



FORUM

Herausgegeben vom Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde

NR. 12 – MÄRZ 1986

Sie lesen u. a.

Ist ZEDELMAIER an allem schuld?

Zahnärztliche Gründe für die
Qualitätssicherung

Quo vadis Apollonia?

Prothetik-Richtlinien ab 1. 4. 86 in Kraft



Dental Museum

Digitalisat der Bibliotheca Dentaria

An die einhundert Einzelbibliotheken aus Universitäten, von Sammlern und Museen, Archivbibliotheken von Firmen und sehr viele Privatbibliotheken befinden sich im Bestand des Dental Museums. Dieser Bestand erweitert sich ständig und stellt die umfangreichste Referenzbibliothek der Zahnheilkunde dar, die weltweit ihres gleichen sucht und daher zwingend erhalten werden muss.

Dentalmuseum

Im Park 9b

04680 Zschadraß

DIE ADRESSE FÜR HYDROCOLLOID- ABDRUCKSYSTEME



Dental-Spezialitäten

Friedrich Reißmann
Beratung, Verkauf, Service
Heidecker Straße 33
Postfach 1348

8543 Hilpoltstein
Telefon (09174) 9587

Jeder Zahnarzt hat wohl schon einmal mit dem Gedanken gespielt endlich Hydrocolloid-Abdrücke zu machen. Jedem Zahnarzt ist bekannt, daß dieser Abdruck der Genaueste ist. Trotzdem werden diese positiven Gedanken in vielen Fällen wieder verdrängt, weil es heißt, Hydrocolloid-Abdrücke sind umständlich, zeitraubend, aufwendig, teuer usw. Diese vorgefaßte Meinung ist schlicht und einfach falsch. Natürlich brauchen Sie für dieses Abdrucksystem einige Dinge, vor allem aber Toleranz. Denn Hand aufs Herz; mußten Sie sich mit Ihrem jetzigen (z.B. Doppelabdruck) nicht auch erst anfreunden?

Wenn es, wie bei Ihrer Arbeit, um höchste Präzision und Genauigkeit geht ist das beste gerade gut genug. Darauf haben Sie und auch Ihr Patient Anspruch. Wenn es dann, mit unserer gern gegebenen Hilfe, richtig funktioniert wird die Abdrucknahme für Sie zum Hobby. Das garantieren wir Ihnen.

Wenn Sie Kunde bei uns werden haben Sie einige Vorteile:

- Wir beraten Sie umfassend.
- Wir liefern prompt.
- Wir demonstrieren für Sie in Ihrer Praxis.
- Wir schulen Ihr Personal. Wir betreuen Sie auch nach dem Kauf.
- Wir kümmern uns um eventuelle Probleme.
- Wir sind nie weiter entfernt, als das nächste Telefon.
- Ist das ein Angebot?

Unser Programm umfaßt: Komplette Hydro-Abdrucksysteme, Conditioner, Zubehör und Materialien. Beschleif-Diamanten der Spitzenklasse. Den HNSY Royal Conveni Mikromotor ohne Stromanschluß. Den Quick-Jet Strahler zur Zahnreinigung. Kupferwachs-Bißschablonen. Retraktionsmaterial. Die Keen Super Hartgips. Einbettmassen Shur Temp, Shur Temp C, Wachse usw. außerdem immer wieder Neuheiten und Spezialitäten und last not least unseren Service.

Unser Motivation lautet: Zufriedene Kunden sagen es anderen und kommen wieder. Bitte lassen Sie sich von uns überzeugen, testen Sie uns. Das alles kostet Sie nur einen Anruf oder eine Postkarte.

Ihr Hydro-Spezialist Friedrich Reißmann

EINE TECHNIK DER AVANT-GARDE
mit additionsvernetzendem Vinylsilikon

AN ADVANDE-GUARD-TECHNIQUE
with vinyl-silicone of additional reaction

UNE TECHNIQUE D'AVANT-GARDE
Matériau d'empreinte de vinyl silicone à polymérisation par
réaction d'addition

UNA TECNICA D'AVANGUARDIA
Materiale per impronte di vinyl silicone a polymerizzazione
per reazione addizionale

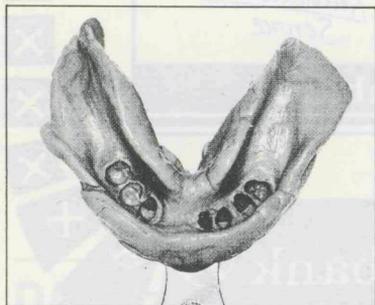
bisico S1 + S4

Die Doppelabdrucktechnik, speziell bei der Anwendung in der
Geschlebe- und Frästtechnik, sowie bei Kronen, Brücken und Inlays
garantiert durch Verwendung von BISICO S 1 und S 4 höchste
Präzision und Paßgenauigkeit.

A double-impresion-technique specially for precise impressions,
bridges, crowns, inlays, which garantees a maximum of precision
and high exactness on application.

Technique de double-empreinte, notamment pour empreintes de
précision, bridges, couronnes, qui garantie un maximum
de précision et d'exactitude d'application.

Tecnica di doppia-impronta, in particolare per impronte di
precisione, ponti, corone, inlays con una massima garanzia di
precisione ed esattezza all'applicazione.



30 sec.
2 min., 30 sec.
3 min.

Anmischzeit
mixing time
Temps de préparation
Tempo di preparazione

Verarbeitungszeit
processing time
Temps d'application
Tempo d'applicazione

Aushärtezeit
setting time
Temps de prise en bouche
Tempo di presa

Vertrieb: Rudolf Hegen
Hallerstr. 49
7090 Ellwangen

Raiffeisenbank

77 mal im Stadt- und
Landkreis Regensburg

**Wer gute Gewinne
machen will,
braucht einen guten
Anlageberater**

Es gibt heute viele Anlageformen, die
gute Gewinne versprechen.
Aber wie steht es mit der Sicherheit?
Sind Steuervorteile möglich?

Wie liegen die Festlegungsfristen?

Unser Anlageberater kann Ihnen
darauf hieb- und stichfeste
Antworten geben. Sprechen
Sie mit ihm darüber.



*Die Bank mit dem
freundlichen
Service*

Raiffeisenbank

Raiffeisenbank

Die Bank mit dem freundlichen Service

Inhalt:

Ist ZEDELMAIER an allem schuld?	4
Zahnärztliche Gründe für die Qualitätssicherung	10
Beherzt Durchstarten!	14
Quo vadis Apollonia?	18
Können Krankenkassenfunktionäre noch rechnen?	23
Prothetik-Richtlinien ab 1.4.86 in Kraft	25
Berufsgerichtsverfahren gegen DAZ-Geschäftsführer?	28
Verdienen die Zahnärzte was sie verdienen?	31
Hygiene in der Zahnarztpraxis	37
Notdienstproblematik in zentrumsfernen Regionen	42
Fluoride: Pro und Contra	46
Zahnmedizin heute in den USA	52
Optimaler Versicherungsschutz	56
6. IPPNW-Weltkongreß in Köln	58

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

Ist Zedelmaier an allem schuld?

Völlig überraschend traf die Zahnärzte die Forderung der Kassen nach 30-%iger Absenkung der Honorare für Prothetik und Kfo im Februar 1985, obwohl die "Dänen-Studie" und die (geheimgehaltene) FZV-Studie der KZBV eine Ungleich-Bewertung der Bereiche Kons und Prothetik zuungunsten der Kons und zugunsten der Prothetik und der Kfo festgestellt hatte. Das K-Gesetz von 1977 schrieb mit der Einrichtung der Bewertungsausschüsse den Vertragspartnern, also auch der KZBV, vor, in bestimmten Zeitabständen den BEMA daraufhin zu überprüfen, ob die "Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stande der medizinisch-technischen Entwicklung sowie dem Ergebnis der Rationalisierung und Wirtschaftlichkeit entsprechen." Die auf Punktwertanhebung fixierte Standesführung hatte es - nach eigenem Eingeständnis - einfach versäumt, die Forschungsergebnisse in der zahnärztlichen Öffentlichkeit diskutieren zu lassen und rechtzeitig in den Ausschuß einzubringen. Stattdessen beharrte sie auf ihren in der sozialpolitischen Realität von Anfang an nicht durchsetzbaren Forderungen nach Ausgrenzungen und Festzuschüssen.

Mangel an Augenmaß und Perspektiven, gepaart mit der Feigheit, dem Wahlvolk Teile des Besitzstandes im ZE-Bereich

zugunsten von Verbesserungen im konservierenden und prophylaktischen Bereich zu gefährden, haben zu dem für alle Zahnärzte miserablen Verhandlungsergebnis der BEMA-Umstrukturierung geführt.

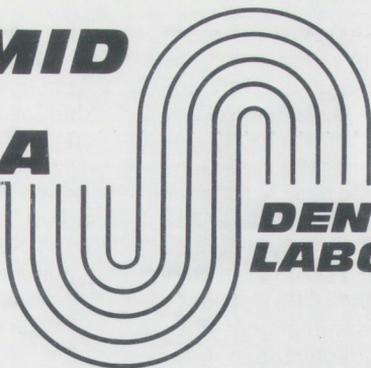
Im übrigen auch nicht im Sinne des Gesetzes, denn der Bewertungsausschuß ist ein kostenneutraler Um- und kein Abwertungsausschuß. Als Alleinschuldiger wird uns heute Kollege Zedelmaier vorgeführt. Nach dem Muster aller Einheitsparteien wurde er als Schuldiger in die Wüste geschickt. Dabei bestand seine gesamte Delegation aus hochkarätigen Mitgliedern des Freien Verbandes. Sie sind nun zum Teil einer Säuberungswelle zum Opfer gefallen. Der neue Hoffnungsträger heißt Wilfried Schäd - aber die Schubladen sind nach wie vor leer.

Leere Schubladen

Wenn man standesintern offen die Problematik angemessen diskutiert hätte, statt sich gebetsmühlenartig auf die ständige Wiederholung unrealistischer Forderungen zu beschränken, wären unsere Verhandlungsführer nicht so blauäugig von den Umstrukturierern auf der Kassenseite über den Tisch gezogen worden.

Wie die BEMA-Umstrukturierung auszusehen hätte, wurde vom DAZ bereits 1983 in seinen

SCHMID UND PAULA



DENTAL LABOR

Qualität
und
Ästhetik

ist das Ergebnis unserer präzisen Arbeit.
Dafür stehen unsere Namen

Gerhard Schmid
Bodo Heffmann
K. Kuch
Karg Doris
Bettina Schuster
Maria Lark
Sieglinde Distler
Storck Michaela
Gisela Fleck
Gerald Peter
Adolf Kallermann
Kaufhold
Daniel
Luisa Wilhelmi
Renée Grindel
Wagner Michaela
Lips Anita
Schwimmer Margit
Grindel

Gerhard Schmid und Bernd Paula · Bruderwöhrdstraße 10
8400 Regensburg · Telefon (09 41) 79 15 21

"Grundsätzen und Empfehlungen zur kassenzahnärztlichen Versorgung" formuliert. Ihr zugrunde lagen u.a. die Erfahrungen aus der Mitarbeit sowohl an der Dänen-Studie (Bundesgesundheitsministerium) als auch an der FZV-Studie (KZBV) (Titel: "Analyse der Bewertungsrelationen zahnärztlicher Dienstleistungen", Mai 1984). Unsere Schlußfolgerungen wurden damals totgeschwiegen oder vom hämischen bis mißtrauischen Kommentar derjenigen begleitet, die geglaubt haben, den Prothetik-Boom unendlich lange fortsetzen zu können.

Als das Kind in den Brunnen gefallen war, setzte sich endlich der FVDZ in Gang. Mit dem Schreckensbild der schuldlos von Feinden umgebenen Aufrechten wurde das Solidaritätsgefühl und der Führungsanspruch erneuert und mit großem Aufwand eine Urabstimmung durchgeführt. Bei ihr ging es aber wieder nicht um Inhalte, sondern um Muskelspielerien.

Wie man sich selbst demontiert

Die Verweigerung der Prothetik zu den neuen Bedingungen und die Androhung "schlechter, schneller und schmerzhafter" (Dyगत, FV Nordrhein) brachten keinerlei Gewinn, sondern nur die Öffentlichkeit gegen uns auf. Statt die erlittene und nicht korrigierbare Schlappe öffentlich und publikumswirksam als zwar schlimmes aber solidarisch getragenes Opfer im Sinne der Kostendämpfung mit der Forderung zu akzeptieren, daß nun auch Kran-

kenhausbetten abgebaut, Pharma-Preise eingefroren und die Ärzteschwemme eingedämmt werden müsse, haben wir selber mit dümmlichen Äußerungen ("Zahnärzte haben ein bescheidenes Einkommen" (Wick), "moderne Judenverfolgung" u.a.) ein Stimmungsklima gegen uns hausgemacht.

Geradezu groteske zahnärztliche Einkommensmeldungen und -dementis fanden ihren Nachrichtenwert nicht mehr nur in der "linken Meinungspresse", sondern in jeder Tageszeitung. Ohne dieses ärmlich-beleidigte zahnärztliche Funktionärsgejammer hätte z.B. Herr Kaula (VdAK) mit seiner frechen Ente ("ein Zahnarzt erhalte für eine kleine Brücke das 13fache des Honorars, das ein Chirurg für eine Brustkrebsoperation erhält") nur ein müdes Lächeln in den Nachrichtenredaktionen geerntet. So haben wir ihm selbst den Einzug in die Titelseiten und in die Tagesschau verschafft. Genau dieses Klima hat er gebraucht, um seinen größten Coup gegen uns durchzusetzen: die Plafondierung, während unsere Funktionäre noch damit beschäftigt waren, ihren aussichtslosen Kampf gegen die BEMA-Umstrukturierung zu organisieren.

Gewogen - und zu leicht befunden

Als Ergebnis monatelangen Nachdenkens hat der Berg gekreißt und eine Maus geboren: die Prothetik-Leitlinien der KZBV. Deren besondere Lesart

ist überbürokratisch, patientenfeindlich, schränkt schlimmer als alle Kassen-Restriktionen die Therapiefreiheit ein, desolidarisiert die Kollegenschaft und am schlimmsten: sie ist vertragsrechtlich unhaltbar. Es ist unfaßbar, wie z.B. in Niedersachsen ein solches Stammtisch-Machwerk von einer Körperschaft des öffentlichen Rechts einem Berufsstand mit Sicherstellungsauftrag als Rechtsnorm an die Hand gegeben werden kann ("von der Aufsichtsbehörde zu 90% genehmigt", Schirbort, Vors. FV-Niedersachsen).

Auch vom Denkansatz her sind diese Leitlinien Schnee von gestern. Wenn es je überhaupt einen Sinn gemacht hätte, hochwertige Prothetik über Abdingung abzurechnen, dann doch nur ohne Plafondierung. Denn auch das Geld, das die Kassen ihren Mitgliedern für die abgedingten Beträge zahlen, fehlt im Gesamtopf. Das bedeutet, daß der brave Konservierer und Endodont für seine ohnehin unterbewertete Tätigkeit am Jahresende einen noch höheren Honorarabzug bekommt. Die KZV spielt auf Zeit - und die Kollegen, die den Leitlinien folgen, sind die Dummen.

Aussichten

Mehr Selbstverantwortung

Ein böses Wort macht die Runde: das Meuteprinzip. Nach Einführung des Plafond werden die Kassen jegliche Mitarbeit an Strukturverbesserungen einstellen. Sie werden schnell

und mit Freuden Prophylaxe, Gnathologie, Implantologie u.v.a. ihren Versicherten als Leistung anbieten können. Gestern noch hart umkämpfte Umbewertungen von Einzelleistungen werden sie nicht mehr interessieren. Die können die Zahnärzte nach Belieben unter sich ausmachen. Sie werfen uns, der Meute, unser Kontingent Geld vor die Füße und können zusehen, wie wir es unter uns aufteilen.

Die Lösungen

Spätestens jetzt wird es Zeit, die seit Jahren vorliegenden Lösungsvorschläge des DAZ offen zu diskutieren und kraftvoll umzusetzen.

1. Prophylaxe

Wir müssen durch eine positive Öffentlichkeitsarbeit (Beispiel: die Ärzteverbände) raus aus dem Image der im Gelde schwimmenden Kollaborateure der Zuckerindustrie. Das Ob-leutekonzept war ein richtiger Weg. Leider ist es nach positiven Anfängen von der Standesführung wieder verlassen worden. Man sah die Gefahr, daß man in die Pflicht genommen würde, wo man personell und organisatorisch dem eigenen Anspruch nicht gewachsen war. Den Kindergarten-Zahnarzt von nebenan hätte man jedenfalls nicht so leicht durch den Mediendreck ziehen können. Ein alternatives Projekt, mit dem wir unseren ethischen und fachlichen Führungsanspruch auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung und -vorsorge hätten beweisen können, ist

weit und breit nicht in Sicht. Die Kassen und die Gesundheitsbürokraten stehen in den Startlöchern und haben ihre eigenen Prophylaxe-Konzepte fertig. Auf unsere Kosten, wie bereits von den Kassen lautstark erklärt.

2. Qualität

Mag es in den Zeiten der unbegrenzten Mengenausweitung der einzelne Kollege hingenommen haben, daß sein doppelt so schnell und halb so gut arbeitender Nachbarkollege dasselbe Geld wie er für seine "Leistung" bekam, so ändert sich das jetzt hoffentlich. Der DAZ hat sich jahrelang bemüht, Qualitätsnormen für zahnärztliche Arbeit in die Diskussion der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu bringen. Alle reden von der Gefährdung der Qualität durch die neuen Bedingungen, niemand außer uns hat den Mut, davon zu reden, was Qualität heute eigentlich ist. Jahrelang bemühen wir uns innerhalb der KZVen statistisch zu ermitteln, wie lange unsere Füllungen halten, wie häufig Zahnersatz wiederholt werden muß. Wir weisen schon lange darauf hin, daß Kollegen dringend beraten werden müssen, bei denen sich kurzfristige Wiederholungen von Zahnersatz häufen. Kurz: Qualitäts- statt Quantitätsbetrachtung.

Die Besitzstandswahrer haben das Bespitzeln genannt. Jetzt ist leider das geschehen, was wir gern verhindern hätten: es gibt in Deutschland eine Betriebskrankenkasse, die seit 4 1/2 Jahren bei ca. 4000 Patienten per

EDV Einzelzahnschicksale zeitlich longitudinal verfolgt. Es liegen die ersten Ergebnisse vor: mehr als 25% der Füllungen werden nach weniger als 12 Monaten erneuert und abgerechnet. Andere und nicht weniger brisante Ergebnisse liegen vor und werden bald veröffentlicht.

Wäre es nicht besser gewesen, diese Zahlen standesintern per KZV-Computer zu ermitteln und kollegial ernsthaft und ehrlich an ihrer Ursachenbeseitigung zu arbeiten? In der Hand der Kassen werden das die Argumente sein, unseren Plafond weiter zu senken nach dem Motto: für schlechte Arbeit kein gutes Geld.

3. Information

Ein weiteres Problem wartet dringend auf Lösung: im Ruhrgebiet und in Hamburg stehen die Staatsanwaltschaften in enger Zusammenarbeit mit den Kassen vor der Fertigstellung von Fahndungsrastern betr. Ärzte- und Zahnärztekriminalität.

Zwischenergebnis aus Hamburg:

1. "In den bisher überprüften Fällen ist der Betrug die Regel und nicht die Ausnahme."
2. "Die Krankenkassen kommen regelmäßig ihrem gesetzlichen Auftrag zur treuhänderischen Mittelverwaltung infolge fehlender oder unzureichender Prüfung vor der Leistungsgewährung und mangelhafter Kontrolle nach erfolgter Abrechnung nicht nach." (Haselhorst, SOKO-Dental-HH)

Das Wissen, das die Kassen heute von Betrugsmethoden haben, ist viel größer als wir uns vorstellen. Die Standesführung ist im Besitz der Fahndungskataloge. Sie hält sie unter Verschuß, weil sie nichts an die große Glocke hängen will. Sie vergrößert damit aber den Schaden. Mancher Kollege hat inzwischen durch jahrelange Praxis von kleinen und großen Unregelmäßigkeiten sein Unrechtsbewußtsein getrübt. Es ist aber nie zu spät, mit Unkorrektheiten aufzuhören.

Die Kammern verstoßen gröblich gegen die Fürsorgepflicht, die sie für ihre Mitglieder haben, wenn sie ihr Wissen um die Fahndungsmöglichkeiten der Kriminalpolizei für sich behalten. Die Kollegen müssen schnellstens über alle möglichen Betrugsmethoden aufgeklärt werden. Nur so kann weiterer Schaden abgewendet werden. Die in letzter Zeit bekannt gewordenen Fragebögen von Kassen an Patienten sind nur die Spitze des Eisbergs.

Diese Politik des "daß nicht sein kann, was nicht sein darf" provoziert die nächste Pressekampagne gegen uns, wenn es darum geht, den Deckel 10% niedriger zu legen. Der kriti-

schen Presse und den Kassen verraten wir jedenfalls nichts Neues. Sie verfügen längst über diese Informationen.

Mut für eine neue Standespolitik

Die Plafondierung verlangt eine neue Denkweise in der zahnärztlichen Berufspolitik. Je schneller wir sie uns zu eigen machen, um so schlagkräftiger können wir den immer neuen Einengungen unserer freien Berufsausübung widerstehen. Dieser Berufsstand wird weniger angreifbar, wenn seine Vertreter mehr die Inhalte ihrer Sonntagsreden zu den Maximen ihrer Tätigkeit machen: eine in die Zukunft gerichtete, selbstbewußte, standesintern pluralistische und dem Allgemeinwohl verpflichtete Vertretung zahnärztlicher Interessen. Dabei muß der Freie Verband seinem Alleinvertretungsanspruch für die deutsche Zahnärzteschaft endlich gerecht werden und so behutsam wie kraftvoll eine standespolitische Front nach innen eröffnen. Nur so gewinnen wir wieder das Vertrauen unserer Sozialpartner und erhalten das Vertrauen unserer Patienten.

Dr. Roland Ernst

Qualitätssicherungsmaßnahmen im Bereich der Medizin können im Interesse der Patienten, der Gesellschaft, der Ärzte, des Gesundheitswesens insgesamt durchgeführt werden. Dabei besteht das wichtigste Erkenntnisinteresse des Arztes darin, den Standard seiner eigenen Arbeit festzustellen und den Nachweis zu führen, daß sein ärztliches Handeln qualitativ "gut" ist.

Prof. Dr. S. Eichhorn in Qualitätssicherung ärztlichen Handelns

Zahnärztliche Gründe für die Qualitätssicherung

Es darf nichts unversucht bleiben, der Kollegenschaft deutlich zu machen, daß wir die Initiative zur Qualitätssicherung (QS) nicht aus der Hand geben dürfen. Es liegt in unserem Interesse, Problemfelder selbst zu bestimmen und zu bearbeiten, ehe es andere tun.

Unter dem Sicherstellungsauftrag konnte eins nicht sichergestellt werden: die Qualität der "sichergestellten" Leistungen. Sie unterliegt - wie jeder weiß - erheblichen Schwankungen. Es gibt Leistungen von sehr zweifelhafter Effektivität bis zu vorbildlichen Resultaten zahnärztlichen Handelns, alles zum gleichen Tarif. Dieser Tarif, die Einzelleistungsvergütung orientiert sich am "lege-artis"-Standard, ohne daß je verbindlich beschrieben worden wäre, was dieser konkret für die einzelne Leistung bedeutet. Geschweige denn, daß von der KZV oder anderen Instanzen untersucht worden wäre, was unter "lege-artis-Standard" verstanden und millionenfach abgerechnet wird. Diese Frage interessiert jedoch inzwischen schon mittelbar Beteiligte (BMAS, BdB, BdO), was die Standesführung nur zu einer noch konsequenteren Wiederholung diesbezüglicher Superlative veranlaßt. Offensichtlich unbeeindruckt bleibt sie auch von neueren wissenschaftlichen Untersuchungen (z.B. LANGE, NAUJOKS, KERSCHBAUM) über die Ergebnis-Qualität zahnärztlicher Leistungen, die die Beobachtungen gewissenhafter Praktiker bestätigen: Reihenweise

überstehende Füllungen, traumatische Kronenränder und insuffizienter Zahnersatz.

Dieser Zustand wird sich mit Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nicht schlagartig ändern lassen, er wird sich aber noch verschlechtern, wenn nichts passiert. Der DAZ fordert deshalb erneut die Institutionalisierung einer effektiven Qualitätssicherung in der zahnärztlichen Selbstverwaltung. Die initiierende Kraft dazu muß aus der Zahnärzteschaft selbst kommen. Wenn fachfremde Stellen uns Qualitätskontrollen aufoktroieren, werden Patienten und Zahnärzte die Leidtragenden sein. Qualitätssicherung darf nicht als Marotte, Schikane oder Pression empfunden werden, sondern als ein unverzichtbarer Bestandteil moderner Zahnheilkunde.

Besonders drei Gründe unterstreichen die Dringlichkeit einer wirksamen Qualitätssicherung:

1. Medizinisch-wissenschaftliche Aspekte:
Auch nach Umstrukturierung und Plafondierung gibt es keinen Grund, wissenschaftliche Zahn-



bisico

BISICO - regidur

Spezialmaterial zur Herstellung von Bißregistraten

Besondere Merkmale:

Speziell eingestellte Härte (ca. Shore A 90).

Höchstmögliche Dimensionsstabilität.

Optimales Rückstellvermögen.

Geringste Federwirkung.

Einwandfrei mit Messer, Stein oder Fräse zu bearbeiten.

Einfachste Handhabung.

Lieferform:

Packung mit 500 g Silicon,

30 ml Härter A oder 15 g

Pastenhärter, 1 Dosierlöffel.

BISICO, Bielefelder Silicon Ges., D-4800 Bielefeld

Vertrieb: Rudolf Hegen
Hallerstr. 49
7090 Ellwangen

heilkunde in Frage zu stellen, wie BIEG (DFZ 1/86, S. 13) es tut und in gewohnter Manier Staat, System, Patienten als diejenigen darstellt, die Qualität verhindern. Seine Feststellung, daß "von der Zahnheilkunde im Idealzustand nur Hochschullehrer träumen, solange die Patienten nicht stören", mögen ihm die Professoren selbst um die Ohren hauen. Es geht bei Qualitätsaspekten nicht um "ideale" Zahnheilkunde (sowie es keine ideale Chirurgie geben kann), sondern um "Standards", die moderne Medizin zu leisten in der Lage sein muß. In der Zahnheilkunde sind das z.B. anatomisch, funktionell und prognostisch befriedigende Füllungen. Nicht mehr, nicht weniger. Qualitative Mindestanforderungen müssen klar beschrieben, verbindlich eingehalten und objektiv meßbar sein. Der Gütegrad von Diagnostik, Therapie und Prognose hängt direkt von der Einhaltung verbindlicher Kriterien ab. Das sind wir unserem Fach innerhalb der Gesamtmedizin auch unter der Erfahrung von Honorareinbußen schuldig.

2.

Qualitätssicherung ist unverzichtbar aus medizinisch-ökonomischen Gründen:

Über das Ausmaß von Wiederholungsleistungen gibt es nur Vermutungen, da die KZV dieser naheliegenden Fragestellung trotz EDV-Möglichkeiten nicht nachzugehen bereit ist. Dafür haben sich neuerdings einige Betriebskrankenkassen dieser Frage angenommen, um im Rahmen des § 223 RVO durchschnitt-

liche Zahn- und Mundkarrieren darzustellen. Aber schon jetzt können wir feststellen, daß Füllungen, Kronen und Prothesen häufig nicht die erreichbare Langzeitprognose haben, weil primäre Fehlindikationen, Fehlkonstruktionen oder andere Mängel eine baldige erneute zahnärztliche Intervention notwendig machen. Hier sind interne, aber schonungslose Schwachstellenanalysen notwendig, als deren Folge dann gezielte QS-Maßnahmen einsetzen können.

Besonders die qualitätsorientierten Praxen sind auf eine baldige Realisierung der QS angewiesen, weil sie von Honorareinsparungen überproportional betroffen sind und um ihrer Qualität willen die Einzelleistungsvergütung erhalten wollen und müssen. "Qualitätssichernde" Zahnärzte brauchen kalkulierbare honorarpolitische Rahmenbedingungen, um medizinische Indikationen möglichst freizuhalten von sozialpolitischen Tageskonflikten. Das sind wir unseren Patienten auch bei schwankendem Punktwert schuldig.

3.

Schließlich fordern wir Qualitätssicherung aus professionellem Selbstverständnis. Der Vergleich mit ähnlichen Versorgungssystemen darf nicht Defizite unserer Leistungsfähigkeit aufweisen, nur weil international fixierte Qualitätsstandards hier verschwimmen. QS-Programme sind heute vielfach in die Medizin integriert. Wir verspielen unseren mit Mühe erreichten Stand in-

nerhalb der Gesamtmedizin, wenn wir uns weiterhin weigern, QS nach heute gültigen Prinzipien zu erproben und durchzuführen. Auch im Hinblick auf das lädierte Ansehen der Zahnärzteschaft dürfte sich die Bereitschaft zur Qualitätssicherung als überzeugendes Argument zahnärztlicher

Öffentlichkeitsarbeit erweisen. Dazu eignet sich jede freiwillige Maßnahme, die die Klischeevorstellung vom "profitorientierten" Zahnarzt widerlegt. Wir müssen alles daran setzen, die "Integrität des Arztes" wiederzuerlangen. Das sind wir uns selbst schuldig.

Dr. Christian Nielsen

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

MATERIALPRÜFUNG, PRIVATWIRTSCHAFTLICH

In Provo, Utah, USA, existiert seit 1976 ein Institut, das sich Clinical Research Associates CRA nennt. Das Ziel der Institution ist, gleichzeitig den Herstellern zahnärztlicher Artikel und Materialien wie auch den dentalen Berufen zu dienen, indem sie diese Materialien, Instrumente und Einrichtungsgegenstände prüfen und die Resultate möglichst rasch publizieren. Die Leiter von CRA sind Gordon P. Christensen und seine Frau Rella.

Die Übermittlung der Forschungsergebnisse geschieht einerseits durch die Newsletters, andererseits durch Vorträge und Kurse, die Christensen und seine zahlreichen Mitarbeiter auf der ganzen Welt über neue technische und Behandlungsmethoden geben.

Die Beurteilung der Materialien durch das Institut ist sehr objektiv. Die

Hersteller wissen, daß auch alle Nachteile schonungslos, aber wissenschaftlich belegt, bloßgestellt und eventuell mit Konkurrenzprodukten verglichen werden, sofern die Experimente, *in vitro* und *in vivo*, solche zum Vorschein bringen sollten. Schwierigkeiten der Verarbeitung bei Zahnarzt und Techniker werden aufgezeigt. Neue Bücher für die Praxis werden besprochen.

Zur Person des Leiters ist zu sagen, daß er ein sehr gut ausgewiesener Fachmann ist, hat er doch während rund 20 Jahren dem Beruf als Professor, als Abteilungsvorsteher und als Rektor in vier Universitätskliniken gedient. Er war Redaktor verschiedener Zeitschriften und Gesellschaften, und die Liste seiner Ehrungen und Fellowships ist eindrucksvoll und lang.

SSO, S. 443, Nr. 2/86

Beherzt Durchstarten!

Schon die oberflächliche Beschäftigung mit heute üblichen Qualitätssicherungs-Konzepten macht deutlich, daß im zahnärztlichen Bereich die "Mittelmaß"-Qualität durch den kompensatorischen hohen Qualitäts-Anspruch einer professionellen Minderheit gesichert wird. Eine alle Zahnärzte verpflichtende Qualitätssicherung findet nicht statt.

Qualitätssicherung (QS) braucht für die Zahnheilkunde nicht neu erfunden zu werden. Zahlreiche andere medizinische Disziplinen haben bereits Definitionen, Methoden und Erfahrungen (1) erarbeitet, die sich auf zahnärztliche Problemfelder übertragen lassen. Dies um so mehr, als sich zahnärztliche Leistungen besonders gut für eine qualitative Bewertung ("Evaluation") eignen: Behandlungsprozesse sind fast immer überschaubar, Behandlungsergebnisse sind - oft auch noch nach Jahren - ablesbar und beurteilbar.

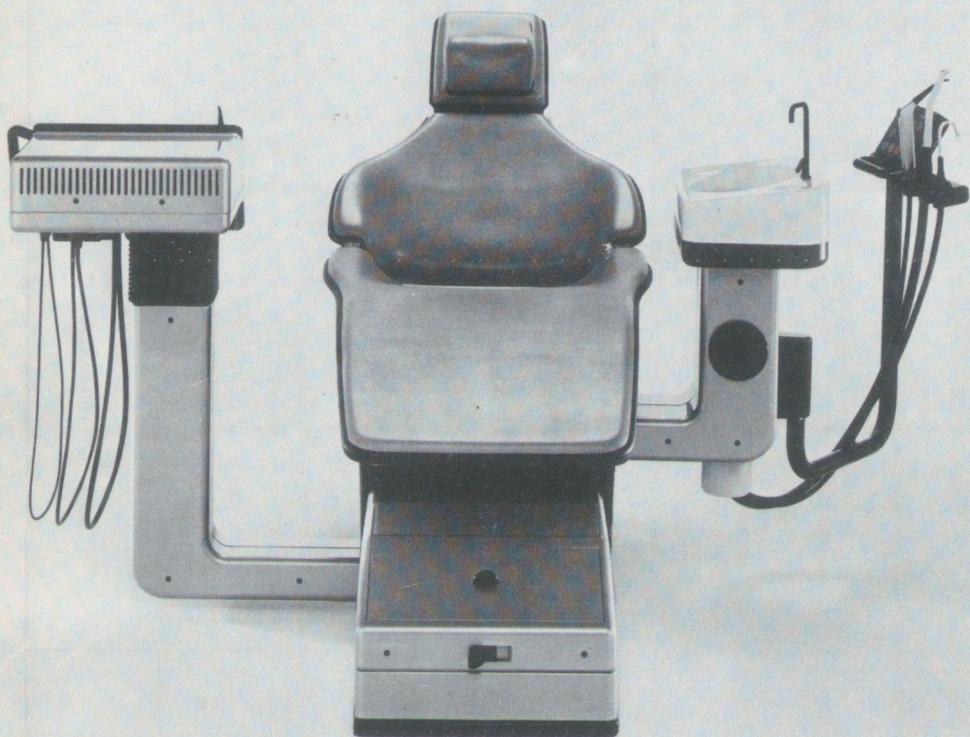
Nach einer Definition der American Dental Association (1978) ist Qualitätssicherung "die Feststellung und Messung der Qualität der Versorgung und die Veranlassung erforderlicher und geeigneter Maßnahmen zur Erhaltung oder Verbesserung der Qualität der zahnärztlichen Versorgung". (2) Zeitgemäße QS orientiert sich an der heute international akzeptierten Definition von Qualität durch A. DONABEDIAN (3), die eine Unterscheidung in Struktur-, Prozeß-, und Ergebnisqualität vorsieht (s. Schema 1).

Danach ist QS das Zusammenwirken verschiedener Faktoren, die nach Art eines Regelkreises einander beeinflussen, voneinander abhängen, vielfach miteinander vernetzt sind. Die Vernachlässigung einzelner Komponenten beeinträchtigt die Qualität insgesamt. Das schwächste Glied bestimmt die Zuverlässigkeit der Kette qualitätssichernder Komponenten. Unter diesen Voraussetzungen ist die von der Standesführung behauptete "optimale Qualitätssicherung" (4) als ungenügend zu beurteilen. Weder die strukturellen Komponenten sind zuverlässig gesichert, noch zeigen sich die Instanzen der Selbstverwaltung in der Lage, einen regulierenden Prozeß in Richtung Qualität zu gewährleisten. Sie dienen der Vertragstreue in bezug auf GOZ, Bema und RVO, nicht jedoch der Qualitätssicherung. Völlig vernachlässigt und der individuellen Maßgabe ausgeliefert ist die Sicherstellung der Ergebnisqualität. Sie wird üblicherweise erst in (prä-)forensischen Konflikten einer Bewertung unterzogen.

Nach - auch international - übereinstimmender Ansicht von

SIEMENS

Ein Behandlungsplatz aus einem Guß. Einfach besser!



Revolutionär bis ins Detail: **SIRONA® M1** von Siemens

Wir haben mit den herkömmlichen Vorstellungen aufgeräumt.

Zum Beispiel mit der, daß Patientensstuhl, Arztgerät und Wassereinheit völlig verschiedene Dinge sind, die getrennt mit Elektrizität, Wasser und Luft zu versorgen sind.

Aufgeräumt haben wir auch mit Fahrfüßen, Anschlußkabeln und Verbindungsschläuchen auf dem Fußboden.

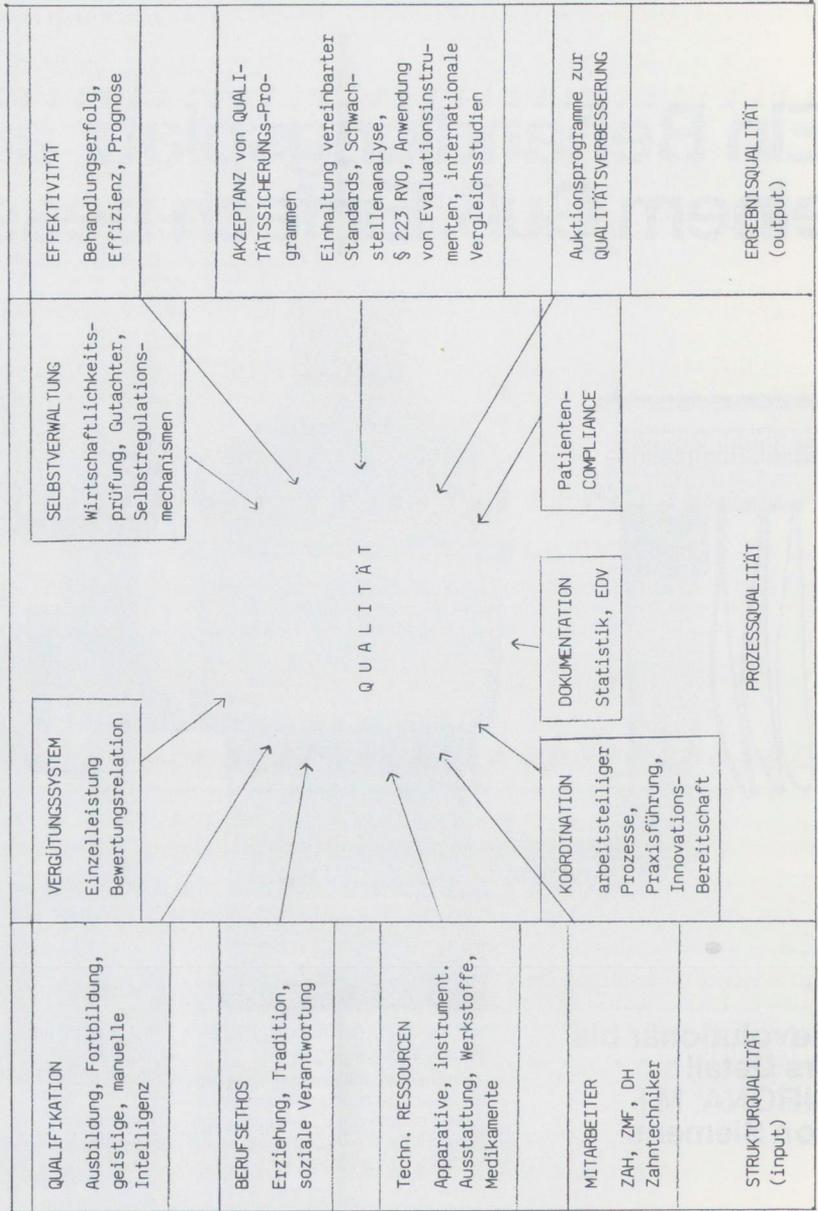
Wir meinen: Patientensstuhl, Arztelement und Wassereinheit gehören zusammen. Alles aus einem Guß – das ist einfach besser!

COUPON

Fordern Sie unsere detaillierten Informationen von SIRONA M1 an.
Siemens Aktiengesellschaft
Bereich Medizinische Technik
Geschäftsgebiet Dental
Fabrikstraße 31, D-6140 Bensheim

Stempel/Unterschrift _____

Schema 1: Komponenten der Qualität zahnärztlichen Handelns



QS-Experten kommt jedoch den Standards der Ergebnisqualität die entscheidende Bedeutung zu. Erst an Resultaten zahnärztlichen Handelns zeigt sich die Seriosität aller offiziellen Bekenntnisse zur Qualitätssicherung. Qualitätsstandards müssen einsetzen bei Basisleistungen der Diagnostik und den alltäglichen Behandlungen von Karies und Parodontopathien. Qualität ist kein spezieller Aspekt von Maximal- oder gar "Luxusleistungen", wie noch manche Gesundheitspolitiker ignoranterweise meinen. (5) Wenn Qualitätsstandards bei der Einzelleistung erfüllt sind, gibt es keinen Grund, auch umfangreiche Rehabilitationen zu kontrollieren. Wo Selbstkontrolle funktioniert, ist Fremdkontrolle überflüssig. Standards dienen in erster Linie der Selbstkontrolle des Zahnarztes. Aus dieser Erkenntnis hat die California Dental Association (6) bereits 1977 Bewertungskriterien für alle zahnärztlichen Basisleistungen entwickelt und diese ihren Mitgliedern als Qualitätssichernden Maßstab übergeben.

Es gibt für uns Zahnärzte - trotz empfindlicher Honorareinbußen - keinen vernünftigen Grund, uns länger um eine systematische Qualitätssicherung herumzudrücken. Jede weitere Verzögerung wird die Einführung der Qualitätssicherung, gerade für die Betroffenen, nur um so schmerzhafter machen. Im Interesse des Standes kann nur ein beherztes Durch-

starten zu wirksamer QS sein, insbesondere deshalb, weil kassenzahnärztliche Verdrossenheit, Mengenausweitung und wachsende Zahnärztedichte die Qualität zusätzlich gefährden. Den schon jetzt "qualitätssichernden" Zahnärzten ist hingegen aus professionellen und ökonomischen Gründen nicht zuzumuten, die gleich honorierten, aber unakzeptablen Leistungen anderer noch zu subventionieren.

Dr. Christian Nielsen

Literatur:

- (1) Qualitätssicherung ärztlichen Handelns, 1984, Bleicher Verlag, Gerlingen
- (2) Voraussetzungen, Möglichkeiten und Grenzen der Qualitätssicherung aus zahnärztlicher Sicht, FZV-Information 4/84
- (3) DONABEDIAN, A.: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Health Administration Press, Ann Arbor 1980 (nach 1)
- (4) ZM 19/85, S. 2092 ff
- (5) Irmgard ADAM-SCHWAETZER in Phillip Journal 9/85, S. 238 ff
- (6) Quality Evaluation for Dental Care, California Dental Association, Los Angeles 1977

Quo vadis Apollonia?

Das Verhalten der Standesführung während der vergangenen Monate hat den Interessen der Zahnärzteschaft geschadet. Es war noch nie notwendiger als jetzt, einen neuen Anfang zu machen und glaubwürdige berufspolitische Zukunftsperspektiven zu entwickeln.

Was ist los mit den Zahnärzten? Ist dieser Berufsstand noch in der Lage, seinen Auftrag zur Sicherstellung einer ausreichenden und zweckmäßigen zahnmedizinischen Versorgung der Bevölkerung zu erfüllen? Sind die Universitäten noch dazu fähig, qualifizierte Zahnärzte auszubilden? Verfügen die Standesorganisationen über den Willen und das notwendige Instrumentarium, Verstößen gegen Zahnheilkundege-setz und Berufsordnung angemessen und wirksam zu begegnen und die Zahnärzteschaft vor Kriminalisierungstendenzen zu schützen? Ist dieser Berufsstand überhaupt noch imstande, mit Konflikten und Schwierigkeiten umzugehen, die notwendige selbstkritische Diskussion zuzulassen sowie vernünftige gesundheits- und gesellschaftspolitische Zukunftsperspektiven zu erarbeiten?

Wer die Ereignisse der vergangenen Monate aufmerksam verfolgt und Zahlen, Daten, Analysen und Hinweise beachtet hat, dem müssen eigentlich erhebliche Zweifel gekommen sein, ob man diese Fragen noch

mit einem klaren "Ja" beantworten kann.

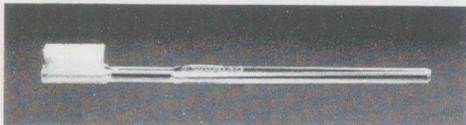
Da räumen frisch approbierte Zahnärzte ein, daß sie während des gesamten Studiums keine einzige Zahnextraktion durchführen konnten. Ein cand. med. dent. schildert die Überzeugung der Examensanwärter, man könne in der freien Praxis nur noch mit schneller und schlechter Arbeit ein gesichertes Einkommen erwirtschaften (s. S. 36). Und was die Qualität der Routineleistungen in der freien Kassenpraxis betrifft, so bestätigen alle bisher durchgeführten Untersuchungen (s. S. 14), daß mit dem Schlimmsten zu rechnen ist: Der größte Teil der Füllungen, Kronen, Brücken und Prothesen ist mangelhaft und muß bereits nach wenigen Jahren erneuert werden. Nicht Weltmeisterniveau scheint die Regel, sondern schlichter Pfuscher.

Doch damit nicht genug: Während die Standesmedien nicht müde werden, Presseberichte über kriminelle Praktiken bei der Abrechnung kassenzahnärztlicher Leistungen als Verleumdungskampagnen herunterzuspielen, stellte der Leiter der Hamburger Sonderkommission Dental, Haselhorst, bei einer Tagung in Kiel unmißverständlich fest, daß "in den bisher überprüften Fällen der Betrug die Regel und nicht die Ausnahme ist." Es muß also davon

Richtige Zahnpflege fängt mit der richtigen Zahnbürste an.



Oral-B 20 Die ideale Zahnbürste für Kinder. Mit 3reihigem Borstenfeld und handlich kurzem Griff.



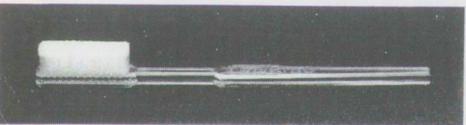
Oral-B 30 Die Zahnbürste für Jugendliche. Mit 3reihigem Borstenfeld auf dem Kurzkopf.



Oral-B 35 Zahnbürste für Erwachsene. Mit 4reihigem Borstenfeld und 1600 Einzelborsten auf extrem kurzem Kopf.



Oral-B 40 Zahnbürste für Erwachsene. Mit 4reihigem Borstenfeld und 1920 Einzelborsten auf dem normalen Kurzkopf.



Oral-B 60 Zahnbürste für Erwachsene. Mit 4reihigem Borstenfeld und 2400 Einzelborsten auf großem Kopf. Ideal auch zur Zahnfleischmassage bei Gebißträgern.

Die Oral-B-Zahnbürsten sind Multituft-Zahnbürsten. Feine, elastische Nylonborsten, auf kleinster Fläche angeordnet, bedeuten wirkungsvolle Reinigung und Pflege für Zähne und Zahnfleisch. Die abgerundeten Borstenenden schützen vor Verletzungen des Zahnfleisches. Das plane Borstenfeld ist ideal für die Zahnfleischmassage.

Oral-B Spezialzahnbürsten



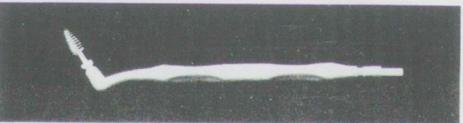
Oral-B Sulcus Die 2reihige Spezialbürste zur Reinigung des Zahnfleischsaumes. Auch empfohlen für Kinder in kieferorthopädischer Behandlung sowie bei festsitzenden Apparaturen.



Oral-B Einbüschel Spezialbürste für Problemzonen im Mund- und Zahnbereich. Bei unregelmäßigem Zahnstand, bei Zahnlücken, Brücken, kieferorthopädischen Einsätzen.



Oral-B 15 Orthodontic Die ideale Zahnbürste für Träger von Multibändern und Brackets. Zur effektiveren Reinigung der Metallteile sind die beiden inneren V-förmigen Borstenreihen kürzer und härter als die beiden äußeren Borstenreihen.



Oral-B Interdental Die Bürsten-Kombination zur konsequenten und schonenden Reinigung von Zahnzwischenräumen. Die kegelförmige Nylonbürste bei größeren, die Einbüschel-Bürste bei engeren Zahnabständen.

Cooper Dental. Wir behandeln Ihre Zähne gut.

Cooper
Dental

Cooper Laboratories (Deutschland) GmbH
2908 Friesoythe/6000 Frankfurt

ausgegangen werden, daß die Zahnärzte einen großen Teil von Betrugsverfahren noch vor sich haben.

Und was ist aus dem vom Freien Verband so bejubelten Obleute-Konzept zur Realisierung wirksamer Prophylaxe geworden? Während im "Freien Zahnarzt" weiter Potemkin'sche Dörfer gebaut werden, räumen Funktionäre im internen Gespräch ein, daß die Gruppenprophylaxe im Rahmen dieses Programms praktisch zum Erliegen gekommen ist. Die spontane Beteiligung von Kollegen an diesem Konzept konnte nicht in eine kontinuierliche Mitarbeit übergeführt werden: "Wir sind nicht in der Lage, den Bedarf an Obleuten zu erfüllen." - So das Protokoll einer Sitzung des Prophylaxe-Ausschusses der Bundeszahnärztekammer. Und weiter heißt es dort, man müsse "eine Sicherstellung der Prophylaxe über den Gesetzgeber verhindern."

Wen wundert solcherlei Zynismus angesichts des Grußwortes des Präsidenten der Bundeszahnärztekammer Dr. Sebastian bei der DGZMK-Tagung in Wiesbaden: "Der Rückgang der Kariesverbreitung ist eine Entwicklung, die verunsichern und mutlos machen kann."

Schließlich, als vorläufiger Tiefpunkt, die Ereignisse um die BEMA-Umstrukturierung und die Abwertungsforderung der Krankenkassen. Statt die zahnärztliche Verhandlungsführung mit substantiellen Vorschlägen, Daten und Analysen zu versorgen und mit Flexibilität

und Phantasie zu unterstützen, wird die Kollegenschaft zur sozialpolitischen Erpressung angestachelt: "Überlegen Sie, wieviel Personal Sie abbauen können, stellen Sie keine neuen Mitarbeiter und keine Auszubildenden ein!" Dem sozialpolitischen "Gegner" Krankenkassen wird der "Krieg" erklärt, den Patienten mit Behandlungsboykott und sogar damit gedroht, sie in Zukunft "schneller, schlechter und schmerzhafter" zu behandeln. Statt in der konzertierten Aktion mit Geduld und Festigkeit die Interessen der Zahnärzteschaft zu vertreten, zieht die Standesführung aus diesem Gremium aus und überläßt das Feld einer Gruppe zahnärztlicher Demonstranten, von denen einer sich nicht entblödet, die schlechte Presse der Zahnärzte mit einer modernen Judenverfolgung zu vergleichen.

Alle Standesorganisationen und Berufsverbände, allen voran der Freie Verband, hätten sich sofort, deutlich und öffentlich von dieser skandalösen Dummheit distanzieren müssen. Doch nichts dergleichen geschah. Im Gegenteil - man gab im "Freien Zahnarzt" einem anderen Klugschwätzer Gelegenheit, sein Schulbuchwissen über die Juden zu verbreiten und festzustellen, daß der Vergleich mit den Zahnärzten doch nicht so abwegig sei. Der gleiche FVDZ-Landesvorsitzende Dr. Dygatz, der die Schneller-schlechter-schmerzhafter-Parole initiierte, wird nicht in die Wüste geschickt, sondern "mit überwältigender Mehrheit wiedergewählt." Eben dieser

Kollege Dygatz ist auch in einer Fernsehsendung nicht bereit, sich von dem unseligen Juden-Zitat zu distanzieren.

Wieweit ist es mit einem Berufsstand gekommen, der sich vor der Öffentlichkeit in dieser Weise exponiert? Leider, und das ist das eigentliche Problem, kann man diese Auswüchse nicht als Entgleisung einiger weniger Radikaler bagatellisieren. Vielmehr muß festgestellt werden, daß der Freie Verband selbst, vor allem mit seinem Stellvertreternden Vorsitzenden H. H. Bieg, bewußt und systematisch während der letzten Jahre eine radikale und krankenkassenfeindliche Stimmung in der Zahnärzteschaft entfacht hat. Hier wurde eine Mentalität der Selbstgefälligkeit und Selbstüberschätzung gezüchtet, die den Blick für das politisch Machbare vernebelt und die Verwirklichung von Utopien suggeriert, wenn man nur stramm genug zusammensteht und sich in blinder Gefolgschaft dem Diktat des "zentralistisch-führenden" Vorstandes beugt. Auf diese Weise geriet und gerät die Zahnärzteschaft in immer größere Gefahr, vom verantwortungsbewußten Heilberuf im besten Sinne zu einem Klüngel mittelmäßiger Handwerker mit Krämerseele zu verkommen - hauptsächlich interessiert an Fragen von Umsatz, Einkommen, Kosten und Steuerfragen, aber unfähig, mit den gesundheits- und gesellschaftspolitischen Problemen umzugehen und eigene Initiativen zu entwickeln.

Wer das Einkommen eines Staatssekretärs als sein eigenes Existenzminimum betrachtet, wer dazu den Jahresurlaub eines Lehrers, die Unabhängigkeit eines Künstlers und das gesellschaftliche Ansehen eines Arztes für sich beansprucht, das unternehmerische Risiko jedoch scheut und mögliche Nachteile oder Einbußen den Patienten, dem Staat oder den Krankenkassen zuzuweisen versucht, der gibt sich nicht nur der Lächerlichkeit preis, sondern schafft sich auch in allen Lagern Feinde.

In welcher kurzen Zeit man wieviel gesellschaftspolitisches Porzellan zerschlagen kann, hat der Freie Verband in den letzten Jahren eindrucksvoll demonstriert.

Was wir jetzt brauchen ist nicht Krieg, sondern Beruhigung, Gespräch statt Geschrei, Konstruktives anstelle von Polemik. Der Kollegenschaft muß klargemacht werden, daß die Honorardeckelung nicht zu einem Kampf jeder gegen jeden führen darf, sondern daß es gerade jetzt darauf ankommt, kostenbewußt zu arbeiten, um uns nicht selbst immer mehr zu strangulieren. Den größten Schaden fügen uns allen jedoch diejenigen Kollegen zu, die das anonyme, auf Vertrauen basierende Abrechnungssystem manipulieren und als Selbstbedienungsladen benützen. Wer nicht erbrachte Leistungen abrechnet, muß - schon um der Erhaltung des Systems willen - unnachgiebig bestraft werden. Wer hier Kollegialität mit

Kumpanei verwechselt, riskiert unsere Freiberuflichkeit.

Wir müssen, auch und gerade unter den jetzt geltenden Bedingungen, die Einhaltung eines Mindest-Qualitätsniveaus unserer Leistungen sicherstellen. Gelingt uns dies nicht, so werden wir gerechterweise weitere Honorareinbußen hin zunehmen haben.

Und wir müssen, trotz wachsender Zahnarztdichte, unser Prophylaxe-Engagement verstärken und in glaubwürdige Aktivitäten umsetzen.

Nur dann, wenn wir selbst mehr vorzuweisen haben als die Forderung nach dem Ausstieg aus dem Sachleistungssystem und nach mehr Honorar, nur dann

wird diese Gesellschaft uns wieder ernst nehmen und uns zuhören. An politischer Durchsetzbarkeit von Lösungsmöglichkeiten der wichtigsten Probleme unseres Berufsstandes wird es so lange mangeln, so lange der Großteil der Kollegen von der Standesführung erwartet, zuallererst das Maximum an wirtschaftlichem Erfolg sicherzustellen. Wenn dies auch weiterhin die erste Prämisse zahnärztlicher Berufspolitik ist, und wenn weiterhin ein paar verbohrt Ewig-Gestrige das Denken und Handeln im Freien Verband diktieren, dann wird es sich wohl nicht mehr verhindern lassen, daß eines nicht zu fernem Tages Fachfremde darüber bestimmen, was wir zu tun oder zu lassen haben.

Dr. H. W. Hey

Effektivität

Unter Effektivität versteht man den Grad der Aufgabenerfüllung (Grad der Zielerreichung). Eine Maßnahme ist dann effektiv, wenn sie ermöglicht, eine vorgegebene Aufgabe zu erfüllen (ein vorgegebenes Ziel zu erreichen). Synonym: "Leistungsfähigkeit"

Effizienz

Unter Effizienz versteht man das Verhältnis der eingesetzten Mittel zum Grad der Aufgabenerfüllung. Eine Maßnahme ist dann effizient, wenn sie ermöglicht, eine vorgegebene Aufgabe mit begrenztem Mitteleinsatz zu erreichen. Synonym: "Wirtschaftlichkeit"

Können Krankenkassenfunktionäre noch rechnen?

— Über honorarpolitisches Analphabetentum

Immer wieder haben in der letzten Zeit Krankenkassenfunktionäre versucht, mit allerlei Zahlenspielereien die öffentliche Meinung gegen die Zahnärzte zu mobilisieren. Mit einer besonders üblen "Rechnung" hat sich dabei der Vorsitzende des Bundesverbandes der Angestellten-Krankenkassen, Kaula, hervorgetan. Es scheint besonders interessant, daß es sich bei Herrn Kaula um denselben Krankenkassenfunktionär handelt, der der Zahnärzteschaft die erste Plafondierung beschert hat.

Der DAZ hat darauf mit dem folgenden Schreiben reagiert:

"... die Studiengruppe München im Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde protestiert auf das Schärfste gegen Ihre Äußerung "ein Zahnarzt erhalte für eine kleine Brücke das 13-fache des Honorars, das ein Chirurg für eine Brustkrebsoperation erhält". (Aus: "Die Welt am Morgen", 2. Hörfunkprogramm, BR, 23.01.86, 7.15 Uhr).

Es ist uns völlig unverständlich, wie Sie als hoher Funktionsträger eines gesetzlichen Krankenkassenverbandes solche unwahren Behauptungen verbreiten können, da Ihnen bekannt sein muß, daß

1. ein Chirurg für eine einfache Brustkrebsoperation - das ist die Pos. 2411 der GO-Ä - 92,40 DM Krankenkassenhonorar erhält, bei einem Zeitaufwand von etwa 30 Minuten (Auskunft eines

Chirurgen). Selbstverständlich sind in dieser Gebühr weder die Narkose enthalten noch die Kosten für den Operationssaal, das Hilfspersonal, das Material und das Krankenhaus.

2. ein Zahnarzt für eine kleine, also eine 3-gliedrige Brücke, 494,-- DM von der VdAK-Krankenkasse erhält. Auch hierin sind nicht die Gebühren für die Anaesthetie und vor allem nicht für die Material- und Laborkosten enthalten; immerhin erhält der Zahntechniker für die oben bezeichnete Brücke etwa 1.000,-- DM. Da man hierbei einen zahnärztlichen Zeitaufwand von mindestens 1,5 Std. zugrunde legen muß, errechnet sich ein Halb-Stunden-Honorar von 164,-- DM. Ein Zahnarzt in eigener Praxis muß hiervon jedoch mindestens 80,-- DM Praxiskosten (Geräte, Personal, Miete) in Abzug bringen. Der chirurgische Belegarzt zahlt dem-

gegenüber normalerweise 20% seines Honorars für die Benutzung des Operationssaales.

Diese Zahlen, die im Übrigen von keinem Sachkundigen in Zweifel gezogen werden, zeigen, daß keine wesentlichen Unterschiede in der Honorierung chirurgischer und zahnärztlicher Leistungen bestehen, sofern man diese überhaupt miteinander vergleichen kann, was aus verschiedenen Gründen auch anzuzweifeln wäre.

Ihre Äußerung offenbart deshalb ein erschreckendes Maß an honorarpolitischem Analphabetentum und behindert die sachliche Diskussion um ein leistungsgerechtes Honorarsystem genauso wie die Drohungen des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte, die Patienten in Zukunft schmerzhafter zu behandeln. Weiterhin dokumentiert Ihre Behauptung erneut, daß es den Krankenkassen einzig auf die Honorarhöhe bei Ärzten und Zahnärzten ankommt, und nicht darauf, wofür dieses Geld bezahlt wird. Es ist uns unbegreiflich, daß auch Ihr Krankenkassenverband sich seit Jahren weigert, darüber nachzudenken, daß das Problem der Kostenausufahrung im Gesundheitswesen etwas mit der Leistungsmenge zu tun hat und daß als eine der wesentlichsten Ursachen für die Mengenausweitung die niedrige Leistungs-

qualität anzusehen ist. Unsere Vorschläge zu einer umfassenden Effizienzanalyse und zu Qualitätssicherungsmaßnahmen im Bereich der zahnärztlichen Leistungen liegen seit Jahren auch auf Ihrem Schreibtisch, bisher ohne Reaktion. Statt unsinnige Honorarvergleiche anzustellen, sollten Sie einmal darüber nachdenken, ob es richtig ist, eine Perücke mit 230,-- DM zu bezuschussen, Hörgeräte und orthopädische Schuhe sogar mit dem vollen Preis von mehr als 1.000,- DM, dem von Ihnen zitierten Chirurgen für die (lebensentscheidende) Krebsoperation aber nur 92,40 DM zuzubilligen. Und warum müssen es die Beitragszahler hinnehmen, daß mit ihrem Geld überteuerte Medikamente bezahlt werden, obwohl es Präparate mit den gleichen Wirkstoffen gibt, die um 70% billiger sind?

Auch wenn nicht alle diese Mißverhältnisse von den Krankenkassen zu verantworten sind, so muß doch festgestellt werden, daß von Ihrer Seite bisher keinerlei konstruktive Vorschläge und Anstrengungen (z.B. in Ihrem eigenen Verwaltungsbereich) zur Kostendämpfung gemacht wurden.

Da Sie Ihren Honorarvergleich öffentlich geäußert haben, werden auch wir dieses Schreiben allen mit der Problematik befaßten Institutionen und der Presse zuleiten. ..."

Dr. H. W. Hey

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

Prothetik-Richtlinien ab 1. 4. 86 in Kraft

Auf der 37. Sitzung des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen am 25.02.86 wurden die letzten Schwierigkeiten beseitigt, so daß die Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche kassenzahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und mit Zahnkronen ab 1. April 1986 in Kraft gesetzt werden können. Neben der Regelung der Verblendgrenzen (im Oberkiefer nur bis einschließlich Zahn 5, im Unterkiefer nur bis einschließlich Zahn 4) und der Festlegung der Anzahl der Verbindungselemente, wie Teleskope und Geschiebe (die Versorgung mit mehr als vier Verbindungselementen je Kiefer geht über die in typischen Fällen ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Form der Versorgung hinaus) war bis zuletzt die Nr. 12 der Richtlinien stark umstritten.

Die Nr. 12 lautet:

Es sollen nur solche Werkstoffe verwendet werden, die klinisch erprobt sind und bei denen ausreichend gesichert ist, daß sie der Gesundheit nicht schaden, den chemischen und physikalischen Einwirkungen im Munde widerstehen und der zu erwartenden Beanspruchung genügen. Die Erprobung von Werkstoffen auf Kosten der Versicherungsträger ist unzulässig.

Die Nr. 12a lautet:

Bei der Versorgung mit Brücken und Zahnkronen sowie für individuell ge-

fertigte Verbindungselemente sollen in der Regel Palladium-Basis-Legierungen (Palladium-Silber, Palladium-Kupfer) verwendet werden.

Edelmetallfreie Legierungen können verwendet werden (insbesondere Nickel-Chrom-Molybdän-Legierungen, wenn sie beryllium- und galliumfrei sind).

In medizinisch indizierten Fällen können auch andere Legierungen verwendet werden.

Der Punkt 12a der neuen Richtlinien bedeutet, daß ab 1.4.86 bei der kassenzahnärztlichen Versorgung künftig grundsätzlich Palladium-Basis- oder edelmetallfreie Legierungen verwendet werden sollen.

Die zu verwendenden Legierungen sind über einen längeren Zeitraum mit gutem Erfolg, insbesondere im Ausland erprobt und hinsichtlich der Biokompatibilität unbedenklich.

Die Mitglieder des Bundesausschusses gingen hierbei von der Zielsetzung aus, daß die Regelversorgung künftig mit den unter Nr. 12a der Richtlinien erwähnten Legierungen erfolgt. Wegen der notwendigen Umstellungen in den zahnärztlichen Praxen und zahntechnischen Laboratorien wird ein längerer Anpassungsprozeß für erforderlich gehalten, der al-

lerdings innerhalb eines Jahres abgeschlossen sein dürfte.

Für die zahnärztliche Praxis bedeutet dies eine Umstellung wie sie auch in den Jahren 1981 und 1982 beim Übergang von den hochgoldhaltigen zu den edelmetallreduzierten Legierungen der Fall war. Es liegt auf der Hand, daß diese Umstellung nicht genauso problemlos verlaufen wird wie 1982, da Palladium-Basis-Legierungen und edelmetallfreie Legierungen anderen Verarbeitungsproblemen unterliegen wie hochgoldhaltige bzw. edelmetallreduzierte Legierungen. Ziel der Zahnärzteschaft und auch der gesetzlichen Krankenversicherungen ist es im Bereich der Edelmetalle zu einer spürbaren Kostensenkung zu kommen. Dieses Ziel ist standespolitisch richtig, da eine Kostensenkung im Bereich der Metalle zu einer Stabilisierung der Einzelleistungsvergütung im Bereich der Prothetik führen kann.

Grundsätzlich kann auch nach Anhörung von Wissenschaftlern und nach Durchsicht wissenschaftlicher Stellungnahmen der Einführung dieser Legierungen aus zahnmedizinischer Sicht zugestimmt werden. Das Hauptproblem liegt darin, daß der Zahnarzt und auch der Zahntechniker nur sehr schwer in der Lage sind, die auf den Markt gekommenen oder noch kommenden Legierungen einwandfrei für den Einsatz am Patienten zu beurteilen.

Es ist also unumgänglich, Empfehlungen zu erarbeiten, wel-

che Legierungen verwendet werden können bzw. welche Legierungen dem Punkt 12 der Richtlinien entsprechen.

In diesem Zusammenhang ist es dringend notwendig, die Verunsicherung, die in vielen Praxen sicher entstehen wird, dadurch zu beseitigen, daß ein neutrales Materialprüfinstitut der Zahnärzte die in Frage kommenden Legierungen wissenschaftlich exakt prüft und zur Verwendung freigibt.

Man muß sich in diesem Zusammenhang die Frage stellen, warum nicht schon längst der beim Bundesverband der Deutschen Zahnärzte bestehende Ausschuß für Materialprüfung diese wichtige Frage aufgegriffen hat. Außerdem ist eine enge Zusammenarbeit mit dem DIN-Norm-Ausschuß notwendig.

Die Einführung der neuen Legierungen bringt sicher für eine ganze Reihe von Dentallaboratorien und auch von Praxislaboratorien Einarbeitungsschwierigkeiten mit sich. Das wird zur Folge haben, daß sicher in den nächsten Jahren Mängel, insbesondere an metallkeramischen Arbeiten nach der Eingliederung auftreten können. Auch diese wichtige Frage muß zwischen den Krankenkassen und der Standesführung abgeklärt werden.

Es stellt sich die Frage nach der Haftung für derartige Mängel, die sicher für eine gewisse Übergangszeit nicht allein vom Zahnarzt getragen werden können. Außerdem ist es notwendig, daß der Zahnarzt

und auch die zahntechnischen Laboratorien eine exakte Deklaration der neuen Werkstoffe erhalten, aus der ersichtlich ist, ob sie für die Verwendung entsprechend den Richtlinien geeignet sind.

Genauso wichtig ist eine präzise Gebrauchsanweisung für die neuen Legierungen, so daß ein normal ausgerüstetes Labor damit umgehen kann. Wie bereits ausgeführt, ist eine Überprüfung des Werkstückes durch den Zahnarzt nicht möglich. Er ist also darauf angewiesen marktreife Materialien einsetzen zu können.

Der Punkt 12 der neuen Richtlinien kann nur wirksam werden, wenn die zahnärztlichen Körperschaften in Kooperation mit dem Zahntechniker-Handwerk, der Dentalindustrie und der Werkstoff-Wissenschaft die Anforderungen an die Legierungen festlegen, die erfüllt werden müssen, um einen reibungslosen Einsatz sicherzustellen. Eines ist klar, die rechtliche Verantwortung für das Einsetzen eines Werkstückes liegt beim Zahnarzt. Die Zahnärzte in der Bundesrepublik müssen schnell und umfassend über die Möglichkeiten und Probleme der neuen Legierungen von den zahnärztlichen Körperschaften aufgeklärt werden. Der bisherige Informationsfluß war mangelhaft und widersprüchlich. Nur wenn die Zahnärzte den gemeinsamen Beschluß des Bundesausschusses in diesem Punkt unterstützen, kann eine Kostendämpfung erreicht werden.

Im internationalen Vergleich ist festzustellen, daß in den USA zur Zeit 60% der metallkeramischen Arbeiten aus Nicht-Edelmetall-Legierungen hergestellt werden. Da in den Vereinigten Staaten die Anwendung von kostengünstigen Legierungen schon seit Jahren erfolgreich durchgeführt wird, bleibt die Frage, warum in der Bundesrepublik in manchen Jahren vor Einführung der edelmetallreduzierten Legierungen bis zu 20 Tonnen Gold pro Jahr verbraucht werden mußten. Unumgänglich ist die Einführung standardisierter Prüfverfahren für die laufende Qualitätskontrolle der zahlreichen auf dem Markt befindlichen Legierungstypen. Bei Produkten der zahntechnischen Labors (Kronen, Brücken, Teilprothesen, Vollprothesen u.a.) handelt es sich um Gegenstände nach § 2 Abs. 2 Nr. 2 des Arzneimittelgesetzes, was dem Bundesgesundheitsamt eine Überwachungspflicht auferlegt, die es jedoch aufgrund technischer Schwierigkeiten nur unzureichend wahrnehmen kann.

Palladium-Silber-Legierungen haben von allen Palladium-Basiswerkstoffen die besten Verarbeitungseigenschaften. Sie können als Universalwerkstoffe angesehen werden, die vom Inlay bis zur Metallkeramik geeignet sind. Das einzige Problem ist, daß sie nur mit verfahrenssicheren Keramiken verarbeitet werden dürfen, die aber in der Zwischenzeit ausreichend zur Verfügung stehen.

Dr. Gerd Ebenbeck

Berufsgerichtsverfahren gegen DAZ-Geschäftsführer?

Am 13.01.86 hat der DAZ-Geschäftsführer, Dr. Wander, München, in der Sendung WISO des ZDF das getan, was die zahnärztlichen Standesorganisationen eigentlich seit Jahren tun mußten, aus falsch verstandener Kollegialität aber bisher immer unterlassen haben: nämlich klipp und klar festzustellen, daß die Qualität kassenzahnärztlicher Leistungen allzuoft mangelhaft ist. Kollege Wander hat sich dabei noch vornehm zurückgehalten: Er sprach von 80% der Wechselfatienten, die schlecht versorgt seien. Da man weiß, daß weniger als 20% der Patienten den Zahnarzt wechseln, betraf die Feststellung also nicht mehr als 15% der Patientenschaft - eine mit Sicherheit zu positive Bewertung des qualitativen Ist-Zustandes bei den kassenzahnärztlichen Routineleistungen (z.B. Füllungen).

Doch nicht einmal diese "kollegiale" Bewertung scheint für die Standesfunktionäre in München akzeptabel. Statt die WISO-Sendung zum Anlaß zu nehmen, nun endlich einmal über das immer dringliche Thema Leistungsqualität wenigstens in der Fachpresse zu diskutieren, fiel den Kollegen vom zahnärztlichen Bezirksverband nichts anderes ein, als daß "der Verdacht, wonach es sich bei dieser pauschalen Verun-

glimpfung aller Zahnärzte nur um den Versuch und die Absicht handeln kann, für die eigene Praxis Dr. Wander Werbung zu betreiben, auf der Hand liegt." Ein Berufsgerichtsverfahren sei deshalb unumgänglich (Zahnärztlicher Anzeiger Nr. 3/1986).

Um die ganze Lächerlichkeit und Beschränktheit zu erkennen, die sich in dieser Entscheidung offenbart, muß man sich die folgenden Fakten vor Augen halten (auf die der DAZ schon mehrfach hingewiesen hat, auf die er aber wahrscheinlich immer wieder wird hinweisen müssen):

1. 80% aller Kronen und Brücken weisen biologisch nicht akzeptable Überhänge auf (Münster-Studie).
2. Trotz 27-facher Steigerung der Zahnersatzkosten bei den gesetzlichen Krankenversicherungen während der vergangenen 25 Jahre ist noch immer keinerlei Sanierungseffekt erkennbar - auch in diesem Jahr wird wieder ein großer Teil vorhandener Kronen, Brücken und Prothesen wiederholt, erweitert oder ausgebaut werden müssen, weil diese Arbeiten in mangelhafter Qualität hergestellt wurden.
3. Nur bei etwa 1% aller Parodontalerkrankungen werden

zahnärztliche Therapieversuche unternommen. Selbst dann, wenn man die Motivationsfähigkeit der Patienten gering einschätzt, bleibt eine große Zahl behandlungsfähiger und -williger Patienten, denen eine PAR-Therapie vom Zahnarzt vorenthalten wird, weil dieser anderen Behandlungen den Vorzug gibt. Und schließlich:

4. Etwa 30% aller Füllungen müssen bereits innerhalb von 15 Monaten erneuert oder erweitert werden (ein erstes Ergebnis der § 223-Studie).

Diese Auflistung zahnärztlicher Versäumnisse und Fehlleistungen ließe sich noch fortsetzen. - Es gibt zahlreiche Hinweise darauf, daß die meisten Zahnärzte ihre Patienten zu wenig aufklären, zu schnell und zu oberflächlich behandeln, festsitzenden Zahnersatz auf parodontal-insuffizienten

Pfeilerzähnen befestigen etc. etc. All dies ist auch den zahnärztlichen Standesfunktionären in München bekannt. Doch dort hat man schon immer nach der bequemsten Devise gehandelt: besser, einem Kritiker am Zeug zu flicken als sich mit dessen Kritik auseinanderzusetzen, sei sie berechtigt oder nicht. Ein Vergleich mit dem Berufsgerichtsverfahren gegen mich anlässlich meiner Veröffentlichungen im "Spiegel" 1979 drängt sich auf: Auch damals interessierten den Anhörungsausschuß weniger die Fakten - es ging um gravierende Fehlbehandlungen - als die Tatsache, daß ich damit (nach vergeblichen standesinternen Versuchen) an die Öffentlichkeit gegangen war. Als wirklich Tacheles geredet werden und mehrere Patienten vor dem Ausschuß über ihre zahnärztlichen Erlebnisse berichten sollten, wurde das Verfahren eingestellt.

Wir werden diese Politik der drei Affen - nichts sehen, nichts hören, nichts sagen - nicht mittragen, weil wir glauben, daß wir unserem Stand damit einen schlechten Dienst erweisen. Es geht nicht an, daß man um einer vermeintlichen kurzfristigen Klimaberuhigung willen das dringendste Problem unseres beruflichen Selbstverständnisses jahrelang vor sich herschiebt. Wir werden auch weiterhin in der Kollegenschaft und in der Öffentlichkeit über die Verbesserung der kassenzahnärztlichen Leistungsqualität diskutieren. Sie ist der Schlüssel zur Erhaltung unserer Berufsfreiheit.

Sollte der zahnärztliche Bezirksverband München irgend-

eine Disziplinarmaßnahme gegen Dr. Wander beschließen, so

werden wir diese vor der Kollegenschaft und in der Öffentlichkeit in Relation setzen zu denjenigen Maßnahmen, die gegenüber verschiedenen anderen Zahnärzten ergriffen wurden: z.B. jene lächerlichen DM 2.000,--, zu denen ein Kollege verurteilt wurde, der seine Helferin jahrelang Fül-

lungen legen ließ. Der DAZ wird es nicht hinnehmen, daß solche schwerwiegenden Verstöße gegen das Zahnheilkundengesetz als Kavaliersdelikt eingestuft, andererseits jedoch Kollegen diszipliniert werden, die nichts anderes getan haben als unangenehme Fakten beim Namen zu nennen.

Dr. H. W. Hey

Impressum



Das DAZ-FORUM erscheint viermal jährlich. Auflage 1.700 Stück.



Das DAZ-FORUM ist das offizielle Organ des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde DAZ. Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht immer der Meinung der Redaktion oder des DAZ.



Das DAZ-FORUM wird allen DAZ-Mitgliedern zugesandt. Auf Anfrage erhalten auch Nichtmitglieder das DAZ-FORUM, soweit die Auflagehöhe das zuläßt.



Nachdrucke mit Quellenangabe DAZ-FORUM sind erlaubt, soweit dies mit den Autoren der Beiträge abgesprochen ist.

Rezensionsexemplare neuer Bücher sind erwünscht, eine Besprechung wird aber nicht zugesichert.

Redaktion:

Dr. Jürgen Heidtkamp, Wahlenstr. 18, 8400 Regensburg



Zuständig für Annoncen:

Dr. Wolfgang Lell, Hermann-Geib-Str. 59a, 8400 Regensburg

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

Verdienen die Zahnärzte was sie verdienen?

— Geburt und Nachwehen einer mißgestalteten Fernsehendung

ZEUGUNGSAKT

Hans-Ulrich Spree, Kommentator in den ZAHNÄRZTLICHEN MITTEILUNGEN und Chefredakteur der ZDF-Sendung WISSENSCHAFT UND SOZIALES möchte in der Praxis eines DAZ-Mitgliedes einen Trailer drehen für obengenanntes Thema. Der DAZ soll damit auch der Öffentlichkeit vorgestellt werden.

NIDATION

Per Telefon erhält die geplante Sendung Gestalt: Zweieinhalb Minuten kriegt der DAZ, um sich zur derzeitigen Honorarsituation zu äußern. Es sollen markante, allgemeinverständliche Aussagen werden - ein Funktionär des FREIEN VERBANDES soll dann dazu Stellung beziehen. Unter geistiger Mithilfe befreundeter Kollegen nisten sich in meiner cerebralen Gebärmutter folgende Aussagen ein, die mehr Licht und Wahrheit in den Streit um die Zahnarzt Honorare bringen sollen:

- Weitere Honorarabschmelzungen sind der blanke Zynismus gegen jene Zahnärzte, die gute Arbeit machen wollen!
- 15 bis 20% der Zahnärzte kassieren ca. 50% des Honorarkuchens. Der größere Rest der Zahnärzte aber, begnügt sich mit der verbleibenden Hälfte!
- Ein hoher Verdienst läßt aber keinesfalls den Rückschluß auf schlechtere Arbeit zu. Erbringt etwa der Chef eines großen Architekturbüros mit vielen Angestellten zwangsläufig schlechtere Arbeit?

WEHEN

Fünf Tage vor der Ausstrahlung der Sendung erfolgen die Dreharbeiten in meiner Praxis. Es wird viel gefilmt, auch das DAZ-Emblem in Großaufnahme; ein 40 Sekunden-Statement von Gerd Ebenbeck noch als Konserve mitgeschnitten. Das Interview gerät ziemlich kurz und mager, dafür sammeln die Fernseh-Journalisten noch eifrig Informationen ein, die in die Sendung eingebracht werden sollen!

GEBURT

Als die Sendung das Licht der TV-Öffentlichkeit erblickt, erweckt sie, oberflächlich betrachtet, den Eindruck einer Werbeveranstaltung für die Praxis des Interviewten. Bei ebenso oberflächlichem Zuhören, scheint sie das Produkt kollegialen Fehlverhaltens zu sein - schlichtweg: Kollegenbeschimpfung!

Hierzu aus dem Münchner ZAHNÄRZTLICHEN ANZEIGER, Nr. 3/1986

Am 13. Januar 1986 brachte eine Fernsehendung des ZDF (WISO) Aussagen von Dr. Wander, München, die wie folgt abliefen:

Sprecher: Der Münchner Zahnarzt Dr. Wander; er ist Mitglied im Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde. Für ihn geht Qualität vor Quantität. Die Folge: sein Jahreseinkommen liegt deutlich unter dem Durchschnittswert von DM 240.000,-- im Jahr.

So stellt sich Dr. Wander eine einwandfrei ausgearbeitete und polierte Füllung vor.

Und so sehen Füllungen aus, die im Schnellverfahren eingesetzt wurden in einer Praxis, wo der Arzt von Behandlungsstuhl zu Behandlungsstuhl hetzt, keine Qualitätsarbeit!

Wie stellt sich Dr. Wander den guten Zahnarzt vor?

Dr. Wander: Er sollte sich für die Arbeit so viel Zeit nehmen, daß auch sicher ist, daß die Füllung meinetwegen 5 bis 10, gar 15 Jahre hält, daß auch sicher ist, daß der Zahnersatz funktionsfähig ist.

Sprecher: Jetzt schauen wir uns um im Kreis Ihrer Kollegen, und was Sie so mitkriegen, wenn Patienten zu Ihnen kommen, die von anderen kommen. Ist das im allgemeinen so?

Sind die Zahnärzte so, wie Sie sich das wünschen?

Dr. Wander: Da muß ich erst dazu sagen, die Patienten, die wechseln, sind natürlich unzufrieden; die Leute, die zu mir kommen, sind schlecht versorgt, 80%, und das ist ziemlich schlimm, was ich da manchmal sehe.

Sprecher: Woran liegt das? Am System?

Dr. Wander: Ja, das begünstigt nämlich den Zahnarzt, der schnell und schlecht arbeitet, weil es so anonym ist, und keine Sicherheiten eingebaut sind, die die Qualität überprüfen. Unter Qualität verstehe auch ich nicht Luxusleistung, sondern einfach deutsche Wertarbeit.

Sprecher: Aber niemand überprüft bisher, ob deutsche Wertarbeit geliefert wird. Die Kassen müßten doch daran ein Interesse haben.

Besonders kostenintensiv ist der Zahnersatz.

Nicht immer, wenn Kronen verschrieben werden, sind sie auch wirklich notwendig.

Manchmal würden es auch Füllungen tun.

Für eine Füllung bekommt der Arzt DM 41,--; DM 210,-- für eine Krone.

Höchst unterschiedliche Vorstellungen gibt es für die anstehenden Verhandlungen über die Honorare ...

Die NACHWEHEN setzten sofort ein, in Form

- telefonischer Beschimpfungen zweier Kolleg(oid)en, die dem Empfinden ihrer Nasen nach das heftige Gefühl hatten, man hätte ihnen ins Nest gesch...
- der Ankündigung eines Berufsgerichtsverfahrens durch den Ersten Vorsitzenden des Zahnärztlichen Bezirksverbandes
- eines (bewußt?) falsch interpretierenden Kommentars als Anhang zum Interview-Abdruck im Zahnärztlichen Anzeiger:

Wir wissen alle, es gibt gute und weniger gute Zahnärzte. Jedem Zahnarzt gelingt eine Behandlung einmal sehr gut, ein anderes Mal nur weniger gut.

Jedoch es so darzustellen, als ob 80% der Patienten zahnärztlich schlecht versorgt wären, ist eine böse Unterstellung, die durch viele Millionen von zufriedenen Patienten landauf und landab widerlegt wird.

Wer in einer Zeit, in der unser zahnärztlicher Berufsstand wegen seiner Einkommen so sehr im Kreuzfeuer der Krankenkassen und aller Medien steht, die Qualität der zahnärztlichen Leistungen dadurch herabwürdigt, daß er eine neue, polierte Amalgamfüllung einer uralten gegenüberstellt, und hierbei für Laien (unsere Patienten) ein allgemeines Qualitätsurteil abgibt, schadet dem gesamten Ansehen des zahnärztlichen Berufsstandes.

Der Verdacht, wonach es sich bei dieser pauschalen Verunglimpfung aller Zahnärzte nur um den Versuch und die Absicht handeln kann, für die eigene Praxis Dr. Wander Werbung zu betreiben, liegt auf der Hand.

Deshalb ist in diesem Falle ein Verfahren wegen Verstoß gegen die Bestimmungen der Berufsordnung der bayerischen Zahnärzte unumgänglich.
G. Aigner

NACHWEHEN gab es auch beim geistigen Vater der Sendung, wie folgendes Antwortschreiben erkennen läßt.

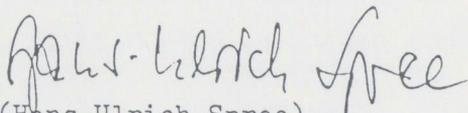
Sehr geehrter Herr Dr. Wander,

ich will nicht lange beschönigen, sondern klipp und klar sagen, daß ich dem eigenen Anspruch nicht gerecht geworden bin und den ganzen Zahnarzt-Bericht politisch "in den Sand gesetzt" habe.

Daß gerade Sie, der Sie die Arbeiten sehr förderten, zum Opfer meiner Unzulänglichkeit wurden, bedaure ich wirklich sehr; ich akzeptiere alle Ihre Vorwürfe. Wenn Sie nach Gründen fragen, ist

die Antwort ebenso einfach wie (wahrscheinlich) für Sie unbefriedigend: es fehlte in der Themen-Gemengelage der Sendung ausreichende Zeit für den Beitrag - und fehlte bei dieser miserablen Vorgabe erst recht Zeit, an dem Beitrag noch herumzufeilen. Dadurch kam auch der DAZ unter die Räder. Einwendungen von irgendeiner Seite gab es (vorher) nicht.

Mit freundlichem Gruß


(Hans-Ulrich Spree)

NACHWEHEN gibt es noch bei zahlreichen Patienten, die glauben, endlich den Zahnarzt gefunden zu haben, sich aber damit abfinden müssen, bei uns keinen Termin zu bekommen. Wieso bloß haben bisher etwa 700 "WISO-Patienten" diese Erfahrung machen müssen? Gibt es etwa nicht genug engagierte Zahnärzte?

Das Zur-Welt-Bringen eines mißgestalteten Wesens (oder Fernsehsendung) löst sowohl Ekel und Empörung (siehe oben) als auch Zuspruch, Zuwendung und Hilfsbereitschaft aus. So macht mich ein unbekannter Kollege spontan auf ein Urteil der Europäischen Menschenrechtskommission aufmerksam:

Neues Urteil: Meinungsfreiheit geht vor Standesrecht

Hierzu ist in jüngster Zeit eine Entscheidung der Europäischen Menschenrechtskommission getroffen worden. Die bisherige deutsche Rechtsprechung muß sich durch diese Entscheidung der Europäischen Kommission für Menschenrechte vom Juni 1983 korrigieren lassen.

Der Entscheidung lag folgender Sachverhalt zugrunde:

Ein Tierarzt gab ein Interview in einer Tageszeitung. Der Tierarzt plädierte für die Einrichtung eines tierärztlichen Nachtdienstes unter Beteiligung der niedergelassenen Tierärzte. Er schilderte die Vorfälle in seiner Klinik einschließlich eines Notfalles. Der Tierarzt wurde aufgrund dieses Interviews wegen Verstoßes gegen das Werbeverbot verurteilt. Der Tierarzt wandte sich, nachdem eine gegen das Urteil gerichtete Verfassungsbeschwerde erfolglos geblieben war, an die Europäische Menschenrechtskommission und rügte den Verstoß der Gerichte gegen sein Recht auf freie Meinungsäußerung. Die Kommission stellte einstimmig fest, daß dem Tierarzt diese Form der Meinungsäußerung nicht verboten werden kann und führte unter anderem aus:

"Dies als unerlaubte Werbung zu betrachten, würde tatsächlich darauf hinauslaufen, die Mitglieder dieser freien Berufe (Zahn-

ärzte, Ärzte, Rechtsanwälte etc.) zu verurteilen, wann immer sie unaufgefordert oder auf Anfrage an einer öffentlichen Diskussion über Themen teilnehmen, mit denen sie aufgrund ihrer Stellung in der Gesellschaft am besten vertraut und am besten qualifiziert sind, eine Stellungnahme abzugeben."

Es bleibt die Hoffnung, daß diese Entscheidung als richtungsweisend angesehen wird. dent-tax 4/85

Wie inzwischen zu erfahren war, ist es für die Fernsehanstalten undenkbar ein Interview mit einer anonymen Person auszustrahlen, es sei denn zum Schutze des Interviewten. Der Fernsehkonsument reagiere auf derartige Praktiken sehr heikel.

Mainz, 24-02-1986

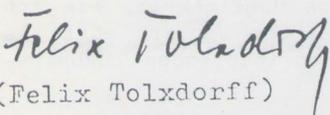
Sehr geehrter Herr Dr. Wander,

wie ich Ihnen heute morgen am Telefon sagte, ist Herr Spree in Urlaub.

Selbstverständlich bestätige ich Ihnen gern, daß Sie auf die Einblendung Ihres Namens und die Ortsangabe "München" keinen Einfluß hatten. Eine solche Kenntlichmachung in einem Statement oder Interview ist für uns reine Routine, da der Zuschauer wissen soll, wer da spricht.

Besten Dank und freundliche GrüÙe

Alle Zuschriften sind ausschließlich an das ZDF/Fachbereich zu richten - nicht an Einzelpersonen.


(Felix Tolxdorff)

Neben komisch-erheiternden Reaktionen, wie beispielsweise von der Kreis Zahnärzteschaft Heidenheim:

Ihre Auslassungen im ZDF habe ich mit Interesse gehört, scheint doch mit Ihnen ein monumentaler Tugendbold die triste zahnärztliche Szenerie zu erhellen.

Falls Sie ein abendfüllendes Programm anbieten können und in der Lage sind, auch Landzahnärzten die hohe Kunst der idealideellen Zahnheilkunde zu erklären, würde ich Sie bitten, einen Vortrags- und Diskussionsabend in Heidenheim zu bestreiten.

Ich hoffe, daß Ihr TV-Ruhm Ihnen dafür Zeit läßt und freue mich auf eine eventuelle Zusage.

... gibt es auch Reaktionen, die vor allem unsere Berufsvertretungen nachdenklich stimmen sollten:

Gräfelfing, den 15.1.86

Sehr geehrter Herr Wander!

Die ZDF-Sendung "WiSo" am Montagabend wollte ich eigentlich nur sehen, um zu erfahren, mit welchen neuartigen Methoden den Zahnärzten wieder eins ausgewischt werden soll, zumal schon seit einiger Zeit eine ziemlich undifferenzierte Entrüstung über unseren Berufsstand durch die Presse geistert. Freudig überrascht war ich dann über Ihre Äußerung, daß man auch innerhalb des Systems mit einem vernünftigen Auskommen qualitativ gut arbeiten kann.

Ich selber bin noch Zahnmedizinstudent in München, lege Anfang Februar die letzte Prüfung meines Staatsexamens ab und möchte dann als Ausbildungsassistent arbeiten. Während des Studiums, vor allem in der letzten Phase, erreichten uns eigentlich nur katastrophale Meldungen über die Situation "draußen", etwa nach dem Muster: "Man muß schon Pfusch machen, um überhaupt zu überleben" oder "Von dem, was man an der Uni lernt, kann man nichts gebrauchen, weil es zu aufwendig ist."

Da ich unter diesen pessimistischen Prämissen nicht arbeiten möchte, habe ich eine einfache Frage an Sie: Ist es möglich, bei Ihnen oder bei einem Ihrer ähnlich denkenden Kollegen im DAZ (?) eine Stelle als Ausbildungsassistent zu bekommen?

Bitte verstehen Sie dies nicht als eine Möglichkeit, wie ich schnell an eine Arbeitsstelle kommen möchte, sondern eher als Suche nach einer Alternative zu einer deprimierenden Zukunftsaussicht.

Mit freundschaftlichen Grüßen, Ulrich Keding

Deprimierende Zukunftsaussichten - wie wahr!

Seitdem cand. med. dent. Keding die Überlebensängste seiner Kommilitonen schriftlich artikuliert hat, ließen sich die Zahnärzte den Plafond aufs Auge drücken. Auf den Batzen Geld, den uns die Krankenkassen für 1986 hinwerfen, wird sich eine kleine Meute unersättlicher, unverantwortlicher Zahnärzte stürzen, unsere Funktionäre werden die "Kostendämpfungsphantasien" der Krankenkassenverbände verbellern, wie gehabt, anstatt die Mißstände in den eigenen Reihen rücksichtslos zu verfolgen.

Kostendämpfung zu Lasten qualitätsorientierter Zahnärzte statt Qualitätsüberprüfung zu Lasten von Pfuschern und Betrügern! Dagegen sollte die Zahnärzteschaft meutern!

Steffen Wander

Hygiene in der Zahnarztpraxis

Schlechtes Gewissen führt zu kritischer Bestandsaufnahme

Besuch einer Hygiene-Fortbildungsveranstaltung

Realisation des Möglichen - Ungelöste Problemzonen

Meine Praxis besteht jetzt seit zehn Jahren. Alle Instrumente werden sofort nach Gebrauch in Bottichen der Tauch-Desinfektion zugeführt. Dieses Verfahren genügt ja dann allen hygienischen Ansprüchen, wenn es lege artis durchgeführt wird. Das hieße aber: Einlagezeit - bei völliger Bedeckung mit Flüssigkeit mindestens 90 Minuten. Diese Frist wird doch bei den Instrumenten des jeweils letzten Patienten regelmäßig unterschritten. Ob im Bottich eine vollständige Bedeckung der Instrumente mit Desinfektionslösung stets gewährleistet ist, sei dahingestellt. Regelmäßig täglich jedenfalls entleeren wir diese Bottiche (in die Kanalisation) und setzen die Lösung neu an. Die keimtötende Wirkung der Chemikalien im Abwasser mag so manches Klärwerk "zum Umkippen" bewegen. Nach anschließender Abspülung und ggf. manueller Reinigung wandert darauf jedes Instrument oder Gerät, was entsprechend hitzebeständig ist, in den Heißluftsterilisator. Unter aseptischen Kautelen wird es dann mit einer in Desinfektionsmittel gelagerten Kornzange in die entsprechenden "sterilen"

Schubladen eingeräumt. Zum späteren Gebrauch sollen die Instrumente ebenso wieder entnommen werden; häufig, wenn es eilig ist, geschieht dies aber auch per (desinfizierter?) Hand. Da die Schubladeninhalte sicher bald jegliche Sterilität verloren haben, werden sie zusätzlich regelmäßig durchsterilisiert, auch ohne benutzt worden zu sein.

Die Schnell-Desinfektion am Arbeitsplatz (Arbeitsumfeld, Geräte, ggf. aber auch Hände) wird mit "Buraton" durchgeführt, umweltfreundlich, da im Handzerstäuber - nicht in Treibgas-Spraydose, aber mit beachtlichem Formaldehydanteil (kanzerogener Nebel in den Räumen?).

Hände werden häufig gewaschen und auch abgetrocknet. An den Handwaschplätzen hängen Behälter für Papier-Handtücher (ein sauberes Ende für den Wald?), aber auch die bewährten Gemeinschaftshandtücher (wieso auch nicht; die Hände sind doch sauber, wenn sie abgetrocknet werden?).

Die Bohr- und Schleifkörper lagern in den dafür angebote-

nen Bohrerständern. Wir haben sie aus dem Blickfeld der Patienten in rückwärtig gelegene Schubladen verbannt; die schon nach kürzester Zeit immer wieder neu entstehende Schicht aus Staub und Desinfektionsmitteln war zu unansehnlich. Die Lochabstände in diesen Ständern liegen bei etwa 1 cm, bei üblicher schneller Entnahme - auch mit kontaminierten Fingern - sind Berührungen der Nachbarbohrer fast unvermeidlich. Gründliche Reinigung der Bohrerständer ist technisch kaum möglich.

Die Röntgen-Chemikalien werden in die Kanalisation entsorgt.

In einer heroischen (oder eher masochistischen) Anwendung entschloß ich mich zu einer Fortbildung zum Thema Hygiene: Der trockene Stoff und der Phänotyp des Kursleiters (Dr. Hilger, Düsseldorf) paßten zueinander. Ich assoziierte: Pergamentpapier - und erwartete einen quälend langweiligen Kurs.

Ich kam zu spät. Die erste angenehme Überraschung tönte mir bereits durch die verschlossene Tür entgegen: Stimme und Vortragsweise des Referenten paßten so gar nicht in mein erwartetes Bild. Hier wurde behende und kraftvoll vorgetragen, mit einer Prise rheinischen Humors.

Kernstück der - nie langweiligen - Ausführungen war ein leidenschaftliches Plädoyer für das Verfahren der Thermo-desinfektion und gegen die vertrauten Bottiche. So ein-

seitig geriet die Darstellung, daß ich mir - schon um der Ausgewogenheit willen - vorstellte, jetzt müsse aber auch noch ein Beauftragter der "Bottich-Industrie" zu Wort kommen (für Firma Miele: Ehrlich, dieser Mann ist sein Geld wert!).

Aber - Spaß beiseite - er hat ja wirklich recht. Auch die Empfehlungen und Anregungen zu den anderen Themenbereichen waren nicht überzogen puristisch, sondern pragmatisch und großenteils in der Praxis zu realisieren; so verzichtete er dankenswerterweise darauf, die konsequente und vollständige Einführung des Tray-Systems zu propagieren.

Das Resultat dieser Veranstaltung war ein anhaltend geschärftes Hygienebewußtsein und ein Innovationsschub für die Praxis. Drei Prinzipien sollte hierbei gefolgt werden:

1. Verbesserung der Hygiene
2. Erleichterung der Arbeitsabläufe
3. Verringerung der Umweltbelastung

Die Maßnahmen im einzelnen:

Instrumentendesinfektion: Die Bottiche werden abgeschafft. Der statt dessen installierte Thermo-Desinfektor reinigt und desinfiziert in einem Arbeitsgang von ca. 30 Minuten Dauer.

Eine darüber hinausgehende Sterilisation ist nur für das endodontische, chirurgische und parodontologische Instrumentarium erforderlich. Die

Aufbewahrung dieser Instrumente muß in Trays oder Folien erfolgen, damit die Sterilität erhalten bleibt. Da wir keine Folien auftreiben konnten, die im Heißluftsterilisator hätten verwandt werden können, mußte neben dem neuen Folienschweißgerät auch noch ein Autoklav erworben werden. In einem neuen zentralen Schrank wird jetzt das gesamte chirurgische und parodontologische Instrumentarium der Praxis übersichtlich geordnet, steril eingeschweißt oder im Tray gelagert. Positiv wirkt sich hierbei auch die kürzere Sterilisierzeit im Autoklaven aus.

Das Allgemeininstrumentarium für Untersuchung und Zahnerhaltung muß nicht völlig keimfrei sein; es kann direkt nach Entnahme aus dem Thermo-Desinfektor erneut eingesetzt werden. Ein gleiches gilt für die Mundspülgläser (wir lehnen Plastik-Wegwerfartikel ab), Patiententablets, Saugrohre o.ä. Klarspüler kann und sollte sehr sparsam verwandt werden. Handelsübliches Spülmittel für Haushaltsgeschirrspüler erfüllt völlig seinen Zweck, auch in geringerer Dosierung.

Eine Unverschämtheit ist und bleibt aber der astronomische Preis dieses Geräts, das von den Bauteilen und der Fertigung her nichts wesentlich anderes als eben einen Geschirrspüler darstellt. Die etwas höhere Arbeitstemperatur kann doch für eine Firma kein Problem darstellen, die z.B. auch Wäschewaschmaschinen mit Koch-

wäscheprogramm baut. Ich fühle mich "abgekocht": Es gibt hier wieder den früher dental-typischen 300%-Sonderprofitzuschlag.

Für die Desinfektion am Arbeitsplatz verwenden wir kein formaldehydhaltiges Fertigpräparat mehr, sondern reinen Isopropyl-Alkohol (70-%ig). Wir haben nun auch bei häufigerer und intensiverer Anwendung mit den Handspülflaschen ein weniger schlechtes Gefühl. Zur Händedesinfektion wurden Wandspender mit den handelsüblichen rückfettenden Lösungen installiert.

Als Gegner des übergroßen Papierverbrauches haben wir uns zum Händeabtrocknen für kleine (20 cm x 20 cm) Seiftücher aus Baumwollfrottee entschieden. Die Größe ist zum einmaligen Händeabtrocknen völlig ausreichend, reduziert aber den Anfall an Kochwäsche gegenüber der üblichen Größe (30 cm x 30 cm) um die Hälfte. Diese Tücher werden in frontal geschlossenen, spritzergeschützten Behältern (die der Tischler nach Zeichnung baute) an jedem Handwaschplatz bereitgehalten.

Für die Verbesserung der Arbeitsplatz-Hygiene (Leitsatz: Kontamination so gering wie möglich halten) haben wir uns auf Empfehlung Dr. Hilgers von der Firma Ulrich Storz, Tuttlingen, Trayhalbschalen (Tablets) aus Nirosta besorgt. Das Abräumen, Säubern und Desinfizieren des Arbeitsplatzes geht viel schneller und leichter; die weitere Entsorgung

findet danach ohne Zeitdruck im Steri-Raum statt. Die Halbschalen wandern auch in den Thermo-Desinfektor.

Für die Bohr- und Schleifkörper haben wir kein hygienefreundliches System finden können, also haben wir es selbst entworfen. Als Basis dienten wieder die besprochenen Tray-Halbschalen aus Nirosta. Genau hierzu paßlich ließen wir Einlegeböden aus massiv 5 mm dickem Niro-Stahlblech fertigen. Hier hinein ließen wir auf 2,5 cm Lochabstand Lochreihen bohren, mit dem Kaliber von je 0,1 mm mehr als Schaftdurchmesser der Turbinen- bzw. Winkelstückbohrer. Wir haben diese Löcher vollständig durchgebohrt, denn die Bohrer stehen ja auf dem Boden der Trayhalbschale. Es entstanden so siebplattenartige dicke Bleche, die im Thermo-Desinfektor hervorragend durchspült werden können und für jede Sterilisationsart geeignet sind.

An jedem Arbeitsplatz befindet sich jetzt in einer Schublade nebeneinander je ein solches Bohrerständer-Tray für Turbinen- und Winkelstückbohrer. Darüber hinaus haben wir für den Fall der Kontamination zum schnellen Wechseln noch Reserve-Trays dieser Art.

Die verbrauchten Röntgen-Chemikalien werden einer inzwischen eingerichteten kommunalen Sammelstelle übergeben.

Die vielen weiteren Tips (z.B. Tropfflasche für H_2O_2 o.ä., Klebestreifen für Wätekügel-

chen usw.) seien nur am Rande erwähnt.

Die Umrüstung und Neu-Orientierung der Praxis hat den ganzen Mitarbeiterstab stark motiviert, z.T. sogar begeistert. Wacheres Mitdenken und gesteigertes Hygienebewußtsein führte auch zu Verbesserungen in den Bereichen, die nicht optimal gelöst sind: Stuhlverstellung, Lampengriffe, Bedienungsschalter, das intraoperative Blättern in den Patientenunterlagen.

Hierfür gilt:

1. Kontaminationen möglichst vermeiden.
2. Dennoch erfolgte Kontamination mit gesteigertem Problembewußtsein erkennen.
3. Gezielt baldmöglichst desinfizieren.

Abschließend möchte ich noch einen Problembereich aufzeigen, in dem sich die vielleicht größten "Ferkelleien" in unseren Praxen abspielen: Ich spreche von Röntgenraum und Dunkelkammer.

Eine Hilfskraft legt die Bleischürze beim Patienten an, stellt das Gerät ein, bringt den Film in den Patientenmund (Spucke am Finger), korrigiert den Tubus, schließt die Tür, löst die Aufnahme von außen aus, öffnet die Tür, entnimmt den Film dem Patientenmund (entfernt bei Meßaufnahme ggf. die Kanalinstrumente aus dem Munde), schiebt den Tubus zurück, nimmt die Bleischürze ab, hängt sie wieder auf, schaltet das Gerät ab und das

Licht aus, bringt den Patienten zurück in seinen Behandlungsraum, verschwindet mit dem Film in der Dunkelkammer, öffnet das Entwicklungsgerät, entfernt die Filmhülle ...

Ich denke, der Weg der Spucke war gut zu verfolgen. Wir haben an einigen, uns möglich

erscheinenden Punkten dieses Wegs mit Händedesinfektionsmittel und Isopropanol "dazwischengefunkt", wissen aber, daß die "Ferkerei" hierdurch nicht beseitigt, sondern nur etwas verkleinert werden kann. Über Verbesserungsvorschläge würden wir uns freuen.

Dr. Till Ropers

Zucker

Auf 125 Gramm pro Kopf und Tag ist nach den letzten Erfolgsstatistiken der Zuckerindustrie der Verbrauch von Zucker im Jahre 1985 gestiegen. Ernährungsphysiologisch unbedenklich wären ca. 20 g/Tag. Die 6- bis 15-jährigen verbrauchen 40% des Taschengeldes für Süßwaren (190 DM oder 1,8 Mrd. DM pro Jahr). Dabei haben 40% aller 3-jährigen, 70% aller 6-jährigen und 99% aller 15-jährigen mehr oder weniger karieserkrankte Gebisse. Zucker als vermeintlicher Energiespender, Seelentröster, als Belohnung, als Kontakthilfe, als Erziehungsmittel und als Liebesersatz ("Milchschnitte - ein Stückchen Liebe von Zuhause").

Innerhalb von nur zwei Jahren ist es damit der Zuckerwerbung gelungen, die Pausenfrüstücksgewohnheiten der Kinder umzukrempeln: Wurst- und Käsebrot ade, Zucker als Droge gegen den Schulstreß. Werbeaufwand der Zuckerindustrie: fast 300 Mio. Mark (1981). Trotz Zuckertee-Skandal und unbremstem Kariesbefall, alarmierenden Meldungen von Über-

gewicht bei Kindern kann der sog. "Informationskreis Mundhygiene und Ernährungsverhalten" (IME) weiter "Gesundheitsaufklärung" betreiben. Diese von der Zuckerindustrie betriebene PR-Institution suggeriert, man könne ohne Schaden für das Gebiß beliebig viel Zucker essen, wenn man nur putzt und fluoridiert. Sie hat dadurch u.a. auch die vernünftige richtig dosierte Fluoridmedikation in Mißkredit gebracht. Fluorgegner bezichtigten nämlich Zahnärztfunktionäre und Zuckerindustrie immer häufiger der Zusammenarbeit. Verantwortungsbewußte Zahnärzte (allen voran der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde) fordern seit Jahren Warenaufdrucke auf Zuckerwaren, das Verbot des Verkaufs von Süßwaren an Schulen und das Verbot ihrer Abgabe an Kinder unter 12 Jahren. Parteien und Politiker, die sich an der Fluoridierungsfrage zum Teil heillos zerstritten haben, sind aufgerufen, der Zuckerlobby eine Lobby der Gesundheit unserer Kinder entgegenzusetzen.

r.e.

Notdienstproblematik in zentrumsfernen Regionen

IST DIE NOT AM GRÖSSTEN, IST DIE HILFE (- NICHT ZU FINDEN. DIE ANRUFBEANTWORTER VERTRÖSTEN AUF DEN NÄCHSTEN MORGEN. DIE ZAHNÄRZTE HABEN EINE GEHEIMNUMMER, UND DIE MEISTEN KOLLEGEN MIT IHREM FREIZEITBEDARF SIND SICH SELBST -) AM NÄCHSTEN.

Niedersächsischer Polit-filz deckt andauernde Verstöße
gegen den Sicherstellungsauftrag

Das Thema ist alt: Eine zahnmedizinische Versorgung an den Abenden der Wochentage findet in zentrumsfernen Regionen nicht statt. Eine vom DAZ exemplarisch im Kreise Stade/Elbe durchgeführte Untersuchung hatte ergeben, daß sich pro Quartal hunderte von Patienten vergeblich um die Hilfe eines Zahnarztes bemüht haben. (Das FORUM berichtete mehrfach.) Diese Patienten wandten sich schließlich (neben Apotheken, Polizei, Feuerwehr und Krankenhausambulanzen) an erreichbare praktische Ärzte, deren Dienstbereitschaft selbstverständlich sichergestellt ist. Der berechtigte Protest dieser Praktiker war es schließlich, der den DAZ initiativ werden ließ. Nach beharrlicher, aber erfolgloser Anrufung aller standesinterner, zahnärztlicher Instanzen wurde dieses Thema zum Inhalt einer Rechtsaufsichtsbeschwerde. In zeitlicher Überschneidung hatte die politische Opposition im Niedersächsischen Landtag zahlreiche Amtshandlungen der Zahnärztekammer Niedersachsen moniert. Dadurch kam es zu einer parlamentarischen Anhö-

rung, u.a. auch die Notdienst-Problematik betreffend. Für einen parlamentarischen Neuling mag es neu sein, wie die parlamentarische Bearbeitung dieses Themas ausging: Nach Vorlage allen Materials wurde die Notdienst-Initiative zwar ohne jegliches Gegenargument, dafür aber mit (Regierungs-) Mehrheit "abgebügelt".

Wie erst viel später zu erfahren war, betrachtete das Sozialministerium damit auch die Rechtsaufsichtsbeschwerde als "erledigt". Neuerliches Intervenieren des DAZ führte schließlich zu folgendem Schriftwechsel:

Niedersächsisches Sozialministerium:

"Nach § 4 Abs. 1 Satz 1 der geltenden Notfallordnung erstreckt sich die Notfallbereitschaft "auf Sonnabende, Sonntage und gesetzliche Feiertage". Hieraus ergibt sich, daß im Regelfall keine Notfallbereitschaft für die Nachtstunden von Werktagen bereitgestellt werden muß. Für den fall außergewöhnlicher

Liebe Eltern...



Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde
Studiengruppe München

- Putzen -

ersten Zähne zum Vorschein kommen, reinigen sie mit einem Wattestäbchen. Vom 1. Lebensjahr diese Reinigung nach jeder Mahlzeit vor.

- Bürste -

Wahnehmungstrieb bedingt, wird Ihr Kind mit 2 Jahren von sich aus eine Zahnbürste benutzen. Ihre eigenen Kinderzahnbürste sollten Sie Ihre Versuche machen lassen. Bürsten Sie aber nicht mit Wasser nach. Es schadet nicht, wenn Sie Ihre Zahnbürste (zuerst) erst vom 3. Lebensjahr an

- Fluoride -

Fluoridierungsgewebe erfordert neben einer gründlichen Zahnpflege die „Härtung“ der Zähne durch Fluoride, welche in der richtigen Dosierung in der Bundesrepublik sind (Konzentration vorhanden.) Diese Vorkehrungen sollten nach der Geburt beginnen, da die im Kiefer wachsenden Milchzähne durch Ihr Kinderarzt vermutlich mit Fluoridtabletten zur Rachitisvorsorge versorgt werden. Ihr Kind mit Fluoridtabletten versorgen ist die tägliche Zufuhr sehr Fluoridzahnpaste.

- Flasche -

Die wichtigste Wachstumsreizung ist die Flaschennahrung keinesfalls. Ihr Kind sollte sich während der ersten 6 Monate stillen müssen. Halten Sie Ihr Kind am Arm, denn bei flacher Rückenlage kann es Schluckakt angewöhnen, wenn es nicht kann.

- Schnuller -

Keine allgemeinverbindliche Empfehlung. Das Saugbedürfnis der Kinder ist ein psychisches Konstitutionsmerkmal. Die Mutter sollte nicht unangenehm durch die Mutter abgewöhnen. Kuscheltieren - zum Einschlafen - zum Einschlafen - zum Einschlafen keine Verlockungen (Daumen, Schnuller).

Wenn möglich wird, dann geben Sie den kiefergerecht geformten Schnuller. Sie den Schnuller nie mit dem Finger zu stechen.

Das DAZ-Merkblatt für Kleinkinder „Liebe Eltern ...“ ist wieder nachgedruckt worden und kann bezogen werden bei:

Dr. Helmut Simon
Romanstr. 39
8000 München 19

100 Stück kosten DM 20,- (Vorkasse bzw. Scheck),
Kliniken, Kinderärzte und Gynakologen gratis.

Umstände ist auf § 4 Abs. 1 Satz 2 der Notfallordnung zurückzugreifen, wonach die Bezirksstellen im Einvernehmen mit den Kreisstellen in die Notfallbereitschaft weitere Tage einbeziehen können. Da somit den Bezirksstellen ein Ermessen in dieser Frage eingeräumt ist, kann ich rechtsaufsichtlich nur tätig werden, wenn eine - juristisch gesprochen - "Ermessensreduzierung auf Null" gegeben ist, d.h. wenn das Ermessen nach Lage der Dinge rechtsfehlerfrei nur in einer ganz bestimmten Weise ausgeübt werden kann.

Diese Voraussetzung ist nach meiner Auffassung in dem von Ihnen dargelegten Fall erst gegeben, wenn nachweislich in Notfällen keine zahnärztliche Behandlung in dem notwendigen Zeitraum erreichbar war.

Zum Begriff des Notfalldienstes darf ich auf die Kommentierung von Narr, Ärztliches Berufsrecht, 2. Aufl. Rd.Nr. 1157 hinweisen, wonach der Notfalldienst kein "regelmäßiger ärztlicher Kundendienst" an arbeitsfreien Tagen ist, der allen Patienten ohne zwingenden Grund zur Verfügung steht. Der Notfalldienst hat die Aufgabe, Notfälle zu versorgen und lebenserhaltende Maßnahmen zu veranlassen. Notfälle sind plötzlich eintretende Ereignisse, die einer sofortigen ärztlichen Behandlung bedürfen.

Nachdem mir über die Zahnärztekammer Niedersachsen die Stellungnahme der Bezirksstelle Stade zu Ihrem Schreiben vom 16.10.1985 vorliegt, könnte ich Ihr Schreiben abschließend beantworten. Nach

der Stellungnahme der Bezirksstelle Stade liegt die von mir im Schreiben vom 16.12.1985 genannte Voraussetzung, daß nachweislich in Notfällen keine zahnärztliche Behandlung in dem notwendigen Zeitraum erreichbar war, nicht vor."

DAZ:

1. Daß sich die Notfallbereitschaft "auf Sonnabende, Sonntage und gesetzliche Feiertage" beschränkt, ließe sich vor dem Hintergrund des Sicherstellungsauftrages nur dadurch rechtfertigen, daß zahnmedizinische Hilfe auch ohne Regelung transparent für etwaige Notfälle verfügbar und erreichbar wäre.
2. Die "Ermessensreduzierung auf Null" ist gegeben; ich habe dies - wie Sie wissen - durch eine Umfrage eindrucksvoll belegen können, obwohl die Zahnärztekammer mich hierbei nach Kräften bekämpft, getäuscht und hintergangen hat. Auch liegen Ihnen Beschwerden einzelner betroffener praktischer Ärzte vor.
3. Zum Begriff des Notfalles sei nochmals festgestellt: Wer heftige, auch durch Schmerztabletten nicht zu behebende Schmerzen hat, ist ein Notfall. Solche Schmerzen kommen im Gebiet der Zahnheilkunde von Patient zu Patient ganz verschieden bei den unterschiedlichsten Ursachen vor. Auch können bereits länger bestehende Schmer-

zen plötzlich unerträglich werden.

Eine Komponente der Subjektivität durch den Patienten muß also in der Definition eines Notfalles enthalten bleiben.

4. Sie wiederholen Ihre schon am 16.10.85 von mir gerügte Praxis der Rechtsperversion, indem Sie erneut eine Beschwerde gegen die Kammer

wegen eines Fehlverhaltens der Kammer nach einer dementierenden Schutzbehauptung eben dieser Kammer einfach für erledigt ansehen wollen.

5. Sie werden verstehen, daß ich nunmehr kaum noch Vertrauen in die sachgerechte Wahrnehmung der Rechtsaufsicht durch Ihr Ministerium setzen kann."

Dr. Till Ropers

MEHR FISCH - WENIGER HERZINFARKT

Menschen, die über 30 Gramm Fisch pro Tag verzehren, haben ein 2,5fach geringeres statistisches Risiko, an der koronaren Herzkrankheit zu sterben. Das ergab eine Langzeituntersuchung an 852 Männern der niederländischen Stadt Zutphen. Die günstige Wirkung des Fischverzehrs liegt in der Tatsache, daß fischreiche Ernährung die Gerinnungsfähigkeit des Blutes herabsetzt. Auch Grönland-Eskimos mit einem durchschnittlichen Verbrauch von 400 Gramm Fisch pro Tag haben erhöhte Blutungszeiten und gleichzeitig eine sehr niedrige Infarktsterblichkeit.

DER PRAKTISCHE ARZT, 1/86, S. 25

WIE SCHÜTZEN SICH ARZT UND MEDIZINISCHES PERSONAL GEGEN AIDS?

- Blutabnahme oder Verarbeitung von Blut oder anderen Körperflüssigkeiten nur mit Handschuhen.
- Entstehen Aerosole (z.B. bei Zahnarztbehandlung), sollten zusätzlich Mundschutz und Schutzbrille angelegt werden.
- Bei Kontakt mit infektiösem Blut Desinfektion der Haut ggf. auch verschmutzter Gegenstände mit handelsüblichen Reinigungsmitteln oder Antiseptika.
- Zu verschickendes Untersuchungsmaterial

deutlich als infektiös kennzeichnen und nur in doppelwandigen Versandbehältern verschicken.

- Injektionsnadeln, Skalpelle, Akupunkturnadeln usw. nicht in die Umhüllungen zurückstecken, entweder sofort mit Antiseptika, Reinigungsmitteln oder kurzer Hitzeeinwirkung von über 56 °C desinfizieren oder bis zur Desinfektion sicher und gesondert aufbewahren.

Therapie der Gegenwart,
11/85, S. 77

Fluoride: Pro und Contra

— ein „absurdes Theater“?

Die in jüngster Zeit wieder aufgeflamnte Diskussion über das Für und Wider der Kariesprophylaxe mit Fluoriden, soll an dieser Stelle der Anlaß sein, einen Beitrag zur Nutzen-Risiko-Abschätzung der Fluoridprophylaxe auf der Basis wissenschaftlicher Untersuchungen, vor allem der letzten zehn Jahre zu leisten.

Fluorid ist die bisher am intensivsten untersuchte Substanz bezüglich ihrer Toxizität am Menschen. Es eignet sich besonders für wissenschaftliche Vergleichsuntersuchungen aufgrund des Vorkommens von künstlich und natürlich fluoridiertem Trinkwasser mit unterschiedlich hohem Fluoridgehalt.

Die immer wieder von Kritikern hervorgebrachten Korrelationen zwischen Trinkwasserfluoridierung und Krebs, Mongolismus, kardiovaskulären Erkrankungen sowie Dentalfluorose sollen nachfolgend diskutiert werden.

Anstieg der Mortalität an Herzerkrankungen durch Fluorid?

Diese Beobachtung wurde aufgrund eines Vergleiches der Mortalitätsraten an Herzer-

krankungen in Antigo (USA) zwei Jahrzehnte vor und nach Einführung der Trinkwasserfluoridierung gemacht (1). Hierbei blieb jedoch völlig unberücksichtigt, wie Newburn (2) zeigte, daß sich der Bevölkerungsanteil über 75 Jahre im Zeitraum von 1950 bis 1970 mehr als verdoppelt hat. Hierdurch erhöht sich die Mortalitätsrate an Herzerkrankungen natürlich entsprechend.

Andere Untersuchungen beweisen zudem eher das Gegenteil. Velicangil und Demirhindi (3) zeigten in einer Studie bereits 1957, daß in zwei Städten mit unterschiedlich hoher Fluoridkonzentration (Afyon: 0,2 mg F; Isparta: 3,8 mg F) des Trinkwassers die Morbiditätsrate bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Stadt mit der höheren Fluoridkonzentration weitaus niedriger lag, als in der Stadt mit niedriger Fluoridkonzentration.

Auch jüngere Untersuchungen bestätigen dies. 1973 untersuchten Luoma und Mitarbeiter (4) in Finnland 300 Männer auf Zusammenhänge zwischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und der Fluorid- sowie der Magnesiumkonzentration des Trinkwassers. Die untersuchten Personen, deren Trinkwasser die

Der medizinische Doppelschutz gegen Parodontose und Karies



**morgens
aronal**

**abends
elmax**

Spezialisten bieten wirksamen Schutz.

elmex Forschung · Wybert GmbH. 7850 Lörrach

höchsten Fluorid- und Magnesium-Konzentrationen aufwies, zeigten den geringsten Prozentsatz an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und umgekehrt.

Taves (5) verglich 1978 die Trinkwasserfluoridkonzentration in 35 Städten der USA mit den Mortalitätsraten an Herzkrankheiten. Der sich ergebende Zusammenhang zeigte eine, über die allgemeine Abnahme der Mortalitätsrate hinausgehende Verminderung in den fluoridierten Städten, seiner Meinung nach auf der nachgewiesenen Hemmwirkung von Fluorid auf die Calcifizierung von Aorten bedingt.

Fördert Trinkwasserfluoridierung das Auftreten von kongenitalen Mißbildungen?

Rapaport (6) berichtet 1959 über eine positive Korrelation zwischen der Trinkwasserfluoridierung und dem gehäuften Vorkommen von Mongolismus. Eine Analyse seiner Untersuchungen durch A.L. Russell (7), einem Beamten des Public Health Service der USA, zeigte, daß Rapaports Untersuchungen den Mindestanforderungen an eine epidemiologisch-statistische Untersuchung nicht genügten und fand in einer Nachuntersuchung der gleichen Population, die Rapaport untersuchte, mit exakter Methodik keinerlei Häufung von Mongolismus.

Berry (8) stellte 1958 in einer ähnlichen Studie in England keinerlei Verknüpfung, weder ursächlich noch stati-

stisch, zwischen Trinkwasserfluoridierung und Mongolismus fest.

Die Beziehung zwischen Trinkwasserfluoridierung und dem Auftreten kongenitaler Mißbildungen insgesamt wurde 1976 von Erickson und Mitarbeitern (9) untersucht. Weder fand sich ein Zusammenhang, noch differierte die Häufigkeit des Mongolismus in fluoridierten und nicht fluoridierten Gegenden.

Mehr Krebstote durch Trinkwasserfluoridierung?

Diese Behauptung wurde 1975 von Burk und Yiamouyiannis (10) aufgestellt, aufgrund einer Studie in nordamerikanischen Städten betreffs des Zusammenhanges von Todesfällen an Krebs und Trinkwasserfluoridierung. Den Daten lag eine fehlerhafte statistische Behandlung zugrunde, da sämtliche demographischen Unterschiede nicht berücksichtigt wurden. Die offizielle Stellungnahme des Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service der USA (11) hierzu lautete: "Das Nationale Krebsforschungs-Institut (NCI) hat bekanntgegeben, daß es das gesamte von Dr. Burk und Dr. Yiamouyiannis vorgelegte Material geprüft hat. Es hat gleichfalls die Trends in den Vereinigten Staaten von 1950 bis 1969 untersucht und findet keine Beweise, die auf einen Zusammenhang zwischen fluoridiertem Trinkwasser und Krebs hindeuten. ..." Es zeigten sich hier im Gegenteil ge-

Duraphat®

der Fluorlack
zur Behandlung sensibler Zahnhäse und
zur Vorbeugung gegen Zahnkaries.

1. Intensive desensibilisierende Wirkung nach 1 bis 2 Touchierungen.
2. Besonders zeitsparende und einfache Anwendung.
3. Langanhaltende und schonende Tiefenfluoridierung.

Duraphat ist ein fluoridhaltiger Lack, der mit einem Wattebausch oder Spatel auf die überempfindlichen Zahnhäse aufgetragen wird und unter Speichel erstarrt.

Duraphat ist wassertolerant und überzieht daher auch feuchte Zähne mit einem gut haftenden Lackfilm, der eine bisher unerreichte Tiefenfluoridierung an den Prädilektionsstellen der Karies ermöglicht.

Duraphat gewährleistet auf diese Weise eine wirksame Karieshemmung schon bei 2-3 Touchierungen pro Jahr.

Sonderdrucke und Prospekt mit Literaturangaben über Fluoridlack und Duraphat stehen auf Anforderung zur Verfügung.

Duraphat

Zusammensetzung: 1 ml Fluoridlack enthält 50 mg Natriumfluorid, entspr. 22,6 mg Fluor, suspendiert in einer alkoholischen Lösung von Naturharzen.

Anwendungsgebiete: Desensibilisierung, Kariesprophylaxe.

Gegenanzeigen: Ulcerierende Gingivitis.

Nebenwirkungen: Bei Neigungen zu allergischen Reaktionen können vorübergehend ödematöse Schwellungen der Mundschleimhaut auftreten. Überdosierungen können Brechreiz verursachen.

Woelm Pharma GmbH & Co., Eschwege

Packungsform u. Preis
Normalpackung 10 ml DM 36,78
Stand Jan. 83

Woelm Pharma

ringere Mortalitätszahlen für Tumoren des Gehirns und des Nervensystems in Gebieten mit natürlich hohem Fluoridgehalt des Trinkwassers.

Auch die von Burk (10) aufgestellte Behauptung, daß es nach Einführung der Trinkwasserfluoridierung in Birmingham (England) zu einem starken Anstieg der Krebstodesfälle gekommen sei, hielt aufgrund methodischer Fehler einer Nachuntersuchung (13) nicht stand.

Kinlen (14) untersuchte 1975 in einer Studie die Inzidenz von Krebserkrankungen und konnte keinerlei Zusammenhang zwischen dem Fluoridgehalt des Trinkwassers und Krebs feststellen.

Binder (15) stellte beim Vergleich von Krebstodesfällen in Orten mit natürlicherweise hohem und niedrigem Fluoridgehalt eine statistisch signifikante geringe Krebssterblichkeit in den fluoridierten Gemeinden fest.

Untersuchungen von Chilvers (16, 17) über die Mortalitätsrate an Krebs in 20 fluoridierten und 15 nicht-fluoridierten Städten der Vereinigten Staaten ließen keinerlei Zusammenhänge zwischen Fluorid und Krebs erkennen. Weitere Untersuchungen in Australien (18) und Neuseeland (19) ergaben, daß die standardisierten Mortalitätsraten in den fluoridierten Gebieten geringer waren als in den nicht fluoridierten.

Die Untersuchungsergebnisse

qualifizierter wissenschaftlicher Arbeiten zeigen weltweit, daß Fluoridzufuhr in kariesprophylaktischer Dosierung toxikologisch als unbedenklich anzusehen ist. Hierzu Prof. Strubelt (20) vom Institut für Toxikologie, Lübeck:

"Die einzige überhaupt zu erörternde und nur in einem kleinen Prozentsatz zu erwartende Nebenwirkung, die Dentalfurorose, ist für die Funktion des Zahnes unschädlich und allenfalls ein kosmetisches Problem, wobei die Vorteile der Kariesreduktion die meist nur vom Fachmann erkennbaren Schmelzflecken auch in kosmetischer Hinsicht mehr als aufwiegen."

Die immer wieder von Fluoridgegnern in Frage gestellte toxikologische Unbedenklichkeit einer Kariesprophylaxe mit Fluoriden beruht auf einer geringen Anzahl von Untersuchungen, welche sämtlichst methodische Fehler (z.B. Vernachlässigung demographischer Unterschiede) aufweisen und nicht den Anforderungen epidemiologisch-statistischer Untersuchungen genügen. Die sich hieraus ergebenden irreführenden Informationen, werden trotz Widerlegung durch kompetente Stellen, wohl auch weiterhin zur Verunsicherung der Bevölkerung beitragen.

Dr. Claudia Wohlgemuth

Literatur:

- (1)
Jansen, Thomson: Heart deaths and fluoridation. Fluoride 7 (1974), 52.

- (2)
Newburn: The safety of water fluoridation. J. Amer. dent. Ass. 94 (1977), 301.
- (3)
Velicangil und Demirhindi: Endemic dental fluorosis in Isparta and studies on some problems related to this subject. Tip Fakultesi Mecmuasi'nin Istanbul 20 (1957), 94.
- (4)
Luoma et al.: Relationships between the fluoride and magnesium concentrations in drinking water and some components in serum related to cardiovascular diseases in men from four rural districts in Finland. Scand. J. clin. Lab. Invest. (1973), 217.
- (5)
Taves: Fluoridation and mortality due to heart disease. Nature (Lond.) 272 (1978), 361.
- (6)
Rapaport: Nouvelles recherches sur le mongolisme à propos du rôle pathogénique du fluor. Bull. Acad. nat. méd. 143 (1959), 367.
- (7)
zitiert nach Büttner "Fluoridstoffwechsel und gesundheitliche Aspekte der Fluorid-Anwendung zur Kariesprophylaxe". Kariesprophylaxe mit Fluorid (1978), 33.
- (8)
Berry: Study on incidence of mongolism in relation to fluoride content of water. Amer. J. Ment. Defic. 62 (1958), 634.
- (9)
Erickson et al.: Water fluoridation and congenital malformations: no association. J. Amer. dent. Ass. 93 (1976), 981.
- (10)
Burk, Yiamouyiannis: Fluoridation and cancer. Letter to the Hon. James Delaney. Congressional Rec. 121 (1975), 7172.
- (11)
zitiert nach Büttner: Fluoridstoffwechsel und gesundheitliche Aspekte der Fluorid-Anwendung zur Kariesprophylaxe. Kariesprophylaxe mit Fluorid (1978), 32.
- (13)
Cook-Mozaffari: Fluoridation of water supplies and cancer mortality. I. A search for an effect in the U.K. on risk of death from cancer. J. Epidem. Commun. Hlth. 35 (1981), 227.
- (14)
Kinlen: Cancer incidence in relation to fluoride level in water supplies. Brit. dent. J. 138 (1975), 221.
- (15)
Binder: Fluoridreiches Trinkwasser und Krebshäufigkeit. Mitteil. Österreich. Sanitätsverwalt. 78 (1977), Heft 9.
- (16)
Chilver: Cancer mortality by site and fluoridation of water supplies. J. Epidem. Commun. Hlth. 36 (1982), 237.
- (17)
Chilver: Cancer mortality an fluoridation of water supplies in 35 US cities. Int. J. Epidem. 12 (1983), 297.
- (18)
Richards et al.: Cancer mortality in selected New South Wales localities with fluoridated and non-fluoridated water supplies. Med. J. Aust. 66 (1979), 521.
- (19)
Goodall et al.: Fluoridation and cancer mortality in New Zealand. N. Z. Med. J. 92 (1980), 164.
- (20)
Strubelt: Die Toxizität der Fluoride. Dtsch. Med. Wochschr. 18 (1985), 730.

Zahnmedizin heute in den USA, gesehen von der Zeitschrift „Time“

— Ein neues Bohren, Zahnärzte füllen nicht nur Zähne

Während den letzten zwei Jahrzehnten haben der weitverbreitete Gebrauch von Trinkwasser, dem Fluor zugesetzt wurde, Fluor-Zahnpasten und verbesserte Zahnpflege zu einem 50-%igen Rückgang des Zahnverfalls in den USA beigetragen. Durch zusätzliche Vorbeugemaßnahmen und die Anwendung von Sealern erwartet die American Dental Association, so möglicherweise den Zahnverfall bei Kindern zu verhindern.

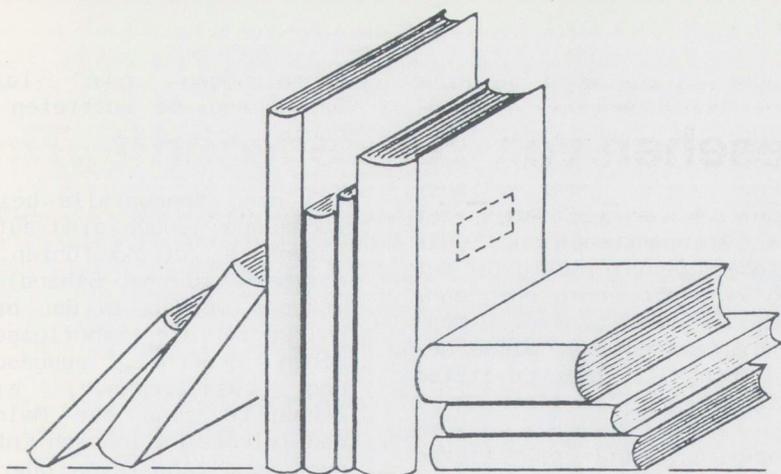
Diese Entwicklung führt dazu, daß die Studentenzahlen an den zahnmedizinischen Schulen seit 1978 um 20% zurückgingen und die 120.000 Zahnärzte in den USA gezwungen sind, neue Dienstleistungen anzubieten und ihre Hauptaufgabe nicht mehr im Füllen von Löchern zu sehen.

Die finanziellen Schwierigkeiten beginnen damit, daß der durchschnittliche Zahnmedizin-Student bei Studienabschluß 28.000 \$ Schulden hat. Die Möglichkeiten, eine eigene Praxis zu eröffnen, sind bei ca. 150.000 \$ Anfangskosten ebenfalls sehr gering. Immer weniger etablierte Zahnärzte sind aus finanziellen Gründen bereit, junge Kollegen in ihre Praxis aufzunehmen, so daß diese gezwungen sind, Aus-

hilfsarbeiten in ambulanten Kliniken, in Einkaufszentren und Kaufhäusern anzunehmen.

Die Zahnärzte jedoch geben trotz all dieser Schwierigkeiten nicht auf: Der Umfang der allgemeinen Zahnmedizin wird allmählich erweitert, indem neue Gebiete, wie Ernährungsberatung und allgemeine Aspekte der oralen Gesundheit in die Lehrpläne aufgenommen werden. Diese zusätzlichen Leistungen werden noch ergänzt durch ausgeklügelte Vermarktungsmethoden, wie z.B. preiswerte Kliniken in Einkaufsstraßen und vielversprechende Anzeigenkampagnen, um auch die 50% der amerikanischen Bevölkerung anzulocken, die ihre Zähne nicht regelmäßig nachsehen lassen.

Das Ziel dieser neuen Strategie ist eine Imageveränderung der Zahnärzte. Sie sind nicht länger Peiniger, die Schmerzen bereiten, sondern Ärzte, die mit neuen Technologien (Bohrer mit 450.000 Umdrehungen in der Minute, so daß die Wahrscheinlichkeit, den Nerv zu verletzen geringer wird; länger wirkende Narkosen, die nur örtlich wirken, ohne den ganzen Mund zu betäuben) in angenehmer Wohnzimmer-Atmosphäre die Patienten betreuen.



FARBATLANTEN DER ZAHNMEDIZIN

Herausgeber: Klaus H. Rateitschak, Basel

Band 1 Parodontologie

von K. H. Rateitschak und H. F. Wolf
1984. 332 Seiten mit 802 meist farbigen Abbildungen
in 1125 Einzeldarstellungen. DM 370,-

Band 2 Total- und Hybridprothetik

von A. Geering und M. Kundert
1985. 216 Seiten mit 850 meist farbigen Abbildungen. DM 290,-

Band 3 Partielle Prothetik

von G. Graber, erscheint im Frühjahr 1986

in Vorbereitung sind folgende Bände:

- P. Riethe, Kariesprophylaxe und -therapie
- P. Riethe/R. Rosendahl/J. Rotgans, Endodontie
- N. P. Lang, Kronen- und Brückenprothetik
- F. A. Pasler, Radiologie
- T. Rakosi/I. Jonas, Kieferorthopädie: Diagnostik (Band 8)
- T. Rakosi/I. Jonas, Kieferorthopädie: Therapie (Band 9)

20% ermäßigter Subskriptionspreis für das Gesamtwerk.

Jeder Band ist einzeln zum Ladenpreis erhältlich.

Für Band 8 und 9 (Kieferorthopädie) gilt der 20% ermäßigte Vorbestellpreis.

FACKLER & WAGENBAUER

Fachbuchhandlungen GmbH

Beethovenstraße 12

D-8000 München 2

Telefon: 0 89 / 53 39 59

Darüber hinaus wird aufgrund einer neuen Substanz, des sog. Cavidex 100, das in der Tufts Universität in Medford entwickelt wurde, immer seltener gebohrt werden. Cavidex ist eine Aminosäure-Lösung, die kariöses Dentin auflöst; der Zahn kann mit wenig oder ganz ohne Präparieren gefüllt werden (allerdings ist diese Methode nicht für alle Cavitäten geeignet).

Gerade in Amerika profitieren die Zahnärzte von dem Wunsch der Patienten nach Schönheit. Die kosmetische Zahnmedizin macht hier mittlerweile 70% der gesamten Zahnbehandlungen aus. Die bedeutendste kosmetische Methode ist Bonding, wobei Plastik-Harze direkt auf die Zahnoberfläche aufgetragen werden, um Verfärbungen, Absplitterungen und auch Lücken zwischen den einzelnen Zähnen kosmetisch optimal zu gestalten. Diese Technik ist einfach, von fast jedem Zahnarzt durchzuführen und kostet pro Zahn 150 bis 500 \$. Da Bonding immer nur 5 bis 7 Jahre hält, bis es wiederholt werden muß, werden die Harze ständig verbessert, so daß einige so haltbar sind, daß sie anstelle von Silber-Amalgam-Füllungen in den vorderen Zähnen verwendet werden. Schwierigkeiten, die sich aus zu eng stehenden Zähnen oder Bißproblemen ergeben, können mit durchsichtigen Kunststoffbracketts gelöst werden, was vor allem für Erwachsene von Vorteil ist. "Unsichtbare" oder linguale Bracketts werden an der Rückseite der Zähne angesetzt, wodurch allerdings manchmal Zun-

genreizungen oder leichte Sprechprobleme auftreten können.

70% des Zahnausfalls bei Erwachsenen jedoch sind auf Parodontose zurückzuführen. Bei der herkömmlichen Behandlungsmethode werden in der oralen Chirurgie die Zahnfleischtaschen geöffnet, ausgeschabt und ausgetrocknet; einige Zahnärzte sind der Meinung, daß leichte Fälle nach Entfernung des Zahnsteins oder des Plaques durch tägliche Anwendung einer Paste aus Hydrogen-Peroxid und Backpulver und anschließender Spülung mit Salzwasser behandelt werden können, was aber umstritten ist.

Letztendlich können sowohl Plaque als auch Löcher durch Impfungen gegen die sog. Streptococcus mutans Bakterien, die hauptsächlich für den Zahnverfall verantwortlich sind, verhindert werden. Dies wäre vor allem in Entwicklungsländern, besonders in Lateinamerika und Afrika, von Vorteil, wo durch Zucker konservierte Nahrungsmittel vorherrschen.

Als Alternative zum Gebiß wurden dentale Implantate entwickelt, also künstliche Zähne, die entweder mit Schrauben oder Metallbügeln in den Kieferknochen eingepflanzt werden. Diese Technik ist zwar schon seit 30 Jahren bekannt, wurde aber über die Jahre hinweg ständig verbessert, so daß früher häufig auftretende Infektionen nicht mehr der Fall sind.

Die Zahl der Amerikaner, die falsche Zähne benötigen (23 Mio.) wird jedoch ständig weiter sinken, da Bohrer mit großer Umdrehungsgeschwindigkeit Wurzelkanalbehandlungen ermöglichen und andere neue Technologien entwickelt wurden, die selbst stark zerstörte Zähne noch retten können.

Bald wird die Zeit kommen, in der das Glas mit Großmutter's Zähnen im Badezimmer ein Relikt aus einer anderen Zeit sein wird.

Aus: Time Nr. 36, S. 46-47, 1985

AIDS - INFEKTION DURCH SPEICHEL?

Ein Übertragungsweg über den Speichel scheint immer unwahrscheinlicher, da bisher kein Fall beobachtet werden konnte, in dem Mund zu Mund Kontakt bei AIDS-Patienten eine AIDS-Infektion ausgelöst hat. Dennoch, HTLV-III/LAV konnte aus dem Speichel mehrerer asymptomatischer homosexuel-

ler Männer isoliert werden. Die Titer des HTLV-III/LAV Virus im Speichel sind unbekannt, aber sie könnten gemessen werden (5). Diese Tatsachen sprechen für die Möglichkeit, daß intensives Küssen ein möglicher Übertragungsweg in einigen Fällen sein könnte. JAMA, 10/85, S. 639

ARZNEIMITTELAUSGABEN

Die Diskussion um die Arzneimittelausgaben wird in unverminderter Heftigkeit weitergeführt. Es ist ja auch nicht einsehbar, daß über Arzneiverordnungen ein höheres Finanzvolumen beansprucht wird, als es für unsere ärztliche Gesamttätigkeit zur Verfügung steht. 16% der Gesamtausgaben fallen bereits für Medikamente an, 17% entfallen auf die gesamte ambulante ärztliche Tätigkeit. Es kann doch nicht schicksalhaft sein, daß die Arzneimittelausgaben diesen hohen

Betrag weiterhin für sich in Anspruch nehmen, insbesondere wenn man bedenkt, daß die Krankenkassen nur ein Gesamtbudget zur Verfügung haben, welches auf alle Leistungsträger in der GKV verteilt werden muß. Die Arzneimittelinformationskarten der KBV können hier sicherlich nur ein kleines Hilfsmittel für den Arzt sein, rationeller zu therapieren. Jeder einzelne Arzt ist aufgerufen, so sparsam wie möglich im Rahmen der Arzneimitteltherapie vorzugehen.

Der Allgemeinarzt, 1/86, S. 43

Optimaler Versicherungsschutz

Im allgemeinen wird bei Praxisgründung auch ein bestimmter Umfang an Versicherungsschutz angeschafft. Jahre- oder jahrzehntelang ist meist die Zahlung der Prämien die einzige Erinnerung an diese Verträge, es sei denn, ein Schadenfall tritt ein. Ob dann die Risikoverhältnisse mit dem Vertrag übereinstimmen und der Schaden zufriedenstellend ersetzt wird, sei dahingestellt.

Wie verschafft man sich nun optimalen Versicherungsschutz? Welche Fragen und Aufgabenstellungen müssen vom Praxisinhaber gelöst werden, welcher Dienstleistungen kann er sich bedienen?

Am Anfang aller Überlegungen muß eine Risikoanalyse stehen. Welchen Gefahren ist der Betrieb mit seinen Mitarbeitern, seinen Sachwerten und seinem Geschäftsablauf ausgesetzt und welche Gefahren gehen von diesen Bereichen aus? Sind diese Risiken erkannt, aufgelistet und bewertet, so kann der Verantwortliche prüfen, wie diesen Gefahren begegnet werden kann. Dabei muß Versicherung nun nicht zwangsläufig an erster Stelle stehen. Viele Schadenverhütungsmaßnahmen helfen Schäden mit zusätzlichem Ärger und Mehraufwand zu vermeiden. "Schäden verhüten ist besser als Schäden vergüten."

Wenn nun aber bestimmte Gefahren sich nicht völlig ausschalten lassen, bleibt als sinnvolle Alternative zur eigenen Risikotragung der Abschluß einer geeigneten Versicherung. Bei der Auswahl des Deckungsumfanges, der Bedingungen und Klauseln, von Ein- oder Ausschlüssen, Prämien und Selbstbeteiligungen usw. ist jeder Nichtfachmann schlichtweg überfordert. Spätestens im Schadenfall zeigt es sich, wie gut oder mangelhaft der gewählte Versicherungsschutz tatsächlich ist.

Nachdem auf dem Markt eine Vielzahl von Versicherungsgesellschaften anbieten, mit zum Teil erheblichen Preis- und Qualitätsunterschieden, ist die Inanspruchnahme eines Versicherungsmaklers zu empfehlen. Dies geschieht deshalb, weil der Versicherungsmakler unter allen möglichen Vermittlern (angestellter Außendienst von Gesellschaften, selbständige Vermittler mit Agenturverträgen) die unabhängigste Stellung gegenüber den Versicherern einnimmt und sich als traditioneller Bundesgenosse des Versicherungsnehmers versteht. Der Versicherungsmakler kennt den Markt und er gewährleistet auch nach Vertragsabschluß eine regelmäßige Überprüfung und Anpassung der Verträge.

Vor allem im Schadenfall gehört es zu seinen Aufgaben, den Versicherungsnehmer bei der Regulierung zu unterstützen. Da bei der Schadenabwicklung Versicherungsunternehmen und Versicherungsnehmer selten gleichartige Interessen entwickeln, ist hier jener Vermittler überfordert, der vertraglich die Interessen seiner Gesellschaft zu vertreten hat (Angestellter oder Agenturvertreter). Spätestens hier wird sich auch die Qualität der früheren Bemühungen des Maklers erweisen. Ist ihm bei der Ausgestaltung des Versicherungsschutzes ein Fehler unterlaufen, so hat er persönlich für einen vollen Ausgleich des eingetretenen Schadens einzustehen.

Um bei der Auswahl eines Versicherungsmaklers die Gewähr für Qualifikation, Erfahrung und Zuverlässigkeit zu haben, empfiehlt es sich, an Mitglieder des Versicherungsmaklerverbandes e.V. heranzutreten, der strenge objektive und subjektive Anforderungen an seine Mitglieder stellt (ein Mitgliederverzeichnis liegt der Redaktion vor). Damit läßt sich auch das Risiko der Auswahl derjenigen Personen, die man mit Planung, Gestaltung und Betreuung seines Versicherungspaketes betraut, überschaubar machen.

Herbert Richthammer
Versicherungsmakler
Mitglied im VMV

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

GELDBUSSE WEGEN UNRICHTIGER ARBEITSUNFÄHIGKEITS-BESCHEINIGUNG

Celle - Wenn ein Arzt ohne Untersuchung allein aufgrund von Angaben dritter Personen eine Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung ausstellt, verstößt er damit gegen seine Pflichten als Kassenarzt.

Wie das Landessozialgericht Celle näher darlegte, darf nur im Anschluß an eine ärztliche Untersuchung krankge-

schrieben werden. Dabei darf sich auch ein Hausarzt nicht von dem Interesse seines Patienten auf Erhalt des Arbeitsplatzes leiten lassen.

Der leichtfertigen Ausstellung von Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen müsse mit allem Nachdruck begegnet werden, wie auch die Strafnorm § 278 StGB zeige.

PRAXIS-KURIER, 6/86, S. 22

6. IPPNW-Weltkongress in Köln

Vom 29. Mai bis 1. Juni wird der 6. Weltkongreß der IPPNW (International Physicians for the Prevention of Nuclear War) in Köln stattfinden. Seit dem 5. Kongreß, ein Jahr zuvor in Budapest, hat die internationale Ärztebewegung zur Verhinderung eines Atomkrieges noch einmal einen erheblichen Aufschwung zu verzeichnen gehabt. Herausragendes Ereignis war die Verleihung des Friedensnobelpreises an die IPPNW.

So wird mit etwa 1200 Delegierten aus aller Welt zu rechnen sein. Ihnen wird ein umfangreiches Programm aus Plenarsitzungen, Vorlesungen, Film- und Videovorführungen sowie Einführungsreferaten über Grundinformationen vorgezsetzt werden. Daneben wird wie auf den zurückliegenden Kongressen ein internationales wissenschaftliches Programm in Form von Podiumsdiskussionen, Gesprächskreisen und Intensivkursen gegeben.

Erstmalig auf einem IPPNW-Kongreß wird parallel dazu ein nationales wissenschaftliches Programm ablaufen und zwar in deutscher Sprache. Damit soll versucht werden, den ausländischen Gästen die Situation unseres Landes möglichst nahezubringen, und andererseits soll allen interessierten deutschen Kollegen die Möglichkeit geboten werden, sich mit der IPPNW und ihren Bemühungen zur Ver-

hütung eines Atomkrieges vertraut zu machen.

Die Namen der Referenten und die Themenzusammenstellung für das nationale Programm bieten die Gewähr, daß es sich um eine anspruchsvolle und interessante Veranstaltung handeln wird.

Für alle Kongreßbesucher wird es ein sehr umfangreiches Begleitprogramm geben. Ausstellungen, Theateraufführungen und Konzerte sind ebenso eingeplant wie Ausflugsfahrten und Parties.

Damit noch nicht genug: Für die ausländischen Gäste sollen elf verschiedene "Post-Congress-Tours" organisiert werden. Auf diese Weise soll über das ganze Bundesgebiet verteilt die Möglichkeit zur Kontaktaufnahme zwischen ausländischen und deutschen Kollegen ermöglicht werden und natürlich so etwas wie Gastfreundschaft demonstriert werden.

Die Mannschaft um den Kongreßpräsidenten Professor Bonhoeffer aus Köln hat nun fast zwei Jahre intensive Arbeit in die Vorbereitung gesteckt und man kann vermuten, daß es eine bedeutungsvolle Veranstaltung werden wird. Natürlich ist zu wünschen, daß der Zustrom der Interessierten immer größer wird und damit die Einflußmöglichkeiten der Bewegung weiter zunehmen können.

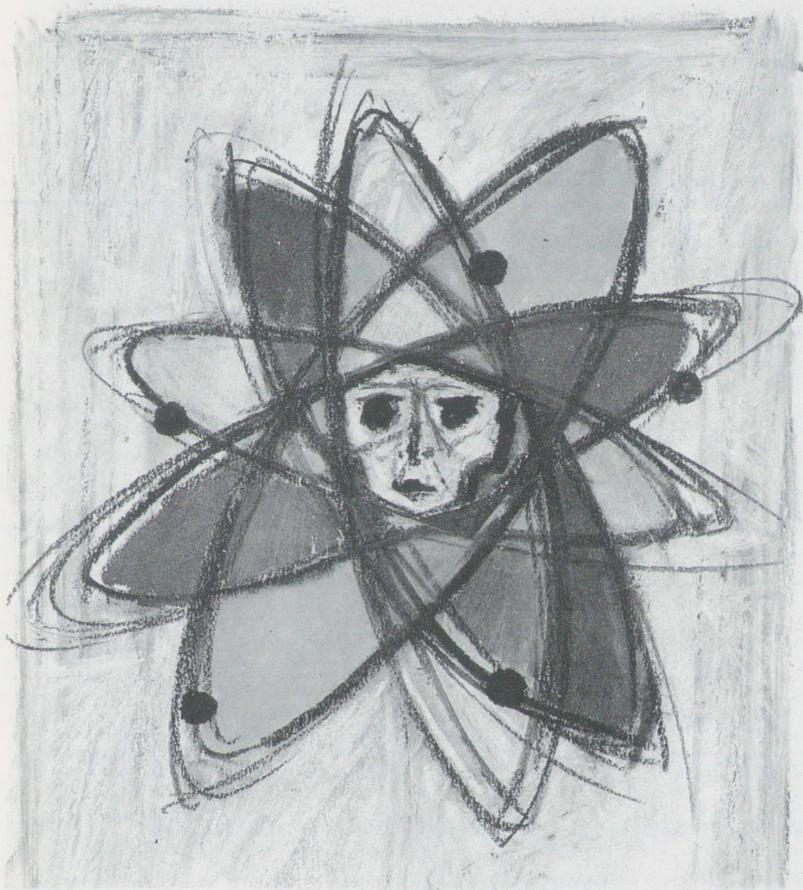
Die Phobie der Ärzte in Deutschland vor allem Politischen hat Tradition. Allerdings gab es auch immer wieder Beispiele für gegenteilige Tendenzen, für soziales und politisches Engagement. Den Zaudernden mag der Vortrag "Rudolf Virchow: The Physician as a Politician" ans Herz gelegt werden. Er wird am 30. Mai von Leon Eisenberg aus den USA gehalten werden.

Das Programmheft und auch das

Piatti-Plakat zum 6. IPPNW-Weltkongreß ist im IPPNW-Büro, Dr. Till Bastian, Bahnhofstraße 34, 6501 Heidesheim, erhältlich. Das Plakat ist für DM 6,-- plus Porto erhältlich.

Die Tagungsgebühren für den nationalen Teil des Kongresses sind für Ärzte auf DM 100,-- festgesetzt worden. Die Anmeldung ist zu richten an: IPPNW 6th. Congress Committee, Postfach 410525, 5000 Köln 41.

Dr. Lutz Albers



**Besuchen Sie unsere
monatlichen Studiengruppen-
treffen!**

**Wir bieten:
praxisorientierte Fortbildung
standespolitische Information
und das kollegiale Gespräch**

DENT · O · CARE



PROPHYLAXE · SERVICE

Aus unserem Angebot:

Größte Auswahl von Prophylaxe-Artikel
vieler bekannter Hersteller
Floss-a-matic Zahnseidehalter,
Motivationsartikel, Studienmodelle,
Plaklite, Stirnlampen.
Neue Produkte u. v. a.

Fordern Sie unseren Katalog an:
Peter J. Kane, Dent-o-care,
Postfach, 8011 Brunenthal, Tel. 081 02/41 12

Bezugshinweis für das Forum:

Abo-Preis beträgt entgegen anderslautenden

Veröffentlichungen 30,— DM pro Jahr

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde e.V. ist ein parteipolitisch unabhängiger zahnärztlicher Berufsverband. Der größte Teil seiner Mitglieder ist in regionalen, sog. Studiengruppen zusammengeschlossen, die regelmäßig praxisnahe Fortbildungsveranstaltungen sowie freie Gesprächsabende über aktuelle Berufsprobleme durchführen. Neben speziellen regionalen Informationen gibt der DAZ die Zeitschrift „forum“ heraus. Wenn Sie Interesse an unserer Arbeit haben und Näheres erfahren möchten, so senden Sie bitte die anhängende Postkarte mit Ihrer Adresse an eine der folgenden Studiengruppen-Geschäftsstellen:

DAZ-Studiengruppe Elbe-Weser, Dr. H. Feindt, Westerjork 3, 2155 Jork

DAZ-Studiengruppe Hamburg, Dr. W. Schories, An der Alster 62, 2000 Hamburg 1

DAZ-Studiengruppe München, Dr. H.-W. Hey, Lindenschmitstr. 44, 8000 München 70

DAZ-Studiengruppe Oldenburg, Dr. R. Ernst, Waldblick 2, 2905 Edewecht

DAZ-Studiengruppe Regensburg, Dr. H. Diewald, Donaustauer Str. 25, 8400 Regensburg

oder an die

Hauptgeschäftsstelle des DAZ, Diererstr. 20, 8000 München 2, Tel. 089 / 2 28 35 05

Pressestelle des DAZ, Dr. T. Ropers, Alter Marktplatz 4, 2162 Steinkirchen

Sie erhalten dann für die Dauer eines halben Jahres kostenlos unsere Zeitschrift und andere Informationen.

Ich möchte das „forum“ zum Jahrespreis von DM 30,- abonnieren

Ich bin an der Arbeit des DAZ interessiert und bitte um kostenlose Zusendung von Informationsmaterial für die Dauer von 6 Monaten

Ich möchte dem DAZ beitreten und bitte um Zusendung der Satzung und Beitragsordnung

Unterschrift

stud./cand. med. dent

angest. ZÄ/ZA

selbst. ZÄ/ZA

kein ZÄ/ZA

forum 12

**Möchten Sie
jedes Jahr mehr Zinsen?
Dann kaufen
Sie BfG:Sparschuld-
verschreibungen.**

BfG:Regensburg
Bank für Gemeinwirtschaft
8400 Regensburg 11, Haidplatz 8
Telefon (0941) 53041

ABSENDER:

Tel. _____

ANTWORTKARTE



Deutscher Arbeitskreis
für Zahnheilkunde
(DAZ)

Dienerstr. 20
8000 München 2