



Zahnarzt-„Qualitäts-Rankings“ in Medien kontraproduktiv

Jürgen Pischel spricht Klartext

Mehr „Qualität“ wird eigentlich überall, wenn über die Kosten des Gesundheitswesens gesprochen wird, als wichtiger Faktor für Entscheidungen z. B. bei Forderungen nach mehr Honorar für ärztliche oder zahnärztliche Leistungen aufzubringen, herangezogen. Oftmals weigern sich die Kassen, Honorar-Ausgleichsforderungen der Berufsvertretungen mit der Begründung, die Patienten würden daraus vor allem profitieren, zu folgen.

Das würde nur dann zutreffen, wenn das zusätzliche Geld an konkrete Verbesserungen der Behandlung geknüpft wäre, zum Beispiel durch höhere Anforderungen an geprüfte Qualität im Einzelfall.

Dazu wollen viele Polit-Verantwortliche im Gesundheitswesen nicht nur direkte Leistungskontrollen des einzelnen Zahnarztes über Zahnhistorien der Therapie installiert sehen, sondern unter dem Schlagwort „Transparenz“ die vermeintlichen Ergebnisse in Rennlisten – dort heißt es Rankings – quasi guter und schlechter Zahnärzte veröffentlichen.

Heute oftmals beliebte Aufmacher-Stories in Polit-Magazinen über die angeblichen „Top-100-Zahnärzte im Fachbereich XY“, gerne instrumentalisiert aus sogenannten Berufsfachverbänden, die einzelnen Promi-Mitgliedern damit Gutes tun wollen, leisten den Bestrebungen nach mehr „Transparenz“ nur Vorschub.

Eine ganz neue Gefahr tut sich aus sogenannten Bewertungsportalen im Internet auf, in denen Patienten, sogenannte Patienten-Schutz-Organisationen, Verbraucherverbände und viele andere sich zur Notenvergabe über Praxiseinrichtung, Service und Organisa-

tion, Behandlung und deren „Qualität“ hinein lassen.

Schon allein der ständig wachsenden Gesundheitskosten wegen spielen Fragen der Effizienz des Systems nicht nur in der politischen Debatte eine zunehmende Rolle. Nutzen und Aufwand von Therapien, Medizintechnik und Arzneimitteln werden zunehmend hinterfragt und zu optimieren versucht. Die individualisierte und personalisierte Medizin tritt wieder in den Vordergrund. Prävention statt Reaktion heißt die gemeinsame Leitlinie für das Qualitätsbemühen auf beiden Seiten, den Leistungserbringern wie den Kassen.

So wird ein Dreiklang aus Patientennutzen, Qualität und Transparenz gefordert. „Compliance“ lautet die Zauberformel (s. S.1 „Korruption im Gesundheitswesen“) als Aufforderung zum Handeln.

Eine gefährliche Debatte, die nicht auch noch durch in ihrer Aussage fragwürdige „Top-Listen“ aus den eigenen Reihen angeheizt werden darf. Das Wort von der „Sicherung der Qualität“ in der Gesundheitspolitik dient vor allem dazu, direkten Einfluss auf das Leistungsgeschehen und die Ausgabensteuerung nehmen zu können.

Daran wird man sie, siehe „Big Data“, so ist zu befürchten und abzuwehren, langfristig nur schwer hindern können, das Transparenz-Syndrom zu Rennlisten und Bewertungsportalen ist schon gar nicht zu vermeiden. Aber Klartext-Leser gehören zu den „Guten“, haben also nichts zu befürchten. Spaß beiseite, dennoch

toi, toi, toi,

Ihr J. Pischel



Infos zum Autor

Steuerprobleme beim Praxisverkauf

Umsatzsteuer bei Verkauf der Patientenkartei.



KREMS (jp) – Alle Umsätze, die ein Zahnarzt als Honorar für Leistungen in der Behandlung von einer der Kassen oder privat vom Patienten einnimmt, sind umsatzsteuerfrei. Die Steuerbefreiung des Zahnarztes ist allerdings eine sogenannte „unechte“ Steuerbefreiung. Das heißt,

der Zahnarzt kann sich beim Einkauf von Materialien oder Geräten auch keine Vorsteuer abziehen.

Beim Verkauf der Praxis ist für bestimmte Teile keine Umsatzsteuer vom Zahnarzt als Abgeber zu leisten, wenn Gegenstände verkauft werden, für die kein Vorsteuerabzug in An-

spruch genommen werden konnte, und wenn diese nur für steuerfreie Leistungen (z. B. Behandlung) verwendet werden. Ein besonderer Sachverhalt ist – nach einer Entscheidung des Bundesfinanzgerichtes (BFG) vom Frühjahr dieses Jahres – der Verkauf der Patientenkartei. Hier ist vom erzielten Nettoerlös Umsatzsteuer abzuführen.

Das Bundesfinanzgericht war der Meinung, dass eine „sonstige Leistung“ vorliegt. Im Vordergrund steht die Weitergabe der in den Unterlagen aufgezeichneten Informationen an den Nachfolger, weil die Kenntnis der Krankengeschichten für einen neu beginnenden Arzt von großer Wichtigkeit ist. Die Übergabe des Datenträgers ist als unselbstständige Nebenleistung der sonstigen Leistungen zu beurteilen, so das BFG.

Da keine „Lieferung“ vorliegt, könne die Befreiung nicht angewendet werden. Der Verkauf der Patientenkartei ist daher umsatzsteuerpflichtig und unterliegt dem Normalsteuersatz von 20 Prozent. **DU**

Leserbrief

In der Dental Tribune Austrian Edition 9/2014 wurde unter dem Titelbeitrag „Verbesserung oder nur Verlängerung?“ die Ausbildung zur Zahnmedizinischen Assistenz, die ab 2015 erstmals als dreijähriger Lehrgang durchgeführt werden wird, thematisiert. Der Schulleiter der Fortbildungsakademie Zahn, OMR Dr. Hans Schrangl, nimmt in einem Leserbrief an die Redaktion der Dental Tribune Stellung zu diesem Beitrag:

„In meiner Eigenschaft als Leiter der ‚Fortbildungsakademie Zahn‘ – einer Einrichtung der Landes Zahnärztekammer für OÖ zur Ausbildung zahnärztlicher Assistentinnen – möchte ich ... wie folgt Stellung nehmen: Nach jahrelangen Bemühungen vieler engagierter Kolleginnen und Kollegen im Bereich der Ausbildung unserer Mitarbeiterinnen ist es im Jahr 2012 gelungen, den Beruf der Zahnärztlichen Assistenz gesetzlich zu etablieren. Damit wurden erstmals das Berufsbild, der Tätigkeitsbereich und die Ausbildung dieses Gesundheitsberufes im Zahnärztegesetz verankert und der Anlernberuf wird sukzessive auslaufen.

Es ist aus meiner Sicht bedauerlich, dass durch inhaltliche Unrichtigkeiten in dem oben genannten Beitrag der Eindruck erweckt wird, es hätte keine Verbesserung in der theoretischen Ausbildung unserer Mitarbeiterinnen stattgefunden, sondern die Ausbildung sei nur verlängert worden.

Bereits in der Überschrift des Beitrages ist das Berufsbild unrichtig bezeichnet: es lautet korrekt ‚Zahnärztliche Assistenz‘ und nicht ‚Zahnmedizinische Assistenz‘. Unrichtig ist auch, dass im Herbst der erste dreijährige Lehrgang für die Ausbildung starten würde. In Oberösterreich wurde in unserer Fortbildungsakademie bereits im vergangenen Jahr



Schulleiter der Fortbildungsakademie Zahn, OMR Dr. Hans Schrangl.

2013 mit dem ersten dreijährigen Ausbildungslehrgang gestartet – der zweite Lehrgang begann im heurigen Herbst, sodass in unserem Bundesland derzeit parallel zwei dreijährige Lehrgänge unterrichtet werden.

Mit der neuen Berufsausbildung ist es uns gelungen, den Gesundheitsberuf der Zahnärztlichen Assistenz mit einer umfassenden theoretischen Ausbildung zu etablieren. Es wird eine berufsbegleitende theoretische Ausbildung im Ausmaß von 600 Stunden angeboten. Es wurden die Lehrinhalte im Vergleich zum Anlernberuf verdreifacht und an internationale Standards angepasst. Damit sind wir in der Lage, künftig unseren Mitarbeiterinnen ein solides theoretisches Basiswissen in den Beruf mitzugeben. Eine Lehrausbildung im Gesundheitsbereich ist aus unserer Sicht nicht sinnvoll und wird

daher von uns auch nicht angestrebt. Dennoch sind selbstverständlich alle nach den neuen gesetzlichen Vorschriften ausgebildeten zahnärztlichen Assistentinnen Fachkräfte in ihrem Beruf und keine Anlernlinge.

Weiters ist es unrichtig, dass ‚Ordinationen die Bürde eines Lehrbetriebes zu tragen‘ hätten. Hier wird vom Autor des Beitrages offenbar der Lehrberuf zur Zahnärztlichen Fachassistenz mit dem Gesundheitsberuf der Zahnärztlichen Assistenz verwechselt!

Insgesamt wäre es wohl notwendig, die Unrichtigkeiten des Beitrages in einer nächsten Ausgabe der Dental Tribune richtigzustellen. Wünschenswert wäre es auch, die durchwegs positiven Errungenschaften des neuen Berufsbildes der Zahnärztlichen Assistenz für die Kollegenschaft auch als solche darzustellen.“ **DU**

Editorische Notiz

Schreibweise männlich/weiblich

Wir bitten um Verständnis, dass – aus Gründen der Lesbarkeit – auf eine durchgängige Nennung der männlichen und weiblichen Bezeichnungen verzichtet wurde. Selbstverständlich beziehen sich alle Texte in gleicher Weise auf Männer und Frauen.

Die Redaktion



DENTAL TRIBUNE

IMPRESSUM

Verlag
OEMUS MEDIA AG, Holbeinstr. 29
04229 Leipzig, Deutschland
Tel.: +49 341 48474-0
Fax: +49 341 48474-290
kontakt@oemus-media.de
www.oemus.com

Verleger
Torsten R. Oemus

Verlagsleitung
Ingolf Döbbecke
Dipl.-Päd., Jürgen Isbaner
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller

Chefredaktion
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner (ji)
V.i.S.d.P.
isbaner@oemus-media.de

Redaktionsleitung
Majang Hartwig-Kramer (mhk)
m.hartwig-kramer@oemus-media.de

Redaktion
Marina Schreiber (ms)
m.schreiber@oemus-media.de

Korrespondent Gesundheitspolitik
Jürgen Pischel (jp)
info@dp-uni.ac.at

Projektleitung/Verkauf
Nadine Naumann
n.naumann@oemus-media.de

Produktionsleitung
Gernot Meyer
meyer@oemus-media.de

Anzeigendisposition
Marius Mezger
m.mezger@oemus-media.de

Bob Schliebe
b.schliebe@oemus-media.de

Lysann Reichardt
l.reichardt@oemus-media.de

Layout/Satz
Matteo Arena, Franziska Dachsel

Lektorat
Hans Motschmann
h.motschmann@oemus-media.de

Erscheinungsweise

Dental Tribune Austrian Edition erscheint 2014 mit 12 Ausgaben (2 Doppelausgaben 1+2 und 7+8), es gilt die Preisliste Nr. 5 vom 1.1.2014. Es gelten die AGB.

Druckerei

Dierichs Druck+Media GmbH, Frankfurter Straße 168, 34121 Kassel, Deutschland

Verlags- und Urheberrecht

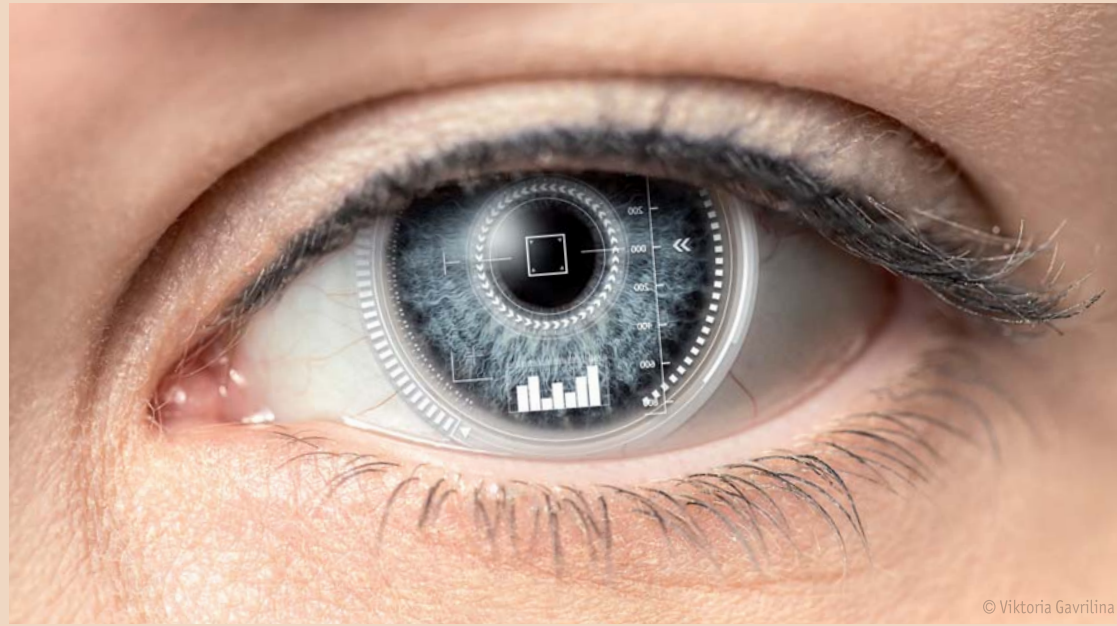
Dental Tribune Austrian Edition ist ein eigenständiges redaktionelles Publikationsorgan der OEMUS MEDIA AG. Die Zeitschrift und die enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt besonders für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlages. Bei Einsendungen an die Redaktion wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Mit Einsendung des Manuskriptes geht das Recht zur Veröffentlichung als auch die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten in deutscher oder fremder Sprache, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken zur Herstellung von Sonderdrucken und Fotokopien an den Verlag über. Für unverlangt eingesandte Bücher und Manuskripte kann keine Gewähr übernommen werden. Mit anderen als den redaktionseigenen Signa oder mit Verfasseramen gekennzeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, welche der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Der Autor des Beitrages trägt die Verantwortung. Gekennzeichnete Sonderteile und Anzeigen befinden sich außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Für Verbands-, Unternehmens- und Marktinformationen kann keine Gewähr übernommen werden. Eine Haftung für Folgen aus unrichtigen oder fehlerhaften Darstellungen wird in jedem Falle ausgeschlossen. Gerichtsstand ist Leipzig, Deutschland.

Seltenes OP-Verfahren bei Hornhauteintrübung

Prothese aus Zahnwurzel ermöglicht Blinden das Sehen.

DÜSSELDORF – Zu den häufigsten Ursachen für Blindheit und andere Sehbehinderungen zählen Eintrübungen der Hornhaut durch Infektionen, Verletzungen oder Entzündungen. Als Folge gelangt nicht genügend Licht ins Auge, das Sehvermögen schwindet. Zur Wiedererlangung des Augenlichts setzt die Augenklinik des Universitätsklinikums Düsseldorf unter Leitung von Prof. Dr. Gerd Geerling in Zusammenarbeit mit der Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, geleitet von Prof. Dr. Dr. Norbert Kübler, in ganz speziellen Fällen ein künstliches Hornhautimplantat ein, das aus einer Zahnwurzel angefertigt wird.

Für diese seltene Knochen-Zahn-Hornhautprothese (Osteo-Odonto-Keratoprothese) kommen hauptsächlich schwer sehbehinderte oder erblindete Patienten infrage, bei denen Netzhaut und Sehnerv intakt sind, aber eine herkömmliche Hornhauttransplantation wenig Erfolg versprechend ist.



© Viktoria Gavrilina

Bei dem Eingriff wird dem Patienten ein Zahn zusammen mit Wurzel und Kieferknochen entnommen. Nachdem die Zahnkrone entfernt und die Zahnwurzel der Länge nach halbiert wurde, durchbohren

die Mediziner das Implantat in der Mitte, sodass in das Loch eine Plexiglasoptik festgeklebt werden kann. Danach nähen sie die Prothese auf der eingetrübten Hornhaut des Patienten auf und bedecken sie mit

Mundschleimhaut. „Die Herausforderung bei künstlichen Hornhautimplantaten besteht darin, das nicht biologische Material mit dem körpereigenen Gewebe zu verbinden, damit das Implantat langfristig in

den Körper integriert wird“, sagt Prof. Dr. Gerd Geerling, Direktor der Augenklinik des Universitätsklinikums Düsseldorf. „Mit der Osteo-Odonto-Keratoprothese erreichen wir eine dauerhafte und dichte Verbindung zwischen der künstlichen Optik, die die durchsichtige Hornhaut ersetzt, und der mineralischen Zahnschmelze, die wiederum fest im Knochengewebe verankert ist.“ Am Universitätsklinikum Düsseldorf konnte mit dieser Methode bereits erstmalig im Rheinland erblindeten Patienten geholfen und die Lesefähigkeit wiederhergestellt werden.

Entwickelt und erstmals beschrieben wurde die Osteo-Odonto-Keratoprothese (OOKP) von dem italienischen Augenarzt Benedetto Strampelli in den 1960er-Jahren. Die Idee basiert auf einer in der zahnärztlichen Praxis täglich erlebten Erfahrung, dass am mineralischen Gerüst des Zahns Füllungen und Kronen dauerhaft befestigt werden können. ^[1]

Autorin: Adriane Grunenberg

Quelle: Universitätsklinikum Düsseldorf

ANZEIGE

Genetische Ursache für Ameloblastom

Wichtige Basis zur Bekämpfung der Tumorart.



© JPC-PROD

JOENSUU/TURKU/STANFORD – Eine genetische Mutation scheint der Grund zu sein, dass sich ein Ameloblastom ausbilden kann. Diese Ursache ist ein wichtiger Ansatzpunkt für die Behandlung dieser Tumorart. Die Wissenschaftler der University of Eastern Finland und der University of Turku, Finnland, veröffentlichten ihre Studie kürzlich online. Gezielte Medikation könnte in Zukunft die Tumorgenese verhindern. Während die Wissenschaftler untersuchten, welche Rolle ERBB-Rezeptoren spielen, entdeckten sie in klinischen Proben eine signifikante EGFR-Überexpression. Mittels Sanger-Sequencing fanden sie in Zellwänden eine BRAF-V600E-Mutation. Diese Mutation zeigte sich in 63 Prozent der Proben (15 von 24).

Nahezu zeitgleich machten auch Forscher der amerikanischen Stanford University diese Entdeckung. Sie stellten zusätzlich eine Mutation am Gen SMO fest, die ebenfalls zu Ameloblastomen führt. Diese Mutation scheint Ursache von Ameloblastomen im Oberkiefer zu sein, während eine BRAF-Mutation meist Tumoren im Unterkiefer zugrunde liegt. Die Amerikaner stellten dabei auch fest, dass es bereits durch die FDA (Food and Drug Administration) zugelassene Medikamente gegen andere Krebserkrankungen gibt, bei denen Mutationen an den gleichen Genen Auslöser sind. Eine Studie soll bald herausfinden, ob eine Behandlung mit einem dieser Medikamente Ameloblastome schrumpfen lässt. ^[1]

Quelle: ZWP online



Wir präsentieren

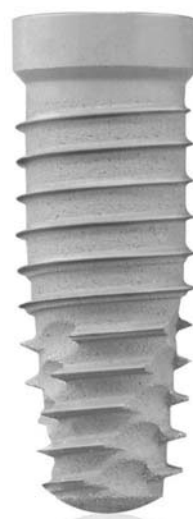
3i T3 IMPLANT™

BIOMET 3i ist der weltweit führende Anbieter von Hybrid-Implantat-Systemen.

1996 hat das Unternehmen mit dem OSSEOTITE® Implantat, dem ersten Hybrid Design, die Implantologie revolutioniert.

Eine Weiterentwicklung dieser Technologie ist das moderne 3i T3® Hybrid Implantat.

BIOMET 3i Implantate gibt es jetzt mit einer Multilevel Topographie.



Preservation By Design®

- Modernes Hybrid Design mit Multilevel Topographie
- Verbessertes ästhetisches Ergebnis durch Reduktion des krestalen Knochenrückgangs auf weniger als 0,37 mm*¹
- Die Certain® Innenverbindung reduziert die Undichtigkeit im Mikrobereich durch enge Toleranzen der Verbindungen und eine maximale Erhöhung der Haltekräfte.*^{2,3}

Für weitere Informationen kontaktieren Sie bitte unseren Customer Service unter +49 (0)800 101 64 20 oder besuchen Sie uns online auf www.biomet3i.com

BIOMET 3i
PROVIDING SOLUTIONS – ONE PATIENT AT A TIME™

¹ Östman PO¹, Wennerberg A, Albrektsson T. Immediate Occlusal Loading Of NanoTite Preval Implants: A Prospective 1-Year Clinical And Radiographic Study. Clin Implant Dent Relat Res. 2010 Mar;12(1):39-47.
² Suttin¹ et al. A novel method for assessing implant-abutment connection seal robustness. Poster Presentation: Academy of Osseointegration, 27th Annual Meeting; March 2012; Phoenix, AZ. http://biomet3i.com/Pdf/Posters/Poster_Seal%20Study_ZS_AO2012_no%20logo.pdf
³ Suttin Z¹, Towse R¹. Dynamic loading fluid leakage characterization of dental implant systems. ART 1205EU BIOMET 3i White Paper. BIOMET 3i, Palm Beach Gardens, Florida, USA. <http://biomet3i.com/Pdf/EMEA/ART1205EU%20Dynamic%20Loading%20T3%20White%20Paper.pdf>

*Der Test auf Dichtigkeit der Verbindung wurde von BIOMET 3i von Juli 2011 bis Juni 2012 durchgeführt. Für den Test der Implantatssysteme wurde ein dynamischer Belastungstest entwickelt und durchgeführt. Die Testung erfolgte gemäß Testnorm ISO 14801 (Zahnheilkunde – Implantate – Dynamischer Belastungstest für endosale dentale Implantate). Es wurden fünf (5) BIOMET 3i PREVAL Implantatssysteme und fünf (5) von drei (3) Mitbewerber-Implantatssystemen getestet. Die Ergebnisse von Labortests sind nicht unbedingt aussagekräftig für die klinische Leistungsfähigkeit.

¹Dr. Östman steht in einem finanziellen Vertragsverhältnis zu BIOMET 3i LLC aufgrund seiner Referenten- und Beraterrolle sowie weiterer Dienstleistungen.
²Herr Suttin und Herr Towse waren während ihrer Tätigkeit bei BIOMET 3i an den oben genannten Untersuchungen beteiligt.

³T3, Certain, OSSEOTITE and Preservation By Design are registered trademarks and 3i T3 Implant design and Providing Solutions - One Patient At A Time are trademarks of BIOMET 3i LLC. ©2013 BIOMET 3i LLC. All trademarks herein are the property of BIOMET 3i LLC unless otherwise indicated. This material is intended for clinicians only and is NOT intended for patient distribution. This material is not to be redistributed, duplicated, or disclosed without the express written consent of BIOMET 3i. For additional product information, including indications, contraindications, warnings, precautions, and potential adverse effects, see the product package insert and the BIOMET 3i Website.