieser Erkrankung plötzlich valide sein könnte. Unter anderen gesellschaftlichen Bedingungen würde ein dringender Forschungsbedarf zur Evaluation einer seit Jahrzehnten gängigen Praxis gesehen werden. Im deutlichen Widerspruch zur gemeinsamen Stellungnahme von DGZMK und DGFD steht die neue Leitlinie des hochrangigen amerikanischen Forschungsgremiums der American Association for Dental Research (AADR) (Greene, C. S. Managing the care of patients with temporomandibular disorders. A new guideline for care. In: J Am Dent Assoc 141, 1086-1088 (2010)), in der die technikgestützten CMD-Diagnoseverfahren außer der Bildgebung strikt abgelehnt werden (Tschernitschek, H. Betreuung von Patienten mit kranio- mandibulären Dysfunktionen – eine neue Leitlinie der American Association for Dental Research. In: DZZ / 2010; 65 (1), S. 635).

Welche Einflüsse hat die Fußwölbung auf unsere Okklusion?

Aber auch auf diesem Fachgebiet hat es durchaus kritische Einwände gegeben, die sich nicht durchzusetzen vermochten. Ohne an dieser Stelle schon von umfassend gesteuerter innovativer Krankheitserfindung sprechen zu wollen, erstaunt die gegenwärtig zunehmende Inzidenz von CMD-Diagnosen. Nach dem Prinzip von Henne und Ei wissen wir nicht, was eher da war: jedenfalls wachsen die Aktivitäten der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie, die nach eigenen Angaben inzwischen auf über 1.000 Mitglieder angewachsen ist. Ihr Vorstand, seinerzeit bestehend aus Prof. Ottl, Dr. Lange, PD Dr. Ahlers und dem inzwischen verstorbenen Prof. Freesmeyer, zeigte sich im Rahmen der ersten Fachgesellschaft der DGFD als DGZMK-Untergliederung umfangreich bestrebt, die inzwischen als Verhandlungsgrundlage aus dem Verkehr gezogene Honorarordnung für Zahnärzte (HOZ) „praktisch nutzbar zu machen“ (vergl. DGFD. Tätigkeitsbericht DGFD. In: Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 2010; 65 (1), S. 48). Bereits 2003 wies J. C. Türp auf die beträchtlichen Kosten des inkriminierten Verfahrens hin, die regelmäßig durch Diagnostik und Therapie entstehen. Und das gilt vor allem für die Folgen irreversibler und teilweise nicht indizierter kieferorthopädischer und/oder prothetischer Maßnahmen. Türp ermittelte allgemein die Kosten für funktionsanalytische und -therapeutische Maßnahmen, die den privaten Krankenversicherern in den Jahren 1996, 1997 und

1998 entstanden waren, mit 151, 169 und 175 Mio DM. Die bereits damals schon erheblich steigende Tendenz dürfte inzwischen ganz andere finanzielle Dimensionen erreicht haben. Die wie Pilze aus dem Boden sprießenden CMD-Kliniken und die häufig selbst ernannten CMD-Spezialisten haben allein ihre durch Diagnostik erwirtschafteten Honorare in eine Höhe getrieben, auf die selbst die verwöhnten Kieferorthopäden/-innen neidisch werden können. Die Krankheitserfinder sind nicht nur innovativ, sie sind auch lernfähig. Folgerichtig haben sie eine bislang ebenso evidenzfreie Verbindung von Kieferorthopädie und Funktionsanalyse kreiert.

J. C. Türp kam 2003 unter Hinweis auf nordamerikanische Autoren und Fachverbände zu dem Ergebnis, dass „die Verwendung der Registriersysteme mit dem Risiko falsch-positiver Befunde sowie mit der Gefahr der Einleitung einer nicht indizierten Therapie einhergeht“ und deshalb „auf die instrumentelle Funktionsanalyse zum Zwecke der Diagnostik der Kiefergelenke bzw. von kranio-mandibulären Funktionsstörungen verzichtet werden kann“ (Türp, J. C. Ist die instrumentelle Funktionsanalyse eine empfehlenswerte Maßnahme zur Diagnostik kranio-mandibulärer Funktionsstörungen? In: Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 58 (2003) 8, S. 477f). Marion Marschall von der DZW wies kürzlich auf die heute vielfach „digital verpackten“, aber nach wie vor rein mechanistischen Ansätze von Diagnostik und Therapie hin, wie sie diverse Anbieter als „die Lösung“ an die Praxis zu bringen versuchten, mit denen aber weder dem Patienten noch dem Zahnarzt auf Dauer geholfen werde. Bezüglich dieser merkantil orientierten, pseudowissenschaftlichen Ansätze kommt sie zu dem Ergebnis, dass die Maßnahmen im besten Fall keinen Schaden anrichteten, während sie im schlimmsten Fall der Anwendung nicht-reversibler Maßnahmen ohne therapeutischen Nutzen die Patienten „oral verstümmelten“ (Marschall, M. „Funktion“ ist im Aufschwung – und spannend. In: DZW Spezial. Funktionsdiagnostik und –Therapie, 3/10). Die deutsche zahnmedizinische Wissenschaftsliteratur und mit ihr die Inhalte der Fortbildungsindustrie quellen gegenwärtig über von spekulativen Berichten über behauptete Zusammenhänge von orthopädischen und zahnmedizinischen Befunden. Durch okklusale Neugestaltung, ggf. in multidisziplinärer Zusammenarbeit, sollen u. a. pathologische Wirbelsäulenbefunde, Kopfhaltung, Beckenschiefstände und/oder Beinlängendifferenzen zahnmedizinisch therapiert werden. Während dieses Geschäftsmodell der zahnmedizini-

schen Maximaltherapie, teilweise als Kombinationstherapie von KfO und Zahnersatz, bereits auf hohen Touren läuft, sind die vorhandenen Publikationen von mangelhafter Qualität. In einer groß angelegten Übersichtsarbeit ermittelten A. H. Hanke et al. 2007, dass im Berichtszeitraum 99,2 Prozent der erschienenen Artikel keine hohe Evidenzstufe aufwiesen (Hanke, B. A., Motschall, E., Türp, J. Ch. Bein, Becken, Kopf, Wirbelsäule und zahnmedizinische Befunde – welches Evidenzniveau liegt vor? In: J Orofac Orthop 2007. No. 2. S 91-107). Inhaltlich und medizinisch bizarr sind Publikationen wie die von Valentino et al., die etwaige Einflüsse der Fußwölbung auf die Okklusion nachzuweisen versuchten (Valentino, B., Melito, F., Aldi, B., Valentino, T. Correlation between interdental occlusal plane and plantar arches. An EMG study. Bull Group. In: Int Rech Sci Stomatol Odontol 2002;44:10-3). Das Urteil von Hanke et al. über die vorgetragenen Hypothesen der Zusammenhänge von CMD und orthopädischen Befunden ist eindeutig: „wenn aber (...) die beste verfügbare wissenschaftliche Evidenz von schwacher Qualität und daher stark anfällig gegenüber Fehlinterpretationen ist, dann besteht die latente Gefahr einer Patientengefährdung durch Überdiagnostik und Übertherapie. Die von einigen Autoren (und Behandlern) mit großem Selbstbewusstsein geäußerten Thesen zum angeblichen Zusammenhang zwischen orthopädischen und zahnmedizinischen Befunden stehen jedenfalls auf keiner soliden wissenschaftlichen Grundlage.“ Je massiver die CMD-Therapie zum Geschäftsmodell von der Fiktion der jeweils individuellen „physiologisch optimalen Kieferrelation“ zur präventiv orientierten Maximaltherapie über die Zwischenschritte von KfO und Schiene mutiert, desto bedeutungsvoller ist der Hinweis auf das Fehlen jeglicher wissenschaftlicher Evidenz dieses Zusammenhanges (Schindler, H.J., Türp, J.C. Myogene kranio-mandibuläre Dysfunktionen. Der Freie Zahnarzt 1. 2011. 48-57).

Bislang konnten keine dahingehenden Hinweise ermittelt werden, dass Patienten mit CMD gesundheitliche Nachteile erlitten hätten, wenn auf eine instrumentelle Funktionsanalyse verzichtet wurde. Türp, der in den Jahren 2003–2004 in eine öffentliche wissenschaftliche Disputation mit den Autoren der diesbezüglich maßgeblichen Wissenschaftlichen Stellungnahme der DGZMK, Ahlers, Freesmeyer, Göz, Jakstat, Koeck, Meyer, Ottl, Reiber, Seeher eintrat, resümierte 2004: „Im Rahmen der Patientenbehandlung halte ich die instrumentelle Funktionsanalyse vielmehr für eine Luxusdiagnostik (im Sinne

einer Überdiagnostik), die in meinen Augen keine entscheidenden diagnostischen oder sonstigen Vorteile mit sich bringt“ (Türp, J. C. Abschließende Stellungnahme zur Diskussionsbemerkung Kordaß, Freesmeyer et al. In: Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 59 (2004) 1, S. 49f). Ist es völlig auszuschließen, dass die Autoren der Stellungnahme der DGZMK schon damals von anderen als wissenschaftlichen Interessen gesteuert wurden? Evidente wissenschaftliche Belege aus der Fachliteratur blieben sie in jedem Fall schuldig. Die Autoren Ahlers, Freesmeyer und Ottl, die bereits in der Vergangenheit bei ihrem Eintreten für die instrumentelle Funktionsanalyse ohne die notwendige wissenschaftliche Evidenz auskamen, finden sich etwa sieben Jahre später als Vorstandsmitglieder in der DGFD, die „die Honorarordnung für Zahnärzte praktisch nutzbar“ zu machen sich vehement durch ein ca. 50-seitiges Werk bemüht haben.

Schimmstenfalls „oral verstümmelte“ Patienten

Im Zusammenhang mit prothetischen und kieferorthopädischen Leistungen wird vielfach die instrumentelle Funktionsanalyse routinemäßig zur Programmierung von Artikulatoren angewendet. Es muss davon ausgegangen werden, dass auch sie für diese Aufgabe nicht an einer ausreichend großen Patienten-Anzahl und unter Verwendung eines Referenzstandards systematisch und unabhängig validiert getestet wurde. Nach Türp bestehen bei der Durchführung von instrumentellen Funktionsanalysen das Risiko einer Fehl- bzw. Überinterpretation der erhaltenen Befunde und die Gefahr einer Fehleinschätzung des klinischen Handlungsbedarfs. Aus diesem Sachverhalt könnten theoretisch die gleichen Konsequenzen wirksam werden, wie sie im Rahmen der CMD-Diagnostik aufgezeigt werden konnten. Im Jahr 2001 blieb eine wissenschaftliche DGZMK/DGZPW-Stellungnahme von Türp zur Indikation des Gesichtsbogens unveröffentlicht. Hinsichtlich dieser Tatsache warf er die berechtigte Frage auf, welches Ausmaß von Wissenschaft in „wissenschaftlichen Stellungnahmen“ denn erlaubt sei. Nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin ist es auch ein Jahrzehnt später noch so, dass der Indikationsbereich für die Anwendung von Gesichtsbögen derzeit weiter abklärungsbedürftig ist (Türp, J. C. Abschließende Stellungnahme zur Diskussionsbemerkung Kordaß, Freesmeyer et al. In: Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 59 (2004) 1, S. 49f). Vergleichende Untersuchungen der Überlebensdauer-Wahrscheinlichkeit zahnärztlicher Restaurationen mit

und ohne Anwendung des Gesichtsbogens sind für die dentale Universitäts-Wissenschaft offenbar von keinerlei Interesse; ihre Anwendung wird schließlich von der PKV standardmäßig honoriert. Die kritischen Äußerungen aus dem skandinavischen Raum zum Fehlen eines diesbezüglich hohen Evidenzniveaus wurden systematisch überhört; allerdings haben sie eine neue Gewichtung erfahren durch die DIMDI-Publikation „Zahnmedizinische Indikationen für standardisierte Verfahren der instrumentellen Funktionsanalyse“ aus dem Jahr 2010. Die „hochkarätigen“ Wissenschaftler unserer Epoche werden versucht sein, die gewonnenen Erkenntnisse unter den großen Teppich der grauen „Ev(m)idenzen“ zu kehren.

Digital aufgepeppte Mechanik des 19. Jahrhunderts

Je lauter die Behauptungen hinsichtlich der Gemeinsamkeiten von Medizin und Zahnmedizin die berufsinterne Medienlandschaft durchziehen, desto mehr Ergebnisse offenbaren evidenzfreie Herangehensweisen, wenn sie ausnahmsweise ohne lobbyistische Einflüsterungen und standesinduzierte Optik erbracht werden können. Die GKV war bislang gut beraten, die Anwendung einer Technik aus der Mechanik des 19. Jahrhunderts, selbst wenn sie digital aufgepeppt wurde, für ein hochkomplexes neuronal gesteuertes System nicht zu leisten. Nicht coram publico, aber ein wenig abseits vom Kongress-Betrieb der „Hochkaräter und Highlighter“ hört man immer wieder Kollegen/innen, die den Gesichtsbogen und die instrumentelle Funktionsanalyse aus Mangel an klinischer Effizienz Jahre zuvor aus ihrem Berufsalltag verbannt haben. Auch wenn sie dabei auf die „schamanenhafte“ Omnipotenz-Attitüde einer diesbezüglich obsoleten Mechanik und auf leicht verdiente Honorare verzichten mussten, klagten sie nicht über ihre individuellen Langzeit-Ergebnisse und waren frei von funktionsanalytisch induzierten Nachbesserungen. Die causa „Gesichtsbogen“ ist noch längst nicht abgeschlossen. Das zeigen zwei sehr aktuelle wissenschaftliche Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien e.V., der vormaligen DGZPW, über die „Anwendung des Gesichtsbogens beim funktionsgesunden Patienten im Rahmen restaurativer Maßnahmen“ und über die „Kieferrelationsbestimmung“. Man möchte sich nach Jahrzehnten der honorierten Anwendung des Gesichtsbogens von dieserart Wissenschaft angewidert abwenden, wenn dort ausge-

führt wird, dass auf der Basis von klinischen Studien mit hohem Evidenzniveau zurzeit keine definitive Beurteilung des klinischen Nutzens von Gesichtsbögen möglich sei. Planung und Durchführung aussagekräftiger klinischer Studien mit einer ausreichend hohen Probandenzahl seien trotz ihres hohen Zeit- und Kostenaufwands dringend erforderlich. Hierbei müssten die vielfältigen Einflussmöglichkeiten im Rahmen der prothetisch-restaurativen Behandlung beachtet werden, wobei die mit der Gesichtsbogenübertragung immer kombinierte Kieferrelationsbestimmung als entscheidende Störgröße sorgfältig kontrolliert, bzw. standardisiert werden müsse.“ Einem Offenbarungseid nahe kommt die Bewertung des Gesichtsbogens auf die Reduktion okklusaler Fehler im Zusammenhang mit der dynamischen Okklusion – der Einfluss des Gesichtsbogens sei letztlich marginal; man könne auch vereinfachend verfahren, auf die Gesichtsbogenübertragung verzichten und „den Fehler ggf. auf der Kaufläche im Munde korrigieren“. Ergo: es lebe die Reanimation von Gysis altem Mittelwert-Artikulator, die Handbissnahme und das individuelle Einschleifen der Restaurationen im Munde des Patienten. Selbst die aufwändigsten Registrierverfahren und die Verwendung von Materialien wie Vinyl-Polysiloxane, Polyethermaterialien, multifunktionelle Methacrylate auf Bis-Acrylat-Basis erweisen sich auch infolge anderer Materialeinflüsse bei der Reproduzierbarkeit der Registrierung der maximalen Interkuspitation als so wenig zielführend, dass das Radieren der einartikulierten Modelle bis zum Auftreten von gleich lokalisierten Kontakten wie im Mund empfohlen wird. Fortschritte? Wissenschaftlicher Fortschritt sieht anders aus! (vergl. DGPro. Gesichtsbogen bei restaurativen Maßnahmen. In: zm 100, Nr. 24, 16.12.2010, (3487), S. 46-49); DGPro. Kieferrelationsbestimmung. In: zm 101, Nr. 1, 1.1.2011, S. 34-40).

Leises Bellen vorm Schwarzen Loch

Aber nicht nur bei der Anwendung des Gesichtsbogens sondern auch auf dem Gebiet der zahnärztlichen Prothetik wird den Patienten viel versprochen, ohne dass es zuvor in Untersuchungen wissenschaftlich verifiziert werden konnte. Wolfart und Kern äußerten sich 2004 dahingehend: „Eine angloamerikanische Literaturstudie in 1997 zeigte, dass nur 1,7% aller evaluierten Studien in der zahnärztlichen Prothetik eine hohe Evidenzstärke aufweisen, d.h. randomisierte klinische Studien waren“ (Wolfart, S., Kern, M., Prothetische Konzepte bei reduziertem Lückengebiss an

deutschen und schweizer Hochschulen, in: DZZ 59 (2004) 6). Im gleichen Zusammenhang bestätigten Schulte und Türp im Jahr 2003 (Schulte, J.-M., Türp, J.C., Zahnärztliche Prothetik: Handsuche nach kontrollierten klinischen Studien in deutschsprachigen zahnmedizinischen Zeitschriften, in: DZZ 58 (2003) 4) eine Aussage des seit Jahrzehnten den konventionellen Zahnersatz epidemiologisch beforschenden Kerschbaum aus dem Jahr 2000: „dass das Evidenzniveau in der zahnärztlichen Prothetik bescheiden ist.“ Im Jahr 2006 attestierten Kerschbaum und Droste der zahnärztlichen Prothetik weiterhin Nachholbedarf beim Erkenntnisgewinn im nationalen und internationalen Schrifttum (Kerschbaum, Th., Droste, S., Darstellung der Zahnmedizin, insbesondere der zahnärztlichen Prothetik, in der nationalen und internationalen wissenschaftlichen Literatur, in: DZZ 61 (2006) 5, S. 240 f.). Kerschbaum äußerte an anderer Stelle: „Langzeituntersuchungen bleiben also zunächst der „Königsweg“, um in der zahnärztlichen Prothetik zu tragfähigen Erkenntnissen zu gelangen, die dem Patienten nützen. Dieses Vorgehen wird aber auch als besonders hinderlich für eine schnelle Material- und Methodenentwicklung angesehen. Man mag dies bedauern, aber prothetische Maßnahmen haben weder eine vitale Indikation, noch sind die zu erwartenden Fortschritte so einschneidend, wie dies manche glauben machen.“ Im Gegensatz dazu haben die meisten deutschen Zahnärzte/-innen immer eine plausible Antwort darauf parat, welche prothetische Lösung für welchen individuellen Befund die allerbeste sei. Der Implantologe favorisiert die möglichst maximale Implantatlösung, der Prothetiker die möglichst maximale Kombinationslösung. Wissenschaftlich valide Nachweise für den jeweiligen gesundheitlichen Nutzen auch hinsichtlich banaler Alternativen müssen sie, einmal Ehrlichkeit vorausgesetzt, jedoch schuldig bleiben.

Dafür lieferte das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) im Jahr 2009 äußerst aufschlussreiches Material (IQWiG, Kurzfassung Abschlussbericht N05-01, Version 1.0. Suprakonstruktionen. 09.07.2009). In dieser Arbeit wurde eine vergleichende Nutzenbewertung der Suprakonstruktionen mit implantatgetragenen Brücken versus herkömmliche Therapiealternativen für den Indikationsbereich „verkürzte Zahnreihe“ versucht. Eine ausreichende Evidenz zur Überlegenheit einer der beiden Lösungen bei Vorliegen von uni- und bilateral verkürzten Zahnreihen im OK/UK konnte nicht

gefunden werden. Untersucht wurden die die Fragestellungen „Langzeitüberleben des Zahnersatzes, Auswirkung auf die Ernährung, mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (MLQ), Funktion des stomatognathen Systems“. Im Ergebnis gab es bis zum Jahr 2009 keine aussagekräftigen Studien, die evidenzbasierte Aussagen dazu stützten, ob bzw. welchen Einfluss die Beschaffenheit der prothetischen Versorgung auf die Entscheidung hatte, eine verkürzte Zahnreihe mittels feststehendem oder herausnehmbarem Zahnersatz wiederherzustellen.

Die zweite Untersuchung des gleichen Instituts (IQWiG, Kurzfassung Abschlussbericht N05-02, Version 1.0. Gegenbezeichnung: 20.04.2009) galt einer an sich ebenso banalen Fragestellung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA); es wurde die Relevanz der Beschaffenheit der Gegenbezeichnung bei der Versorgung mit feststehendem oder herausnehmbarem Zahnersatz bewertet. Für keines der patientenrelevanten Therapieziele „Funktionsdauer des Zahnersatzes, Veränderung des Ernährungsverhaltens, MLQ (reduziert auf Patientenzufriedenheit), Aufwand für Prothesenpflege und –nachsorge“ gab es bis zum Jahr 2009 Belege zur Relevanz der Gegenbezeichnung bei herausnehmbarem oder feststehendem Zahnersatz mit ausreichender Ergebnissicherheit. Die Autoren ermittelten keine evidenzbasierten Aussagen, ob bzw. welchen Einfluss die Beschaffenheit der Gegenbezeichnung auf die Entscheidung hat, einen teilbezahnten Kiefer mittels feststehendem oder herausnehmbarem Zahnersatz zu versorgen.

Es dürfte niemanden aus dem Bereich der „kritischen“ Zahnmediziner verwundern, dass die Berufenen mit ihrer standespolitischen Zwangsoptik eher formal, aber lautstark an diesen Ergebnissen Anstoß nahmen und manches Haar in der statistischen Suppe zu finden sich abmühten. Unsere Gesellschaftsordnung akzeptiert den am Rande des Schwarzen Wissenschafts-Loches praktizierenden Zahnkünstler, solange Geld ins System gepumpt wird. Am Rande des Loches werden ein paar kritische Hunde bellen, aber vorerst zieht die mit Drittmitteln und „hochkarätigen“ Auftritten gesponserte dentale Wissenschafts-Karawane weiter. Aus diesen Gründen ist im Wissenschaftsbereich und zum genuine Nutzen der praktizierenden Zahnärzteschaft und ihrer Patienten kaum eine Forderung wichtiger als die nach Institutionen mit unabhängigen Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen.

Dr. Wolfgang Kirchhoff, Marburg
kuwkirchhoff@gmx.de

Hypnose – ein Mittel zur Stressbewältigung in der Zahnarztpraxis

Dr. Ute Stein, Zahnärztin, Berlin

Freundlicherweise hat uns Frau Dr. Ute Stein fürs „Forum“ ihr bei der DAZ-IUZB-Jahrestagung am 25.09.2010 in Hohen Neuendorf gehaltenes Referat über Hypnose in der Zahnarztpraxis zur Verfügung gestellt.

In einer Zeit, in der wir immer mehr spezifischen äußeren Stressoren ausgesetzt sind, reagiert unser Körper psychisch und physisch. Die Stressbewältigung stellt besondere Anforderungen an unseren Körper und unsere Psyche, die zu einer hohen körperlichen und geistigen Belastung führen können. Stressfaktoren in der Praxis werden z.T. vom Behandler, Team und Patienten ähnlich bzw. völlig verschieden erlebt. Zu den Stressfaktoren zählen:

- Für den Patient: Angst, Schmerz, Erwartungshaltung, Gerüche, lange Wartezeiten, unfreundliche Mitarbeiter, privater Stress u.a.
- Für den Behandler: volles Wartezimmer, ungeduldige Patienten, Probleme mit dem Labor, zeitaufwändigere Behandlungen als geplant, Auseinandersetzung mit Mitarbeitern, Standespolitik, privater Stress u.a.
- Für das Team: ungeduldige Patienten, gestresster Zahnarzt, volles Wartezimmer, Probleme unter Kollegen, Nichtanerkennung ihres beruflichen Einsatzes, privater Stress u.a.

Die Auflistung erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, aber der eine oder andere Kollege wird sicherlich einen Aspekt aus seiner Praxis wiederfinden.

Aus der Stressforschung wissen wir um den Alltagsstress mit Mikrostressoren (Alltagsplagen: Stau auf der Autobahn) und Makrostressoren (Scheidung der Eltern, schwere Erkrankung eines Angehörigen). Die Folgen sind die Entwicklung schwerer Symptome auf der physiologisch-vegetativen Ebene (Kopf- und Bauchschmerzen, Schlafstörungen, Erschöpfungszustände), auf der kognitiv-emotionalen Ebene (Beeinträchtigung des kognitiven Leistungsvermögens, Lust- und Antriebslosigkeit, Auftreten von Ängsten) und auf der Verhaltensebene (körperliche Unruhe, Veränderung des Sozialverhaltens, Rückzug, Vermeidung, Isolation). Als Reaktion entstehen Krankheitsbilder wie Depression, Burnout, Angststörungen, Abhängigkeit von Substanzen, psychosomatische Beschwerden und andere psychische Störungen.

Zitat: „... die Seele des Menschen sitzt nicht nur im Kopf, sondern an psychischen Regungen ist die Ganzheit des Menschen beteiligt.“ (Mitscherlich, A.)



Schon aus der Zusammensetzung des Begriffes **Psycho-somatik** (Psyche, aus dem griech. = Seele; Soma = Körper) lässt sich die Wechselwirkung psychischer Prozesse bei der Entstehung körperlicher Leiden erkennen. Es treten Störungen im funktionalen Ablauf mit entsprechenden Symptomen im Körper auf, deren Verständnis und Behandlung durch das Einbeziehen des Seelischen mitbestimmt werden. Dem Begriff „Psychosomatik“ liegt eine ganzheitliche medizinische Philosophie zugrunde, wonach Gesundheit und Krankheit durch die Beziehung zwischen Individuum und Umwelt entstehen. Ökologische und sozioökonomische Faktoren kommen gleichfalls als Auslöser psychosomatischer Erkrankungen in Frage.

Symptome als Ausdruck

Mitscherlich schreibt 1966, dass der psychosomatisch orientierte arbeitende Arzt – unabhängig von Labortests und anderen diagnostischen Untersuchungen – Fakten aus der Krankengeschichte des Patienten sucht, die dem Patienten nicht oder nicht mehr zugänglich sind, die aber im Lauf der Behandlung erarbeitet werden müssen. Es geht hier also nicht um ein Wissen, das durch die langjährige Ausbildung auf den Arzt zu beschränken ist, sondern um unser geringes Wissen von jenen Einflüssen aus unserer Erlebenssphäre, die das Auftreten, die Zugänglichkeit oder Unzugänglichkeit von Krankheiten mitbestimmen. Diese Erlebnisbedingungen zu erkennen, ist ein oft

Tabelle 1: Adler unterscheidet in der Erkennung psychischer Faktoren organische und nicht organische Merkmale:

Merkmal	Organisch	nicht organisch
Lokalisation	eindeutig, umschrieben	vage, unklar, wechselnd
Affekte	passen zu geschilderten Beschwerden	inadäquat
Zeitdimension	eindeutige Phasen von Präsenz und Fehlen	dauernd da, gleich intensiv
Abhängigkeit von Willkürmotorik	vorhanden	fehlt
Reaktion auf Medikamente	pharmakokinetisch plausibel	nicht verständlich
Beschwerden und mitmenschliche Beziehung	unabhängig davon	damit verbunden
Schilderung der Beschwerden	Bild passt	Bild inadäquat, z.B. dramatisch
Betonung der Ursache	psychisch	organisch
Sprache	einfach, klar, nüchtern	intelligenzlerisch, Ärztejargon
Affekte des Arztes beim Zuhören	ruhig, aufmerksam, einführend	Ärger, Wut, Langeweile, Ungeduld, Hilflosigkeit, Verwirrung

langwieriger und anstrengender Prozess für Arzt und Patient, der nicht selten nicht zum Erfolg führt. Der Frage, wo Krankheit beginnt, müssen sich alle Menschen stellen, die mittel – und unmittelbar mit kranken und gesunden Menschen arbeiten. Die moderne Psychologie betont immer wieder die wechselseitige Beeinflussung organischer und psychischer Prozesse. Die Krankheit ist als Mitteilung tief greifender, oft verdeckter Verhaltensstörungen zu verstehen. Krankheiten „drücken etwas aus“. Sie tragen die Informationen über unser individuelles und soziales Leben, über Unglück und Befinden. In ihnen kommen Konflikte zum Ausdruck, die der Arzt gemeinsam mit dem Patient entziffern und begreifen muss, um den Heilungs- und Entwicklungsprozess in Gang zu setzen.

Werteverschiebung im Technikzeitalter

Der Mensch hat eine technische Umwelt geschaffen, in der in den vergangenen Jahrzehnten unendlich mehr Naturkräfte lenkbar wurden, als man sich je träumen ließ. Krankheitsbekämpfung und Vorbeugung sind Bestandteil unseres kulturellen Gesamtprozesses in der Gesellschaft geworden. Die Sterblichkeit sehr junger Menschen ist stark zurückgegangen, die Menschen werden insgesamt älter und die damit verbundenen Krankheiten sind behandelbar geworden. Inwieweit dieser Fortschritt welche Bedeutung besitzt, steht ebenfalls als offene Frage im Raum. Der Anstieg der Weltbevölkerung, das Entstehen von riesigen Arbeits- und Wohnzentren, der Umgang mit unserer Umwelt und die damit verbundene Veränderung unserer Lebensbedingungen haben eine neue „Natur“ für den Menschen entstehen lassen. Der Mensch dominiert in dieser Natur und neben ihm

gibt es keinen ernstlichen Feind unter den Lebewesen. Unter diesen Veränderungen entstanden neue Konsumgewohnheiten und Sinnvorstellungen – **aber** die Natur des Menschen mit seinen Grundbedürfnissen hat sich nicht verändert, das Bedürfnis nach Sicherheit, Geborgenheit und Vertrauen/Urvertrauen ...

Die herkömmliche Medizin sieht in der Veränderung der Physiologie des Menschen den Beginn einer Krankheit. Wir müssen uns aber im Sinne der vielen dynamischen Modellvorstellungen unseres Zeitalters fragen: **Was setzt die Physiologie so unter Druck, dass sich ihre Funktion ins Pathologische verändern muss?** Eine Hypothese beinhaltet: **die Erlebnisverarbeitung des einzelnen Individuums ist die Antriebskraft hinter vielen, eben den psychosomatischen, den seelisch-leiblichen Krankheiten.** In der Auseinandersetzung mit den verschiedensten Stressoren stellt die Krankheit für den Betroffenen einen Weg des Rückzuges dar. Krankheit ist kein anonym wirkender Zufall, sondern Krankheit ist die Möglichkeit einer Reaktion des Menschen in hilfloser Lage. Der Mensch reagiert pathophysiologisch oder/und pathopsychologisch.

Ausgleichende, helfende Ressourcen

Geht man nun von den Begriffen **Seelische Gesundheit** und **Krankheit** aus, liegt es im abendländischen Weltverständnis, nach Definitionen und Modellen zu suchen. Seelisch gesund sind die Menschen, die eigene und fremde Ressourcen derart einsetzen, dass auch unter Belastungen in Beziehungen, Beruf und Freizeit das eigene Wohlbefinden stabil gehalten bzw. wieder ins Gleichgewicht gebracht wird, ohne dass dies auf

Kosten der eigenen Gesundheit (z.B. bei Suchtverhalten) oder des Wohlbefindens anderer (z.B. bei Persönlichkeitsstörungen) geschehen muss. Diese **psychosoziale Funktionsfähigkeit** beruht u.a. auf inneren und äußeren, sozialen Ressourcen.

Zu den **inneren Ressourcen** zählen:

- **zentralnervöse Gesundheit** als Wirkgefüge aus Nervenimpulsen zwischen verschiedenen Regionen des Gehirns, hormonelle Einflüsse u.ä.,
- **seelische Kompetenz** wie Aufmerksamkeit, Wahrnehmungsfähigkeit gegenüber inneren und äußeren Reizen, Erkenntnisfähigkeit, Intelligenz, Gedächtnis, ausgeglichene Triebe und Bedürfnisse, emotionale Belastbarkeit mit Impulskontrolle, Willen, zielgerichtetes Handeln, Einfühlung und Anteilnahme, soziales Gewissen, Selbstbild u.v.m.
- **soziale Kompetenz** als Konflikt – und Konsensfähigkeit, Problemlösungsfähigkeit, Fähigkeit, Bindungen einzugehen und aufzulösen, Nähe und Abgrenzung u.a.

Mit der Suche nach eben diesen **inneren Ressourcen** wird in der Hypnotherapie nach Erickson gearbeitet, um für den Patienten stimmige Lösungsansätze für seine bestehende Problematik zu finden.

Zu den **äußeren, sozialen Ressourcen** zählen:

- nahe, vertraute und loyale **Bezugspersonen**
- **Beziehungen** zu informierten und kompetenten Personen
- **materielle Mittel** wie Geld, Vermögen, Wohnung u.a.
- Zugang zu **Hilfestellungen** aus der Gesellschaft wie medizinische Hilfe, Psychotherapie, Sachhilfe u.ä.

Die vorangegangenen Ausführungen sollen die Vielfalt der möglichen Wechselwirkungen psychischer Prozesse bei der Entstehung körperlicher Symptome aufzeigen und uns als Zahnärzte sensibilisieren, diese Prozesse in der Arbeit mit dem Patienten im Team zu erkennen, um Stress in der Praxis zu verringern bzw. zu bewältigen.

Adler unterscheidet in der Erkennung psychischer Faktoren **organische und nicht organische Merkmale**: siehe **Tabelle 1** auf der vorstehenden Seite.

Bezug zur Zahnmedizin

Vielen Patienten fällt der Gang zum Zahnarzt aus verschiedenen Gründen schwer. Oft ist es die Angst vor Schmerzen, das Gefühl vor Kontrollverlust u.ä. Ca. 75% der Erwachsenen in Deutschland weisen eine leichte bis mittlere und 15% eine starke Zahnbehandlungsangst bzw. Phobie auf (Micheelis, 1992). Nach Schätzungen des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) leiden rund 6% bis 14% aller Deutschen an einer extremen Angst vor Zahnbehandlung. Häufig treten zwanghaft neurotische Symptome auf, die das Verhalten der Patienten einengen. Dabei können echte Angsterlebnisse wie frühere Zahnarztbesuche oder andere Traumata mitwirken, denen wir als Behandler oft hilflos gegenüber stehen (Psychrembel, 1999).

Im Folgenden möchte ich einige **Auszüge von Patientenbriefen** aus meiner Praxis veröffentlichen, um die Problematik der Psychosomatik in der Zahnmedizin deutlich zu machen:

„...ich bin 44 Jahre alt und mein letzter Zahnarztbesuch liegt ca. 20 Jahre zurück...ich weiß heute nicht mehr, wann diese Angst dermaßen gewaltige Formen angenommen hat...allein der Gedanke an den Zahnarzt lässt alles Blut aus meinem Gesicht weichen, mein ganzer Körper wird zu einem eiskalten, zitternden Etwas und meine Beine versagen den Dienst und es wird schwarz vor meinen Augen...ist es nicht mehr „nur“ die Angst allein, heute ist auch noch diese Scham hinzugekommen...vermeide ich es,... in den Spiegel zu sehen, denn ich schäme mich vor mir selbst entsetzlich...nur keine Zähne zeigen beim Sprechen, Lachen nur hinter vorgehaltener Hand...Fremde Menschen – ein Gräuel...Selbst Elternversammlungen habe ich geschwänzt...vor zwei Jahren hatte ich einen Hörsturz...Die HNO-Ärztin schlug die Hände über den Kopf zusammen...meinem

Leben ein Ende zu setzen...heute möchte ich leben... ich bin seit längerer Zeit arbeitslos...erschwerend kommt noch hinzu, dass ich Marcumar-Patientin bin. Aber ich denke, dass dieses ist noch das Geringste.“

„... unter normalen Bedingungen ist bei mir eine Behandlung nicht möglich (siehe Zustand meines Gebisses)...Ich möchte wie andere Menschen für meine Zähne sorgen können... eine Behandlung ohne Qualen... sonst ist es ein Gang zum Schafott. Todesangst...“

„...bin ich auf Grund meiner Trigeminusneuralgie seit 5 Jahren berentet (momentanes Alter der Patientin 56 Jahre; Anm. d. Verf.)... Sie sind meine letzte Hoffnung... hat sich mein Freundeskreis verändert... ich bin schnell erschöpft und meine Lebensqualität ist um vieles schlechter geworden... mit 26 Jahren war ich schwer an Bulimie erkrankt... ich habe alles versucht, Akupunktur, Neuraltherapie, Kinesiologie, um die Schübe an Schmerzen zu ertragen.. in der Uni-Klinik war ich zwei Jahre in Behandlung – ohne Besserung... zwischendurch erkrankte ich an anderen Virusinfektionen, so dass ich ein halbes Jahr krankgeschrieben war, dann musste ich mich sterilisieren lassen... mit Ihnen als Frau als Behandlerin kann ich sprechen, kann ich weinen... Schuld ist der Zahnarzt, der vor 7 Jahren am oberen Augenzahn eine Wurzelbehandlung durchgeführt hat...“

Anhand dieser wenigen Beispiele, die sicherlich jeder aus seiner Praxis kennt, lässt sich der oft lange und anstrengende Leidensweg der Patienten erahnen. Gleichzeitig wissen wir aber auch um unser Unvermögen, diesen Patienten helfen zu können. Es stellt sich die Frage, ob die Zahnheilkunde ein eigenes psychosomatisches Konzept benötigt, berücksichtigt man den hochsensiblen orofazialen Bereich mit seiner zentralen Bedeutung für die Interaktion mit der Umwelt. Wenn man an die Patienten mit unspezifischem Schmerz, mit Myoarthropathien oder psychogenen Prothesenunverträglichkeiten oder an Dyskinesiebedingte Fehlbildungen während der Kiefer- und Zahnentwicklung denkt, sucht man als Behandler nach besonders geeigneten Erklärungs- und Therapiekonzepten für die genannten Störungen. Je nach Schulrichtung lassen sich für die Therapie unterschiedliche Erklärungsansätze finden, die mit beeinflusst werden von den Vorlieben des Behandlers, den Neigungen des Patienten und seiner individuellen Lebensgeschichte.

Morgan und Engel empfehlen ein **analytisches Anamneseschema**, welches in meiner Praxis ebenfalls Anwendung findet im

Prozess des Erkennens bzw. der Diagnose einer möglichen psychosomatischen Störung oder Erkrankung:

1. Begrüßung
2. Erkundigung nach dem Befinden und Signalisieren der Bereitschaft, für den Patienten da zu sein (Wie geht es Ihnen?)
3. Aufforderung zur Selbstdarstellung (Was führt Sie hierher?)
4. Darstellung der Symptomatik unter Berücksichtigung der Dimensionen: Lokalisation, Qualität, Intensität, zeitliche Zusammenhänge, Begleitumstände, verändernde Einflüsse und Begleitsymptome
5. persönliche Anamnese, Umgang mit früheren Leiden
6. Ressourcenanamnese (Anm.d.Verf.)
7. Familien-, Entwicklungs und Sozialanamnese
8. jetzige Lebensumstände, biographische Anamnese
9. Rekapitulation und systematische Übersicht
10. Abschlussfrage (Gibt es irgend etwas, worüber Sie noch sprechen möchten?)

Anwendung von Hypnose in der Zahnarztpraxis

Hypnose ist ein Weg, einen Zugang zu Patienten zu finden, die an oben angeführten Beschwerden leiden. Dabei ist immer das Ziel, eigene vorhandene Ressourcen zu entdecken und diese zu nutzen. Der Meinung vieler Kollegen, dass der Zeitaufwand für die Anwendung von Hypnose zu groß sei, möchte ich aus meiner Erfahrung widersprechen. Der zu Beginn stehende zeitliche Mehraufwand, der in meiner Praxis stark strukturiert ist, bringt eine enorme Zeiterparnis in der weiteren Behandlung. Durch das aufgebaute Vertrauen und Selbstvertrauen in die Behandlung fallen viele „lästige Zeitkiller“ wie häufiges Ausspülen, Husten etc. weg. Diese Erstkonsultation sollte in der Regel nicht länger als 25 Minuten dauern und in einer angenehmen und entspannten Atmosphäre stattfinden. In Absprache mit dem Patienten kann während dieser ersten Sitzung eine Befunderhebung stattfinden. Bei entsprechender Mitarbeit des Patienten wird in der Folgesitzung ein Therapiekonzept erarbeitet, in das der Patient aktiv seine Wünsche und Vorstellungen einbringt. Wichtig ist es, dem Patient offen und ehrlich zu begegnen und ihm Grenzen in der Therapie dort aufzuzeigen, wo man seinen Wünschen oder Vorstellungen aus medizinischen Gründen nicht entsprechen kann. Eine gute Dokumentation von Untersuchungsergebnissen (Modelle, Röntgenbilder, FAT u.ä.) ist unbedingt notwendig. Den

Patienten wird ein spezieller Rapport-Fragebogen vorgelegt, den sie zuhause ausfüllen und bei der Zweitkonsultation mitbringen. Das in meiner Praxis angewandte Konzept trägt die Bezeichnung

„Therapeutische Trias“:

Rapport – gegenseitiges Kennenlernen
Auswertung des Rapport-Fragebogens
Testen der Suggestibilität

Rapport ist eine moderne Kommunikationstechnik, die grundsätzlich in allen Bereichen des menschlichen Austausches stattfindet. Ob wir mit unserem Gegenüber in Rapport sind, erkennen wir an folgenden Reaktionen:

- gleiche Körpersprache – Verhalten
- ähnliche Sprachmuster – Linguistik
- auf der neurologischen Ebene – Spiegelneuronen, minimal cues
- gleicher Atemrhythmus und Herzfrequenz – Physiologie u.a.

Die Auswertung des **Rapport-Fragebogens** hat folgende Ziele:

1. gemeinsames Erarbeiten des Behandlungszieles
2. lösungs- und prozessorientiertes Auswerten
3. Festlegen des Zeitrahmens für die Behandlung
4. genaue Planung der einzelnen Behandlungsschritte

Das **Testen der Suggestibilität** erfolgt über eine Entspannungsübung (Atemtechniken), die eine leichte bis mittlere Trance zur Folge hat. In diesem entspannten Trancezustand arbeite ich dann mit dem Unbewussten des Patienten, um eigene Ressourcen und Lösungen zu kreieren. Da sich rund 80% der Bevölkerung gut entspannen können, 10% sogar sehr gut, ist das Angebot einer Entspannungserfahrung auf dem Zahnarztstuhl in meiner Praxis von einer hohen Erfolgsrate bestimmt. Die Rahmenbedingungen wie Praxisgestaltung (Farbauswahl, Bilder, Düfte, Blumenarrangements) und Praxisatmosphäre (freundliche Mitarbeiter, Zugewandtheit, evtl. Hintergrundmusik) bestimmen neben dem individuellen Eingehen auf die Bedürfnisse eines jeden Patienten einen stressarmen Praxisalltag für alle Beteiligten.

Was ist Hypnose? Definition der Hypnose

Das Wort *hypnos* kommt aus der griechischen Mythologie. Es bedeutet „Sohn der Nacht“ und „Zwillingsbruder des Todes“. Somit verkörpert Hypnos den Schlaf. Revenstorff verwendet vier Begriffe zur Hypnosethematik:

Suggestion (lat. suggerere/ suggestio = unterschieben / eingeben / Eingebung / Einflüsterung). Darunter versteht man die Beeinflussung der Denk-, Willens- und Gefühlsabläufe eines Menschen durch Fremde als Fremd- oder Heterosuggestion oder auch durch sich selbst als Selbst- oder Autosuggestion. Dabei unterscheidet man zwischen direkten und indirekten Suggestionen, die das Bewusstsein, das Unbewusstsein oder beide Ebenen ansprechen.

Der Begriff **Suggestibilität** stellt eine Eigenschaft des Menschen dar, eine suggerierte Idee unkritisch zu akzeptieren, deren Effekt in der Regel durch die Messung der Psychomotorik erfasst werden kann. Hier wird zwischen einer allgemeinen und speziellen Suggestibilität unterschieden.

Der Begriff **Hypnose** selbst beschreibt den Vorgang als solches und die **Hypnotisierbarkeit** als Eigenschaft des Probanden.

In der breiten Bevölkerung wird die Auffassung über das Wesen der Hypnose nach wie vor von irr tümlichen Auffassungen geprägt, welches immer wieder zu Mystifizierungen führt. Es wird der Verlust von Autonomie und Kontrolle erwartet und befürchtet, was verständlicherweise Angst auslösen kann. Oft gibt es allerdings auch überhöhte Erwartungen hinsichtlich schneller Problemlösungen.

In der Literatur findet man zahlreiche Versuche, Hypnose zu definieren. Eine einheitliche Definition für Hypnose lässt sich allerdings nicht finden, da die Vielschichtigkeit der Hypnose eine knappe Begriffsbestimmung nicht zuzulassen scheint. Kossak wies auf den unterschiedlichen Gebrauch des Terminus Hypnose in folgenden Zusammenhängen hin:

- Hypnose als Verfahren
- Hypnose als Erlebnisform
- Hypnose als Behandlungsform.

Für Revenstorff ist Hypnose ein durch Suggestion herbeigeführter, eingegogter, schlafähnlicher Bewusstseinszustand mit vegetativen Veränderungen. 1955 wurde im "Report of a Subcommittee appointed by the Psychological Medicine Group Committee of the British Medical Association" Hypnose folgendermaßen definiert:

„Hypnose ist ein vorübergehender Zustand veränderter Aufmerksamkeit beim Patienten, ein Zustand, der von einem anderen Menschen hervorgerufen werden kann und in dem verschiedene Phänomene spontan oder als Reaktion auf verbale oder andere Reize auftreten können. Diese Phänomene umfassen eine Bewusstseins- und Gedächtnisveränderung, gesteigerte Empfänglichkeit für Suggestionen, Antworten und Gedanken seitens des Patienten, die ihm in seinem gewohnten Geisteszustand

nicht vertraut sind. Unter anderem können im hypnotischen Zustand Phänomene wie Anästhesie, Lähmung, Muskelstarre und vasomotorische Veränderungen hervorgehoben und unterdrückt werden.“

Hypnose ist ein relativ neuer Name für eine der ältesten Heilmethoden der Menschheit, die wir in allen Kulturen der Früh- und Neuzeit finden, bei den Naturvölkern wie bei den sogenannten höheren Zivilisationen. Sie bietet ein breites Spektrum an Möglichkeiten, therapeutisch wirksam zu sein.

Nachstehende Ziele sollen durch die Anwendung von Hypnose erreicht werden:

- Veränderung physiologischer Prozesse (z.B. Vasokonstriktion)
- Transformation von Wahrnehmungen und Symptomen (z.B. Analgesie)
- Anregung szenischer Vorstellungen (Bahnung von Verhalten)
- Dissoziation und Assoziation („Abspalten“ von Bewusstseinsinhalten bzw. Identifikation mit bestimmten Situationen und Inhalten)
- Regression und Progression (Zurückgreifen auf frühere Entwicklungsstufen bzw. Erfahrungen; Vorstellen künftiger Erfahrungen)
- Evokation innerer Suchprozesse (kreative, ressourcenorientierte Problemlösung).

Angststörungen, depressive Reaktionen, Gewohnheitsprobleme (Suchtverhalten), posttraumatische Reaktionen, Schmerzen und eine Vielzahl psychosomatischer und somatischer Störungen zählen zu den Indikationen hypnotherapeutischer Arbeit.

Charakteristika hypnotischer Trancephänomene

Unter Hypnose wird in der Regel die Induktion und Nutzung, d.h. ein Prozess, verstanden. Als **Trance** beschreibt man den dadurch angeregten Zustand.

Der Trancezustand zeichnet sich durch bestimmte beobachtbare (physiologische) und subjektive Eigenschaften aus.

Zu den **beobachtbaren Indikatoren** zählen:

- Erniedrigung von Tonus, Herzrate und Blutdruck
- Dilatation der Gefäße
- regelmäßiger und langsamere Atmung
- geringere Ansprechbarkeit und Frequenz von Blink- und Schluckreflex
- ideomotorische Reaktionen (Chevreulischer Pendelversuch, Ja-Nein-Signale)
- direkte motorische Innervationsänderung von Beuger und Strecker nach Wundt
- Levitation, Katalapsie
- Lidschluss oder Defokussierung der Augen
- Immobilität und " Sprechfaulheit" u.a.

Subjektive Indikatoren sind:

- körperliche Entspannung bei gleichzeitiger mentaler Wachheit
- lebhaftere Vorstellung (Halluzination, Imagination)
- Verringerung der externen Wahrnehmung (Tunnelvision)
- Entfremdungsempfinden vom eigenen Körper hypnotische Analgesie)
- Zeitverzerrung (in der Regel Verkürzung ca. um 50 %)
- Gleichgültigkeit oder Amüsiertheit (über den Trancezustand)
- Amnesie (für Tranceinhalte).

Hypnose und Zahnmedizin

Die Anforderungen an praktizierende Zahnmediziner sind vielfältiger Natur. Der tägliche Umgang mit Patienten, die bewusst oder unbewusst ihre Ängste auf uns projizieren, stellt einen Hauptstressfaktor im Praxisalltag dar. Der Einsatz gezielter medizinischer Hypnose mit dem Ziel, den angespannten, ängstlichen Patienten zu entspannen und eine gute Compliance (Behandlungsbereitschaft) zu erreichen, hilft oft dem Patienten, dem Behandler und den Mitarbeitern, besser mit der Angst umzugehen. In zahlreichen Veröffentlichungen wird darauf verwiesen, dass die Behandlung von ängstlichen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sowie von Behinderten und multimorbiden Patienten auch von den Zahnärzten als belastend und anstrengend empfunden wird. Nichtkooperative Patienten werden oftmals unter Allgemeinanästhesie zahnmedizinisch behandelt, ohne dass auf die Problematik des Umganges mit Angst und Schmerz eingegangen wird.

Hypnose kennt viele **Indikationen in der Zahnmedizin**. Zu ihnen zählen:

Angstabbau (Zahnarztphobie), allgemeine Entspannung, Kinderbehandlung, Hypnoanalgesie und -anästhesie, Blutungskontrolle, posthypnotische Aufträge, Langzeitbehandlung, Selbsthypnose, Myoarthropathie, Würgereiz, Kreislaufkontrolle, Umgang mit habits, Prothesenunverträglichkeit, akuter und chronischer Schmerz, Neuralgien, Schleimhautrekrankungen, Tumore, Immunstörungen und Allergien. Neben der Angst vor zahnärztlichen Eingriffen, Phobien und Panikanfällen stellt zunehmend der Bereich der Psychosomatik eine Indikation für die Anwendung von Hypnoseverfahren in der Zahnmedizin dar.

Zusammenfassung

Anliegen dieses Artikels ist es, auf die Möglichkeit des Einsatzes von Hypnose in

der Zahnarztpraxis als unterstützendes Therapeutikum hinzuweisen. Außerdem möchte ich die Wichtigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit in unserem Arbeitsgebiet betonen, die auch eine interkollegiale Supervision beinhalten kann, wie sie regelmäßig in meiner Praxis angeboten wird.

Um dem wachsenden Druck in den Zahnarztpraxen infolge der Zunahme äußerer und innerer Stressfaktoren mit ihren Konsequenzen wie z.B. psychosomatischen Erkrankungen gerecht zu werden, ist es zwingend erforderlich, dass auf dem Gebiet der Psychologie für Zahnmediziner mehr Fortbildung angeboten wird (Balintgruppen, Curriculum „Psychologie und Psychosomatik in der Zahnmedizin“, Curriculum „Zahnärztliche Hypnose“/„Kinderhypnose“ der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose u.v.m.). Gleichzeitig sind auch die Universitäten aufgerufen, die Fachgebiete Psychologie und Psychosomatik in den Lehrplan der Zahnheilkunde als festen Bestandteil der Ausbildung zu integrieren.

Als Schlussgedanken möchte ich einige Worte von Victor E. Frankl, dem Begründer der Logotherapie, anführen:

*„... Das Leiden hat einen Sinn, wenn **du selbst** ein anderer wirst ... Was also ist der Mensch? Er ist das Wesen, das immer **entscheidet**, was es ist. Er ist das Wesen, das die Gaskammern erfunden hat; aber zugleich ist er auch das Wesen, das in die Gaskammern gegangen ist, **aufrecht** und ein Gebet auf den Lippen.“*

Dr. Ute Stein, Berlin

Literaturverzeichnis:

(Vollständige Liste bei der Autorin)

- Dorsch F. „Psychologisches Wörterbuch“, 1994, Hans Huber Verlag
- Frankl V. „Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn“, 1998, Piper Verlag GmbH
- Mitscherlich A. „Krankheit als Konflikt Studien zur psychosomatischen Medizin I“, 1966, Edition Suhrkamp SV
- Priehn-Küpper S. „Behandlungsfaktor Psyche“ in Zahnärztliche Mitteilungen 89, Nr. 13, 1.7.1999(1598)
- Rupp M. „Seelische Gesundheit und Krankheit“, Scriptum Psychiatrische Krankheitslehre, 1999
- Sergl I.H.G. „Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde“, 1996, Urban & Schwarzenberg
- Stein U. Dissertation „Einfluss von Sprach- und Musikinduktion als Entspannungstechnik in der zahnärztlichen Praxis“, 2010



Patienten suchen Behandlungs-Qualität,

nicht eine erzwungene papierene Qualität.

Für das **Projekt-Qualitätssicherung** des DAZ steht der

Patient im Mittelpunkt,

nicht die Sorgfalt im Listenschreiben.

Machen Sie mit!

Im Frühjahr beginnt ein neuer Zertifizierungszyklus. Als Teilnehmer im Projekt demonstrieren Sie ärztliche Professionalität, Zugewandtheit und Mäßigung. Das ist gut für die teilnehmende Praxis sowie die ordentliche Zahnmedizin allgemein.

Fordern Sie unsere Materialien an.

QS-Projekt Dr. Peter Nachtweh

Kaiserdamm 97
14057 Berlin
Tel. 030/3023010
Fax 030/3255610
pnachtweh@t-online.de
www.daz-web.de



Ethik, Ästhetik, Kosmetik

DGZMK-AK Ethik und DGÄZ Iuden zur Diskussion beim Deutschen Zahnärztetag 2010

von Dr. Paul Schmitt, Frankfurt

Am 13.11.2010 fand im Rahmen des Deutschen Zahnärztetages eine öffentliche Vortragsveranstaltung der DGÄZ (Deutsche Gesellschaft für Ästhetische Zahnmedizin) und des im Frühjahr 2010 gegründeten Arbeitskreises Ethik der DGZMK statt. Dr. Paul Schmitt berichtet fürs „Forum“. Seine Kommentare sind kursiv abgesetzt.

Beide Gruppierungen traten als Veranstalter auf. Damit war dies der erste offizielle „Auftritt“ des AK. Leider war es kurzfristig zu einer Verschiebung der Vorträge gekommen, so dass mancher Interessierte schon abgereist war und auch drei vorgesehene Referenten (Schäfer, Maio, Karrer) nicht antreten konnten. Die Veranstaltung war gut besucht. Offenbar besteht ein großes Interesse an dieser Thematik.

Der erste Vortrag wurde von Prof. Dr. Dr. Groß, Aachen, gehalten. Der Lehrstuhlinhaber für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin referierte über das Thema **„Die Zahnarztpraxis als Kosmetikoase“**. Er teilte seinen Vortrag in die drei Teile „Dentale Kosmetik“, „Einzelfall oder Trend“ und „Rechtliche Implikationen“ auf.

Die „Kosmetik“ beschäftigt sich mit dem „Schmücken“ des Körpers ohne jeden kurativen Ansatz. Im Unterschied dazu stelle die „Ästhetik“ die „Lehre von der wahrnehmbaren Schönheit“ dar. Diese unterschiedlichen Begriffe begegneten den Zuhörern noch öfter im Programm. Prof. Groß zählte zunächst die verschiedenen kosmetischen Maßnahmen auf.

Bleaching: Hier sei das Ziel nicht die Annäherung an die Norm, sondern die gezielte Abweichung von der Norm, so Prof. Groß (Ausnahme: Aufhellung von unnatürlich dunklen Zähnen).

Zahnschmuck: Hier unterscheide man zwischen Dazzler, Twinckles, Skyces, Tatoos, Zahnmalerei mit Buntlacken, Tatooth, Grills, Zahncaps (erfordern Beschleifen). Zudem gäbe es „Medical Piercings“ in sechs Varianten. In allen Fällen sei die „Normabweichung“ das Ziel. Dies sei also insofern ähnlich den Naturvölkern (Beispiel: Zahnfeilungen). Eine Reihe bizarrer Fotos ergänzte diesen Vortragsteil.



Dr. Bermann (li) und Prof. Sader (re) von der DGÄZ nahmen den Leiter des AK Ethik Prof. Groß in ihre Mitte

Das Zwischenfazit von Prof. Groß: Das Ziel dieser kosmetischen Maßnahmen sei die Abweichung von der Norm, die Abgrenzung. Er zitierte dazu auch den Begriff „Ästhetik des Hässlichen“.

Einzelphänomen oder Trend? war die nächste Frage. Die steigende Nachfrage zeige: dies sei keine singuläre Erscheinung, sondern mehr. Die reine „Zahnverschönerung“ ohne jeden kurativen Ansatz habe viele Interessenten. Laut einer Umfrage hätten 1999 49% der Befragten Interesse an der beschriebenen „Zahnkosmetik“ gehabt, während der Anteil zwischen 2005 und 2008 von 60% auf 79% gestiegen sei. So habe es im Jahr 2004 etwa 1000 darauf spezialisierte Zahnarztpraxen in Deutschland gegeben, während im Jahr 2005 schon 2000 Praxen diesen Schwerpunkt angegeben hätten. Neue Marketing-Konzepte für diese „Zahnkosmetik“-Praxen führten dann zu gesetzlich geschützten Namen wie „Beauty Dent“, „Wellness Lounge“ oder „The White Room“. Es existierten auch entsprechende Homepages, so vom „Interessenverband der Zahnkosmetik e.V.“. Hierbei würden auch Ausbildungen zum „zertifizierten Zahnkosmetiker“ angeboten.

Diese Kurse werden sogar mit Mitteln des Bildungsministeriums und EU-Geldern gefördert, offenbar im Rahmen von Programmen zur Reduzierung von Arbeitslosigkeit. Hier ist ernsthaft zu fragen, ob es sinnvoll ist, Steuergelder in einen derart diskussionswürdigen heilkundlichen Randbereich bzw. in eine auf unsicherem Boden stehende Qualifizierung ohne staatliche Anerkennung fließen zu lassen.

Zwischenfazit von Prof. Groß: Auf dem Gebiet der „Kosmetischen Zahnmedizin“ gibt es eine steigende Nachfrage, es handelt sich um einen „Zusatzmarkt“. Das ständig wachsende Angebot wird durch anpreisende Werbung begleitet, die laut geltender Berufsordnung eigentlich verboten ist.

Haftungsrecht: Auch die kosmetische Zahnheilkunde unterliege der Pflicht zur voll-

ständigen Aufklärung des Patienten. Zudem sollte eine Einverständniserklärung vorliegen. Die Maßnahmen hätten dem „Erkenntnisstand des Faches“ zu entsprechen. In der Praxis stoße dies an Grenzen. Eine juristische Hürde stelle zudem §1 des Zahnheilkundengesetzes dar: „Die Ausübung der Zahnheilkunde ist kein Gewerbe“. Darum sieht die DGZMK die Szene kritisch. Sie schließt sich hier dem Standpunkt der Bundesärztekammer an, welche beispielsweise schon feststellte: „Die Bundesärztekammer sieht Piercing nicht als ärztliche Tätigkeit an“.

Darauf erwähnte Prof. Groß die Aktion „Pro Dente e.V.“, welche auch gezielte Werbung für „zahn-verschönernde Maßnahmen“ und „Wellness im Mund“ mache. So seien 500.000 wohlhabende Haushalte von „Pro Dente e.V.“ angeschrieben worden. *„Groß sieht das offenbar etwas kritisch. „Pro Dente“ wird u.a. aus Mitteln der Bundeszahnärztekammer finanziert. Hier besteht meines Erachtens ein Interessenkonflikt der Kammern mit dem gleichzeitigen Engagement auf ethischem Gebiet.“*

Kürzlich habe eine bundesdeutsche Zahnärztekammer einen Kollegen verklagt, welcher (nach ihrer Ansicht) anpreisende Werbung geschaltet hatte. Die Kammer unterlag im folgenden Rechtsstreit, mit der Begründung des Gerichts, dass „ein Appell an Patienten auch auf emotionaler Ebene möglich sei“. *Dieses Gerichtsurteil konterkariert die restriktive Linie der Zahnärztekammern.*

Es folgte eine „individualethische Beurteilung“ ausgewählter Szenarien und Konflikte.

Piercing: Hier bestehe ein Konflikt zwischen der Autonomie des Patienten und dem ärztlichen Grundsatz des „Nichtschadens“. Daher könne der Arzt solche Maßnahmen jederzeit ablehnen. Auch die Forderung nach zahnkosmetischen Maßnahmen aufgrund von „Leidensdruck“ des Patienten (wegen angeblich unerfüllter ästhetischer Erwart-

tungen) könne der Zahnarzt zurückweisen. Leider werde aber dann auch gerne so argumentiert: „Dann macht es eben ein anderer, eventuell fachlich viel schlechter“.

Alles das seien durchaus diskussionswürdige Entwicklungstendenzen. Sie führten zu einer Ausweitung des gewerblichen Charakters unseres Berufsbildes, zur Konkurrenz mit „Nichtapprobierten“, zu vermehrter „angebotsinduzierter Nachfrage“, zu einer Änderung des Berufsbildes (Fremdbild) und sogar zu einer Veränderung des zahnärztlichen Selbstbildes (Eigenbild). Zur Zeit fehle eine deutliche Trennlinie zwischen kurativer und beschriebener gewerblicher Ausrichtung. Die Zahnärzteschaft müsse also dringend handeln, so schloss Prof. Groß sein Referat.

In der folgenden Diskussion wurde erwähnt, dass es sogar schon eine Fachzeitschrift zum Thema „Kosmetische ZHK“ gebe, die ein Leipziger Verlag herausgebracht habe. „Kosmetik“ habe nichts mit „Ästhetik“ zu tun, so der erläuternde Einwurf des Kollegen Bermann, welcher die ausrichtende DGÄZ offiziell repräsentierte und mit Groß der Veranstaltung vorsah. Man trenne hier sehr scharf.

Prof. Groß fasste dann seinen Standpunkt zur Rolle der Ethik zusammen: Sie sei eine „Handreichung“, eine „Hilfestellung für die Standespolitik“, wenn man gefragt werde. „Wir werden den Kollegen nicht sagen, was sie tun und was sie lassen sollen“, so Prof. Groß. Es gebe hier „keinen moralischen Zeigefinger“.

Ob der AK Ethik mit dieser sehr zurückhaltenden, eigene Positionierung und Bewertung möglichst vermeidenden Einstellung wirklich etwas zum Guten bewegen kann, bleibt abzuwarten. Es wird allerdings nicht immer möglich sein, ohne klare Prioritäten und entsprechend deutliche Aussagen auszukommen, speziell bei der ethischen Beurteilung konkreter Behandlungsalternativen, wie sie durch den AK Ethik in Fachzeitschriften vorgesehen ist. So ist jedenfalls meine Überzeugung.

Das nächste Referat hielt Dr. Hans-Otto Bermann, Düsseldorf. Thema: **„Ästhetische Zahnheilkunde - Dienstleistung oder Notwendigkeit?“**. Er eröffnete seinen Vortrag mit den Fragen: „Warum muss sich die „Ästhetische Medizin“ ethische Fragen stellen?“ und „Was hat Aussehen mit der Gesundheit zu tun?“ Er erläuterte diese Zusammenhänge mit einem Beispiel: Rückenschmerzen. Oft seien Depressionen und Unzufriedenheit die Ursachen für Rückenbeschwerden ohne klini-

sches Korrelat. Der Zusammenhang von Körper und Seele sei in der Medizin häufig offensichtlich. So mache ein ästhetisches Behandlungsergebnis den Patienten glücklich. Andererseits habe Prof. Dr. Peter Singer (USA) schon postuliert: Die Maximierung von Glück sei das Ziel der Ethik. *Damit stellte Bermann diese Begriffe in einen Zusammenhang.*

Es folgte zur Erläuterung eine Fallvorstellung der extremen Art: Die Amerikanerin Cindy Jackson habe insgesamt 38 Schönheitsoperationen durchführen lassen, bis sie mit ihrem Gesicht endlich zufrieden gewesen sei. Ihr habe dadurch (auf sicher sehr bizarre Art) geholfen werden können. Es werde - laut Kollege Bermann - unter ethischen Gesichtspunkten allerdings immer wieder die Frage nach der Existenzberechtigung der „Ästhetischen Zahnheilkunde“ gestellt. Diese Frage werde immer noch zum Teil kontrovers diskutiert. *Für ihn ist der Fall sehr klar: Ästhetische ZHK ist seriös und ihre Existenz ist notwendig.*

Er verglich dies mit der unstreitig anerkannten Notwendigkeit der Kieferorthopädie. Das Berliner Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen („IQWiG“) habe diesem Konsens zuwider, so behauptete er, verlautbart, die KFO sei bisher den Nachweis ihrer „medizinischen Notwendigkeit“ schuldig geblieben. *(Tatsächlich verwechselte der Referent hier das IQWiG mit dem Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information DIMDI – das IQWiG hat sich mit KFO noch nicht beschäftigt.)* Ähnlich verhalte es sich mit der „Ästhetik“. Auch sie habe in der Praxis eine breite Akzeptanz verdient.

Ob dieser Vergleich von Ästhetischer Zahnheilkunde und KFO glücklich gewählt war, ist etwas zu bezweifeln: Schließlich geht es in der KFO doch sehr häufig um Funktion. Es gibt allerdings auch Überschneidungen, so in der KFO-Wunschbehandlung bei geringsten Fehlstellungen.

„Wir wollen in der Rechtsprechung nicht länger als unnötig dargestellt werden“, sagte der Referent. Um dies zu erreichen, strebt Dr. Bermann, wie er berichtete, die wissenschaftliche Untermauerung der medizinischen Notwendigkeit ästhetischer Zahnbehandlung durch eine Studie an. Mithilfe eines Fragebogens solle der Leidensdruck von Patienten erfasst werden, denen die (mangelnde) Ästhetik Ihres Gebisses, wie sie sie wahrnehmen, zu schaffen macht.

Die hier angedachte Einstufung der Unzufriedenheit von Menschen mit dem Ausse-

hen ihrer Zähne als (per Zahnmedizin zu therapierende) Krankheit scheint mir ein problematisches Unterfangen. Wenn man beobachtet, wie ein ganzes Heer von Beratern die Ästhetik-Behandlung als lukratives Geschäftsfeld anpreist und wie zahlreiche Verschönerungsangebote aus eindeutig kommerziellen Motiven offensiv an die Patienten herangetragen werden, fällt es schwer, zu glauben, dass es bei der Studie und dem späteren Einsatz des Fragebogens nur um die Verhinderung von Leiden gehen soll. Nicht zuletzt wird ein berufspolitisches Motiv erkennbar – die Rechtfertigung von Leistungen gegenüber privaten Versicherungen. Es entbehrt nicht der Pikanterie, dass dieses Forschungsprojekt von seinen Urhebern auf der DGÄZ-Website explizit als „Ethik-Umfrage“ propagiert wird. Man kann gespannt sein auf weitere Informationen zu diesem Vorhaben.

Referent Bermann schloss sein Referat mit der Bemerkung, nicht die „Ästhetiker“ handelten unmoralisch, sondern die Kollegen, die sich mit Titeln schmückten, die keinen seriösen Hintergrund hätten. *Die DGÄZ will demnach als ethisch hoch stehende Gruppierung innerhalb der DGZMK anerkannt werden.*

Die nachfolgende engagierte Diskussion förderte zutage, dass sich diese schon lange bestehende Gruppierung der auf Ästhetik spezialisierten Kollegen inzwischen in zwei Richtungen aufgespalten hat: die DGÄZ und die DGKZ. Letztere (die Deutsche Gesellschaft für kosmetische Zahnmedizin) wird derzeit nicht von der DGZMK anerkannt. Sie war darum auch nicht offiziell auf dem aktuellen „Deutschen Zahnärztetag“ vertreten. *Die beiden Gruppierungen scheinen zu rivalisieren.*

Der dritte Vortrag mit dem Thema: **„Ethische Kriterien und Abwägungen bei ästhetischen Behandlungen“** von Prof. Dr. Martin Karrer, Wuppertal, wurde in Abwesenheit des Autors von Kollege Bermann verlesen. Karrer beschreibt die Perspektiven/Bedingungen, unter denen medizinische Behandlungen derzeit stattfinden: Es gehe um objektiv vorhandene und feststellbare Schädigungen, die Behandlung erfolge in dem von der Gesellschaft und Politik festgelegten Behandlungsrahmen. Es gehe aber zuweilen auch um (nur) subjektiv empfundene Leiden. Das eigentliche „Problemfeld“ erwächst demnach aus den sogenannten „Wahlbehandlungen“. Hier müssten strenge ethische Kriterien erfüllt werden: Die Patientenautonomie sei zu respektieren. Die Medizin sei eine „Wissenschaft

des Heilens“, keinesfalls des „Schadens“. Es gehe dabei aber nicht nur um klinische Gesundheit, sondern auch um das „Wohlbefinden des gesamten Menschen“. Im Mittelpunkt stehe – auch in der Ästhetischen Medizin – der Grundsatz „nihil nocere“, also das unbedingte Gebot, nicht zu schaden. Außerdem sei das Gebot der „sozialen Gerechtigkeit“ zu berücksichtigen. Karrer verwies dazu auch auf die „Deklaration von Genf“, welche der Weltärztebund formuliert hatte. Gesundheit sei oberstes Gebot, die Wahrhaftigkeit (veracity) des Arztes stehe zudem immer an hervorgehobener Stelle.

Darum erfordere das Gebiet der Ästhetik sehr gründliche, gewissenhafte Abwägungen. Dabei habe sich der Autonomiebegriff inzwischen von der Kant'schen Definition gelöst. Autonomie sei nun „die Selbstbestimmung über den eigenen Körper im Leben und im Sterben“. Dabei sei der Patient allerdings nicht „autark“, insofern sei die Autonomie immer auch eingeschränkt. So führe das angestrebte „Ideal“ des Patienten oftmals in eine „Schönheitsfalle“. Dieses Ideal sei nämlich unrealistisch. Trotzdem würden die Patientenwünsche zunächst grundsätzlich einmal als legitim gelten.

Dabei sei dann nicht nur die technische Umsetzung zuweilen ein unlösbares Problem, sondern auch die Finanzierung. Es bestehe jedoch aktuell die Tendenz, diese Patientenwünsche aufzunehmen, sofern die Finanzierung stehe. Das Thema Finanzierung sei immer im Hintergrund. Der Autor erläuterte das an der KFO: Es sei zwar gerecht, wenn alle Kinder eine Spange bekämen – auch bei geringsten Fehlstellungen – aber dies sei nicht finanzierbar. Sozialsysteme müssten sparsam wirtschaften. So sei es das Ziel eines jeden Sozialsystems (wie des Gesundheitswesens), „den größtmöglichen Vorteil für die sozial Schwachen zu erreichen“, so Prof. Karrer. So habe schon John Rawls (1921-2002) postuliert, dass der Ausgleich von sozialen und ökonomischen Ungleichheiten den am wenigsten Begünstigten den größten Vorteil bringen müsse. Ähnlich habe sich auch Michael J. Sandell, USA, in seinem Text „Was ist gerecht?“ geäußert.

Was hat das nun mit „Ästhetischer/ Kosmetischer Zahnmedizin“ zu tun? Dazu stellte Prof. Karrer fest: Es sei falsch, das Kind mit dem Bade auszuschütten und diese Behandlungen pauschal abzulehnen. In diesem Zusammenhang sei Wahrhaftigkeit gefordert. Die Autonomie des Patienten sei zu respektieren und müsse gewahrt werden. Abseits der Finanzierungsfrage solle aber darauf geachtet werden, dass diese Wunsch-

behandlungen möglichst reversibel sein sollten. Schließlich könne sich der Geschmack des Patienten in diesen Dingen auch einmal ändern. Das Referat endete mit einem Aufruf zum wahrhaftigen Umgang mit dem Thema Ästhetik/Kosmetik in der (Zahn-)Medizin („Ethik der Wahrhaftigkeit“).

Es fiel bei diesem Vortrag auf, dass der Autor nicht so scharf zwischen „Ästhetik“ und „Kosmetik“ trennte, wie das die vorherigen Referenten getan hatten.

Der nächste Vortrag zum Thema „**Konsumdenken im Gesundheitswesen – Auswirkungen auf die ästhetische Zahnmedizin**“ wurde von Prof. Dr. mult. Robert Sader, MKG-Chirurg am Klinikum der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt, gehalten. Sader stellte an den Anfang die Frage: Wie weit geht „Ästhetik“, und wo beginnt die „Kosmetik“, also der reine Wunsch des Patienten, der dann auch von diesem bezahlt wird?

Als Beispiel wurde eine chirurgische UK-Rückverlagerung gezeigt, die sowohl zu besserer Funktion als auch zu erheblich besserer Ästhetik führte. Eindrucksvolle Computersimulationen zur UK-Kieferverlagerung schlossen sich an. Diese Simulationen führt Sader schon seit 1992 durch, sie sind inzwischen sehr komplex und umfassen sogar simulierte Weichteil- Bewegungen, so das simulierte veränderte Lächeln. Nach Bill Gates gilt: Wer die Bilder beherrscht, beherrscht die Köpfe. Darum sei das Visualisieren in seinem Fachgebiet so wichtig. „Wir leben in einer Zeit, die von Bildern geprägt ist“. Dies sei durch TV, Internet, Werbeplakate und Prospekte tägliche Realität. Zudem werde das Werbeverbot nun viel liberaler gehandhabt, auch in der Medizin. Er zitierte das schon von Kollege Groß erwähnte Oberlandesgerichtsurteil aus Hamm, wonach es nun auch in der Medizin erlaubt ist, „emotional zu werben“. Die Kammern könnten hier also kaum noch regelnd eingreifen.

Dann zitierte Prof. Sader den plastischen Chirurgen Adam Searle, GB, mit der Aussage: „Menschen wollen heutzutage so gut aussehen, wie sie sich fühlen, und sie sind bereit, in die Verbesserung ihrer Lebensqualität zu investieren“. Allerdings gebe es auch oftmals Unzufriedenheit nach ästhetischer Therapie, wie der Referent als Gutachter häufig festgestellt hätte. Die folgenden Rechtsstreitigkeiten zeigten häufig, dass von Anfang an kein Vertrauen zwischen Arzt und Patient bestanden habe. Darum kläre er sehr umfassend und vertrauensbildend auf.

Bei der „Investition in Ästhetik“ (Sader) werde der Patient zum „Kunden“. Dies sei damit ein ganz neuer Bereich der Medizin. Das müsse JEDEM Kollegen bewusst sein. *Diese Aussage enthält erheblichen standespolitischen Sprengstoff. Prof. Sader trennt also seinen Beruf ganz bewusst in zwei Bereiche auf, die er (gleichberechtigt?) nebeneinander stehen sieht. Anders ist das kaum zu verstehen.*

Es handele sich um ein „Konsumverhältnis“. Oft bestünden Diskrepanzen zwischen Patientenwünschen und der Realität. Aber der gegenwärtige Trend sei eindeutig: Vitalität und Gesundheit werden immer wichtiger. Otto Walter Haselof, ein Zukunftsforscher der 60er, habe dies früh prophezeit.

Danach kam Prof. Sader auf finanzielle Aspekte zu sprechen. So seien Implantate unnötig teuer. Er fragte: Wie billig könnte man ein Implantat anbieten? Und wie teuer sind sie zur Zeit? Die Industrie betreibe zuweilen extreme Produktwerbung. So sollten sowohl „Verbraucher“ als auch Ärzte motiviert werden, das Produkt zu kaufen. Nobel Biocare habe schon mit dem Slogan geworben: „Beautiful teeth now for everybody“. Der Zahnarzt würde zum Helfershelfer für den Verkauf des teuren Produktes degradiert, er würde zum „Dienstleister“ des Herstellers, so Sader. Diese Werbekampagne sei dann wegen entsprechender Beschwerden bald beendet worden.

Man solle so behandeln, dass der Patient „mit sich selber im Reinen ist“. So müsse Therapie stets individuell sein, und nicht standardisiert (wie es die Industrie gerne hätte). So seien Implantathersteller an niedrigen Stückkosten, hohen Stückzahlen und hohen Preisen/Umsätzen interessiert, während der Arzt den individuellen Fall (nicht nur die Implantatzahl) im Blick haben müsse. Prof. Sader schloss mit dem Goethe-Zitat: „Man soll die Menschen lieben, wie sie sind, und nicht, wie man sie haben will“.

In der nachfolgenden Diskussion regte ein Teilnehmer an, in Zukunft nicht mehr von „Kunden“ in der Ästhetischen Praxis zu sprechen, sondern besser von „Klienten“. Das lehnte Prof. Sader dann jedoch sehr deutlich ab. *Hier scheint eine Grenze erkennbar zu werden, die nicht alle Heilberufler übertreten möchten.* Der AK Ethik werde an dieser ganzen Problematik arbeiten, versprach er.

Zum Abschluss referierte Frau Prof. Dr. Carolina Ganß, Gießen, zu dem Thema „**Die Verführung der Ästhetik**“. Die Kollegin absolvierte neben ihrer Lehrtätigkeit den Masterstudiengang Medizinethik in Hagen. Ihrer

Ansicht nach gehören „Ethik“ und „Ästhetik“ unbedingt zusammen. Sie erläuterte dies mit der „Laokoon-Gruppe“: Das sei Schönheit und Moralvermittlung gleichzeitig. Am Beispiel einer „Veneer-Behandlung“ stellte sie die Frage: Ist das eine Heilbehandlung? In dem vorgestellten Beispiel waren befundfreie, nur leicht verfärbte Frontzähne sehr stark beschliffen worden. *Offensichtlich handelte es sich also nicht um eine Heilbehandlung, so die nahe liegende Antwort. Aber die Kollegin beantwortet diese Frage nicht.* Es sei NICHT Aufgabe der Ethik, einen konkreten Normenkanon vorzugeben. Das Wesen der Ethik und Philosophie sei nämlich gerade die dauerhafte Unabgeschlossenheit. Es gebe allerdings einen „Subtext“, der immer zu beachten sei: Ein Konglomerat aus Behandlungseinflüssen und kulturellen Hintergründen, ungewohnten Schönheitsidealen, bisweilen Ideologien.

Es folgte ein bizarrer Ausflug in die Rassenlehre des letzten Jahrhunderts. Demnach war man damals in vielen Ländern davon überzeugt, dass der Charakter eines Menschen an der Körperform abzulesen sei. Alles das habe mit dem Thema Schönheitsempfinden und Ästhetik zu tun. Ein weites Feld also. Aber auch heutzutage werde körperlicher Schönheit ein positiver Charakter zugeordnet. Auch darum sei das Thema „Ästhetik“ in unserer Leistungs-Gesellschaft so wichtig geworden. „Nicht mehr Heilung, sondern das optimierte Geschöpf ist das Ziel“, so Ganß. DAS sei es, was uns alle intuitiv so beunruhige, schloss die Referentin.

Nach meiner Überzeugung sollte sich der ärztliche Berufsstand nicht an alle gesellschaftlichen und marktwirtschaftlichen Entwicklungen bereitwillig und unreflektiert anschließen, nicht jeder Nachfrage nachgeben. Nein, ärztliche Verantwortung sollte dort eingreifen und ihr Veto einlegen, wo Heilung zur Nebensache zu werden droht und wo Geld zur Hauptsache wird. Offenbar sind die Bereiche „Ästhetik“ und „Kosmetik“ hier zumindest im „Grenzbereich“ anzusiedeln. Der Start des neuen AK Ethik mit einem so brisanten Thema schon bei seinem ersten öffentlichen Auftritt hatte im Vorfeld zu heftigen Diskussionen geführt. Immerhin kann man jetzt feststellen, dass mit dieser hochinteressanten Veranstaltung eine Reihe von Problemen angesprochen wurden – Probleme, für die es keine einfachen Antworten gibt. Es wird sich lohnen, die beim Zahnärztetag offen gebliebenen Fragen nach und nach im Arbeitskreis Ethik aufzugreifen und sie im Lichte gemeinsam entwickelter ethischer Kriterien neu zu betrachten.

Dr. Paul Schmitt, Frankfurt/M.

Der DAZ begrüßt die Abkehr von der Öffnungsklausel in der GOZ-Novelle

Troisdorf, den 10.03.2011 - Mit dem Verzicht auf die Einführung einer Öffnungsklausel in die geplante neue Zahnärztliche Gebührenordnung hat das Bundesministerium für Gesundheit eine ordnungspolitisch überaus wichtige Entscheidung getroffen, die der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde ausdrücklich begrüßt. Eine Öffnungsklausel hätte eine schleichende Zersetzung der zahnärztlichen Freiberuflichkeit durch direkte Vertragsbindungen an private Krankenversicherungen bedeutet. Mit allen zahnärztlichen Standesvertretern gemeinsam befürwortet der DAZ diese Entscheidung für Freiheit und Transparenz in der Berufsausübung.

Die zweite Nachricht zur GOZ-Reform aus dem Bundesgesundheitsministerium, dass die Honorare nach über 40 Jahren (seit der BUGO Z 1965) um nur ca. 6% steigen sollen, ist jedoch weniger erfreulich und zeigt, dass diese Koalition – nicht anders als ihre Vorgänger – weiterhin vorhat, so zu tun, als ob es keine Kostensteigerung für Zahnärzte gäbe. Der DAZ sieht aber diese absolut unzureichende Honoraranpassung als zweitrangig gegenüber der Abwendung der angedachten Öffnungsklausel an. In einer Zeit wirtschaftlicher Probleme und struktureller Verwerfungen im Gesundheitswesen ist die struktursichernde Entscheidung wesentlich wichtiger als die Höhe der Honoraranpassung. Diese muss später noch Gegenstand von weiteren Verhandlungen sein.

Offenbar gibt es bei vielen entscheidenden Politikern eine Sensibilität für die Gefahren für die zahnärztliche Berufsausübung und die Arzt-Patientenbeziehung, die von einer ungehemmten Ökonomisierung der Rahmenbedingungen ausgehen. Dieses Thema hat viele Facetten über die Öffnungsklausel hinaus. Diese standespolitische Arbeit im eigentlichen Sinne sollte jetzt nicht durch die berechtigte Verbitterung über die noch unzureichende Honoraranpassung belastet werden. Bitter ist diese allerdings besonders für diejenigen Zahnärzte, die sich – entgegen dem Klischee - um maßvolle und sorgfältige Rechnungsstellung bemüht haben und bemühen.

Dr. Celina Schätze, DAZ-Vorsitzende

Aus dem Berliner Sumpf: Manche Block-Vertreter ballen die Faust in der Tasche

In der konstituierenden Vertreterversammlung nach den KZV-Wahlen in Berlin wurde der Dienstvertrag für die neuen Vorstände diskutiert. Der Vertragsentwurf war von dem alten und designierten neuen Vorstand gegen das Votum eines „runden Tisches“ zu dem Thema gestaltet worden. Der in der Sitzung vorgelegte Text enthielt keine Gehaltsangabe. Diese wurde vom alten Vorstand mündlich vorgetragen: 192.000 EUR in einer Summe, unspezifiziert.

Zu dieser Einzelfrage wurde von Seiten der Initiative Unabhängige Zahnärzte Berlin (IUZB) ein Antrag eingebracht und abgestimmt: 175.000 EUR, aufgeteilt in die eigentlichen Bezüge und eine Praxisausfallentschädigung. Das Ergebnis war 19:20 Stimmen gegen den Antrag.

Die Abstimmung über den Gesamtvertrag mit den 192.000 EUR hatte dann ein Ergebnis von 13:26 Stimmen – selbstverständlich für den Vertrag.

Der Gruppendruck siegt immer, wenn eine Abstimmung ernsthafte Folgen haben könnte.

Dr. Helmut Dohmeier-de Haan, Vorsitzender von Berlins Unabhängigen Zahnärzten (BUZ)

Starke Zähne! Der Karies keine Chance geben“

Die aktuelle Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS) zeigt Handlungsbedarf in Sachen Kariesvorbeugung auf - vom ersten Milchzahn an. Mit ihrer neuen Broschüre gibt die Informationsstelle für Kariesprophylaxe Eltern Tipps für die richtige Mundhygiene von Sprösslingen zwischen Säuglings- und Grundschulalter. Alle Infomaterialien der Informationsstelle für Kariesprophylaxe können, auch zum Weiteverteilen, kostenlos unter www.kariesvorbeugung.de und per Tel. 069/24706822 angefordert werden.





Implantologische Misserfolge und mangelnde Evidenz waren Thema beim Hamburger DGI-Kongress

von Dr. Wolfgang Kirchhoff, Marburg

Die größte deutsche Implantologen-Vereinigung, die Deutsche Gesellschaft für Implantologie (DGI), hat in 2010 die Stärkung der wissenschaftlichen Basis ihres Fachgebietes gefordert, eine Initiative zur Entwicklung von Leitlinien für die implantologische Behandlung ergriffen, zusammen mit der Konsensuskonferenz Implantologie gegen aggressive und unseriöse Werbepraktiken von Kliniken und Praxen Stellung bezogen und schließlich für ihren großen Kongress im November 2011 die Beschäftigung mit Misserfolgen und Komplikationen angekündigt. Nach jahrelang ungetrübten Erfolgsmeldungen, angesichts offensiven Marketings und einer wachsenden Zahl risikoreicher Eingriffe (z.T. ohne medizinische Notwendigkeit) lieben solche (selbst)kritischen Töne aufhorchen. Dr. Wolfgang Kirchhoff hat die aus zahlreichen Lang- und Kurz-Vorträgen, Diskussionen, Workshops, Präsentationen bestehende Veranstaltung, die mit ca. 3000 Teilnehmern einen relevanten Anteil der Implantologie-Interessierten in Deutschland angelockt hatte, besucht und in verschiedenen Vorträgen neue Tendenzen entdeckt.

Der DGI-Kongress 2010 stand unter dem viel versprechenden Motto „Misserfolge erkennen und beherrschen“. Mit der Anerkennung von Misserfolgen ist die Implantologen-Gemeinde in der Realität angekommen. Im Jahr 2010 konnte sie endgültig die krampfhaft verteidigte Legende von den annähernd 100prozentigen Erfolgszahlen der dentalen Implantat-Therapie zu Grabe tragen. Wie aus dem statistischen Nichts heraus wurden plötzlich die Misserfolge millionenfach inserierter Implantate gebeichtet. DGI-Referenten offenbarten seit Jahrzehnten bekannte, von Kritikern längst vorgetragene Selbstver-

ständlichkeiten wie „Es ist daher nicht möglich, auf eine Implantattherapie in ihrer Komplexität eine hundertprozentige Erfolgsgarantie zu geben“ oder „Wer operiert, muss mit Komplikationen rechnen“ (DGI-Präsident Hendrik Terheyden). Kongresspräsident Igelhaut räumte schließlich ein, dass „keine Profession gerne über ihre Misserfolge spricht. (...) Und natürlich zeigen wir auf den Kongressen lieber die Bilder unserer erfolgreich verlaufenen Behandlungen.“

140.000 Implantat-Verluste pro Jahr bedeuten Misserfolgs-Quoten von 14-17%

Dieser reichlich unwissenschaftlichen und medizin-ethisch nicht vertretbaren Herangehensweise an ein teilweise hoch invasives, mit erheblichen Risiken, Nebenwirkungen und Misserfolgen behaftetes Vorgehen verdanken wir das unstrittige wissenschaftliche „Schwarze Loch“ hinsichtlich von statistischer Aufarbeitung und Methoden-Evidenz in dieser Disziplin. Mehrfach wurde bemängelt, dass es nicht einmal eine Definition des Misserfolges gebe. Heiner Weber, aktiv in zahlreichen Fachgesellschaften, multipler Berater der Dental-Industrie und Betreiber Drittmittel-induzierter Forschungsprojekte, ließ die statistische Katze aus dem Sack: „Alle vier Minuten geht ein Implantat verloren, 140.000 pro Jahr.“ Vereinfachend überschlagen ist das bei 800.000 bis 1 Million inserierter Implantate pro Jahr eine Verlustrate zwischen 14 bis 17,5 Prozent.

Was haben ein Implantatpatient und eine Waschmaschine gemeinsam?

Selbstkritische Kommentierungen dieser Zahlen blieben eher die Ausnahme. Der mit

tiefgründigem Humor ausgestattete German Gomez-Roman unterlegte seine Quintessenz von der „Unfähigkeit des Patienten, die Osseointegration zu erreichen“ mit dem Motto „Wo gehobelt wird, da fallen Späne“, um die Kongressbesucher auf ein Endergebnis mit dem Satz einzustimmen: „Es wird kommen der Tag, wo Du Dein Implantat rausholst“, gemeint war die Explantation aus dem Kieferkamm oder was davon übrig blieb. Den Pressevertretern erläuterte er diesen Vorgang mit dem Vergleich: „Ihre Waschmaschine geht auch mal kaputt!“ Über den bislang nicht einmal definierten implantologischen Misserfolg witzelte Heiner Weber mit der Fragestellung: „Ist der Tod eines 90jährigen ein Misserfolg?“

Festzuhalten bleibt aber: Nach Jahrzehnten der vorsätzlichen Missachtung wissenschaftlicher und ethischer Grundsätze bei der Forschung und Begleitung der Anwendung durch die Implantat-Protagonisten und Drittmittel-Eintreiber räumte die Mehrheit der Vortragenden Misserfolge bis zu 20 Prozent in fünf Jahren Verweildauer ein, also Verlustraten, die in der Verweildauer-Diskussion, wenig beachtet, Thomas Kerschbaum et al. bereits Jahre zuvor für die Kölner Universitätsklinik ermittelt hatte. Stefan Wolfart, der an den Alexander Gutowski zugeschrieben Ausspruch: „Jeder Scheiß hält zwei Jahre!“ erinnerte, konnte Heiner Weber damit nicht gemeint haben, der mutig einen seiner Behandlungsfälle vorstellte. Bei ihm steckten im Rahmen der Abdrucknahme alle fünf oder sechs Implantate im Abdrucklöffel fest. Positiv zu werten war die – teilweise überfällige – Beachtung der Existenz grundsätzlich anfallender Risiken und Nebenwirkungen un-

terschiedlicher Operationstechniken und Medizin-Produkte. So werden endlich den praktizierenden Zahnärzten die Informationen an die Hand gegeben, die eine realitätsgerechte Aufklärung der Patienten ermöglichen und Missverständnisse mit den Kostenträgern zu reduzieren vermögen.

Alternativen zu Implantatlösungen seltener Silberstreif am Horizont

Die Einsicht in Risiken, Nebenwirkungen und Misserfolge der dentalen Implantat-Therapie mit ihren Begleitleistungen betrifft auch die Periimplantitis-Problematik bei etwa 20 Prozent der Behandlungsfälle und die Bedeutung der Suprakonstruktionen als implantatprothetische Fehler- und Misserfolgsquellen. Dass theoretisch aus den vorgeführten Misserfolgen therapeutische Verbesserungen erst nach Auswertung ihrer wissenschaftlichen Erfassung möglich sein werden, ist eine Binsenweisheit. Angesichts der auf diesem Kongress weiterhin in extenso vorgeführten operativen Papillengestaltungs-Akrobatiken mit parodontalprophylaktisch bedenklichen Sekundärkonstrukten erschien die vereinzelte Referenten-Äußerung, dass man ggf. auch an eine konventionelle Brücken-Therapie denken könne, wie ein Silberstreif am prothetischen Horizont. Noch immer möchte man schreien über ganze Serien aufwändiger Operationen mit allen Risiken, Nebenwirkungen und Strapazen für die Patienten, während alternative Möglichkeiten der Wurzelspitzenresektion, der transdentalen Fixation, der Replantation oder der weitaus weniger invasiven/risikoärmeren und seit Jahrzehnten bewährten Brücken-Versorgung systematisch ausgeblendet wurden. Der Beobachter staunt immer wieder, dass Tausende Kongressteilnehmer keine einzige diesbezüglich kritische Frage an das Podium zu stellen fähig oder willens waren.

Evidenzbasierte Leitlinien als Waffe gegen Fremdbestimmung?

Als nachhaltig könnten sich die Bemühungen der DGI, die mit 7.000 Mitgliedern die größte wissenschaftliche Implantologen-Gesellschaft nicht nur Deutschlands, sondern Europas ist, erweisen, die implantatprothetischen und begleitenden Maßnahmen auf Evidenzgrade zu untersuchen, um Leitlinien herausgeben zu können. Die DGI hat den Ehrgeiz, zusammen mit 15 anderen Gesellschaften weltweit erstmalig Leitlinien nach internationalen Standards zu entwickeln. Terheyden gab an, sich mit diesem Vorhaben dem mächtiger gewordenen Einfluss des medizinisch-industriellen Komplexes, aber auch der Kostenträger, auf Therapie-Entscheidungen entziehen

zu wollen. Damit sollen „Fremdbestimmungen“ zukünftig zurückgewiesen werden. Es muss dahingestellt bleiben, ob die DGI genügend Kraft und Unabhängigkeit entwickeln kann, die „Weichspüler-Funktion“ der DGZMK als Organ des unmittelbaren Transfers der Medizin-Produkte von den Dentalunternehmen in unsere Praxen im positiven Sinne zu ersetzen. Der Prozess der Leitlinienentwicklung soll industrieunabhängig sein und auf Eigenmitteln basieren. Der Vorsitzende gab an, dass es der DGI um absolut gesichertes Wissen auf Evidenzbasis ginge. Vermutlich weil nicht genügend geeignete Studien zu allen bearbeiteten Fragestellungen vorhanden waren, verzichtete man auf die Evidenz-Kriterien des Cochrane-Institutes und beschränkte sich auf etwas „weichere“ Daten. Angestrebt werden Leitlinien der Stufen S1 bis S3; S3 gilt als höchste Evidenz-Stufe. Für den Fall, dass keine Evidenz zu erkennen ist, sollen Positionspapiere mit Konsenscharakter herausgegeben werden. Ende Januar 2011 sollen die DGI-Mitglieder schriftliche Informationen erhalten, die Information der Fachöffentlichkeit ist für die 2. Hälfte 2011 vorgesehen. Zur Erleichterung der verbandsinternen Diskussion wurde für die Mitglieder ein neues elektronisches Informations- und Austauschnetz installiert. Inhaltlich hat sich die DGI vier relevante Themenbereiche vorgenommen, zu denen auf dem Kongress die bisher erarbeiteten Konsensus-Statements präsentiert wurden: Fragen der Indikation im Bereich des Knochenaufbaus, der Implantat-Prothetik, der 3D-Diagnostik und der Socket-, bzw. Ridge-Preservation. Dieses Vorhaben könnte den Beginn einer neuen Wissenschaftskultur markieren.

Offenlegung von Verbindungen zwischen Wissenschaftlern und Industrie

Eine neue Kultur zeigte sich zugleich darin, dass die DGI die am Kongress beteiligten Wissenschaftler veranlasste, ihre Industrieverflechtungen und Verbindungen/Abhängigkeiten zu Produkt-Herstellern etc. zu dokumentieren. Die Offenlegung erfolgte allerdings nur intern; die Kongress-Teilnehmer erhielten keine Kenntnis von den Einzelheiten. Wenn die DGI langfristig Vertrauen und Glaubwürdigkeit hinsichtlich der unübersehbaren Einflüsse von Drittmittel-Einspeisungen auf dem Implantat-Sektor und der selektiven Forschungspraxis durch deutsche Hochschullehrer erreichen möchte, dann sollte sie diese Verflechtungen auch öffentlich zugänglich machen. Nachfolgend Wesentliches zu vier Vorträgen mit Bezug zur DGI-Leitliniendiskussion:

Indikationen für die Anwendungen von Knochenersatzmaterialien (KEM) - Vortrag Bilal Al-Nawas, Mainz

Die Situation bei KEM bleibt weiterhin undurchsichtig. Zur Auswertung kamen 72 Studien. Davon bezogen sich wie üblich 52 Studien auf die Sinusboden-Elevation und nur 21 auf die Augmentation des Alveolarfortsatzes. Nach wie vor herrscht Unklarheit über die Vergleichbarkeit von KEM, ebenso über die optimale originäre Restknochendicke bei der Sinusboden-Elevation. Anhaltspunkte hinsichtlich der quantitativen Vorhersagbarkeit nach Anwendung von KEM konnten weiterhin nicht gefunden werden. Synthetische Materialien schneiden hinsichtlich des zu gewinnenden Volumens schlechter ab als Knochenprodukte. Die DGI schloss sich inhaltlich der kürzlich erfolgten Änderung der Anforderung für die CE-Zertifizierung an, dass bei der Einführung von neuen Medizinprodukten des Knochenersatzes klinische Studien vorgelegt werden müssen. Über die bisherige Qualität der Humanversuche in Wissenschaft und Praxis gab das Vorhaben Aufschluss, die Inhalte der Leitlinien nicht mehr ausschließlich auf der Basis von aus Tierversuchen ermittelten Ergebnissen zu bestimmen.

Klinische Wertigkeit und Differentialindikation für die festsitzende bzw. herausnehmbare Versorgung auf Zahnimplantaten im zahnlosen Oberkiefer - Vortrag Stefan Wolfart, Aachen

Bemerkenswert war, dass keine Aussagen zur implantatprothetischen Versorgung des Unterkiefers getroffen wurden. Für den Oberkiefer sollten nicht weniger als vier Implantate zum Einsatz kommen. Bei vier bis fünf Implantaten besteht die Indikation für herausnehmbaren Zahnersatz. Für festsitzenden ZE sollen mindestens sechs Implantate zur Verfügung stehen. Eine Empfehlung für vorrangig festsitzenden ZE im OK konnte nicht ausgesprochen werden. Es konnte auf der vorhandenen Datenbasis weder für festsitzende noch für herausnehmbare Konstruktionen im OK eine belastbare Empfehlung gegeben werden. Es bleibt zu hoffen, dass dieses Faktum der Unwissenheit in die Hirne der Gutachter und Sachverständigen vor deutschen Gerichten eindringen möge, die jeden verlorenen Zahn einschließlich der Weisheitszähne durch Implantate ersetzt sehen wollen.

Indikation für radiologische 3D-Diagnostik und navigierte Implantatinsertion - Vortrag Jörg Wiltfang, Kiel

Für digitale Volumentomogramme (DVT) wird derzeit eine äußerst aggressive Wer-

bung betrieben. Ein Diskussionsteilnehmer berichtete von zahntechnischen Laboratorien, die ihre implantierenden Kunden diesbezüglich sponsern würden. Es wurde mitgeteilt, dass ein unabhängiges Institut gerade die Strahlenbelastung der Geräte testen würde; die Belastung würde sicherlich höher ausfallen, als von den Wertebagatellisierenden Vertreibern angegeben werde. Durch den Einsatz neuer Software sei allerdings in Kürze mit deutlicher Reduktion der Strahlenbelastung zu rechnen. Es existieren keine randomisierten und kontrollierten Studien, die den überzeugenden Nutzen der 3D-Diagnostik im Rahmen der Implantologie nachweisen. Gleichwohl gibt es Indikationen, die den Einsatz des DVTs in der Abwägung rechtfertigen. Ein DVT sei u. a. zu vertreten: wenn kein canalis mandibularis im OPG darstellbar sei; nach umfangreichen Augmentationen wie beispielsweise nach Beckenkamm-Transplantaten; bei großen Auffälligkeiten des Verlaufs der Kieferkämme; bei Kieferhöhlenauffälligkeiten mit Septen etc. Die Diagnostik periimplantärer Regionen ist infolge der von Metallen hervorgerufenen Artefakte nicht indiziert. 20 bis 30 Nebenbefunde können möglich sein und ziehen ggf. eine umfangreiche weitere Diagnostik und Therapie nach sich.

Für den Nachweis der medizinischen Notwendigkeit von 3D-Navigation sind keine randomisierten und kontrollierten Studien verfügbar. Die vorliegende Literatur stammt teilweise von den Herstellern selbst. Insgesamt gilt das Verfahren als zu ungenau; es kann infolge des unzureichenden Schablonenhaltes und der nicht auszuschließenden Abweichungen bei der Stollenpräparation durch Summation an mehreren Pfeilern zu erheblichen Fehlern und risikoreichen Abweichungen der Implantat-Achsen führen. Die Methode erfordert große Erfahrung und eignet sich nicht für den Anfänger.

Indikation von Maßnahmen zum Struktur- erhalt der Alveolarkammgewebe bei Zahn- extraktion vor geplanter Implantattherapie – Vortrag Dietmar Weng, Starnberg

Für einen hoch aktuellen Trend der Erschließung von Honorarzuwächsen lautet derzeit die Hypothese: Mit der Methode Socket-Preservation für die intakte Alveole und der Methode Ridge-Präservierung für die defekte Alveole kann nach dem Verlust des Bündelknochens infolge Zahnextraktion die Resorption des Alveolarkamms in Breite und Höhe reduziert werden. Unter der Voraussetzung eines positiven Ergebnisses setzt die Anwendung dieses Verfah-

ren die spätere Implantation voraus. Ungeklärt blieb, ob nach Anwendung des Verfahrens grundsätzlich weitere Augmentationen entfallen. Unbehandelt reduzierte sich die Kammbreite nach sechs Monaten im Durchschnitt um 3,1 mm im Gegensatz zur behandelten Alveole mit einer Reduktion um 1,9 mm; die Kammhöhe reduzierte sich unbehandelt um 3,1 mm im Gegensatz zur behandelten Alveole mit einer Reduktion um 1,2 mm. Welche praktischen Folgen diese geringen Werte für eventuelle spätere und zusätzliche Augmentationen haben, wurde nicht dargestellt – es dürfte an belastbaren Daten fehlen. Ein primärer Wundverschluss der augmentierten Alveolen ist medizinisch nicht notwendig, da ohne klinische Vorteile. Die Evidenz für Sekundärziele wie erhöhte Knochenqualität, erleichterte Nachaugmentierung und geringerer Aufwand im Rahmen der Implantations-Verfahren war nicht vorhanden. Über die Eignung verschiedener Materialien zur Auffüllung ließen sich keine belastbaren Empfehlungen geben. Die histologisch durch Trepanbohrungen gewonnenen Knochenanteile wurden hinsichtlich der Qualität zumindest nicht negativ bewertet.

Fazit des Beobachters: realitätsgerechtere Erfolgsprognosen, mehr Zurückhaltung bei invasiven Methoden

Nach Jahrzehnten des unkritischen Zuwartens hatte die DGI als erste wissenschaftliche Fachgesellschaft aus dem implantologischen Bereich den „Mut“, sich in Einzelfragen einer abgemilderten Form der Evidenzprüfung zu stellen. Im Ergebnis zeigte sich, dass frühere, zur Gewissheit hoch stilisierte Hypothesen bei genauerer Betrachtung unhaltbar sind. Der Nachweis von Vorteilen festsitzender implantat-prothetischer Suprakonstruktionen vs. herausnehmbarem Zahnersatz ist für den Oberkiefer nicht existent. Allein schon diese Tatsache müsste zur Reduktion operativer Risiken Konsequenzen für die Anzahl zu inserierender Implantate haben. Es ist realistisch, für die mittelfristige Implantat-Verweildauer mit Ausfällen bis zu 20 Prozent zu kalkulieren. Unabhängig davon ist aufgrund der auf der Veranstaltung vorge-tragenen Risiken, Nebenwirkungen und Misserfolge zusätzlich mit einer nicht unerheblichen Anzahl von kurzfristigen Implantatverlusten zu rechnen. Die zu späteren Zeitpunkten eintretenden Periimplantitiden dürften mindestens 20 Prozent betragen. Mindestens ein Drittel dieser von Periimplantitis betroffenen Implantate geht verloren. Der quantitative Zuwachs bei Augmentationen mit Knochenersatz-

mitteln lässt sich nicht vorhersagen. Knochenersatzmaterialien sollten im Humanversuch getestet werden. Socket- und Ridge-Preservations sind weiterhin mit großer Zurückhaltung zu betrachten. 3D-Navigations gehen mit einer hohen Strahlenbelastung einher und haben ein sehr eingeschränktes Indikationsgebiet. Für die navigierte Implantat-Insertion, ggf. mit unmittelbar folgender Zahnersatzeingliederung, besteht keine vertretbare Indikation; die Schablonentechnik ist hinsichtlich der Umsetzung der Implantat-Achsen zu ungenau. Es besteht also Anlass, bei der Anzahl der Implantate und der Anwendung von Knochenersatzmaterialien Zurückhaltung zu üben. Maximal-therapeutischen Versorgung ist aufgrund der vorhandenen operativen Risiken, Nebenwirkungen und Misserfolge unter kritischer Berücksichtigung der zu verwendenden Medizinprodukte kein Vorrang einzuräumen. Darüber hinaus ist die Form der Suprakonstruktionen im Oberkiefer von Belang: Stegkonstruktionen und teleskopierende Verankerungsformen sind als am wenigsten reparaturanfällig anzusehen.

Dies sind interessante Ergebnisse. Mit Spannung kann man die umfassende Publikation der Vorträge des Kongresses in Hamburg und vor allem den weiteren Fortgang der Leitlinien-Diskussion erwarten.

Dr. Wolfgang Kirchhoff, Marburg
kuwkirchhoff@gmx.de

Geschönte Ergebnisse durch selektive Veröffentlichungen

Die erste umfassende Übersicht mit Fallbeispielen für die verbreitete Praxis, unangenehme Studiendaten selektiv zu verschweigen, haben Arzneimittelprüfer des Kölner Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) im Oktober 2010 veröffentlicht. Sie konnten belegen, dass die Einbeziehung aller Studienergebnisse durchaus zu anderen Bewertungen und Zulassungsentscheidungen führen kann. Sie fordern die Registrierung aller klinischen Studien bei Beginn, eine Publikationspflicht für alle Ergebnisse und die Erfassung in einem zentralen, allgemein zugänglichen Register. Dies solle nicht nur für die Pharma-Forschung, sondern auch für Studien zu Medizinprodukten und nicht-medikamentösen Verfahren gelten. Da das Anfang 2011 in Kraft getretene Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz AMNOG zahlreiche Ausnahmen von der Publikationspflicht vorsieht, bleibt die IQWiG-Forderung auf der gesundheitspolitischen Agenda.
Quelle: www.iqwig.de



Der Berufsverband der Allgemeinzahnärzte (BVAZ) lädt ein zum Mitmachen: Seine Anliegen sind aktueller als je

Ende 2005 taten sich die ersten Allgemein-zahnärzte zu einem Berufsverband zusammen. Inzwischen hat sich der Begriff Allgemein-zahnmedizin in der berufspolitischen Debatte etabliert und die Botschaft des BVAZ, dass die Versorgung der breiten Bevölkerung nur durch eine große Zahl qualifizierter Zahnärzte mit breitem Behandlungsspektrum geleistet werden kann, scheint bei vielen Standespolitikern und Hochschullehrern angekommen und von vielen niedergelassenen Zahnärzten als ihr eigenes Anliegen verstanden worden zu sein.

Kann der BVAZ sich also nach den ersten fünf Jahren seines Bestehens schon genüsslich zurücklehnen und die Hände in den Schoß legen? Wohl eher nicht. Denn die Entwicklung, vor der er warnen wollte, ist voll im Gange. Die Segmentierung der Zahnheilkunde, die sich bekanntlich nur mit einem kleinen Ausschnitt des menschlichen Körpers beschäftigt und insofern bereits ein medizinisches Spezialfach ist, schreitet weiter voran. Bekannte Autoren sprechen von einem gigantischen Zuwachs des zahnmedizinischen Wissens, das zu überblicken der normale Zahnarzt gar nicht mehr imstande sei, und fordern die Etablierung neuer Spezialgebiete und –qualifikationen.

Wissensexplosion soll neue Subdisziplinen rechtfertigen

Ganz ausgeblendet bleibt bei dieser Diskussion, dass selbst für alltäglich angewandte zahnmedizinische Therapieformen wenige Studien auf hohem Evidenzniveau vorliegen. Noch bescheidener dürfte es bei vielen in den letzten Jahren neu auf den Markt geworfenen Produkten und Konzepten aussehen. Hier fehlen erst recht Langzeitergebnisse und aussagekräftige Vergleichsuntersuchungen. Forschung zu breittauglichen Versorgungskonzepten steckt erst in den Anfängen. Bisher gibt es in Deutschland gerade mal sechs Leitlinien mit mehr oder weniger engem Bezug zur Zahn-

medizin – auch nicht gerade ein Beleg für einen allzu großen Pool gesicherten Wissens.

Der Ruf nach Spezialisten ist dessen ungeachtet nicht leiser, sondern lauter und der Begriff noch schillernder geworden. Unter dem Banner „Spezialisierung“ findet man alles, von anspruchsvollen mehrjährigen strukturierten Fortbildungen bis hin zu wissenschafts- und praxis-fernen Kursen, die mehr mit Marketing als mit Zahnmedizin zu tun haben.

Was explodiert? Das Marketing

Das Bedienen, ggf. auch das Schaffen von „Markt-Lücken“ und „Konsumenten-Bedürfnissen“, sind im Medizinsektor längst nicht mehr ein Nebenaspekt, sondern für viele der „Marktteilnehmer“ die treibende Kraft geworden. Pharmafirmen und Medizingeräteindustrie überziehen Praxen und Kliniken mit Werbeoffensiven; Ärzten und Zahnärzten wird von den Branchenmedien, bei Fortbildungskursen, von einem wachsenden Beraterheer, z.T. auch von ihren eigenen Körperschaften, suggeriert, dass sie nur diese oder jene trend-gerechten Produkte – vielfach im Kontext Beauty und Wellness – einsetzen und sich als Spezialisten profilieren müssen, um Nachfrage nach gut honorierten Selbstzahlerleistungen zu erzeugen und satte Gewinne einzufahren. Werbematerial für die Patienten respektive Kunden liefern Hersteller und Händler gleich mit.

Die Patienten allerdings sind nicht ganz so, wie in den Werbekonzepten vorgesehen. Viele von ihnen bringen kariöse Zähne, krankes Zahnfleisch, Bruxismus o.ä. mit und brauchen nicht Kosmetik oder zahlreiche Spezialisten, sondern solide zahnmedizinische Rundumbetreuung aus einer Hand, von einem breit qualifizierten Zahnarzt.

Solche allgemein-zahnärztliche Versorgung benötigt geeignete Rahmenbedingungen finanzieller und rechtlicher Art. Angesichts der Sparzwänge im Gesundheitswesen, ange-

sichts selektivvertraglicher Tendenzen im GKV- und Privat-Bereich und nicht zuletzt angesichts der Profilierungsaktivitäten verschiedener Gruppen innerhalb des Berufsstandes empfiehlt es sich für die Allgemein-zahnärzte, gemeinsam für ihre Interessen einzutreten. Diese Interessenvertretung zu organisieren, tritt – bundesweit – der BVAZ an. Dabei ist die BVAZ-Mitgliedschaft durchaus kompatibel zur Zugehörigkeit in anderen zahnärztlichen Organisationen.

Sonderkonditionen für BVAZ-Neulinge

Um interessierten Kollegen die Entscheidung zu erleichtern, bietet der BVAZ im Jahr 2011 beitretenden Zahnärztinnen und Zahnärzten an, erst ab 2012 einen Mitgliedsbeitrag zu zahlen. Voraussetzung ist die Verpflichtung, ein weiteres Jahr dem Verband anzugehören. Der Mitgliedsbeitrag im BVAZ beträgt 10 Euro/Monat für niedergelassene Zahnärzte. Studenten, Assistenten und Ruheständler sind beitragsfrei. Wer (noch) nicht dem BVAZ angehört, sollte sich dieses Angebot durch den Kopf gehen lassen. Weitere Informationen zur Mitgliedschaft und zum BVAZ finden sich auf der Website des Verbandes unter www.bvaz.de

BVAZ-Beiträge in Forum 106

Seite 30 - Dr. Michael Loewener:

Frauenquote oder Quotenfrauen

Seite 31 – Dr. Dr. Marianne Grimm:

Fachzahnarzt für Allg. Zahnheilkunde?

Seite 32- Ehrung Dr. Simonis

Seite 32-34 - Dr. Dr. Rüdiger Osswald:

Geduld mit potenten Medikamenten desinfizieren

Seite 35: Dr. Michael Loewener: **Spahn Superstar**

Seite 36-37 - Dr. Jürgen Simonis, Dr. Ulrich

Happ: **Serie Praxispersonal –**

Von der Ein-Mann-Praxis zum Gesundheits-Unternehmen

Seite 34 - Dr. Jürgen Simonis:

Ohne Moos nix los – Abrechnungstipps



Frauenquote oder Quotenfrauen

Die Überschrift weist bereits auf das Dilemma hin. Niemand wird in Abrede stellen, dass Frauen und Männer auch im Berufsleben gleiche Chancen und Entwicklungsmöglichkeiten besitzen müssen. Prinzipiell gleiche Leistungsfähigkeit darf dabei als evident gelten. Auch die Frage, ob in vielen Lebensbereichen weibliche Denk- und Betrachtungsweisen nicht von Vorteil sind, wäre durchaus diskussionswürdig.

Das eigentliche Problem der Gleichbehandlung bzw. Gleichberechtigung tritt vor dem rein politisch bedingten Medienrummel um das Thema in den Hintergrund. Wir erleben einmal mehr einen Gesetzgeber, der, in diesem Fall vertreten durch Frau von der Leyen und unterstützt durch die EU-Kommissarin Reding, mehr Einfluss auf die Entscheidung seiner Bürger nehmen möchte, und, weil es politisch opportun erscheint, vom Ende her denkt. Die Luxemburgerin Reding kommt auch gleich zur Sache und droht: „Falls bis Ende 2011 keine glaubwürdige Selbstregulierung gelingt, müssen wir in einem zweiten Schritt ein EU-Rechtsinstrument zur Einführung von Frauenquoten in Aufsichtsräten auf den Weg bringen“. Die Hannoversche Allgemeine schreibt dazu, dass es bereits konkrete Ideen gebe, nach denen bis 2015 mindestens 30% aller Positionen in den Führungsetagen von Frauen besetzt sein sollen. Nach weiteren fünf Jahren müssten es bereits 40% sein.

Unter dem vordergründigen Vorwand einer Chancengleichheit wird einmal mehr in Grundrechte eingegriffen, gerade so, als gelte es, die eigene ministerielle Existenzberechtigung nachzuweisen. Und, wie stets bei der Entdeckung von „Gerechtigkeitslücken“, schweigen die Bürger auch diesmal. Wo blieb der Aufschrei der Betroffenen, als Arbeitgebern offiziell verboten wurde, bei Personal-Einstellungen ihre höchst persönlichen Ansprüche zu formulieren? Man mache sich einmal deutlich, dass wir als Bürger nicht mehr darüber bestimmen können, mit wem wir zukünftig zusammenarbeiten und wen wir dafür bezahlen wollen. Da ist ein Grundrecht mit Füßen getreten worden, und wir

gehen zur Tagesordnung über. Inzwischen gibt es genügend pfiffige Mitmenschen, die auf der Welle surfen und ganze Monatsgehälter von denen abpressen, die sich im Dickicht der Stellenausschreibung nicht auskennen. Diverse Anwälte ernähren sich inzwischen von Abmahn-Beutezügen. Vorsicht ist also geboten, eine Vorsicht, die durch die fortlaufende Preisgabe bürgerlicher Rechte mit der Folge vordergründiger Unterwerfungsgesten begründet ist. Der Bürger wird, da man die inneren Beweggründe noch nicht manipulieren kann, auf diese Weise zu Verhaltensweisen genötigt, die man, ohne sie näher beschreiben zu wollen, schlicht würdelos und zutiefst undemokratisch nennen kann.

Nicht genug damit. Jetzt wollen gewählte Volksvertreter eben diesem Volk ein neues Halfter anlegen: die Frauenquote.

Zwar gibt es in der Koalition ministerielle Gegenstimmen zu dem Ansinnen der Arbeitsministerin, „Vorständen großer Unternehmen“ eine Frauenquote zu verordnen; aber zu befürchten ist, dass am Ende der Druck aus Brüssel, nach dessen Legitimität man immer wieder fragen darf, zunehmen wird. Hatte sich Brüssel anfangs mit der Geradlinigkeit von Gurken zu beschäftigen, so wird der Gestaltungshunger immer größer und leider auch unberechenbarer. Gleichzeitig wird der Grundstein für neue bürokratische Monstren gelegt, wenn es gilt, die ministeriellen Phantasien umzusetzen und zu überwachen. Das ist Arbeitsbeschaffung angesichts eines völlig zerrütteten Staatshaushaltes mit ruinöser Neuverschuldung. Wer soll darüber entscheiden, welcher Kopf aus den Reihen „großer Unter-

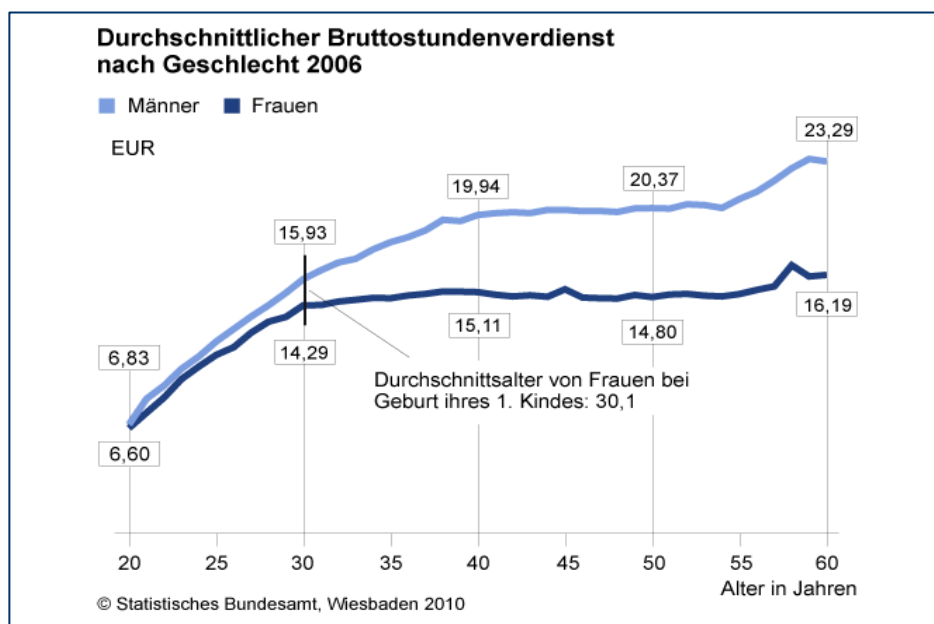
nehmen“ hinausgekegelt wird, um welche kompetente Frau in die Position zu bringen. Rechtliche Auseinandersetzungen und Trickserien wären die Folge, über die sich die Politik erfahrungsgemäß weniger Sorgen macht, wenn sie neue bürokratische Hürden errichtet.

Warum sollte der Gleichstellungswahn nicht auch dazu führen, bei der Besetzung von Vorstandsposten „größerer Unternehmen“ - wie auch immer man sie schließlich definieren will - Proportionalität nach Religion, sexueller Orientierung und am Schluss auch nach Körpergröße zu gewährleisten; denn schließlich dürfen die Körpermaße nicht länger ein Hindernis für die Besetzung von Vorstandsposten sein!

Und da wäre nicht zuletzt das Selbstverständnis aktiver und mitten im Leben stehender Frauen zu beachten. Die Gewissheit, via Quote einen begehrten Stuhl zu besetzen, ist auch für die betroffenen Frauen wenig schmeichelhaft und stellt bei Licht betrachtet sogar eine Herabwürdigung ihrer außer Zweifel stehenden absolut ebenbürtigen Leistungskompetenz dar.

Dr. Michael Loewener, Wedemark

In Sachen Gleichstellung wurde in Deutschland viel erreicht. Aber nach wie vor bestehen deutliche Unterschiede z.B. bei der Bezahlung von Männern und Frauen. Die Bruttostundenverdienste differieren seit Jahren um etwa 23%, so auch nach den Auswertungen aus 2009. Die alle vier Jahre durchgeführte Verdienststrukturerhebung (die neuesten publizierten Zahlen sind aus 2006) liefert differenzierte Daten zu den Ursachen der Unterschiede.



Brauchen wir den Fachzahnarzt für Allgemeine Zahnheilkunde?

Die Zukunft der Allgemeinzahnärzte beschäftigt nicht nur die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, sondern auch (Standes-)Politiker und Hochschullehrer. Die Brisanz der Thematik hat dazu geführt, dass das Zahnärzteblatt Baden-Württemberg dazu eine Artikelserie mit kontroversen Stellungnahmen veröffentlicht hat.

Der BVAZ setzt sich bereits seit 2005 mit der Diversifikation unseres Berufsstandes auseinander und möchte zu dieser Serie Stellung nehmen.

Die Befürworter der Einführung neuer Fachzahnarzt Disziplinen argumentieren mit dem enormen Wissenszuwachs bzw. der „zunehmenden Differenzierung zahnärztlicher Disziplinen“ (Prof. Dr. Dr. H.-J. Staehle), die es dem praktizierenden Zahnarzt unmöglich machen, den Überblick zu behalten, und fordern mehr Spezialisten.

Die Kritiker sehen die Notwendigkeit, dass Fachzahnärzte sehr begrenzte Tätigkeitsfelder besetzen und nur auf Überweisung der Allgemeinzahnärzte die Behandlung besonders schwerer Fälle übernehmen (Dr. W. Grüner) und somit nicht mit den Generalisten konkurrieren. Grüner bezieht sich auf Fachzahnärzte für Oralchirurgie und Kieferorthopädie – beides sind Disziplinen mit universitärer Weiterbildung.

Prof. Dr. Dr. C. Benz resümiert nachvollziehbar: „Nicht die vorgeschobenen Argumente – Wissensexplosion – sind es, die diese Debatte so gefährlich machen, sondern die versteckten. Unis hätten gern mehr Geld und besonders abhängige Assistenten – und manche Kollegen suchen mehr Anerkennung und Geld bei weniger Arbeit...“

Die BZÄK beschäftigt sich intensiv mit dem Thema in Zusammenarbeit mit der DGZMK und unter Einbeziehung der Hochschullehrer, jedoch ohne öffentliche Diskussion. Nach Dr. B. Jäger lehnt der Vorstand der BZÄK andere als die bereits bestehenden Fachzahnarztstitel klar ab. Allein es fehlt der Glaube, wenn man liest, dass in Brandenburg bereits ohne öffentliches Aufsehen der „Fachzahnarzt für Allgemeine Zahnheilkunde“ etabliert wurde. Und noch nachdenklicher wird man, wenn die Delegierten der Landeszahnärztekammer Hessen ihren Präsidenten auffordern, ein

Konzept zur Einführung des „Fachzahnarztes für Allgemeine Zahnheilkunde“ zu entwickeln, und dieser Präsident gleichzeitig im Vorstand der BZÄK tätig ist.

Welche Tätigkeitsfelder besetzt ein Fachzahnarzt für Allgemeine Zahnheilkunde? Fach(zahn)ärzte werden nur auf Überweisung tätig und arbeiten in einem kleinen Spezialgebiet. Wo rekrutiert er seine potentiellen Überweiser? Wird sein Behandlungsspektrum eingeschränkt werden?

Meines Erachtens macht es überhaupt keinen Sinn, einen Titel zu konstruieren, der keinerlei praktische Bedeutung hat, es sei denn, hierdurch sollen die Allgemeinzahnärzte „ruhig gestellt“ werden. Dann kann man im stillen Kämmerlein die Implementierung weiterer Fachzahnarzt-Disziplinen planen und am Ende der Bundesversammlung darüber abstimmen lassen - ohne breite Diskussion, denn die Generalisten haben ja bereits ihr Bonbon bekommen.

Es macht ebenso wenig Sinn, das Pferd von hinten aufzuzäumen: erst nach 5 Jahren Studium beginnt die Ausbildung zum Zahnarzt! Während des Studiums muss den Studenten das notwendige Wissen vermittelt werden, das sie für eine verantwortungsvolle Ausübung Ihres zukünftigen Berufes benötigen. Aber das ist bei einer praktischen Ausbildung am Patienten von nur 20 Stunden Umfang während des gesamten Studiums nicht machbar. Das für die Behandlung komplexer Fälle nötige



Verständnis von Zusammenhängen kann nicht dadurch vermittelt werden, dass die Studenten an einem Patienten endodontische und beim nächsten prothetische und bei wieder einem anderen chirurgische Maßnahmen durchführen. Erforderlich sind integrierte Kurse, wie es sie bereits an einigen Universitäten gibt, und die Ausweitung der praktischen Ausbildung. Nicht zuletzt können Vorlesungen an der Universität durch erfahrene Praktiker und Famulaturen der Studenten in anerkannten Allgemeinpraxen eine gute Vorbereitung auf die spannende und abwechslungsreiche Tätigkeit als Allgemeinzahnarzt darstellen.

Fazit: Wir brauchen die Einführung neuer Fachzahnarzt-Disziplinen so dringend wie einen Kropf. Was wir brauchen, ist ein fundiertes Studium, das theoretisch und praktisch auf den Beruf vorbereitet und mit dem Staatsexamen den berufsfertigen Zahnarzt entlässt. Wer sein Wissen auf speziellen Gebieten vertiefen möchte, kann das durch zahlreiche Kurs- und Seminarangebote in Eigenverantwortung und zum Wohle seiner Patienten tun. Auch ohne den Sondertitel „Fachzahnarzt“ kann ein breit ausgebildeter und in Eigeninitiative weiterqualifizierter Allgemeinzahnarzt eine umfassende und synoptische Zahnheilkunde ausüben.

Dr. Dr. Marianne Grimm, Bonn
Präsidentin des BVAZ

Mehr zum Thema Fachzahnarzt für Allgemeine Zahnheilkunde“ im Zahnärzteblatt Baden-Württemberg, Ausgabe 02-2011, Internet: www.zahnaerzteblatt.de

sowie unter www.bvaz.de





Dr. Simonis (li) beim Empfang der Ehrenurkunde, mit Dr. Woop (re), BZK-Vorsitzender

Dr. Jürgen Simonis mit Ehrennadel der Pfälzer Zahnärzte ausgezeichnet

Die meisten Ehrungen werden Menschen erst in höherem Lebensalter und nach Erreichen des Ruhestands zuteil. Die Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz dagegen hat mit Dr. Jürgen Simonis aus Hinterweidenthal bewusst einen Kollegen ausgewählt, der mitten im Berufsleben steht. Die Ehrennadel samt Urkunde soll Dank und Anerkennung ausdrücken, aber auch Ansporn sein für den Geehrten und für andere, sich (weiter) für die Belange des Berufsstandes zu engagieren.

Dr. Simonis ist Delegierter der Vertreterversammlung der BZK Pfalz, ZE-Gutachter und tätig in der Gruppenprophylaxe. Vor allem aber hat er sich um das zahnärztliche Praxispersonal verdient gemacht: als Stv. Mitglied im Referat für Angelegenheiten der Zahnmedizinischen Fachangestellten und im Berufsbildungsausschuss, als Mitglied der Zahnärztlichen Röntgenstelle und als Koordinationsfachlehrer und Vorsitzender des Prüfungsausschusses an der Berufsbildenden Schule Rodalben, an der er inzwischen seit fast zwei Jahrzehnten angehende Praxismitarbeiter/innen unterrichtet. Von den Erfahrungen aus diesem Bereich wird noch an anderer Stelle im „Forum“ die Rede sein.

Manchem Leser dürfte Dr. Simonis aus einem weiteren Zusammenhang bekannt sein: als BVAZ-Gründungsmitglied. „Die umfassende Betreuung, wie sie von den Patienten in einer allgemein-zahnärztlichen Praxis zu Recht erwartet wird, erfordert“ – so Dr. Simonis – „qualifizierte Zahnärzte, gut ausgebildetes Assistenzpersonal und faire vertragliche und finanzielle Rahmenbedingungen.“ Für diese Bedingungen macht er sich stark, zusammen mit Kolleginnen und Kollegen aus dem BVAZ und darüber hinaus.

Geduldig mit potenten Medikamenten desinfizieren!

von Dr. Dr. Rüdiger Osswald, München

Die Forum-Redaktion hat niedergelassene Zahnärzte und Wissenschaftler dazu eingeladen, zu beschreiben, wie ihres Erachtens die Endodontie in Deutschland verbessert werden kann. Im aktuellen Heft sollen erfolgreiche Methoden der chemischen Aufbereitung bzw. medikamentösen Behandlung endodontisch erkrankter Zähne im Mittelpunkt stehen. Dr. Osswald hat hierzu einen Beitrag geliefert – ein weiterer findet sich auf den Seiten 9-10.

In „Forum“ 105 in meinen Ausführungen zur mechanischen Aufbereitung habe ich nachgewiesen, dass auch mit größtem technischen Aufwand nur maximal ein Drittel des endodontischen Hohlraumsystems mechanisch gereinigt werden kann, wodurch sich die Bedeutung der Mechanik erheblich relativiert: Die Mechanik ist die Dienerin der Desinfektion und nicht umgekehrt, wie man mit Blick auf die aktuelle Lehrmeinung meinen könnte. Ferner habe ich aus der chirurgischen Therapie der Osteomyelitis logisch abgeleitet, dass man die Art und Weise der mechanischen Aufbereitung verändern muss, um sowohl dem Allgemeinzahnarzt als auch dem Spezialisten eine Perspektive auf die Erweiterung ihrer Indikationsstellung zum Zahnerhalt zu eröffnen und damit zugleich die Prognose zu verbessern: Wir müssen mechanisch ausreichenden Zugang zu allen potentiell infizierten Bereichen schaffen, also nicht nur zum endodontischen Hohlraumsystem, sondern auch zum potentiell infizierten Peridontalraum, zum potentiell infizierten Granulom und zur potentiell infizierten Zyste.

Über diesen Zugang müssen wir potente Desinfektionsmittel in direkten Kontakt mit möglichst allen vorhandenen Bakterien bringen. Die zu diesem Zweck eingesetzten, zugelassenen Medikamente müssen noch dazu in der Lage sein, alle vorhandenen Erreger abzutöten, um die vor dem definitiven Verschluss unabdingbare Keimarmut in allen potentiell infizierten anatomischen Bereichen zu schaffen. Unsere Desinfektionsmittel müssen wir folglich über einen langen Zeitraum geduldig einwirken lassen, um ihnen die Möglichkeit zu geben, auch wirklich alle Infektionsherde im erforderlichen Ausmaß zu penetrieren und auszuheilen.

Spüllösungen

Die aktuelle Lehrmeinung schreibt die Anwendung konzentrierter und extrem zyto-

toxischer Hypochlorit-Lösungen vor. Angefangen bei einer Konzentration von 0,5%, ist man inzwischen bei bis zu 6-prozentigen Lösungen und damit in einer völlig neuen Gefährdungsklasse angelangt. Das wirft die Frage auf, warum man die Konzentration über die Jahre verzehnfacht hat. Die Antwort kann nur sein, dass man mit dem Behandlungserfolg nicht zufrieden und deshalb bemüht ist, diesen durch immer höhere Konzentrationen zu erzwingen. Wissenschaftlich gibt es allerdings keinen Beleg dafür, dass die Performance durch die Anwendung höherer als einprozentiger Lösungen verbessert wird (Haapasalo, 2003). Dessen ungeachtet wird die Anwendung deutlich konzentrierter Lösungen nachgerade dogmatisiert. Dass der gewünschte Behandlungserfolg nicht eintritt, ist vor dem Hintergrund einer im Juli 2010 veröffentlichten Studie nicht verwunderlich: Hope et al. weisen darin eindrucksvoll nach, dass Hypochlorit beim Spülen weder die Seiten- oder Verbindungskanälchen, noch die Blindkanälchen, die Nischen, das apikale Delta oder gar die Tubuli penetriert. Das zur Desinfektion in die Hauptkanäle eingebrachte NaOCl gelangt also gar nicht erst in die mechanisch unzugänglichen Bereiche. In der Folge können sich Erreger dort verbergen und ungestört vermehren.

In den einschlägigen Publikationen und sogar in Lehrbüchern wird zudem systematisch verschwiegen, dass die Anwendung konzentrierter Hypochlorit-Lösungen bei offenem Foramen apicale wegen der Gefahr schwerer und teilweise irreversibler Nebenwirkungen durch das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) mit einer Kontraindikation belegt ist. Konzentriertes Hypochlorit löst nämlich nicht nur totes, sondern ebenso auch lebendes Gewebe auf. Wie kann man vor der Anwendung prüfen, ob das Foramen nun geschlossen oder offen ist? Die Antwort ist einfach: weder klinisch noch röntgenologisch. Schließlich reißt der Gefäß-Nervenstrang bei der Vitalextraktion unkontrolliert ab und zerfällt bei der Gangrän putride. Ich möchte hier nicht den Teufel an die Wand malen. Aber ich möchte nicht in der Haut desjenigen stecken, der vor Gericht gefragt wird, wie er denn vor der Anwendung von Hypochlorit sichergestellt hat, dass das Foramen geschlossen war. Und auch nicht in der Haut des Hochschullehrers, auf den sich der Delinquent in seiner Verzweiflung beruft.

Diese Ausführungen lassen nur einen logischen Schluss zu: Die Anwendung von Hypochloritlösungen ist mit der indikationsgerechten Behandlung der bakteriellen Endodontitis unvereinbar!

Ich habe seit mindestens 15 Jahren kein Hypochlorit mehr in der Praxis, bin heilfroh darüber und habe, wie man an den Fallbeispielen sieht, keinerlei Grund, es zu vermissen.

Zum Spülen verwende ich dreiprozentiges Wasserstoffperoxid nach jeder Feile. In dieser niedrigen Konzentration ist H_2O_2 sehr gut antibakteriell wirksam, konzentrierten Natriumhypochloritlösungen allerdings bezüglich Bakterizidität unterlegen. Dafür schäumt es sehr gut und schwemmt dabei den abgelösten bakteriell infizierten Debris aus den mechanisch gereinigten Hauptkanälen heraus. Eine höhere Bakterizidität ist beim Spülen auch nicht erforderlich, da das Abtöten der überlebenden Bakterien im endodontischen Hohlraumsystem durch medikamentöse Langzeiteinlagen erfolgt. H_2O_2 schmerzt zwar auch beim akzidentellen Überpressen, aber nicht so stark, nur kurzzeitig und ohne irreversible Schäden zu verursachen. Man muss daher beim Überpressungsschmerz nicht über den Notarzt oder gar eine Klinikeinweisung nachdenken. Es genügt vielmehr, sich beim Patienten mit einem „Ist gleich wieder vorbei“ zu entschuldigen. Natürlich ist auch H_2O_2 zytotoxisch.

Medikamentöse Einlagen

Die Lehrmeinung dogmatisiert die Anwendung von Kalziumhydroxid, weil es angeblich nicht zytotoxisch und biokompatibel ist. Mit Ausnahme von CHX, das in Gegenwart von entzündlichem Eiweiß und sogar von Dentin schlagartig seine desinfektorische Wirksamkeit verliert, werden alle anderen Langzeitdesinfizienzien – obwohl vom Bundesamt für Arzneimittel als Medikamente zur Anwendung am Menschen zugelassen – hochschulseitig eminenzbasiert als obsolet bezeichnet, weil sie zytotoxisch sind. Für das ebenfalls dogmatisierte, extrem zytotoxische Hypochlorit gilt diese Regel überraschenderweise nicht.

Bei der Begründung des Ausschlusses handelt es sich um einen eklatanten Widerspruch in sich selbst: Wir wollen schließlich ausgesprochen virulente und therapieresistente Bakterien abtöten, die unsere Patienten krank machen. Wie dies mit nicht zytotoxischen und biokompatiblen Mitteln gelingen soll, bleibt ein Geheimnis derjenigen, die diese unsinnige und international als gescheitert angesehene Lehrmeinung immer noch ohne Not verteidigen.

Jedes Desinfektionsmittel ist selbstverständlich zytotoxisch – es ist sonst ja keines. Natürlich ist auch $Ca(OH)_2$ zytotoxisch, jedoch ist es, ganz im Gegenteil, zur Behandlung der bakteriellen Endodontitis nicht zytotoxisch genug, weil zahlreiche endodontitisrelevante Bakterien wie beispielsweise der nachgerade ubiquitär anzutreffende *Enterococcus faecalis* vollständig resistent gegen seine Anwendung sind. Deshalb wurde es auch von Otto



Bild 1: Fistelnde vestibuläre Schwellung regio 46 bei 16jähriger Patientin

Walkhoff bereits vor 90 Jahren als zur Behandlung der bakteriellen Endodontitis „viel zu milde wirkendes Antiseptikum“ bezeichnet und verworfen.

Als biokompatibel werden Wirkstoffe bezeichnet, die den Lebewesen in ihrer Umgebung keinen Schaden zufügen. Ist das wirklich eine Eigenschaft, die man sich für ein Desinfektionsmittel wünschen würde? Wohl kaum. Zumindest solange nicht, wie krank machende Bakterien Teil unseres biologischen Systems sind.

Wirksam, aber nebenwirkungsarm: ChKM-W

Ich verwende als medikamentöse Einlage die Original-ChKM-Lösung nach Professor Walkhoff (in der Folge als ChKM-W bezeichnet, Fa. Haupt-Dental, Würzburg) im Abstand von wenigen Tagen bis zu einer Woche und in genauer Abhängigkeit vom klinischen und röntgenologischen Befund auch mehrfach. Und als Probe-WF lege ich in leichten Fällen $Ca(OH)_2$, bei größeren Aufhellungen jedoch Jodoformpaste nach Walkhoff (Fa. Haupt-Dental, Würzburg) ein, ein weiteres potentes Desinfektionsmittel.

Obwohl nicht nur zur Anwendung im endodontischen Hohlraumsystem, sondern als einziges Medikament auch explizit zur Desinfektion des Granuloms zugelassen, wird auch ChKM-W hochschulseitig emi-

nenzbasiert als obsolet bezeichnet und als besonders zytotoxisch abgelehnt. Dabei kann ein Desinfektionsmittel prima vista gar nicht zytotoxisch genug sein. Darüber, ob es eine Zulassung als Medikament zur Anwendung am Menschen erhält, entscheiden zum Glück nicht zahnmedizinisch tätige Hochschullehrer, sondern allein das Bundesamt für Arzneimittel nach folgenden medizinisch-wissenschaftlichen Kriterien: Art und Um-



Bild 2: Röntgenologischer Ausgangsbefund

fang der Nebenwirkungen, Reversibilität der Nebenwirkungen, Effizienz in Bezug auf das Behandlungsziel und Vertretbarkeit der Relation etwaiger Nebenwirkungen zum Behandlungsziel.

Vor diesem Hintergrund wundert die Zulassung von ChKM-W nicht. Schließlich wurde während der 90 Jahre seiner Anwendung in der Weltliteratur bisher über keinerlei unerwünschte Nebenwirkungen berichtet. Das einzige Argument, das man gegen ChKM-W vorbringen kann, ist, dass es nicht gerade gut riecht und schmeckt. Dieser Einwand ist mit Blick auf die segensreiche Wirkung natürlich unärztlich und keinesfalls eine Begründung dafür, es den Patienten vorzuenthalten. Denn schließlich ist bisher kein einziger Erreger bekannt, der resistent gegen ChKM-W ist.

Entscheidend: die Rezeptur

ChKM-W besteht aus Para-Mono-Chlorphenol, Kampfer und Menthol. Chlorphenol ist das potenteste noch am Menschen anwendbare Desinfektionsmittel. Sein Nachteil ist, dass es genau wie konzentriertes NaOCl stark ätzend wirkt. ChKM-W entsteht in einem speziellen technischen Verfahren, in dem durch Zugabe von Kampfer als sowohl Desinfektions- wie Lösungsmittel bis zur Sättigungsgrenze eine bei Zimmertemperatur stabile Lösung entsteht. In dieser ist die Ätzwirkung des Parachlorphenols vollständig aufgehoben,

ohne dass es seine Bakterizidität einbüßt. Das schwer wasserlösliche Menthol wirkt zusätzlich desinfizierend und hat zudem eine anästhesierende und adstringierende Wirkung. Entscheidend ist, dass ChKM nach Walkhoff keinen Alkohol als Lösungsmittel enthält, da dieser die Lösung flüchtig macht und die Gewebeverträglichkeit aufhebt. Wesentlich ist also die Rezeptur hinsichtlich der Komponenten, ihres Verhältnisses und der Zubereitung. In



Bild 3: Klinische Situation 10 Tage nach überinstrumentierender Aufbereitung und zweimaliger ChKM-Einlage

der Walkhoffschen Originallösung sind die einzelnen Wirkstoffe nicht chemisch, sondern lediglich physikalisch miteinander verbunden. Diese sehr lockere Chlorphenol-Kampfer-Menthol-Verbindung wird bereits durch Zutritt einer äußerst geringen Menge Sekrets aufgebrochen, wobei es einerseits zu einer Abscheidung von Kampfer und Menthol und andererseits zur Bildung einer lediglich 1,3%igen wässrigen Parachlorphenol-Lösung von nicht ätzender, aber nach wie vor bakterizider Wirkung kommt. Diese Konzentration von 1,3 Prozent bleibt dabei aufgrund eines sich einstellenden Fließgleichgewichts immer konstant: Bis es verbraucht ist, stellt sich unabhängig von der Menge des zutretenden Sekrets immer die gleiche Konzentration ein. Es kann daher im Gegensatz zu konzentriertem NaOCl keine Nekrose von gesundem Gewebe verursachen, da die Konzentration in jedem Falle zu gering ist. Kampfer und Menthol scheiden sich in außerordentlich feiner kristalliner Verteilung im gesamten Hohlraumssystem ab und bilden ein Langzeit-Depot von klinischer Bedeutung.

Darüber hinaus ist ChKM nach Prof. Walkhoff ausgesprochen kriechfähig. Befüllt man einen Wurzelkanal, so ist es innerhalb von 24 Stunden auf der Wurzeloberfläche nachweisbar. Es ist also in der Lage, die Tubuli und Markkanälchen zu penetrieren, den Periapex und das Granulom zu erreichen und damit alle bei der Endodontitis potentiell bakteriell besiedelten Gewebe und Oberflächen zu desinfizieren.

ChKM ist nicht gleich ChKM-W

Unter dem Namen „ChKM“ werden verschiedene Produkte angeboten, die alle auch Chlorphenol, Kampfer und Menthol enthalten. Natürlich kann man viel billiges Parachlorphenol und wenig teuren Kampfer in irgendeinem Verhältnis mischen und mit Alkohol als Lösungsmittel ergänzen. In jedem Falle erhält man eine Parachlorphenol-Kampfer-Lösung („camphorated pa-



Bild 4: Unmittelbar nach WF nach 2monatiger Jodoformpasteneinlage mit nahezu abgeschlossener röntgenologisch knochendichter Ausheilung bei klinischer Beschwerdefreiheit

rachlorphenol“). Fügt man noch Menthol hinzu, entsteht sogar CHKM. Allein der Pharmakologe weiß, dass man durch einfaches Vermischen in keinem Fall die Original-ChKM-Lösung nach Prof. Walkhoff erhält. Deren Besonderheit ist es gerade, eine mit Kampfer vollständig gesättigte Parachlorphenol-Kampfer-Menthol-Lösung zu sein, die kein weiteres Lösungsmittel enthält, insbesondere keinen Alkohol. Nicht von ungefähr erhielt daher die einfache Chlorphenol-Kampfer-Menthol-Lösung der Fa. Speiko im Jahre 2005 vom Bundesamt für Arzneimittel keine Zulassung als Medikament. Das Präparat wird unter Umgehung des Zulassungsverfahrens seither nur noch als Chemikalie vertrieben.

Unglücklicherweise ist die Original-ChKM-Lösung nach Walkhoff mit allen anderen ChKM-Zubereitungen gleichgesetzt worden und so in Verruf geraten. Sie hätte, insbesondere gestützt auf die Untersuchungen von Spångberg und Byström, in Deutschland sogar beinahe ihre Zulassung verloren. Besonders Spångberg hatte 1973 "camphorated parachlorophenol" zwar eine überlegene antiseptische Wirkung bestätigt, es aber als zu toxisch für die Anwendung am Menschen bezeichnet. Liest man die Veröffentlichungen im Original, zeigt sich jedoch, dass die Autoren nicht die mit Kampfer vollständig gesättigte Walkhoffsche Lösung, sondern ungesättigte Lösungen mit viel Chlorphenol, wenig Kampfer und mit Alkohol als Lösungsmittel untersucht haben, Mischungen mithin, die

bereits 50 Jahre zuvor von Walkhoff selbst als ungeeignet verworfen worden waren

Endo = Zugang schaffen, Fleißarbeit und ein potentes Desinfektionsmittel

Die einzige Schwierigkeit in der Endodontie besteht darin, die erste dünne Feile bis zum Apex bzw. darüber hinaus vorzuschieben, um den erforderlichen Zugang zu schaffen. Der Rest besteht in der Fleißarbeit der ausreichend weiten Aufbereitung der Hauptkanäle mit welcher Technik auch immer, in der Wahl des richtigen Desinfektionsmittels, das man in direkten Kontakt zu den Bakterien bringt, und in Geduld bei seiner Anwendung.

Zuletzt wieder ein Blick über unseren Tellerrand. Wie behandeln unsere ärztlichen Kollegen komplexe bakterielle Infektionskrankheiten in einem komplizierten anatomischen Umfeld? Wie wird z.B. die Tuberkulose behandelt, bei der sich die Infektionsherde in der Lunge abkapseln, weshalb sie so schwierig auszuheilen sind? Sie wenden potente Medikamente über einen sehr langen Zeitraum geduldig an. Und wie sollen wir nach der Lehrmeinung die bakterielle Endodontitis ausheilen? Indem wir über kurze Zeit extrem zytotoxische Spüllösungen anwenden, die all die potentiell infizierten anatomischen Bereiche weder penetrieren dürfen noch können? Indem wir medikamentöse Einlagen mit Medikamenten durchführen, gegen die eine Vielzahl der endodontitisrelevanten Erreger vollständig resistent sind? Macht das medizinisch Sinn? Ich kann keinen erkennen! Es kann daher keinen Zweifel daran geben, dass wir auch das aktuell gelehrt Spül- und Desinfektionsprotokoll verändern müssen, um uns eine Perspektive auf die Erweiterung der Indikationsstellung bei gleichzeitiger Verbesserung des Behandlungserfolges zu eröffnen.

Denn wer nichts verändert, der wird auch nichts verbessern.

Dr. Dr. Rüdiger Osswald, München
www.tarzahn.de

Weitere Vorschläge / Leserbriefe zum Thema **Desinfektion von Wurzelkanälen** sind willkommen.

Redaktionsschluss für Forum 107:
25. April 2011

Jens Spahn Superstar

Die neuesten Erkenntnisse des Jens Spahn, MdB, machen es deutlich: Da will jemand mit Macht nach oben, da empfiehlt sich jemand für die Nach-Rösler-Ära. Jens Spahn, seit seinem 15. Lebensjahr in der CDU, ist Mitglied im Gesundheitsausschuss und gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion. Den Dreißigjährigen, der eine Bankausbildung und den Bachelor of Arts der Fernuniversität Hagen nachweisen kann, zeichnen Dynamik und Belastbarkeit aus; neben dem Job in Berlin findet er Zeit, Funktionen in diversen Unternehmen, Körperschaften und Vereinen, Verbänden und Stiftungen wahrzunehmen.

Nachdem Spahn Ende November 2010 erklärt hatte, dass es „Sinn machen“ könne, auch über eine Öffnungsklausel zu sprechen – eine Forderung, die inzwischen vom Tisch ist, was seitens der Zahnärzteschaft einhellig begrüßt wurde –, stellte er in der nachrichtenarmen Zeit verschiedene weitere öffentlichkeitswirksame Forderungen auf.

Wasch mich, aber mach mich nicht nass!

In Krankenhäusern soll es künftig auch für gesetzlich Versicherte nur noch Zweibettzimmer geben, forderte er gegenüber der „Süddeutschen Zeitung“. Vier Betten würden der Gesellschaft nicht mehr gerecht, fügte er hinzu. Und auch für die Niedergelassenen hält der Vielbeschäftigte eine Ermahnung bereit. Die Ärzte sollen die Wartezeiten für Kassenpatienten deutlich verringern, erklärte er gegenüber der Süddeutschen Zeitung. Und so ganz nebenbei riet er „den Kassen“, in der Sache aktiv zu werden. Bei solchen Sätzen mag man sich an die Forderungen der ehemaligen parlamentarischen Staatssekretärin im BMG, Caspers-Merk, erinnern, die angeblich notwendige Erschließung von Wirtschaftlichkeits- und Effizienzreserven im Krankensektor stets im Munde führte, während ver.di als deren Folge von einer enormen Rationalisierungswelle in den Krankenhäusern mit Abbau von über 20.000 Vollkräften beim Pflegepersonal in den ersten beiden Jahren nach Einführung der diagnoseorientierten Fallpauschalen spricht. Der Sparwahn habe dazu geführt, dass eine qualitativ gute Versorgung der Patient/innen unter diesen Belastungen nicht mehr zu erbringen ist, so ver.di. Den Krankenhäusern gerade in dieser Zeit wei-

tere und kaum übersehbare Leistungen abzuverlangen, ohne eine konkrete Gegenfinanzierung zu benennen, dient lediglich zur Füllung des „Winterloches“ – oder, und das ist wahrscheinlicher, der Stärkung der eigenen Ausgangsposition des als „Nachwuchspolitikers des Jahres 2010“ ausgezeichneten Jens Spahn.

Schließlich will die Koalition das „Liefer-schein-Prinzip“ einführen, um Kostentransparenz zu erreichen, kündigte Spahn nach Information von „facharzt.de“ an. Das bedeute, dass der Patient in die Abrechnung mit einbezogen werde: „Der Arzt legt dem Patienten eine Übersicht über die erbrachten Leistungen vor, und erst wenn dieser sie ihm quittiert hat, kann der Arzt abrechnen“, habe Spahn ferner angekündigt. Und er ist damit nicht der einzige Politiker, der das Prinzip der Kostenkontrolle im Gesundheitswesen nur aus einer Perspektive betrachtet und die „Kostenerstattung“ (ohne Vorkasse!) als Mittel zur Kostentransparenz aus ideologischen Gründen ablehnt. Im Übrigen zeigt der Sprachduktus einmal mehr, welchen Stellenwert ärztlicher Sachverstand in der Gesundheitspolitik einnimmt.

Komplexe Folgen nicht im Blick

Der Sprecher der Deutschen Krankengesellschaft, Moritz Quiske, brachte es auf den Punkt: „Das sind wohlfeile Vorschläge ohne Unterfütterung. Herr Spahn wird offenbar von seinem schlechten Gewissen geplagt“ und er ergänzte, dass die Koalition den Kliniken zuvor eine Milliarde Euro genommen und nichts gegen den Ärztemangel in Deutschlands Krankenhäusern (5.500 Mediziner fehlen) getan habe.

Das ist so ganz im Stil der neuen Berliner Politik. Man stellt wohlklingende Forderungen auf, ohne selbst die Verantwortung für die Kostenproblematik zu übernehmen. Das mögen andere, in diesem Fall die Länder, Kommunen und die Betroffenen selbst leisten. Zur Erinnerung: Rund 30 % der kommunalen Haushalte in NRW stehen bereits unter Kuratel des Ministeriums, und die Städte- und Gemeindekassen weisen ganz aktuell für das Jahr rund elf Milliarden Minus aus! In Sachen Finanzierbarkeit seiner Ideen hält Spahn die ebenso griffige wie undifferenzierte Formel bereit, dass Ärzte und Krankenhäuser in den vergangenen zwei Jahren schließlich rund 8,5



Milliarden Euro zusätzlich erhalten hätten, und er fügte hinzu, dass sich diese „Riesensumme“ jetzt in einer besseren Versorgung bemerkbar machen müsse.

Gleichzeitig spricht der Vizepräsident der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), Dr. Tecklenburg, von einem dreistelligen Millionenbetrag, der für den Umbau aller öffentlichen Krankenhäuser notwendig wäre, wenn man den Forderungen des Abgeordneten Spahn folgen wollte. Das bedeute zugleich, dass man die Fallpauschale neu berechnen und mit einer Personalkostensteigerung von rund 300.000 € pro Jahr und Station allein bei der MHH rechnen müsste.

Gespaltener Sparwille

Zur gleichen Zeit verhalten sich die Berliner Politiktreibenden ziemlich geräuschlos, wenn es um die Finanzierung eigener Belange geht – Finanzierung offenbar gesichert. So wird sich der Umbau des Berliner Flughafens für Regierungsmitglieder und Staatsgäste auf voraussichtlich 310 Millionen Euro verdoppeln, wie die „Hannoversche Allgemeine“ schreibt. Die Finanzierung ist offenbar genauso gesichert wie diejenige für den Bau des 7,5 Millionen Euro teuren Fußgängertunnels für Abgeordnete zwischen den Bundestagsliegenschaften im Berliner Parlamentsviertel.

Da gibt es noch die zutreffende Bemerkung, die Jens Spahn für seine Internet-Besucher bereithält: „Dabei gilt meines Erachtens, dass wer gute und engagierte Politiker will, sie auch angemessen entlohnen muss. Und bei einer 60-70-Stunden-Woche und viel Abend- und Wochenendarbeit kann ich meiner Meinung nach selbstbewusst sagen: ich bin mein Geld auch wert!“

Sollte das für (Zahn)Ärzte in Krankenhäusern und freien Praxen nicht gelten?

Dr. Michael Loewener, Wedemark

Wichtig für die Praxis-Zukunft: qualifiziertes Personal!

Forum-Gespräch: Von der zahnärztlichen Ein-Mann-Praxis zum Gesundheits-Unternehmen mit fortgebildeten und spezialisierten Praxis-Mitarbeiterinnen

Das Forum eröffnet das Gespräch mit zwei Zahnärzten, die jahrzehntlang in der Ausbildung von Praxispersonal engagiert waren bzw. sind. Zunächst geht es um die Anfänge des Helferinnenberufes. Sowohl Praxismitarbeiter/innen wie Zahnärzte/innen sind herzlich eingeladen, sich an der per E-Mail geführten Diskussion, die wir in Folgen im Forum dokumentieren werden, zu beteiligen.

Forum:

Wenn ich an meinen ersten Zahnarzt in den 60er Jahren denke – der war ein Dentist und werkelte in einer kleinen Praxis vor sich hin mit einem Behandlungsstuhl, wie man ihn heute im Museum sieht. Hinter einem Vorhang in einer Art Abstellkammer stand ein Öfchen, in dem er Prothesen buk wie



Dr. Ulrich Happ führte ca. 35 Jahre in Hamburg die eigene Praxis. Daneben unterrichtete er auszubildende Zahnarzhelferinnen an der Berufsschule, was neben der Mitentwicklung eines Lehrplans zur Herausgabe eines Fachkundebuches für Zahnarzhelferinnen führte. Dem folgten eine mehrjährige Lehrtätigkeit für angehende ZMFs am Norddeutschen Fortbildungsinstitut für zahnmedizinische Assistenzberufe (NFI) sowie anschließend ein Lehrauftrag an der Universität Hamburg für Gewerbelehrer-Studenten. Seit 2000 ist Happ in zahnmedizinischer und sozialer Entwicklungshilfe tätig (oben ein Bild aus Kenya). Inzwischen im Ruhestand, beschäftigt er sich verstärkt mit Prophylaxeprogrammen für 3. Welt-Länder. Am **Forum** ist Dr. Happ seit 1986 in verschiedenen Funktionen beteiligt.

meine Mutter den Kuchen im Küchenherd. Seine Zahnmedizin erinnert nur noch entfernt an die von heute – und Assistenzpersonal, das gab es gar nicht.

Happ:

Auch zu Beginn meiner eigenen Praxistätigkeit im Jahr 1973 sah es noch deutlich anders aus als heute. In den meisten Praxen wurde stehend am sitzenden Patienten behandelt. Auch die Behandlungsmethoden und die verwendeten Werkstoffe waren andere: Für Füllungen gab es Silikat- und Steinzement sowie Amalgam und das sehr teure Gold-Inlay. Erste (Fehl-)Versuche mit Composite wurden durchgeführt. Zur Devitalisation kam noch Arsen zum Einsatz, für die Wurzelfüllung das Blei und Formalin enthaltende N2, für die Abformung Gips, ZnO-Eugenol, Alginat und thermoplastische Materialien wie Stents und Kerr (im Kupfering für die Einzelzahnabformung) und – ganz neu – Lastix als hochmoderne, teure K-Silikon-Paste. Zahnersatz bestand aus der klammergehaltenen Kunststoffprothese, als Luxusversorgung vereinzelt mit einer Modellgussbasis. Die Ringdeckelkrone wurde allmählich durch die Vollgusskrone als Einzelkrone oder Pfeilerkrone abgelöst – also so ziemlich noch die „Steinzeit“ der Zahnmedizin. Auf dem „hochpreisigen“ Markt waren plumpe Teleskopkronen, sensible Geschiebe und sehr bruchempfindliche „Jacketkronen“ aus Kunststoff oder Porzellan zu finden.

Diese Zeit war aber durch rasante technische Entwicklungen eine Umbruchzeit für die zahnärztlichen Praxen, woran insbesondere Prof. Fritz Schön und Dr. Karlheinz Kimmel mit Forschungen und Empfehlungen zur Ergonomie gewaltigen Anteil hatten. Die Turbine, die notwendige Absaugung, die sitzende Behandlung am „liegenden“ Patienten fanden allmählich Einzug in die Praxen und führten neben der höheren Arbeitsleistung auch zu grundsätzlichen Umstellungen in der Arbeitsweise mit assistierendem Behandlungseinsatz von Helferinnen.

Mitte der 60er Jahre wurden im Stadtstaat Hamburg die staatlich anerkannten Ausbildungsberufe „Arzt- und Zahnarzhelferin“ mit dualer Ausbildung über drei Jahre für Hauptschülerinnen bzw. über zwei Jahre für Realschülerinnen und Abiturientinnen eingeführt. Dieser Ausbildungsberuf fand als „weißer“ Beruf einen großen Anklang bei den jungen Mädchen, und in den Praxen wurde die große Hilfe und der Nutzen von qualifizierten Mitarbeiterinnen zur Ausübung der sich rapide entwickelnden modernen Zahnmedizin gesehen. Es wurde ein

neues Berufschulzentrum notwendig, bei dem für den Ausbildungsbereich Fachkunde erstmals eine modern eingerichtete Zahnarztpraxis in ein Klassenzimmer integriert



Dr. Jürgen Simonis ist niedergelassener Zahnarzt in einer ländlichen Zweibehandlerpraxis und seit 19 Jahren Lehrer für Fachkunde und Abrechnung an einer Berufsschule. Vor seiner Niederlassung war er als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Mainzer Uniklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, als zahnärztlicher Sanitätsoffizier und als Praxisassistent tätig. Seine fachlichen Interessenschwerpunkte sind Prophylaxe, Zahnerhaltung und Endodontie. Er ist Gründungsmitglied des BVAZ. Weitere Infos auf Seite 29.

war. Hier konnten die Schülerinnen mit verteilten Rollen am Phantom realitätsnah in der Vor- und Entsorgung des Behandlungsplatzes, der Zubereitung bzw. Zureichung der verschiedenen Materialien und Instrumente, in Behandlungs-Ergonomie, Desinfektion und Sterilisation, Handhabung der Röntgeneinrichtung, Entwicklung der Bilder usw. unterrichtet werden. Die Zahnarzhelferin (als einziger zahnärztlicher Hilfsberuf) wurde von der reinen Hilfskraft zur ausgebildeten Mitarbeiterin, die je nach Praxisstruktur alle Arbeiten außer der Behandlung erledigen konnte. Die Behandlung war allein das Metier des Zahnarztes!

Forum:

Es ist schon interessant, zu sehen, wie die Entwicklung dieses Berufes ganz eng mit der Entwicklung der Zahnmedizin und der zahnärztlichen Tätigkeit verknüpft ist. Nachdem erstmals 1940 der Anlernberuf „Sprechstundenhelferin“ staatlich anerkannt war und nach dem Krieg in der Bundesrepublik und ähnlich in der DDR ab 1952 bzw. 1954 zwei- und z.T. dreijährige Helferinnenausbildungen eingeführt wurden, ist viel Zeit vergangen. Herr Dr. Simonis, wie hat sich inzwischen die Situation verändert?

Simonis:

Das Berufsfeld der zahnärztlichen Mitarbeiterinnen ist heute vor allem von einer großen inhaltlichen Vielgestaltigkeit und einer zeitlichen Flexibilisierung geprägt. Die Aufgaben- und Verantwortungsbereiche haben sich stark ausgeweitet. Die Arbeitszeiten sind speziell in Mehrbehandlerpraxen mit Öffnungszeiten von 7.00 Uhr bis 20.00 Uhr in der Regel Schichtzeiten.

Die Zahnarzthelferin alter Lesart war mehr bei den kaufmännischen oder Büroberufen angesiedelt; sie bediente das Telefon, schrieb Terminkärtchen und Rechnungen, sorgte für entsprechende Vorräte bei den Verbrauchsmaterialien und hat auch einmal Harvardzement oder Amalgam angemischt. Noch Ende der 80er Jahre habe ich in einer Praxis als Vertretung gearbeitet, da war es üblich, dass der Zahnarzt alle Behandlungen am Stuhl allein durchgeführt hat. Auch Präparationen im Unterkiefer erfolgten ohne Abhalte- oder Absaugassistenten. Heute unvorstellbar!

Neben den bereits genannten Punkten wie Hygiene, Röntgen, umfassende Stuhlassistenten usw. haben sich in den letzten Jahren zusätzlich zwei Schwerpunkte herauskristallisiert, die ihren Niederschlag auch in entsprechenden Aufstiegsfortbildungen gefunden haben: die Praxisverwaltung einschließlich Abrechnungswesen durch die/den Zahnmedizinische/n Verwaltungsassistentin/en ZMV und die Arbeit am und mit dem Patienten durch die/den Zahnmedizinische/n Fachassistentin/en ZMF. Die ZMV verfügt über umfangreiche Kenntnisse in Abrechnungswesen, Praxisorganisation und Datenverarbeitung, sie ist die „Praxis-Managerin“. Die ZMF ist schwerpunktmäßig in der Prophylaxe tätig (Stichwort „PZR“); aber auch in anderen Teilbereichen der Zahnheilkunde wie der Provisorienherstellung und Kofferdamtechnik ist sie perfekt ausgebildet. In kleineren Praxen wird zwar immer noch der Typus der „Universalhelferin“ gebraucht, aber große Mehrbehandlerpraxen kommen heute kaum mehr ohne diese spezialisierten fortgebildeten Mitarbeiterinnen aus.

Happ:

Diese Aufstiegsmöglichkeiten sind auch eine motivierende Aufwertung unserer Mitarbeiterinnen, die sich in einer wichtigen, kostenlosen Reform manifestierte: aus der Zahnarzthelferin wurde 2001 nach langer Diskussion die zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA).

Forum:

Ich höre da heraus, dass es einen eindeutigen Trend hin zu stärkerer Qualifizierung des Praxispersonals gibt, was ja auch einleuchtend ist angesichts der ständig auf-

wändiger werdenden Technik, des EDV-Einsatzes in allen Bereichen, der gestiegenen Anforderungen in Bezug auf Dokumentation und Qualitätssicherung, bis hin dazu, dass die Anforderungen in Bezug auf Patientenkommunikation gewachsen sind und sich nicht mehr mit den drei Wörtern „Der Nächste bitte“ bestreiten lassen. Wie passt es aber dazu, Herr Dr. Simonis, dass die Einführung einer zweijährigen Ausbildung mit geringerem Niveau in der Diskussion ist? Wer will denn die „ZFA light“?

Simonis:

Die Kammern und Berufsbildungsausschüsse sind derzeit – notgedrungen – mit diesem, fast möchte man sagen „Schritt in

Aber ich sehe in erster Linie wieder einen reinen Hilfsberuf, der da entsteht, der mit dem zweijährigen Abschluss kaum verantwortliche Tätigkeit übernehmen können. Ich denke jetzt einmal besonders an die Aufgaben im Bereich der Instrumentenaufbereitung mit dementsprechender Sterilgutfreigabe oder auch das Röntgen. Und über die zu erwartende Bezahlung dieser „Leicht-Helferinnen“ hüllt man besser auch gleich den Mantel des Schweigens.

Forum:

Da kommen Sie ja an ganz wichtige Punkte: Bezahlung, Tarife, Verträge. Dies sind sicherlich Themen für die weitere Diskussion, ebenso wie der Delegationsrahmen. Außer-



Postkarte mit Praxisszene aus 1973

die entgegengesetzte Richtung“ befasst: Das Berufsbildungsgesetz (§ 5 Abs. 2 Ziff. 1 und 4) verlangt die Implementierung einer Stufenausbildung bzw. gestuften Ausbildung auch im Beruf der Zahnmedizinischen Fachangestellten, was im Endergebnis zur Folge haben wird, dass man neben der dreijährigen vollausgebildeten ZFA eine zweijährige „Assistentin light“ zu gewärtigen hat. Konkret wird zunächst ein zweijähriger Ausbildungsvertrag bis zum Erreichen des ersten „Light-Abschlusses“ geschlossen. Darauf aufbauend kann ein fortführender – neuer - Vertrag zum „erweiterten“ Berufsabschluss geschlossen werden, wenn sich Praxis und Auszubildende/r denn einig sind. Ich nenne das „Bachelor und Master“ in der Berufsschule. Das Ganze hat natürlich den sozial- und bildungspolitischen Hintergrund, einen niedrigschwelligen Zugang zu den Berufen für schulisch Schwache zu öffnen, „Spätentwicklern“ eine Chance zu geben, potentieller Arbeitslosigkeit vorzubeugen usw.

dem ist es bei diesem Gespräch mehrfach durcheinander gegangen, was die weiblichen versus männlichen Berufsangehörigen anlangt. Immer beide Geschlechter zu erwähnen, ist dermaßen umständlich, dass man es schnell wieder aufgibt. Interessanter Weise sind nach wie vor, wenn man von Zahnärzten und Zahntechnikern absieht, fast alle in Praxen Tätige – ob Azubis oder ausgebildete Kräfte - weiblich. Warum ist das so? Dies dürfte auch ein Thema sein für diese Diskussion. Zunächst aber, denke ich, sollte unbedingt diese Runde erweitert werden. Ganz herzlich eingeladen zum Mitmailen und Mitdiskutieren sind ausdrücklich auch alle ZFAs und sonstigen Praxismitarbeiter/innen.

Schicken Sie eine Mail an
drhapp@happ.org oder
praxisdrsimonis@aol.com

Fürs Forum war beteiligt:
 Irmgard Berger-Orsag, kontakt@daz-web.de

Ohne Moos nix los

Wie sich Telefonate, Beratungen, Atteste abrechnen lassen

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Wie im letzten „Forum für Zahnheilkunde“ angekündigt, will ich heute mit einigen weiteren Hinweisen zu speziellen Positionen aus der GOÄ, die für den Allgemeinzahnarzt von Interesse sein können, fortfahren.

Eine solche weitere Abrechnungsposition, die in der Praxis bestimmt häufiger erbracht als abgerechnet wird, ist die

GOÄ 60

Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehreren liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden (Zahn)Arzt – 120 Punkte – 16,09 Euro im 2,3-fachen Satz

Durch die zum 1.1.1996 geänderten Bestimmungen in der GOÄ ist eine für den Allgemeinzahnarzt wesentliche Änderung bei der Abrechnung des Konsiliums nach GOÄ 60 eingetreten. Danach ist für die Abrechnung der Nr. 60 nicht mehr das Konsil "am Bett des Patienten" erforderlich, d.h. auch die telefonische konsiliarische Besprechung, wie sie in der Allgemeinanzpraxis vor allem stattfindet, ist als solche abrechenbar. Man denke allein an Überweisungspatienten zur Kieferorthopädie oder Kieferchirurgie oder Rücksprachen mit dem Hausarzt/Internisten bei Risikopatienten. Jedes (zahn)ärztliche Gespräch zur Diagnostik oder Therapie stellt ein Konsil im Sinne der Gebührenordnung da.

Das Konsil ist natürlich auch im Rahmen der GKV abrechenbar; hierfür kommen die Nummern 7600 ff (verknüpft mit den Zuschlägen für Behandlungen zur Unzeit) zur Abrechnung. Die Abrechnungsbestimmungen sind im Wesentlichen die gleichen.

Die telefonische Erbringung mag ein Grund dafür sein, warum diese Leistungen oft nicht in der Patientenakte dokumentiert und damit auch nicht abgerechnet werden. Ausgenommen sind allerdings Gespräche von Ärzten, die Mitglieder derselben Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft sind, bzw. von Praxisinhabern mit Ausbildungsassistenten oder angestellten Zahnärzten. Die Wochenend- und Nachtzuschläge (E-H) sind ggfls. zusätzlich abrechenbar.

Um Rückfragen zu vermeiden, empfiehlt es sich, den Namen des Konsiliarius auf der Rechnung anzugeben, auch wenn es nicht explizit in der Gebührenordnung vorgeschrieben ist. Der Befund- und Meinungsaustausch zwischen den Ärzten ist in der Konsiliarleistung enthalten. Nicht festgelegt ist in der GOÄ, in welcher Form dies erfolgt, also mündlich oder schriftlich. In jedem Fall ist aber auch die schriftliche Befunddarstellung und Erörterung Bestandteil der Leistung nach Nr. 60 GOÄ und kann deshalb nicht zusätzlich noch einmal eigenständig – zum Beispiel mit Nr. 75 GOÄ – neben dem Konsil nach Nr. 60 GOÄ berechnet werden.

Das bringt uns zur nächsten Gebührennummer aus der GOÄ, der

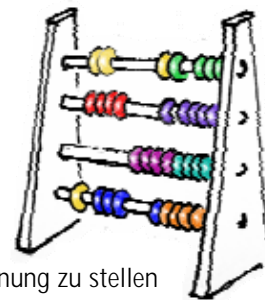
GOÄ 75

„Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie) – 130 Punkte – 17,43 Euro im 2,3 fachen Satz“

Die Ziffer Ä 75 wird für einen über eine kurze Bescheinigung nach Ä70 hinausgehenden, ausführlicheren Bericht abgerechnet. Eine bestimmte „Mindestlänge“ des Berichtes ist indes nicht vorgegeben. Enthalten sollte dieser Bericht jedenfalls die in der Beschreibung der Gebühr aufgeführten Angaben. Ein solcher Bericht wird üblicherweise für einen anderen (Zahn-)Arzt, ein Krankenhaus oder auch für eine private Krankenversicherung oder Beihilfestelle erstellt werden. Wird einem Notdienst- oder Vertretungspatienten ein entsprechender Bericht zur Vorlage beim Hauszahnarzt mitgegeben, kann hierfür die Ä 75 angesetzt werden. Die korrespondierende BEMA-Abrechnungsnummer ist hier die Nummer 7750.

Bei den in letzter Zeit häufig vorkommenden Anfragen von privaten Krankenversicherungen oder von Kostenerstattern ist allerdings zu berücksichtigen, dass hierfür die GOÄ 75 aber keine Verwendung finden sollte, da die derzeit vorherrschende Meinung von Kammern und Gerichten zu dieser Thematik ist, dass das Ausfüllen und Bearbeiten solcher Anfragen nicht als ärztliche Leistung anzusehen ist, sondern

als ein besonderer Aufwand, der gemäß § 612 BGB in Rechnung zu stellen ist.



§ 612 BGB Vergütung

(1) Eine Vergütung gilt als stillschweigend vereinbart, wenn die Dienstleistung den Umständen nach nur gegen eine Vergütung zu erwarten ist.

(2) Ist die Höhe der Vergütung nicht bestimmt, so ist bei dem Bestehen einer Taxe die taxmäßige Vergütung, in Ermangelung einer Taxe die übliche Vergütung, als vereinbart anzusehen.

Zur Vervollständigung dieses Abrechnungsbereiches bleibt noch zu erwähnen die Position

GOÄ 70

Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung – 40 Punkte – 5,36 Euro im 2,3 fachen Satz

Die Gebührenziffer 70 ist die Gebührennummer, die auch bei Kassenpatienten (unter der BEMA-Abrechnungsnummer 7700) für die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung abgerechnet wird. Bei Privatpatienten wird sie hauptsächlich auch hierfür verwendet. Ansonsten kommt diese Position für das Ausstellen von Bescheinigungen aller Art in Frage und kann, wenn man solches nicht (mehr) als kostenlosen Praxisservice betrachten will, z.B. auch Kassenpatienten (dann natürlich privat) berechnet werden für das Ausfüllen und Abstempeln von Bonusprogramm- oder Sammelpunktheften, wie sie von vielen gesetzlichen Krankenkassen eingeführt worden sind.

Im Zusammenhang mit einer Überweisung zu einem anderen Arzt kann die GOÄ70 dann in Betracht gezogen werden, wenn dem Patienten eine kurze Mitteilung über bisher durchgeführte Untersuchungen und Behandlungen zur Vorlage mitgegeben wird. Oft wird ein solcher Befundbericht aber die Kriterien für die wesentlich besser honorierte GOÄ 75 erfüllen, so wie wir es oben besprochen haben.

Dr. Jürgen Simonis, Hinterweidenthal
 praxisdrsimonis@aol.com