

WE CAN DO IT!



„Empört Euch!“ von Stéphane Hessel ist eigentlich ein Aufruf an (junge) Menschen, sich politisch für die Einhaltung der Menschenrechte zu engagieren. Aktuell sollten sich auch engagierte Zahnmedizinerinnen und Zahnmediziner für die Erhaltung der uneingeschränkten Ausübung der Zahnheilkunde bei voller Kompetenz nach dem Zahnheilkundengesetz einsetzen.

Dr. Nettey-Marbell
[Infos zum Autor]



Dr. Troßbach
[Infos zum Autor]



Empört Euch!

Dr. Joel Nettey-Marbell, Dr. Manuel Troßbach

Zahnmedizin als integraler Bestandteil der Heilkunde. So versteht sich die Zahnmedizin von heute. In diesem Sinne wollen und müssen unsere Patienten behandelt werden. Auch die Guidelines, wissenschaftlichen Stellungnahmen und Behandlungsrichtlinien in der Zahnmedizin geben diese Richtung vor. Die Hochschullandschaft fordert seit Jahrzehnten die Zahnärzteschaft zu mehr Medizin auf – denn auch die Studienlage diesbezüglich ist unmissverständlich.

Die Gründe für die zunehmende Ausrichtung hin zur Allgemeinmedizin sind offensichtlich. Selbst eine vermeintlich einfache Zahntfernung, ohne Verständnis für den Gesundheitszustand des Patienten, kann fatale Folgen für dessen Gesundheit haben und ist rechtlich betrachtet zumindest sehr bedenklich. Die Zusammenhänge der parodontalen Erkrankungen zum Gesamtorganismus sind Hauptforschungsgebiet vieler Universitätskliniken. Die Zusammenhänge bspw. zu internistischen, inflammato-

rischen, rheumatischen, kardiovaskulären oder endokrinologischen Erkrankungen gehören mittlerweile zum Basiswissen jedes Zahnarztes. Die Zusammenarbeit des Zahnarztes bei craniomandibulären Dysfunktionen mit Orthopäden, Physiotherapeuten, Schmerztherapeuten oder Psychosomatikern ist nicht nur in den spezialisierten Zentren tägliche Praxis, sondern auch in den zahnärztlichen Behandlungsrichtlinien beschrieben, und die Abklärung der dazugehörigen Befunde vor einer zahn-

ärztlichen prothetischen Versorgung in den entsprechenden Richtlinien sogar vorgeschrieben. Im Bereich der Schlafmedizin wird der Zahnarzt von Schlafmedizinern routinemäßig konsiliarisch zur Behandlung von z. T. letalen Risiken, wie z. B. beim Schlafapnoe-Syndrom, beauftragt. In der Tumorthherapie arbeiten Zahnärzte regelmäßig mit der Pathologie und mit nahezu allen Fachbereichen der gesamten Heilkunde zum Wohle des gemeinsamen Patienten zusammen. Der Versorgungsauftrag fordert von der Zahnärzteschaft die stetig wachsende Anzahl an ambulanten Versorgungen von Kleinkindern, geriatrischen, kardiovaskulär vorgeschädigten, dementen, behinderten oder anderen Risikopatienten zu bewältigen. International spricht man bei dieser Patientengruppe von Special Care-Patienten. Es entstehen somit viel stärkere Ansprüche an das Notfallmanagement und

**„Es ist unmissverständlich festzustellen:
Zahnmedizin ist Heilkunde am Menschen.“**

die Betreuung in der Praxis. Die gestiegenen Ansprüche, Herausforderungen und Standards in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bei einem zugleich immer älter und kränker werdenden Patientenkollektiv erfordern eine immer hochwertigere, sprich aufwendigere Therapie, bei gleichzeitig komfortabler und stressfreier Durchführung.

So versteht sich die Zahnmedizin von heute längst als integraler Bestandteil der gesamten Heilkunde am Menschen. Es ist unmissverständlich festzustellen: Zahnmedizin ist Heilkunde am Menschen.

Interdisziplinärer Austausch verschiedener Fachdisziplinen

Diese Ansicht bestimmt längst auch den Alltag der meisten Zahnärzte und darüber hinaus berufspolitischer und wissenschaftlicher Standesvertretungen anderer medizinischer Fachdisziplinen. So stehen z. B. die Deutsche

Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG), der Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA), die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) oder die Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP) mit zahnärztlichen Vertretungen im Austausch. Viele Vertretungen unterstützen z. T. seit Jahren die Zusammenarbeit bspw. durch gemeinsame wissenschaftliche Tagungen und Kongresse mit zahnmedizinischen Fachdisziplinen und ermöglichen Zahnärzten, zur Förderung der Zusammenarbeit Mitglied oder ordentliches Mitglied in den medizinischen Gesellschaften zu werden, oder gruppieren sich in interdisziplinären Arbeitskreisen, wie z. B. dem Interdisziplinären Arbeitskreis Oralpathologie und Oralmedizin (AKOPOM) oder der International Federation of Dental Anesthesiology Societies (IFDAS). Alleine bei der Erstellung des ASORS-Laufzettels im Jahre 2007 fanden über 20 Gesellschaften, Arbeitsgemeinschaften und Verbände aus verschiedensten Fachbereichen der Medizin, u. a. Onkologie, Radiologie, Innere Medizin, Hämatologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Gynäkologie, Orthopädie, Urologie, Sozialmedizin usw., einen Konsens unter Einbindung der Zahnmedizin (ASO, AWMF, DKG, AGO, AIO, AUO, AHMO, ARO, ARNS, DGHO, DGGG, DGU, DGO, DGOOC, DEGRO, AG NW-SUPPO, DGZMK, AG KI, DGMKG, BDO, DGZ, DGP, DGZPW, DGE, ÄZQ, ZZQ ...).

Einschränkungen bei der Sedierung und der Medikamentenkompetenz

Umso unverständlicher und zugleich bedenklicher ist es, dass die eigene Berufsvertretung der Zahnärzteschaft z. T. einen anderen Weg einschlägt und die Kompetenzen ihrer Zahnärzte zunehmend einschränkt. Die Vertreter der Kammern werden von der Zahnärzteschaft finanziert. Sie müssen deshalb die Interessen der Zahnärzte vertreten und deren freie Berufsausübung ermöglichen.

Es scheint z. B. schlicht unverständlich, wie dabei manche Zahnärztekammern

ihren Mitgliedern verbieten möchten, venöse Zugänge zu legen. Ein Vorgang, der im Notfall lebensrettend ist, der im Studium der Zahnmedizin praktisch und theoretisch gelehrt wird, ein Vorgang, den jeder Ersthelfer als medizinischer Laie, jeder Rettungshelfer nach vierwöchiger Ausbildung und jeder Arztshelfer nach seiner Ausbildung durchführen kann – diese lebensrettende Maßnahme und dieser unverzichtbare Applikationsweg soll dem Zahnarzt plötzlich untersagt werden?

Andere Landes Zahnärztekammern empfehlen ihren monoapprobierten Mitgliedern, im Hinblick auf die angeblich fehlende allgemeinmedizinische Ausbildung des Zahnarztes, keine Analgosedierung selbst vorzunehmen. Das kommt beinahe einem Verbot gleich. Dies geschieht zeitgleich, obwohl andere Zahnärztekammern, wie z. B. die Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg (siehe „Berechnung der Analgosedierung“ unter www.lzk-bw.de/zahnaerzte/gebuehrenrecht/gozinform) die Analgosedierung, bei Vorliegen entsprechender Kompetenznachweise, vollumfänglich durch das Zahnheilkundengesetz abgedeckt sehen. Die nationalen Richtlinien und die internationalen Guidelines, welche die Durchführung einer Sedierung durch Nichtanästhesisten regeln, werden von manchen Landes Zahnärztekammern bei ihren restriktiven Einschränkungsversuchen einfach ignoriert. Und das trotz der Tatsache, dass Sedierungsmaßnahmen bereits seit Langem gemäß dieser Richtlinien in den entsprechenden oralchirurgischen Weiterbildungsordnungen verankert sind, Zahnärzte seit Jahrzehnten erfolgreich Sedierungsmaßnahmen anwenden und entsprechende Kurse seit Jahrzehnten zur Fortbildungslandschaft der Zahnärzteschaft gehören. Der BDO engagiert sich bereits seit über 30 Jahren, insbesondere durch das Wirken unseres Bundesvorsitzenden Dr. Dr. Wolfgang Jakobs, national und international im Bereich Sedierungsverfahren. Mittlerweile bestätigen längst auch universitäre Kurse, wie in der Universität Frankfurt, die Verankerung von Sedierungsmaßnahmen innerhalb der

Zahnmedizin. Selbst die internationale Studienlage zeigt hervorragende Ergebnisse bei durch Nichtanästhesisten durchgeführten Analgosedierungen in Bezug auf das Sedierungsrisiko und das Gelingen einer Sedierung. Besonders hervorzuheben ist die Reduktion des allgemeinen OP-Risikos durch Reduktion des Stresslevels bei bspw. kardial vorgeschädigten Patienten, Hypertonikern, Patienten, die zu einer Hyperventilation neigen, oder bei Angstpatienten/Phobikern.

In die gleiche, aus unserer Sicht falsche Richtung, verargumentiert sich manch weitere Vollzugsbehörde der Länder und Landes Zahnärztekammer. Sie hatten Zahnärzten das Blutabnehmen und dessen Weiterverarbeitung, mit anderen Worten die Herstellung von Arzneimitteln, untersagt. Eine schlicht total unverständliche Aussage, betrachtet man, dass jährlich weltweit sicherlich Hunderttausende Kieferkammaugmentationen oder Stabilisierungen von Wundarealen durch Zahnärzte mit Eigenblutbeimischung erfolgreich durchgeführt werden. Dieser Missstand soll nun, nicht zuletzt aufgrund der stetigen Nachfrage und des Einforderns seitens des BDO, durch eine Klarstellung des Gesetzgebers im § 13 des Arzneimittelgesetzes endlich behoben werden. Das Unverständnis für die Forderung aber bleibt.

Manch andere Zahnärztekammer geht sogar so weit, die Einschränkung der Medikamentenkompetenz ihrer Mitglieder zu befürworten. Ja, Sie lesen richtig: Die eigene Berufsvertretung möchte und befürwortet, dass die von ihr vertretenen Zahnärzte nicht frei in der Medikamentenauswahl bei der Behandlung einer Zahn-, Mund- und Kieferkrankheit entscheiden können. Es sollten bspw. am besten nur noch Analgetika und Antibiotika verordnungsfähig sein! Den Mitgliedern wird sogar das Recht bzw. die Kompetenz zur medikamentösen Behandlung von Mundschleimhautrekrankungen abgesprochen! Die eigene Zahnärztekammer möchte, vertreten durch einen Justiziar, der über keinerlei zahnmedizinische/medizinische, sprich heilkundliche Kompetenz verfügt, eine medikamentöse Vorauswahl treffen. Das ist fatal!

Approbations- und Arzneimittelverordnung

Dieses Vorgehen beschneidet unsere zahnärztliche Kompetenz maßgeblich und gefährdet das Wohl unserer Patienten! Hierzu muss man aus Sicht des BDO Folgendes kommentieren: Für die ärztlichen Berufe der Medizin, Zahnmedizin und Veterinärmedizin bestehen auf gesetzlicher Grundlage (Bundesärzteordnung, Zahnheilkundengesetz, Bundestierärzteordnung) Approbationsordnungen (eine in der Medizin, eine in der Zahnmedizin und eine in der Veterinärmedizin), die viele Gemeinsamkeiten besitzen. In allen drei

„Wir sind mit unserem (zahn)ärztlichen Handeln nicht lokoregional eingeschränkt, sondern nur kausal unserem Fachgebiet verpflichtet.“

Approbationsordnungen sind Ausbildung und Prüfung in der Pharmakologie und Toxikologie vorgesehen (§§ 40 Abs. 1 Nr. II; 42 Approbationsordnung für Zahnärzte; §§ 27 Abs. 1 Nr. 17, 28 ApprO Ärzte; § 29 Nr. 9 ApprO Tierärzte). Die Zahnärzte in Deutschland legen daher ein zu den anderen Medizinern (Ärzte und Tierärzte) gleichwertiges Pharmakologie-Staatsexamen ab. Ebenso werden die ärztlichen Berufe im Arzneimittelrecht grundsätzlich gleichbehandelt. Nach § 48 des Arzneimittelgesetzes darf der Apotheker verschreibungspflichtige Arzneimittel nur unter Vorlage einer ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Verschreibung abgeben. Die Verschreibungen dieser Ärzte muss der Apotheker in angemessener Zeit ausführen (§ 17 Abs. 4 Apothekenbetriebsordnung). Der Gesetzgeber hat sich beim Erlass dieser paritätischen Vorschriften auch etwas gedacht, denn eine zum jeweiligen Stand der Wissenschaft adäquate Behandlung erfordert immer die genaue Kenntnis der Anamnese des Patienten, hierzu ist die allgemeine Medikamentenanamnese (gerade auch bei chirurgischen Eingrif-

fen) unabdingbar. Zudem gehört zur Behandlung inklusive der medikamentösen Behandlung (auch wenn diese kausal fachgebunden erfolgt) auch immer die Kenntnis über potenzielle Interaktionen zwischen anderen bereits bei diesem Patienten verordneten Medikamenten (bspw. Interaktionen mit trizyklischen Antidepressiva oder MAO-Hemmern, Antiparkinsonmitteln, Methyldopa, Guanethidin, Zytostatika wie bspw. Angiogenesehemmer, RANK-Liganden-Inhibitoren, Analgetika und Thrombozytenaggregationshemmern untereinander u.v.m.).

Die Zahnärzte haben laut Zahnheilkundengesetz nach Erlangung der zahnärztlichen Approbation die Befähigung, die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde vollumfänglich zu betreiben. Wir sind dabei mit unserem (zahn)ärztlichen Handeln nicht lokoregional eingeschränkt, sondern nur kausal unserem Fachgebiet verpflichtet. Das bedeutet, dass das, was wir tun bzw. verschreiben/verordnen, nicht ausschließlich nur direkt im ZMK-Bereich wirken oder dort metabolisiert werden muss, sondern kausal im Zusammenhang mit der Behandlung einer ZMK-Krankheit stehen muss.

Beispiele für die medikamentöse Behandlung

Als Beispiele für die Vielfältigkeit der zahnärztlichen Arzneimittelverordnung im Rahmen einer vollumfänglichen zahn-, mund- und kieferheilkundlichen Behandlung, die über die gängige Verordnung von Antibiotika und Analgetika hinausgehen, wären anzuführen:

- Die Behandlung von viralen Infektionen bspw. mit Humanen Herpesviren der Gruppen 1–8 durch Virostatika als Nukleosidanalogen Aciclovir (Zovirax®) oder Brivudin (Zostex®) oder Infektionen mit Coxsackie-A-Viren (bei einer Herpangina Zahorsky) ohne den Einsatz von Virostatika mit analgetischen und antipyretischen Medikamenten, Lokalanästhetika oder Glukokortikoiden.
- Der Einsatz von Antikonvulsiva wie bspw. Carbamazepin und Phenytoin oder bei gleichzeitig vorliegender Multipler Sklerose mittels Miso-

- prostaglandin (synth. Prostaglandinderivat) bei schweren Formen der Trigeminusneuralgie.
- Die Verordnung und Verabreichung von Narkotika (Propofol), Sedativa (Benzodiazepine, Ketamine etc.) und Analgetika (nicht opioide Analgetika wie Metamizol oder Opiate wie Tramadol oder Fentanyl) z.B. bei Analgosedierungen zur besseren operativen Steuerung oder Darstellung langer Eingriffszeiten, als Option bei starkem Würgereiz, Muskelhypertonus oder starken therapieresistenten Schmerzen.
 - Die Gabe von Neurotoxinen wie bspw. dem Botulinumtoxin bei der Behandlung von spastischen Erkrankungen der Kaumuskelatur, bei schweren Formen der Muskelhypertrophie (bspw. beim Cherubismus), bei Spastiken nach Apoplex oder bei apallischem Syndrom oder zur Behandlung des Gummy Smile.
 - Kenntnisse über die Ätiologie von parodontalen Erkrankungen in Relation zu Hormonschwankungen bspw. unter Kontrazeptivumeinnahme oder zum Zeitpunkt der Pubertät, Menstruation, Schwangerschaft oder Menopause sind Voraussetzung für die Diagnose und leitliniengerechte Therapie von Parodontalerkrankungen. Die Empfehlung zur Umstellung von Hormonpräparaten bspw. bei starker, hormonabhängiger, hyperämisch-desquamativer Gingivitis oder alveolärer Ostitis nach Zahnextraktion unter oralen Kontrazeptiva fällt daher ebenfalls unter die Ausübung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und ist daher ebenfalls vom Zahnheilkundengesetz abgedeckt.
 - Die Gabe von zentral wirksamen Muskelrelaxantien bei Spasmen der quergestreiften Skelettmuskulatur (bspw. stark schmerzhaftes Verspannen und Myogelosen der Kaumuskelatur bei Bruxismus/CMD) wie Tizanidin (Sirdalud®), früher auch Tolperison (Mydocalm®), und antiphlogistische Analgetika wie bspw. Diclofenac oder Ibuprofen.
 - Die Substitution von Gerinnungsfaktoren bei hämorrhagischen Diathesen wie bspw. einer Hämophilie A

- oder B (Faktor VIII oder IX) vor invasiven Eingriffen in unserem Fachgebiet oder die Gabe eines Antidiuretikums Desmopressin (Minirin®) i.v. eine Std. präoperativ bei vorliegendem Willebrand-Jürgens-Syndrom vor zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen.
- Die lokale Gabe von Aluminiumsalzen und Adrenalinlösungen zur lokalen Blutstillung an der Gingiva nach zahnärztlichen Präparationen. Der Einsatz von Tranexamsäurelösung (5%ig), Gelatineschwämmen, Kollagenvliese, Oxycellulose, Cyanoakrylat- oder Fibrinkleber zur lokalen Blutstillung nach zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen oder traumatisch bedingten Wunden.



- Die Gabe von Histamin-Rezeptorantagonisten (H1- und H2-Antihistaminika) und eines Mastzellstabilisators Natriumcromoglycat (Allergocrom®) direkt präoperativ i.v. vor zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen bei Patienten, die unter einer starken Form der Histamin-Intoleranz leiden, ggf. kombiniert mit einem Histamin-Abbauförderer wie bspw. der Diaminoxidase.
- Die Verordnung von Dexpanthenol, Vitamin A, Lidocain, Glukokortikoiden/Dexamethason und ggf. zusätzlicher Immunsuppressiva, bspw. Cyclosporin ggf. auch Protonenpumpenhemmer/PPI bspw. Omeprazol®, bei besonders erosiven Formen von Mundschleimhauterkrankungen wie bspw. beim Lichen ruber mucosae.

- Die Gabe eines Zytostatikums (5-Fluorouracil/Efudix®), eines Immunmodulators Imiquimod/Zyclara®) oder die Anwendung eines Photosensibilisators (Methylaminolevulinat/Metvix®) im Rahmen einer Photodynamischen Therapie zur Behandlung bspw. einer aktinischen Keratose der Lippen (UV-Strahlen-Schaden).
- Die Gabe von zentralen Analgetika (Fentanyl), wenn bspw. eine lokale Schmerzausschaltung aufgrund der entzündlichen Gewebesituation mit dem typischerweise niedrigem (saurem) Gewebe-pH-Wert nicht ausreichend ist – bspw. bei extraoralen Inzisionen von dentogenen Logenabszessen. Aber auch die analgetische ggf.

- auch palliative Einstellung von Tumorpatienten mittels transdermalen Pflastern (Fentanyl TTS) und einer Escape-Medikation mittels leicht löslicher Sprays (Fentanyl-Nasenspray) oder Sublingualtabletten (Abstral®) zur Kupierung intermittierender Schmerzspitzen.
- Die Verordnung einer antiresorptiven Therapie, bspw. durch die Gabe von Bisphosphonaten (Pamidronat, Risedronat oder Zoledronat), wie bei Deformationen der Kiefer im Rahmen einer fibrösen Dysplasie.
- Die Verordnung von Antimykotika wie bspw. Nystatin oder Amphotericin B bei einer oralen Mykose/Candidose bei immunkompromittierten Patienten oder bei Patienten, die nach einer antibiotischen Therapie an einer Keimverschiebung leiden.

Wie sollen wir zudem unser Notfallmanagement (bspw. bis zum Eintreffen des Notarztes) betreiben oder unseren Notfallkoffer adäquat ausstatten können, wie sollen wir angemessen auf die folgenden beispielhaften Krankheitsbilder während unserer Behandlung reagieren ohne den Einsatz der folgenden Medikamente:

- Benzodiazepine bspw. Diazepam, Midazolam, Lorazepam ggf. zusätzlich Propofol bei einem epileptischen Anfall (Petit- oder Grand-mal-Anfall) bis hin zum Status epilepticus.
- H1- und H2-Antihistaminika, Glukokortikoide, Suprarenin®, Bronchodilatation mittels Beta-2-Sympathomimetika, Volumenstabilisation bspw. Vollelektrolytgabe Ringer-Lösung, O₂-Gabe bei einer allergischen Reaktion bis hin zur Anaphylaxie.
- Nitrospray bei einem Angina pectoris-Anfall bis hin zur MONA-Therapie (falls nach zwei repetitiven tardierten Gaben keine Besserung des akuten Koronarsyndroms) mittels Morphine, O₂-Gabe, Nitrate, ASS ggf. auch Heparine (CAVE Nitrate bei ausgeprägter Herzinsuffizienz mit RR < 90/60 mmHg und/oder Einnahme von PDE-5-Hemmern in den letzten 24 Std.) bei dann vorliegendem Verdacht eines Myokardinfarktes bis zur Ankunft des Notarztes.

„Wir müssen wieder die volle Medikamentenkompetenz auch vor den Landesapothekerkammern erlangen.“

- Antihypertensiva bspw. Alpha-1-Adrenozeptoren-Antagonisten Ebrantil (Urapidil®) oder Calciumantagonisten wie Nitrendipin oder Nifedipin oder Nitroglycerin zur Behandlung einer unvermittelt bei der Behandlung aufgetretenen hypertensiven Krise.

Die Liste lässt sich weiterführen mit der Anwendung von Glucoselösungen beim hypoglykämischen Notfall beim Diabetiker, über asthmatische Notfälle bis hin zu der schwierigen Frage,

welche Vorkehrungen der Zahnarzt eigentlich im Rahmen seiner Vorschriften durch die Berufsgenossenschaft im Hinblick auf seine Mitarbeiter umzusetzen hat (Desinfektionslösungen, Augenspüllösungen, Cremes bei allergischen Reaktionen auf Arbeitsmittel, behinderte Mitarbeiter oder welche mit anderen Erkrankungen usw.).

Wie wäre außerdem eine universitäre pharmakologische Forschung durch Zahnmediziner in unserem Fachgebiet nach einer Beschneidung der vollen Medikamentenkompetenz zukünftig möglich?

**Interpretationsspielraum:
Ist Heilkunde auch
Zahnheilkunde?**

Wenn wir uns das Recht zur umfassenden Arzneimittelverordnung trotz umfänglicher Kenntnis der allgemeinen Pharmakologie, die der der Ärzte in nichts nachsteht, nehmen lassen, bedeutet das den Untergang unseres Fachgebiets oder den Abstieg in die Zweit- oder sogar Drittklassigkeit. Wir müssen wieder die volle Medikamentenkompetenz auch vor den Landesapothekerkammern erlangen. Wir müssen folglich dann auch wieder, entgegen der Meinung mancher Zahnärztekammer, in der Lage sein, uns zum Eigenbedarf (ad usum proprium) Medikamente frei rezeptieren zu können.

Hintergrund dieser zunächst nicht nachvollziehbaren Haltung mancher Zahnärztekammern ist oft die irrtümliche Interpretation der Gesetzeslage. Es gibt in Gesetzestexten das Wort „Heilkunde“ und das Wort „Zahnheilkunde“. Sind beide Wörter aufgezählt, ist der Sachverhalt eindeutig. Spricht der Gesetzgeber nur von „Heilkunde“, ohne die „Zahnheilkunde“ zu nennen, gibt es Meinungsverschiedenheiten, ob die Zahnheilkunde nun auch gemeint ist oder nicht. Dieser Umstand führt immer wieder zu Unstimmigkeiten. Das Problem ist die daraus resultierende „Rosinenpickerei“ einiger unserer Berufsstandesvertreter. So spricht das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in seiner Vorgabe für die Verarbeitung von entnommenem Blut von „Heilkunde“. Da Zahnheilkunde

eben nicht Heilkunde sei, verbieten einige Aufsichtsbehörden daraufhin die Verarbeitung von Blut im Rahmen augmentativer Maßnahmen, obwohl es sich hierbei um eine täglich von Zahnärzten durchgeführte wissenschaftliche dokumentierte Maßnahme handelt und die überwiegende Anzahl der Rechtsvertretungen diese Ansicht der Behörden nicht teilt. Vielmehr wird durch die meisten Rechtswissenschaftler davon ausgegangen, dass das BMG mit „Heilkunde“ auch diejenigen meint, die „Zahnheilkunde“ betreiben. Zahnmedizin soll nach Meinung einiger aber eben keine Medizin sein. Dass dagegen bei einer „Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO)“ mit der Nennung von Ärzten und medizinischen Abteilungen selbstverständlich auch die Zahnärzte mit der Auferlegung

„Zahnärzte sind im akademisch-universitären Rang den Ärzten und anderen approbierten Heilberufen ebenbürtig und besitzen volles Promotions- und Habilitationsrecht.“

von Regularien angesprochen sind, ist dagegen unstrittig. Objektiv betrachtet sind die Leiter universitärer zahnmedizinischer Kliniken ärztliche Direktoren und deren untergeordnete Zahnärzte sind Oberärzte. Dieses gilt ausnahmslos in allen zahnmedizinischen Disziplinen, sei es in der Chirurgie, der Prothetik, den konservierenden Abteilungen oder der Kieferorthopädie. Nach erfolgreicher Ablegung des zahnärztlichen Staatsexamens wird an vielen Universitäten der hippokratische Eid durch die Absolventen abgelegt. Auch unterliegen selbstverständlich Zahnärzte der ärztlichen Schweigepflicht. Keiner käme hier auf die Idee, eine zahnärztliche Schweigepflicht definieren zu wollen. Als Zahnärzte üben wir einen ärztlichen Beruf aus, wir sind aber keine Ärzte, sondern Zahnärzte. Diese sind im akademisch-universitären Rang den Ärzten und anderen approbierten Heilberufen

ebenbürtig und besitzen volles Promotions- und Habilitationsrecht. Das Promotionsthema kann sogar innerhalb aller medizinischen Fachdisziplinen gewählt werden! Nach fünfzehn Jahren Studium und Staatsexamen an einer Medizinischen Fakultät in Deutschland (mit durchgängig doppelter bis dreifacher Wochenstundenbelastung im Vergleich zu Medizinstudenten) folgt eine zweijährige Assistenzzeit, in einigen Fällen eine vierjährige fachzahnärztliche strukturierte Weiterbildung. Da die Ausübung der Zahnheilkunde unserer Meinung nach Heilkunde am Menschen ist, ist es nicht verwunderlich, dass wir neben der Gebührenordnung für Zahnärzte auch auf Teile der Gebührenordnung für Ärzte zugreifen dürfen.

Manche eher restriktive Landes Zahnärztekammer bezieht sich auf ihre Ansicht, dass Ärzte eben die gesamte Heilkunde betreiben dürfen und eben alles machen dürfen. Zahnärzte würden dagegen nur Zahnheilkunde betreiben, und jetzt kommt der Trugschluss, und würden daher über keinerlei ausreichenden Kenntnisse außerhalb der Zahnheilkunde verfügen. Diese Haltung ist für jeden engagierten Zahnarzt nicht hinnehmbar. Eine solche Aussage, einer offiziellen Körperschaft und Vertretung der Zahnärzteschaft, ist ein Affront gegenüber jedem Zahnarzt, der seinen Beruf voll auszufüllen versucht und der mit Leib und Seele zum Wohl der Patienten seine auf wissenschaftliche Erkenntnisse basierende heilkundliche Tätigkeit ausführt. Diese Aussage ignoriert die aktuelle Rechtsprechung und die gelebte Zahn-/Medizin sowohl in Deutschland als auch im internationalen Kontext. In Deutschland haben wir ein Facharztsystem. Das heißt, ein Facharzt hat Kenntnisse in der gesamten Heilkunde, arbeitet aber innerhalb seines Fachgebiets, z. B. der Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde usw. Er kann natürlich trotzdem nicht nach Belieben in anderen Bereichen tätig werden, wenn ihm die entsprechende Kompetenz fehlt. Das ist auch der Grund, weshalb der Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie beide Studiengänge – Zahnmedizin und Humanmedizin – absolvieren muss. Wenn doch

die humanmedizinische Ausbildung die zahnmedizinische Ausbildung sowieso umfassen würde, wäre die Doppelapprobation überflüssig. Ein Zahnarzt besitzt ebenfalls Kenntnisse aus der gesamten Heilkunde, approbiert sich allerdings in der Zahnheilkunde und ist dementsprechend und entsprechend seiner erworbenen Kompetenzen innerhalb des Zahnheilkundegesetzes tätig.

„Falsch ist die nicht nachvollziehbare Annahme, dass der Zahnarzt grundsätzlich über keine Kenntnisse in der Heilkunde verfügen würde.“

Bildlich gesprochen kann der Internist nicht einfach einen operativen Eingriff am Gehirn durchführen, wenn er dies noch nie getan hat, sowie der Zahnarzt keine komplizierte Kieferfraktur ohne diesbezügliche operative Erfahrung versorgen kann.

Die Tätigkeit des Zahnarztes innerhalb seines Fachgebiets, richtet sich, wie bei den Ärzten, nach seiner Kompetenz, seiner Erfahrung und seinem speziellen Fachwissen. Es ist somit nicht die Aufgabe der Zahnärztekammer, ihren Mitgliedern einzelne Tätigkeiten zu untersagen, wenn diese durch das Zahnheilkundegesetz abgedeckt sind und der Zahnarzt die entsprechende Kompetenz/Erfahrung besitzt. Erst recht falsch ist die nicht nachvollziehbare Annahme, dass der Zahnarzt grundsätzlich über keine Kenntnisse in der Heilkunde verfügen würde. Eine solche Haltung ist nicht nur ignorant, sie bremst auch die Entwicklung der Zahnmedizin stark aus. Die Haltung schadet somit dem Fortschritt der Zahnmedizin und schädigt damit nachhaltig das Wohl unserer Patienten.

Es ist ein uralter Zwiespalt in der Zahnmedizin, den wir als längst überwunden betrachtet haben, der sich hier auftut. Die Auffassung des alten Dentistentums mit der Betrachtung von Zahnheilkunde als reine manuelle, mechanische Tätigkeit trifft auf die Betrachtung der modernen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde mit ihren vielfältigen innovativen

Therapieerfolgen als integraler Bestandteil der Heilkunde am Menschen.

Berufsausübungsfreiheit: Die zahnärztliche Fachkompetenz darf nicht beschnitten werden

Es ist natürlich naheliegend, dass nicht jeder Zahnarzt gleichzeitig eine schwere CMD behandeln kann, weiß, was gefühlte Angst mit Zahnmedizin zu tun hat, eine Dysgnathie-OP durchführen kann, eine Paramedianfraktur des Unterkiefers oder ein Plattenepithelkarzinom der Mundhöhle versorgen kann, zudem die perfekte mikroskopische Wurzelkanalbehandlung beherrscht, eine aggressive therapierefraktäre Parodontitis in den Griff bekommt, außerdem einen schweren Klasse III-Fall nichtchirurgisch kieferorthopädisch lösen kann und dabei spielend einen hypoplastischen oberen Zweier plastisch perfekt aufbauen kann (um nur einige Beispiele zu nennen).

Es ist aber ein wesentliches Merkmal unseres freien Berufs, dass nicht jeder Behandler alles beherrschen muss, sondern sich die Teile seines Fachgebiets aussucht, die er seiner Meinung nach gut beherrschen kann. So gibt es jeweils spezialisierte Behandler, die hier über die jeweilige entsprechende Fachkompetenz verfügen. Gerade deshalb sind Überweisungen innerhalb der Zahnmedizin mittlerweile die Regel.

„Es ist ein uralter Zwiespalt in der Zahnmedizin, den wir als längst überwunden betrachtet haben, der sich hier auftut.“

Auch diese Behandler brauchen hier die volle Kompetenz in der freien Ausübung ihres Fachgebiets, z. B. auch in der Verordnung von Medikamenten, die über den allgemein gängigen Standard (Analgetika und Antibiotika) in der Zahnheilkunde hinausgehen (s. o.). Dies sind z. B. Zytostatika/Immun-suppressiva, Vitaminpräparate, Virostatika und Antimykotika für den auf Mundschleimhauterkrankungen spezia-



Der Kommentar von Dr. Manuel Troßbach, Landesbeauftragter des BDO Baden-Württemberg (l.), und Dr. Joel Nettey-Marbell, Referat für Fortbildung des BDO und Landesbeauftragter des BDO Hamburg, entstand im Auftrag des BDO-Bundesvorstandes.

lisierten Zahnarzt, Antikonvulsiva und Antiepileptika für den auf Trigeminusneuralgien und chronischen Gesichtsschmerz spezialisierten Zahnarzt, Desmopressin/Minirin und Gerinnungsfaktoren für den auf hämorrhagische Diathesen spezialisierten Zahnarzt, Narkotika und zentrale Analgetika für den auf Behandlungen unter Analgosedierung spezialisierten Zahnarzt oder eine Vielzahl von Notfallmedikamenten für den auf Risikopatienten spezialisierten Zahnarzt (um wieder nur einige Beispiele zu nennen). Der Zahnarzt ist bei seinem ärztlichen Handeln immer

„Es ist nicht Aufgabe einer Zahnärztekammer, die Kompetenz ihrer Mitglieder grundsätzlich, mit einer Art Rasenmäherpolitik, zu beschränken.“

an das Zahnheilkundegesetz und die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde gebunden. Dieses aber nicht lokoregional (wie einige vermuten oder uns aus berufs- und standespolitisch-protaktiven Gründen glaubhaft machen wollen), sondern lediglich kausal!

Ein gutes Beispiel zur Verdeutlichung dieses Unterschieds ist die Analgosedierung zur Verbesserung der Compliance des Patienten. Hierbei wird

zunächst einmal nichts im Zahn-, Mund- und Kieferbereich therapiert. Sie wäre somit als solitäre Leistung nicht über das Zahnheilkundegesetz gedeckt. Wird sie aber im Rahmen einer Zahn-, Mund- und Kieferbehandlung zur Ermöglichung dieser oder als flankierende Maßnahme durchgeführt, ist sie im kausalen Zusammenhang zu sehen und dadurch durch das Zahnheilkundegesetz gedeckt.

Ebenso wird bspw. bei einem endokarditisprophylaxepflichtigen Patienten durch die zahnärztliche Verordnung eines Antibiotikums keine Mund-, Zahn-, Kieferkrankheit kuriert, es wird vielmehr ein anderes Organ vor der durch den zahnärztlichen Eingriff ausgelösten Bakteriämie geschützt. Auch an diesem Beispiel wird deutlich, dass die Behandlung und die mit ihr in direktem Zusammenhang stehende Mit- oder Folgebehandlung des Zahnarztes nicht lokoregional, sondern lediglich kausal begrenzt ist!

Es obliegt immer dem jeweils auf sein Fachgebiet spezialisierten Zahnarzt, hier die richtige Entscheidung und Medikamentenwahl im Einzelfall zu treffen. Dieser Zahnarzt müsste dann im Falle einer Fehlentscheidung auch seine Kompetenz nachweisen und sein Vorgehen rechtfertigen können. Es ist aber nicht Aufgabe einer Zahnärztekammer, die Kompetenz ihrer Mitglieder grundsätzlich, mit einer Art Rasenmäherpolitik, zu beschränken.

Dadurch werden dem Patienten Therapieoptionen vorenthalten und unsere Berufsausübungsfreiheit rechtswidrig beschnitten. Das ist fatal und einfach nur un(zahn)ärztlich!

Ihre Meinung zählt:
„Zahnheilkunde ist Heilkunde am Menschen“

Zahnheilkunde kann nur eine Zukunft als integraler Teil der allgemeinen Heilkunde haben. Die von manchen geforderte Extrawurst außerhalb der Medizin hat keine Zukunft, hat keine Qualität für die Versorgung – und gefährdet unsere akademische Berechtigung sowie unsere internationale Wettbewerbsfähigkeit.

Sollten Sie die Degradierung vom Zahnarzt mit vollumfänglicher Kompetenz zum rein mechanisch arbeitenden Dentisten genauso empören wie uns, dann verleihen Sie Ihrer Meinung Ausdruck und unterstützen Sie uns durch eine E-Mail mit dem Betreff **„Zahnheilkunde ist Heilkunde am Menschen“** an bdo-mgv@oralchirurgie.org. Nur mit genug Unterstützung können wir unserer Empörung bei der Bundeszahnärztekammer Ausdruck verleihen und etwas bewegen. Möchte man das politische Feld nicht einigen wenigen Ignoranten überlassen und etwas bewegen oder erhalten, gilt wie in der Demokratie üblich: Jede Stimme zählt. Auch Ihre!

Kontakt

Dr. Joel Nettey-Marbell

Fachzahnarzt für Oralchirurgie
DENTALWERK –
Fachzahnärztliche Praxisklinik
Zentrum für Zahn-, Mund- und
Kieferheilkunde
Dr. Nettey-Marbell & Kollegen
Schloßstraße 44, 22041 Hamburg
info@dental-werk.de
www.dental-werk.de

Dr. Manuel Troßbach

Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Oralchirurgische Praxisklinik am Stadtgarten
Dr. Troßbach und Kollegen MVZ GmbH
Moltkestraße 12, 74072 Heilbronn
info@dr-trossbach.de
www.dr-trossbach.de

35. JAHRESTAGUNG DES BDO

ONLINE-ANMELDUNG/
KONGRESSPROGRAMM



www.bdo-jahrestagung.de

23. und 24. November 2018
Maritim Hotel Berlin



Thema:

Entzündungen – Ein Update aus verschiedenen Perspektiven

Wissenschaftliche Leitung:

Priv.-Doz. Dr. Frank Peter Strietzel/Berlin

Veranstalter:

BDO – Berufsverband Deutscher Oralchirurgen e.V.
Bahnhofstraße 54 | 64662 Speicher
Tel.: +49 6562 9682-0 | Fax: +49 6562 9682-50
Bdo-mgv@oralchirurgie.org | www.oralchirurgie.org

Organisation/Anmeldung:

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29 | 04229 Leipzig
Tel.: +49 341 48474-308 | Fax: +49 341 48474-290
event@oemus-media.de | www.oemus.com

Faxantwort an **+49 341 48474-290**

Bitte senden Sie mir das Programm zur 35. JAHRESTAGUNG DES BDO zu.

Titel, Name, Vorname

E-Mail-Adresse (Für die digitale Zusendung des Programms.)

Stempel

04/18