



Herausgegeben vom Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde

NR. 14

5. Jahrgang – 3. Quartal 1986

**Zahnärztliche Initiative zur Änderung
der Wirtschaftlichkeitsprüfung
nach Qualitätskriterien**

Abrechnungsmanipulationen
Blüm ergreift die Initiative

Über die Problematik der Ausbildung
des zahnärztlichen Nachwuchses

Gruppenversicherungsabkommen des DAZ
mit der CENTRAL-Krankenversicherung

und vieles mehr



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

Kostendämpfung leicht gemacht

Wir zeigen Ihnen den Weg _____

Corona Dental

Zahntechnisches Labor

Corona-Dental-Handels GmbH

Berg-am-Laim-Straße 79a
8000 München 80

Telefon
(089) 4 31 30 08 / 09

**Ihr Ansprechpartner
für Dentitan
und Funkenerosion
Der Technik der Zukunft**

SAE





BISICO-Löffelclean ist ein Desinfektions-Reiniger mit Korrosionsschutz für Abdrucklöffel.

BISICO-Löffelclean löst selbsttätig sämtliche Abformmassen, auch Zinkoxyd-Eugenol-Pasten, thermoplastische Abdruckmassen, Wachse und Alginate.

bisico

RUDOLF HEGEN
Telefon 07961 - 38 58
Haller Straße 49
7090 ELLWANGEN / J.

Besonders für Ultraschallbad geeignet.

Lieferform:

1 Flasche
= 1.000 ml = ca. 1 kg
1 Kanister
= 5.000 ml = ca. 5 kg

BERRY Zahntechnik GmbH

Pacellistraße 8, neben ZA-Praxis M.Meinecke (DAZ)

Telefon 089/2973 63

Junges Labor, das seine
erste Schritte macht,
sucht passende Schuhe zum Laufen.
Wir haben dieses Jahr begonnen
und möchten neue Kunden bekommen.

Unsere Qualifikationen:

- Artex-System
- Zeiser Modelle
- Gnatologische Arbeiten nach Pankey-Mann-Schuyler
- Individuelle gestaltete Keramik

P. S. Vor allem möchte ich dieses kleine Labor mit und für
qualitative(n) Ansprüche(n) für DAZ-Mitglieder
in München-city empfehlen.

M. Meinecke

Inhalt:

Zahnärztliche Initiative zur Änderung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Qualitätskriterien	128
Nabelschau verhindert Weitblick	141
Abrechnungsmanipulationen - Blüm ergreift die Initiative	147
Über die Problematik der Ausbildung des zahnärztlichen Nachwuchses	151
Gruppenversicherungsabkommen des DAZ mit der CENTRAL-Krankenversicherung	156
Die KZV-Niedersachsen und die Praktizierung der Leitlinien, Hinweise und neuen gemeinsamen Hinweise	163
Qualitätssicherung bei der Abdrucknahme?! - Hydrokolloidabdruck	169
Die Lösung mucogingivaler Probleme in der Praxis	177
Handwerker in der Zahnarztpraxis: Eine Alternative	180
Leserbrief "Zahn um Zahn"	183
Viel Geld für wenig Schutz - Qualitätsbewertung der Unfallversicherungen ist nötig!	191

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

**SCHMID
UND
PAULA**



**DENTAL
LABOR**

Qualität
und
Ästhetik

ist das Ergebnis unserer präzisen Arbeit.
Dafür stehen unsere Namen

Gerhard Schmid
Belle Hoffmann
J. Kutsch
Karg Doris
Bettina Schuster
Maria Lutz
Sieglinde Zistler
Stove Kuchnaka
Gerald Peter
Rabwiner Serski
Kaufke
Adore Kallermann
Dimitri
Kirsch Wilhel
Renée Günther
Wagner Hans
Alte, S.
Lips Reiter
Schwimmer Margit
Günther

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

Die DAZ-Minimalis

— Alternative zum »Ausstieg aus der gesetzlichen Krankenversicherung«

Seit Jahren streiten sich zahnärztliche Körperschaften, Krankenkassen, Ministerialbürokratie und Parteien um den richtigen Weg zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Das Bundesarbeitsministerium kämpft um den Erhalt des Systems und stabile Beitragssätze, die Krankenkassen gegen ausufernde Behandlungskosten und die Zahnärzte um leistungsgerechtes Honorar und maximale Therapiefreiheit. Für die wichtigste Gruppe, die Patienten, geht es neben der finanziellen Eigenbeteiligung vor allem um die Qualität der Behandlungsmaßnahmen, die zu berechtigter Kritik Anlaß gibt, wie verschiedene Untersuchungen gezeigt haben (s. S. 127).

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde hat sich als erster zahnärztlicher Berufsverband mit der wichtigen Frage der Qualitätssicherung befaßt und während der vergangenen Jahre immer wieder versucht, die Diskussion über dieses für unseren Berufsstand so existenzentscheidende Problem anzuregen und in Gang zu halten. Die vom Freien Verband angestrebte "Wiederherstellung der ungestörten Zweierbeziehung Zahnarzt - Patient" ist als Mittel zur Lösung der Problematik ungeeignet, weil sie die Gefahr birgt, daß Patienten

mangelhafter Behandlungsqualität und überzogenen Honorarforderungen vergleichsweise ungeschützt ausgeliefert sind. Weiterhin erscheint es notwendig, die zuverlässig arbeitenden und korrekt abrechnenden Zahnärzte davor zu bewahren, die Konsequenzen nachlässiger Behandlungen und krimineller Abrechnungspraktiken von Kollegen mittragen zu müssen.

Als Ergebnis mehrjähriger Diskussionen über diese Problematik legte der DAZ im August seine "Zahnärztliche Initiative zur Änderung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Qualitätskriterien" den kasenzahnärztlichen Vereinigungen vor. Wir glauben, daß die Konsequenz der Anwendung dieses Instrumentariums bei den Abrechnungsstellen der KZVen den vernünftigsten und gerechtesten Weg darstellt, dem Patienten eine Mindest-Behandlungsqualität zu sichern, die Krankenkassen vor weiteren Kostenbelastungen zu schützen und damit dem korrekt arbeitenden Zahnarzt Therapiefreiheit und Einzelleistungsvergütung zu erhalten.

Die "Zahnärztliche Initiative zur Änderung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Qualitätskriterien" stellt das FORUM auf den Seiten 128-138 seinen Lesern vor.

Die Redaktion

SIEMENS

Damit Sie sichere Diagnosen von Parodontopathien stellen können.



Das Gerät zeigt objektiv und reproduzierbar den Dämpfungszustand des Parodontiums sowie indirekt die Zahnbeweglichkeit optisch und akustisch an. Schon im Frühstadium lassen sich parodontale Schäden mit den beginnenden Strukturveränderungen des Zahnhalteapparates einfach und sicher erfassen.

Fordern Sie detaillierte Informationen an.

Siemens Aktiengesellschaft
Bereich Medizinische Technik
Geschäftsgebiet Dental
Fabrikstraße 31, 6140 Bensheim

Neu: PERIOTEST® von Siemens

Gründe für eine erneute Initiative der DAZ in Sachen Qualitätssicherung

Sowohl in den "Arbeitsberichten von 1980/81" als auch in den "Grundsätzen und Empfehlungen zur kassenzahnärztlichen Versorgung 1983" machte der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde Vorschläge zur Wirtschaftlichkeitsprüfung unter qualitativen Aspekten und forderte die Beschreibung von qualitativen Mindestanforderungen an zahnärztliche Leistungen. Die Vorschläge und Forderungen des DAZ wurden von den Standesvertretern weitestgehend ignoriert und blieben ohne jegliche positive Resonanz. Wer der Ansicht ist, "daß Qualitätssicherung der planwirtschaftlichen Organisation des Gesundheitswesens den Weg ebnet (Zahnärztliche Mitt. 76, 1182 (1986)), hat von den Forderungen des DAZ nichts verstanden. Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde setzt sich eindringlich für den Erhalt der Freiberuflichkeit und die Therapiefreiheit mit Einzelleistungsvergütung ein.

Mit dem folgenden Papier, das der KZBV und den Landes-KZVen

vorgelegt wurde, ergreift der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde erneut die zahnärztliche Initiative zur Qualitätssicherung. Der Katalog enthält eine tabellarische Übersicht von Auffindungsmerkmalen für qualitativ fragwürdige Leistungen. Zudem hat der DAZ qualitative Mindestanforderungen für die wichtigsten kassenzahnärztlichen Leistungen definiert, die im Rahmen einer Nachuntersuchung direkt am Patienten Anwendung finden können.

Die Initiative hat zum Ziel, einen zahnärztlichen Beitrag zur Kostendämpfung zu leisten, eine gerechte Honorarverteilung herbeizuführen, das Erscheinungsbild unseres Berufsstandes in der Öffentlichkeit zu verbessern und das Vertrauen der Patienten in die Behandler zu erhalten.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde fordert die KZVen auf, sich ohne Vorurteil mit der Qualitätssicherung kassenzahnärztlicher Leistungen auseinanderzusetzen.

Dr. M. Witte

Ein unbekannter Prozentsatz zahnärztlicher Leistungen muß nach Ablauf zu kurzer Zeit neu erbracht werden, weil die Qualität der Arbeit nicht für ausreichende Dauerhaftigkeit sorgte. Eine qualitätsorientierte Wirtschaftlichkeitsprüfung würde auch auf diesem Felde zu Einsparungen führen.

DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983

Zahnärztliche Initiative zur Änderung der Wirtschaftlichkeits- prüfung nach Qualitätskriterien

VORBEMERKUNG

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde ist ein Interessenverband für Zahnärzte in freier Berufsausübung. Nur bei Erhalt der Freiberuflichkeit kann jeder von uns für seine Patienten persönlich Verantwortung tragen.

Die noch bestehende Therapiefreiheit mit Vergütung der Einzelleistung können wir nicht erhalten, wenn wir nicht Konzepte zum Nachweis und zur Sicherung der zahnärztlichen Behandlungsqualität innerhalb des Berufsstandes erarbeiten, erproben und durchführen.

Qualitätsfördernde Strukturformen müssen die bisher zu einseitig auf Honorar orientierte Politik im Bereich des kassenzahnärztlichen Vertragswesens ergänzen.

Es geht im Interesse der Patienten und der Zahnärzte nicht nur um die Kosten, sondern auch um die Qualität und Effizienz der Behandlungsmaßnahmen, die diese Kosten verursachen.

Partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen den gesetzlichen Krankenversicherungen und den Kassenzahnärzten setzt voraus, daß wir das von beiden Seiten organisierte Mißtrauen überwinden und die Krankenkassen neben notwendiger Honorarpolitik auch sinnvolle Gesundheitspolitik betreiben. Unsere

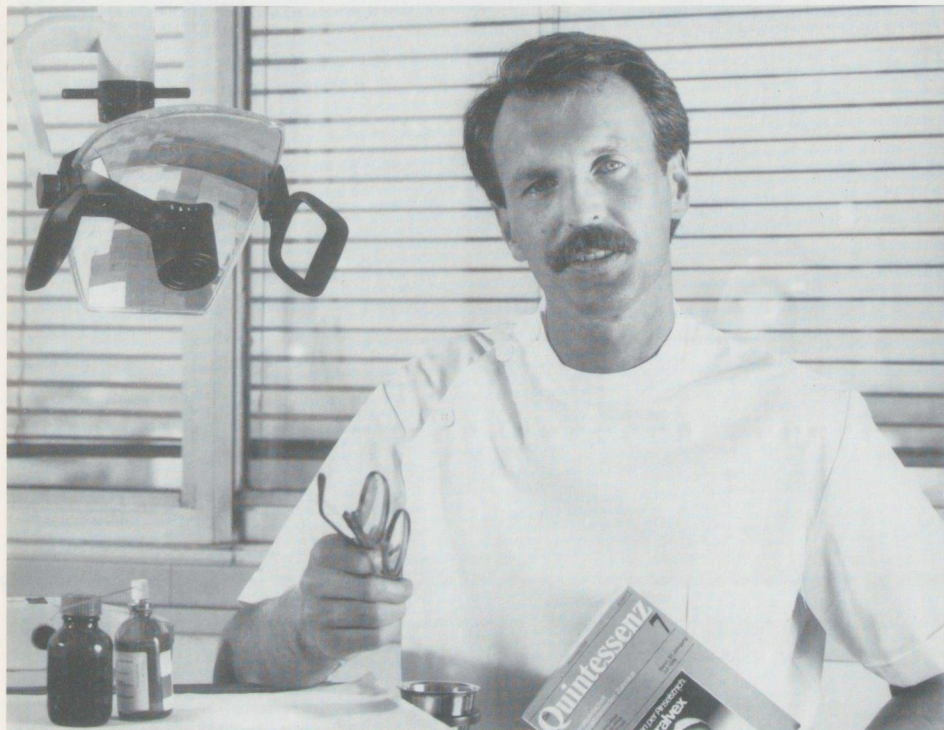
Initiative soll dazu beitragen, das Erscheinungsbild des zahnärztlichen Berufsstandes in der Öffentlichkeit wieder zu verbessern und das Vertrauen der Patienten in ihre zahnärztlichen Behandler zu stärken bzw. dort wiederherzustellen, wo es verlorengegangen ist.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde ist der Auffassung, daß die Einhaltung der nachfolgend beschriebenen Qualitätskriterien auf der Basis der jetzt gültigen Einzelleistungsvergütung möglich ist. Wir befürchten allerdings, daß bei Einführung von Pauschalhonorierungen oder Honorardeckelungen diese Einhaltung nicht mehr gewährleistet werden kann und immer mehr Zahnärzte betriebswirtschaftliche Kriterien bestimmen lassen werden, welchen Qualitätsstandard sie ihren kassenzahnärztlichen Leistungen zugrunde legen. Es besteht daher für uns ein Junktim zwischen ausreichender Einzelleistungsvergütung und der Einhaltung dieser von uns definierten Qualitätskriterien.

AUSGANGSSITUATION

1. Trotz noch immer steigender Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die zahnärztliche Versorgung der Bevölkerung ist die

SEIEN SIE RUHIG ANSPRUCHSVOLL BEI DER WAHL IHRER FACHLITERATUR!



Patienten sind anspruchsvoll und kritisch. Sie wollen eine möglichst optimale medizinische Versorgung. Dies bedeutet Herausforderung und Ansporn zugleich.

Die Konsequenz:
Fort- und Weiterbildung im Beruf haben oberste Priorität! Deshalb kann es auch bei der Wahl der Fachliteratur keine Kompromisse geben, deshalb liest die Mehrzahl aller praktizierenden Zahnärzte in Deutschland regelmäßig Zeitschriften und Fachbücher aus dem Quintessenz Verlag. Hier findet man in übersichtlicher Form präzise und aktuelle Informationen zu allen Fachbereichen der Zahnmedizin. Originalarbeiten, praxisbezogene Fall-Studien und interessante Aufsätze zur Fort- und Weiterbildung.

Die QUINTESSENZ ist seit mehr als vier Jahrzehnten der führende Verlag im Bereich der Zahnmedizin.

Durch diese langjährigen Erfahrungen im Verlagsbereich und unser oberstes Ziel, die wissenschaftliche Fachliteratur unseres Hauses durch eine Vielzahl ausgereifter Ideen und ihre vorbildliche Umsetzung immer weiter zu verbessern, sind wir zum zuverlässigen Partner der Zahnmedizin geworden.

Darauf sind wir stolz, und dafür werden wir auch künftig kontinuierlich und hart arbeiten.

Quintessenz

Berlin - Chicago - London - São Paulo - Tokio

Zahl der Kariesschäden seit Jahrzehnten fast unverändert hoch. Ebenso leiden mehr als 80% der Bevölkerung an Erkrankungen der zahngebenden Gewebe (Parodontitis, Parodontose).

2. Die Bemühungen um breitenwirksame Vorbeugungsmaßnahmen in Kindergärten und Schulen, wirksamster Weg zur Eindämmung der Karies- und Parodontalerkrankungen, sind in der Bundesrepublik eher im Rückgang begriffen. Dies bedeutet, daß gerade bei den wichtigsten Prophylaxe-Zielgruppen, den Kindern und Jugendlichen, nur noch in sehr begrenztem Umfang
 - Aufklärung über gesunde Ernährung,
 - Aufklärung über notwendige Mundhygiene sowie
 - Aufklärung über die Wichtigkeit der Prophylaxe stattfinden.
3. Nach wie vor ist der Behandlungsbedarf der Bevölkerung unverändert hoch. Allein die Entwicklung der Leistungsmenge beim Zahnersatz (ca. 80 Mrd. DM seit 1975 (während der letzten 25 Jahre kam es in der gesetzlichen Krankenversicherung zu einer 27-fachen Steigerung der Zahnersatzkosten)) läßt vermuten, daß neben gegebenem Nachholbedarf ein großer Teil des Zahnersatzes schon nach kurzer Zeit erneuert, repariert oder erweitert werden muß. Es fehlt offenbar der breite Sanierungseffekt, der längst zu einem Rückgang der Zahnersatzkosten hätte führen müssen.

Verschiedene Untersuchungen

bestätigen diese Vermutung. So wurde bei einer Studie in Münster (Lange - Quintessenz 9/83, S. 1746) festgestellt, daß 69% aller untersuchten Füllungen, 78% aller Einzelkronen und 82% aller Brücken biologisch nicht akzeptable Mängel aufwiesen. Nur weniger als 1/3 der Patienten hatte vom Zahnarzt konkrete Hinweise und Übungen zur Mundhygiene erhalten, obwohl die Hälfte der untersuchten Patienten ihren Zahnarzt zweimal im Jahr konsultiert hatte. Im Rahmen einer anderen Studie (Kerschbaum - DZZ 1983, Jg. 38, S. 993) wurde festgestellt, daß bei 50% aller Überkronungen Karies zurückgelassen wird. Eine weitere, noch unveröffentlichte Studie (Untersuchung nach § 223 RVO des BdB 1986) zeigt, daß 24% aller Füllungen bereits innerhalb von 16 Monaten erweitert oder erneuert werden müssen. Auch herausnehmbarer Zahnersatz wird häufig bereits nach kurzer Zeit erneuert oder erweitert.

Diese Zahlen lassen nur den Schluß zu, daß die Qualität eines großen Teils der kassenzahnärztlichen Leistungen nicht ausreichend ist, also Kassenzahnärzte zu einem hohen Prozentsatz ineffektiv und unwirtschaftlich arbeiten.

Es ist zu befürchten, daß sich diese Situation durch folgende Gegebenheiten in Zukunft noch verschlechtern wird:

- a) Nach Auffassung vieler Hochschullehrer hat sich die Ausbildungsqualität der Zahnmedizinstudenten durch Überkapazität so verschlechtert, daß eine ausreichende Berufsqualifika-

tion nicht mehr gewährleistet ist. Gleichzeitig geht die Zahl der Ausbildungsassistentenstellen immer mehr zurück, so daß sich Zahnärzte mit immer weniger Berufserfahrung niederlassen.

- b) Durch die 1985/86 beschlossenen Honorarreduzierungen, erst recht durch drohende Honorardeckelungen, erleiden vor allem qualitätsbewußt arbeitende Zahnärzte die empfindlichsten Einbußen. Zahnärzte dagegen, die nicht bereit sind, eine Verminderung ihres Einkommens hinzunehmen, werden die Leistungen in Zukunft schneller und damit zwangsläufig in schlechterer Qualität erbringen.

Das geltende Kontrollinstrumentarium kassenzahnärztlicher Tätigkeit ist nicht geeignet, diese Entwicklung zu verhindern, d.h. die Einhaltung eines qualitativen Mindestniveaus zu gewährleisten. Mit der jetzt praktizierten Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten läßt sich lediglich die Frage nach der Menge der abgerechneten Leistungen, nicht jedoch die nach deren Qualität beantworten. Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde schlägt deshalb schon seit mehreren Jahren vor, die rein quantitative Betrachtungsweise der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch Prüfung auf Qualität und Effizienz zu ersetzen.

Wir sehen die Notwendigkeit zur Einhaltung einer definierten Mindestqualität auch im Zusammenhang mit der immer wieder diskutierten Frage, ob die Höhe der zahnärztlichen

Einkommen gerechtfertigt ist. Der DAZ ist der Auffassung, daß die derzeitige Leistungsbewertung angemessen ist, wenn dafür qualitativ befriedigende, dauerhafte und damit effiziente Leistungen erbracht werden.

KONSEQUENZEN

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde hält es für unumgänglich, die Wirtschaftlichkeitsprüfung in Richtung auf eine qualitativ orientierte Betrachtungsweise zu ändern. Dies bedarf zweier Voraussetzungen:

1. Die Daten relevanter Kassenzahnärztlicher Leistungen müssen über einen längeren Zeitraum als bisher von der KZV gespeichert werden (zehn Jahre), da sich nur so z.B. die Haltbarkeit von Füllungen, Kronen, Zahnersatz etc. nachprüfen läßt.
2. Für relevante zahnärztliche Leistungen müssen neben dem definierten Leistungsinhalt auch qualitative Mindestanforderungen (Standards) beschrieben werden.

Diese Standards, also unverzichtbare Qualitätsmerkmale, werden für einige Leistungen im folgenden exemplarisch definiert: Die fachliche Grundlage dafür bilden nicht nur die Ausbildungsinhalte an den Hochschulen, sondern auch die Maßstäbe zur Qualitätssicherung zahnärztlicher Leistungen, wie sie in der "Quality evaluation for dental care" (1977) der California Dental Association veröffentlicht worden sind.

Diese qualitativ orientierten

Leistungsbeschreibungen können jedoch nur dann Verwendung finden, wenn eine Kontrolle direkt am Patienten durch eine Nachuntersuchung (Einzelfallprüfung) erfolgt. Eine solche Überprüfung (durch einen Gutachter o.ä.) kann jedoch nur ein relativ später Schritt eines Qualitätssicherungssystems sein. Außerdem sind Nachuntersuchungen am Patienten aus personellen und finanziellen Gründen nur stichprobenartig möglich und auch nur in Ausnahmefällen notwendig. Wir halten es deshalb für wichtiger und praktikabler, durch gezielten Abruf der bei den KZVen gespeicherten Abrechnungsdaten bestimmte qualitätsorientierte Feststellungen für jeden einzelnen Zahnarzt und jeden einzelnen Patienten zu beantworten. Auf diese Weise sollen zahnarzt- bzw. patientenspezifische Auffälligkeiten bezüglich der Qualität der erbrachten Leistungen gefunden werden.

Der DAZ hat deshalb neben den qualitativen Minimalanforderungen auch diese Auffindungsmerkmale für qualitativ fragwürdige Leistungen erarbeitet. Sie sind in der nachfolgenden tabellarischen Übersicht in der dritten Spalte von links aufgeführt.

PRAKTISCHES VORGEHEN UND KONSEQUENZEN

Mit Hilfe der in der dritten Spalte der Tabelle aufgeführten Verhältniszahlen und Parameter sollte die Behandlungsweise jedes Zahnarztes anhand der bei der KZV eingehenden Krankenscheindaten geprüft und transparent gemacht werden. So

sind individuelle Behandlungsschwerpunkte, besonders aber auch qualitativ zweifelhafte, prognostisch fragwürdige und damit offensichtlich unwirtschaftliche Versorgungen auf relativ einfache Weise aufzufinden. Kontrollen in der Praxis oder Befragungen des Patienten sind dabei nicht erforderlich. Zahnärzte, deren Leistungsspektrum grob abweichende Profile zeigt, sollten zuerst vom Prüfungsausschuß der KZV ausführlich über die Sachlage informiert und beraten werden. Entlastende Begründungen für statistische Abweichungen (z.B. Spezialisierung, Überweisungen) sind dabei zu berücksichtigen. Ist durch Beratungen keine positive Änderung des Leistungsprofils zu erzielen, so sollten als zweiter Schritt stichprobenartige Einzelfallprüfungen von Patienten durch einen Gutachter oder Beratungszahnarzt durchgeführt werden. Als Beurteilungsgrundlage sollten dabei die Mindestanforderungen gelten, wie sie in der rechten Spalte der nachstehenden tabellarischen Übersicht aufgeführt sind.

Als Konsequenz aus der Abrechnungsprüfung nach den Auffindungskriterien und den Ergebnissen eventueller klinischer Untersuchungen müssen - ähnlich der jetzt üblichen Praxis - von der KZV entsprechende Regreßforderungen erhoben werden. Bei Feststellung häufiger gravierender Mängel bezüglich Planung und Herstellung prothetischer Versorgungen sind obligatorische Vor- und Nachbegutachtungen durchzuführen. Dieser Katalog von Minimalanforderungen kassenzahnärztli-

Leistungskomplex (BEMA)	Ist-Zustand	Auffindungsmerkmale Der Verdacht auf qualitative Mängel bei Diagnostik, Indikation und/oder Durchführung liegt vor, wenn.....	Erläuterungen	Minimalanforderungen an kassenzahnärztliches Behandlungsverhalten
Pos. 01	Die offiziell von der KZV ausgegebenen 01-Stempel bieten keine ausreichende Dokumentationshilfe für eine verantwortliche zahnärztliche Befunderhebung. Sie verleiten dazu, sich häufig nur auf die Feststellung von fehlenden und/oder offensichtlich defekten Zähnen zu beschränken. Jede Motivation zu weiterer Diagnostik, z.B. funktionaler Störungen oder vorhandener Restaurationen fehlt.	...in weniger als 50% aller Fälle eine Untersuchung nach 01 dokumentiert wird.	Eine zahnärztliche Befundaufnahme ist nur dann als sinnvoll anzusehen, wenn in klinisch vertretbarem Zeitraum therapeutische Konsequenzen folgen. Unter Berücksichtigung aller auch vom Zahnarzt nicht zu beeinflussender Umstände (fehlende Compliance, strukturelle bedingte Besonderheiten u.a.) gebietet schon der Stellungsauftrag, daß Sanierungen die Regel zahnärztlichen Handelns darstellen sollten. Es muß vermieden werden, daß durch verschleppte oder fragmentarische Behandlung festgestellter Schäden der Behandlungsbedarf mit allen seinen menschlichen und sozialpolitischen Aspekten unangemessen vergrößert wird.	Bei der zahnärztlichen Untersuchung sollten alle klinische relevanten Befunde erhoben werden. Im Regelfall sind weitere präzisierende diagnostische Maßnahmen notwendig. Die Behandlung gemäß 01-Befund sollte innerhalb von 2 Quartalen abgeschlossen sein oder es sollte ein Behandlungs-konzept mit eingeleiteter Vorbehandlung erkennbar sein. In der Regel soll aus dem nächstfolgenden 01-Befund eine sanierungsorientierte Intervention des Zahnarztes erkennbar sein.
Pos. 8 bei 01	Noch immer scheinen "Schmerzbehandlungen" bei vielen Kollegen die Regelleistung zu sein, Sanierungen dagegen eher selten.	...bei weniger als 60% aller Erstuntersuchungen (im selben Quartal) weder Vitalitätsprüfungen noch Röntgenuntersuchungen durchgeführt werden.		
Pos. 925ff bei 01	Nach Aussagen von Gutachtern ist ein Großteil von Röntgenbildern diagnostisch unbrauchbar.	...bei keiner Kontrolluntersuchung (im gleichen Quartal) Vitalitätsprüfungen und/oder Röntgenuntersuchungen durchgeführt werden.		Röntgenbilder, insbesondere Zahnfilme müssen eine Befundung zulassen, d.h. diagnostisch auswertbar sein. Der Befund muß für einen Gutachter nachvollziehbar sein. Röntgenaufnahmen, für die dies nicht zutrifft, sind nicht abrechenbar.

Leistungskomplex (BEMA)	Ist Zustand	Auffindungsmerkmale Der Verdacht auf qualitative Mängel bei Diagnostik, Indikation und/oder Durchführung liegt vor, wenn.....	Erläuterungen	Mindestanforderungen an kassenzahnärztliches Behandlungsverhalten
Systematische PAR-Behandlung Pos. 40, 41 bei PAR	Derzeit besteht ein starkes Mißverhältnis zwischen Zahn- ersatz-Leistungen und parodontaltherapeutischen Maßnahmen. Trotz einer hohen Morbidität werden nur circa 0,7% der 20-60 Jährigen systematisch behandelt	überhaupt keine systematischen PAR-Behandlungen abgerechnet werden.	In der Regel ist die Prognose von Zahnersatzmaßnahmen an parodontalerkrankten Zähnen schlecht. Zahnärzte dürfen nur dann prothetisch tätig sein, wenn sie PAR-therapeutische Erfordernisse berücksichtigen, ggf. ihre Patienten überweisen.	I. Untersuchung 1. Anamnese 2. Taschentiefenmessung 3. Feststellung der Lockerungsgrade 4. Dokumentation der Bitung und Trifurkationsbeteiligung 5. Röntgendiagnostik II. Vorbehandlung 1. Aufklärung a. Mundhygiene, speziell Interdentaltpflege b. Ernährungsberatung 2: Herstellung hygienischer Verhältnisse a. Zahnsteinentfernung b. Beseitigung iatrogenen Reizfaktoren III. Therapie 1. Entfernung der Konkrementekreme 2. Glättung der Wurzeloberfläche 3. Umgestaltung der Gingiva soweit zur Hygienefähigkeit erforderlich. IV. Individuell angepasste Nachsorge
Pos. 105 Pos. 107 Pos. 49	Laut KZBV-Statistik ⁶ werden die Leistungen Mu bei 30% Zst bei 35% und Excl bei 2% aller Behandlungsfälle abgerechnet. Damit erfährt maximal ein Drittel aller Patienten eine Art parodontaler Leichttherapie. Die Morbiditätsrate an Parodontopathien liegt hingegen bei über 80%	eine systematische PAR-Therapie ohne Anaesthetie (I, L ₁) durchgeführt wird. Zahnstein nur in weniger als 50% der Behandlungsfälle entfernt wird	Das individuelle Hygieneverhalten des Patienten ist stärker als bisher bei der ZE-Planung zu berücksichtigen.	

PARODONTALTHERAPEUTISCHE MASSNAHMEN

⁵ ZM 11/86, S. 1.268

⁶ Stat. Basisdaten zur Kassenzahnärztlichen Versorgung, Ausgabe 1985

Leistungskomplex (BEMA)	Ist-Zustand	Auffindungsmerkmale	Erläuterungen	Minimalanforderungen an kassenzahnärztliches Behandlungsverhalten
Pos. 31/34	Eine Bewertung des endodontischen Leistungskomplexes ist nicht eindeutig möglich. Dieser Behandlungsbereich ist geprägt durch ein breites Spektrum unterschiedlicher Behandlungskonzepte und Prognosen. Daher lassen sich computermäßig nur wenige Auffindungskriterien abfragen.	Der Verdacht auf qualitative Mängel bei Diagnostik, Indikation und/oder Durchführung liegt vor, wenn...	Wiederholte medikamentöse Einlagen verbessern nicht die Prognose einer Wurzelbehandlung	1. Zur Wurzelkanalfüllung dürfen nur biologisch akzeptable und nicht resorbierbare Materialien verwendet werden. 3. Die Wurzelfüllung muß das Kanallumen wandt dicht ausfüllen und mindestens in's apikale Drittel reichen.
Pos. 28-35	Statistisch beträgt das Verhältnis Trep zu Med 1:1,8 Die BEMA-Bestimmungen sehen keine Koppelung von Wurzelbehandlungen und Röntgenkontrollen vor.	...die Zahl der medikamentösen Einlagen mehr als 3x so hoch ist wie die Zahl der Trepanationen ...während einer endodontischen Behandlung keine Leistung nach Ä 925 erfolgt.	Kanal aufbereitung und Wurzelfüllung sind nur unter Röntgen-Kontrolle zuverlässig durchzuführen	3. Die Wurzelfüllung ist röntgenologisch zu dokumentieren.
Pos. 925a				

ENDODONTISCHE MASSNAHMEN

Leistungskomplex (BEMA)	Ist - Zustand	Auffindungsmerkmale	Erläuterungen	Minimalanforderungen an kassenzahnärztliches Behandlungsverhalten
Pos. 13a-d	Das Verhältnis der Füllungsleistungen zueinander (F1:F2:F3:F4) ist zur Zeit 1,0:1,15:0,74:0,08 - d.h. daß ein Drittel aller Füllungen einflächlich ist. Erste Ergebnisse der Untersuchung nach §223 RVO bei der BKK Voith/Heidenheim zeigen, daß die Haltbarkeit von 24% aller Füllungen nur weniger als 16 Monate beträgt.	Der Verdacht auf qualitative Mängel bei Diagnostik, Indikation und /oder Durchführung liegt vor, wenneinflächige Füllungen in mehr als 25% der Gesamt-Füllungsmaßnahmen (Pos.13a-d) erbracht werden. ...mehr als 25% aller mit einer Füllung versorgten Zähne innerhalb eines Zeitraums von 5 Jahren wiederholt gefüllt, überkront, extrahiert oder wurzelbehandelt werden.	Bilden einflächige Füllungen die Regelleistung, kann kein Sanierungseffekt erwartet werden. Damit muß die Behandlungsweise als unwirtschaftlich beurteilt werden. Fachgerechte Füllungstherapie erfordert restlose Kariesentfernung, korrekte Kavitätensversorgung und prognostisch günstige Indikationen. Konservierende Therapie darf nicht als Vorstufe zur prothetischen Versorgung verstanden werden, sondern ist als Definitivtherapie zu betrachten.	Eine Füllung muß so gestaltet sein, daß 1. Karies entfernt ist 2. pulpenmahe Wände biologisch verträglich abgedeckt werden 3. Form und Funktion des Zahnes wiederhergestellt werden 4. abrasionsfeste Materialie verwendet werden 5. der Randspalt das Eindringen der Sonde nicht zuläßt 6. keine Irritation des umgebenden Gewebes bzw. des Antagonisten durch a. raue Oberflächen b. fehlende Kontaktpunkte c. Überkontourierung d. Unterkontourierung e. Randspalten f. traumatische Okklusion erfolgt.
Pos. 13 a-d und Pos. 40/41		...mehr als 75% aller Füllungen ohne Anaesthesie gelegt werden.	Eine gründliche Kariesentfernung ist ohne Anaesthesiemaßnahmen in den weitaus meisten Fällen nicht möglich.	
Pos. 13 a-d und Pos. 12		...die BMF bei weniger als 10% aller Füllungsmaßnahmen angewendet wird.	Die BMF ist eine qualitätsfördernde Leistung, die in direktem Verhältnis zur Effektivität und Prognose der Füllungsmaßnahme steht.	

Leistungskomplex (BEWA)	Ist - Zustand	Auffindungsmerkmale	Erläuterungen	Minimalanforderungen an kassenzahnärztliches Behandlungsverhalten
Pos. 8 und Pos. 9/25 bei 20 a-d und bei 91 a-d	82% aller Kronenränder sind zu lang oder zu kurz, 74% über- oder unterkonturiert. Nur ein geringer Teil aller Überkronungen wird durch Vitalitätsprüfung und/oder Röntgenuntersuchung prognos- tisch abgesichert. 8,9	...bei weniger als 40% aller Versorgungen mit Kronen oder Brücken Vitalitätsproben und/oder Röntgenunter- suchungen durchgeführt werden.	Die Überkronung von Zähnen ist in der Regel nur dann vertret- bar, wenn ausreichende diag- nostische Maßnahmen Indikation und Prognose geklärt haben.	
Pos. 105, 107, 49 u. P200 bei 20 a-d und bei 91 a-d	Viel zu selten werden eben- falls parodontaltherapeutische Vorbehandlungen vor Über- kronungen durchgeführt. 8,9	...bei weniger als 75% aller feststehenden Rekonstrukti- onen eine Art parodontaler Praetherapie (Leichttherapie wie Zst., Mu., Exc.) bzw. eine system. PAR-Behandlung durchgeführt werden.	Die Überkronung parodontal- erkrankter Zähne ist frag- würdig.	Konservierende, chirurgische, endodontische, parodontolo- gische und funktionsthera- peutische Maßnahmen sollen -soweit erforderlich- vor der Versorgung mit ZE durch- geführt sein.
Pos. 13 c/d und 20/91 a-d	Das statistische Verhältnis von Leistungen nach Pos. 13c/d zu Leistungen nach 20/91 a-d zeigt eine bedenkliche Beprä- gung von Überkronungen.	...die Anzahl von Überkronungen (Pos. 20a-d und 91a-d) mehr als 70% der Zahl mehrflächig- er Füllungen (13c+d) über- schreitet.	Die Bevorzugung von überkro- nungen gegenüber der Füllungs- therapie ist fachlich nicht zu vertreten und als unwirt- schaftliche Therapie anzusehen	Material: es dürfen nur klinisch getestete und bio- logisch sichere Materialien verwendet sowie fachgerecht verarbeitet werden. Gestaltung: grobe Störungen des stomatognathen Systems müssen vermieden werden. Die Möglichkeit zur Inter- dental-Hygiene muß gegeben sein. Im nicht sichtbaren UK-Bereich sind Schweb- glieder zu bevorzugen, alle übrigen Brückenglieder sollen -soweit möglich- nur linearen Kontakt zur Gingiva aufweisen. Kosmetische Bedingungen sind nach Möglichkeit zu berücksichtigen.
Pos. 20 a-d und 91 a-d	...mehr als 25% aller fest- stehenden Rekonstruktionen innerhalb von 10 Jahren ent- fernt oder erneuert werden müssen. Entsprechendes gilt für mehr als 10% innerhalb von 5 Jahren und mehr als 5% innerhalb von 3 Jahren nach Eingliederung	Die Überkronung eines Zahnes ist nur dann sinnvoll und wirtschaftlich, wenn a) Zahnverlust verhindert wird b) die Funktion von Zahn und Kauorgan verbessert oder wiederhergestellt wird.		

FESTSTZENDE ZAHNRSATZ

- 7 nach "der artikulator" Nr. 16/86, S. 38
- 8 Statistische Basisdaten zur kassenzahnärztlichen Versorgung, KZVB 1985
- 9 noch unveröffentlichte Ergebnisse §223 RVO-Studie des BdB

cher Leistungen versteht sich als Anstoß zu qualitätsbewußterem Behandlungsverhalten und als Einstieg in ein Qualitätssicherungssystem. Er ist selbstverständlich erweiterbar und sollte dem jeweiligen wissenschaftlichen Standard angepaßt werden.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde fordert alle kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf, anhand der Abrechnungsdaten von Krankenschein, Heil- und Kostenplan und PAR-Status die Einhaltung dieser Mindestanforderungen nachzuprüfen. Wir hoffen, mit dieser Initiative nicht nur einen wichtigen Beitrag zur Kosten-

dämpfung im Gesundheitswesen zu leisten, sondern auch daran mitzuwirken, die Professionalität, Kompetenz und standespolitische Glaubwürdigkeit der Zahnärzteschaft zu verbessern.

Dr. Gerd Ebenbeck, Vorsitzender des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde

Dr. Helmut Diewald, Vorsitzender der DAZ-Studiengruppe Regensburg

Dr. Helmut Feindt, Vorsitzender der DAZ-Studiengruppe Elbe-Weser

Dr. Hanns-W. Hey, Vorsitzender der DAZ-Studiengruppe München

Dr. Manfred Witte, Vorsitzender der DAZ-Studiengruppe Oldenburg

AUF PRÄVENTION FOLGT ZWANGSLÄUFIG QUALITÄT

"Könnten sich die Grundgedanken der Prävention durchsetzen, müßte dieses insbesondere zur Vermeidung oder Einschränkung von Morbidität im Bereich der chronischen Erkrankungen führen. Die Lebensqualität der Bürger würde sich erhöhen. Die Medizin könnte bzw. müßte sich auf die schweren Erkrankungen konzentrieren. Die Durchsetzung von mehr Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen würde zugleich bedeuten, daß die dann relevanten Gesundheitsleistungen unter Ausnutzung aller Möglichkeiten der Rationalisierung erbracht würden. Überflüssige Leistungen würden vermieden, notwendige Leistungen würden streng nach dem Wirtschaftlichkeitsprinzip erbracht. Das Gesundheitswesen insgesamt wäre nach den Prinzipien der Effektivität und Effizienz organisiert. Die Forderungen der Ökologie würden beachtet. Die Lebens-, Arbeits- und

Freizeitbedingungen wären gesundheitsgerecht organisiert.

Eine solche Entwicklung würde zweifellos zur Folge haben, daß sich das heute schon bestehende Überangebot an medizinischen Leistungen noch weiter erhöhen würde. Der Verteilungskampf zwischen den Leistungserbringern in den einzelnen Leistungsbereichen und auch unter den Leistungsbereichen würde nicht unerheblich noch weiter zunehmen. Nur noch Qualität der Leistung hätte eine Chance. Wer als Leistungserbringer den Qualitätsanforderungen nicht entspräche, müßte mit mangelnder Nachfrage und damit erheblichen Einkommenseinbußen rechnen. Konkurse wären wahrscheinlich mehr als heute an der Tagesordnung." So sieht Dr. Oldiges, Geschäftsführer des AOK-Bundesverbandes, eine der zukünftigen Entwicklungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen. DOK 11/86

DEUTSCHER ÄRZTETAG:

GRUNDSATZPROGRAMM PLÄDIERT FÜR INTENSIVIERTERE QUALITÄTSSICHERUNG

Weitgehend neugefaßt und ergänzt hat der diesjährige Deutsche Ärztetag das Kapitel "Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung" im Rahmen der aktualisierten "Gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft". Als prädestiniert für ärztliche Qualitätssicherungsmaßnahmen werden folgende Bereiche genannt: Peri- und Neonatologie, Radiologie, Labormedizin, Zytologie, Chirurgie, Gynäkologie, Ophthalmologie, Pathologie. Das aktualisierte Grundsatzprogramm legt verschärfte Bedingungen und Anforderungen an die Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung fest.

... Die Qualifikation des ärztlichen Nachwuchses muß bereits während des Medizinstudiums und der anschließenden Praxisphase entsprechend der Ausbildungszieldefinitionen der Bundesärzterordnung und der Approbationsordnung gewährleistet sein. Darin wird als "Endprodukt der medizinischen Ausbildung" ein fachlich kompetenter berufsvorbereiteter Arzt postuliert, der nach Absolvierung des Staatsexamens und Erlangung der Approbation in der Lage ist, als Arzt in selbständi-

ger und eigenverantwortlicher Stellung tätig zu werden.

... Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen sollen Maßnahmen und Vorkehrungen zur Sicherung der Qualität der erbrachten Leistungen in Zusammenarbeit mit den betroffenen Ärzten ergreifen. Dies gilt insbesondere für die Durchführung von Ringuntersuchungen, die Begutachtung technischer Untersuchungsergebnisse durch Kommissionen und Vergleiche von Untersuchungsergebnissen mit "Referenz-Leistungen" und Labors.

... Der Qualitätssicherung dient auch die Selbstkontrolle der eigenen Leistungen im Vergleich mit fachspezifischen Standards und der kollegiale Informationsaustausch. Die Vergleichsparameter sollen mit den Fachgesellschaften festgelegt werden. Dabei soll die Bereitstellung und Auswahl von Vergleichsdaten einvernehmlich festgelegt werden. Für den kassenärztlichen Sektor sollen die KVen und die KBV Richtlinien und Empfehlungen für die Qualitätskontrolle festlegen.

a + s aktuell, Nr. 10/1986

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

ZWEITBEURTEILUNGS-PROGRAMME VOR OPERATIONEN:

27,6 PROZENT DER OPERATIONEN NICHT ZWINGEND NOTWENDIG!

Ausgehend vom Cornell Medical Center in New York sind in den USA seit 1972 Programme zur Beurteilung der Notwendigkeit operativer Eingriffe entwickelt worden.

Diese Programme dienen grundsätzlich dazu, mindestens eine zusätzliche Beratung durch einen Facharzt für solche Patienten durchzuführen, denen ein operativer Eingriff angeraten worden ist, dabei würden die Beratungskosten von den Krankenversicherungen übernommen.

Ausgangspunkt für die Programme ist, daß statt geplanter operativer Eingriffe bei manchen Patienten eine konservative Behandlung vorzuziehen ist bzw. daß in anderen Fällen zusätzliche Überlegungen über die Notwendigkeit des operativen Eingriffes empfehlenswert sind.

Bei einer mehrjährigen Auswertung hatte sich für das New Yorker Programm, das vielfache Nachahmung in den USA gefunden hat, herausgestellt,

daß bei 27,6 Prozent aller Fälle die Notwendigkeit der Operationen von zusätzlich eingeschalteten Fachärzten nicht bestätigt wurde. In der Orthopädie und in der Gynäkologie ergaben sich die höchsten Ablehnungsquoten durch den eingeschalteten zweiten Arzt, während sich für die allgemeine Chirurgie eine niedrigere Ablehnungsquote ergab.

Eine nachgehende Kontrolle zeigte, daß der größte Teil der nach der Zweitbeurteilung nicht durchgeführten Operationen auch zu einem späteren Zeitpunkt nicht vorgenommen wurde, also erfolgreich eine konservative Behandlung möglich war. Im allgemeinen beruhen die Programme zur Zweitbeurteilung für die Patienten auf absoluter Freiwilligkeit, allerdings haben einzelne private Krankenversicherungen die Zweitbeurteilung für ihre Mitglieder als obligatorisch vorgeschrieben.

Gesundheitspolitische Informationen
3/86, 3683

ARZTHONORARE DÜRFEN AUCH BEI ÜBERSCHREITUNG NICHT SCHEMATISCH GEKÜRZT WERDEN

Das Bundessozialgericht hat entschieden, daß Arzthonorare für die Behandlung von Krankenkassenpatienten auch bei Überschreitung der Honorarforderung anderer Ärzte nicht schematisch gekürzt werden dürfen. Die Prüfungsinstanzen sind vielmehr verpflichtet, jeweils zu prüfen, ob Besonderheiten der ärztlichen Praxis vorliegen und diese Besonderheiten bei dem jeweiligen Fall zu berücksichtigen sind.

Das Gericht hob deshalb die Honorarkürzung eines Kinderarztes in Bayern für insgesamt acht Quartale auf. Der Mediziner hatte für den einzelnen Be-

handlungsfall durchschnittlich 40 Prozent höheres Honorar als vergleichbare andere Kinderärzte in Rechnung gestellt. Die Prüfungsinstanzen haben aber nicht zum Ausdruck gebracht, wieweit bei der Honorarkürzung die Praxisbesonderheiten des Arztes berücksichtigt worden sind. Das Sozialgericht in München und das bayerische Landessozialgericht hatten die Klage des Kinderarztes abgewiesen. Dagegen hat der Arzt beim Bundessozialgericht Revision eingelegt, die nunmehr Erfolg hatte.

(AZ: Bundessozialgericht 6 Rka 13/84)
Arzt und Wirtschaft 13/86, S. 31

Nabelschau verhindert Weitblick!

"Ohne den richtigen Blick in die Zukunft ist auch unsere Gegenwart nicht zu meistern. In den Augen anderer Berufe hat die zahnärztliche Berufspolitik immer Weitblick bewiesen. Lassen wir uns diesen Vorsprung nicht nehmen!"

Dr. H. Zedelmaier
in: "Zukunftsperspektiven der
zahnärztlichen Versorgung", 1985

Über zukünftige Aufgaben und Bedingungen der Zahnärzteschaft wird ausgiebig spekuliert. Das (angeblich) nahende Ende aller Karies löst reihenweise Zukunftsängste aus, denen sich auch BDZ-Chef Sebastian in "Mutlosigkeit" hingab. Nun hat er sich wieder gefangen und tröstet uns mit neuen Marktlücken: die immer mehr werdenden Alten, zunehmendes Gesprächsbedürfnis, Vorsorge, kurz: "Der Arzt im Zahnarzt" heißt die Parole.

Und damit hat er recht, trifft er doch einen alten DAZ-Grundsatz. Nun läge es deshalb nahe, sich an den Überlegungen der bereits real existierenden Ärzte wenigstens diskussionsweise zu orientieren, zu prüfen, wo übereinstimmende Probleme und mögliche Lösungen vorliegen. Das wäre nur Ausdruck der Kollegialität beider Berufe, Zeichen für einen gleich hohen professionellen Anspruch, Festigung der (mühsam) erreichten medizinisch-wissenschaftlichen Reputation der Zahnheilkunde nach langen Zeiten akademischer Schmalspurigkeit.

Nichts von alledem. Das Lehrstück des 89. Deutschen Ärztetages 1986 in Hannover wurde von den Zahnärzten ignoriert. Es betraf mit "Verschärften Bedingungen und Anforderungen an die Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung" ein Thema, das dem rechten Geist zahnärztlicher Führungszirkel zuwiderläuft. Nicht, daß wir den Ärzten eine besondere Fortschrittlichkeit unterstellen wollten, aber ihren erklärten Willen, Qualitätsprobleme selbst zu meistern und sich dazu des international üblichen Instrumentariums der Qualitätssicherung zu bedienen, halten wir für vorbildlich. Insbesondere deshalb, weil das zahnärztliche Versorgungsniveau dringend dieser Hilfen bedarf und die Zahnheilkunde mehr als andere Disziplinen für Maßnahmen der Qualitätssicherung prädestiniert ist.

Warum ist eine entsprechende Selbstregulation durch Qualitätssicherung in der Zahnärzteschaft nicht möglich? Warum blockiert unsere Standesführung so beharrlich jede seri-

öse Diskussion über systematische Qualitätssicherung, obwohl jeder halbwegs ambitionierte Zahnarzt weiß, daß die "Flop-Rate" zahnärztlicher Tätigkeit beschämend ist. Wir leben von "Nachoperationen".

Warum riskiert unsere Standesführung den Rückschritt gegenüber unseren ärztlichen Kollegen, gegenüber unseren zahnärztlichen Kollegen in den USA, der Schweiz und Skandinavien, die längst Qualitätssicherungen in ihre Behandlungsabläufe integriert haben und deshalb (!) erfolgreich und angesehen sind.

Vieles spricht für eine gehörige Portion Borniertheit, mit der man das brisante Qualitätsproblem verdrängt, um ja nicht zugeben zu müssen, daß die zahnärztliche Prosperität vielfach auf minderwertigen Leistungen beruht. Man glaubt, es sich leisten zu können, zwar ärztliches Renommee in Anspruch zu nehmen, sich um strenge Regeln und Maßstäbe aber drücken zu können. Manches spricht auch für die Angst, den Berufsstand Belastungen auszusetzen, von denen man befürchtet, daß sie an der heiligen Honorarfront als Schwäche oder Spaltung ausgelegt werden könnten.

Wir sehen diese Gefahr nicht, sondern halten jede professionelle Profilierung, jede Offenheit für angemessene qualitätssichernde Maßnahmen für den Ausdruck einer starken und selbstbewußten Berufspolitik. Wenn Qualitätssicherung zahnärztlicher Leistungen gerade im Kontext mit ärztlichen Programmen dargestellt und durchgeführt wird, können davon nur verstärkt positive Wirkungen ausgehen.

Wir appellieren deshalb erneut an BDZ und KZBV, in ihre Zukunftsperspektiven Qualitätssicherungsprogramme aufzunehmen, die Kollegenschaft zu motivieren und den Konsens mit allen Beteiligten herbeizuführen. Dieser Umdenkungsprozeß könnte sehr viel zügiger ablaufen, wenn entsprechende Impulse von der altehrwürdigen DGZMK und ihren Fachgesellschaften ausgingen. Wie deutlich sollen die (noch zu wenigen) qualitätsbewertenden und epidemiologischen Studien mit ihren z.T. katastrophalen Befunden denn noch werden, um Qualitätssicherung endlich auch als wissenschaftliche Herausforderung moderner Zahnheilkunde zu erkennen?

chr.n.

Die größte Gefahr für die ärztliche Standespolitik ist die ärztliche Standespolitik. (Gerhard Kocher)

Gesundheitspolitische Informationen 3/86, 3640

Qualitätssicherungsprojekt in den USA

— eine Herausforderung für den zahnärztlichen Berufsstand

Die Erstellung von Bewertungsmethoden und der Computereinsatz in der Zahnheilkunde. (Development of evaluation methods and computer application in dentistry.)

Einführung

Im Februar 1982 startete die W.K. Kellogg-Stiftung ein über 4 1/2 Jahre angelegtes Projekt an den zahnmedizinischen Instituten der Universität von Pennsylvania und der Columbia Universität. Das übergeordnete Ziel des Projektes ist es, neue Methoden und Techniken zu entwickeln, die von den einzelnen Zahnärzten und der Zahnärzteschaft dazu benutzt werden können, die Effektivität und die Effizienz aller Bereiche der Allgemeinpraxis zu überprüfen.

Die Universität von Pennsylvania unternimmt es, objektive, praktikable und professionell akzeptable Methoden zur Bewertung zahnärztlicher Tätigkeit durch inoffizielle Besuche zu entwickeln. An der Columbia Universität soll ein inoffizielles Computer- und Informationssystem für einzeln oder in kleinen Gruppen Praktizierende erstellt werden, das die

Patientenbetreuung und die Verwaltung verbessern soll.

Beide Projekte beziehen sich auf mehrere Grundsatzentscheidungen, die sich in jüngerer Zeit mit der Zahnheilkunde befaßt haben, und suchen nach Methoden, mit denen Informationen zur Verfügung gestellt werden können, die der einzelne Zahnarzt zur Überprüfung seiner Tätigkeit anwenden kann.

Hintergrund

Der zahnärztliche Beruf ist zukünftig auszuüben unter den Bedingungen begrenzter Mittel für die Gesundheitsversorgung einerseits und einer wachsenden Konkurrenz andererseits. In den vergangenen Jahren haben Teile der Zahnärzteschaft auf diese sozialen Bedingungen mit neuen Arbeitsmethoden geantwortet, die offen um Patienten werben auf der Basis niedrigerer Honorare und mit dem Versprechen höherer Qualität. Es besteht Grund zu der Annahme, daß dieser Trend anhalten wird. Für den Berufsstand wird dies insofern eine große Herausforderung mit sich bringen, als es sicherzustellen gilt, daß die Patienten

eine angemessene Versorgung erhalten.

Lösungen dieses Problems sind kaum von den öffentlichen Steuerungseinrichtungen zu erwarten, welche traditionell mehr damit befaßt sind, Kosten zu kontrollieren, als "Gesundheit" zu verbessern. Jedenfalls ist es die These dieses Projekts, daß die Zahnärzteschaft als eine sich selbst verwaltende, unabhängige Berufsgruppe ihr eigenes Kontrollsystem entwickeln muß, welches am besten die Bedürfnisse der Zahnärzte und ihrer Patienten bewahren kann. Der erste Schritt bei diesen Bemühungen, gleichzeitig das spezielle Ziel dieses Projektes ist es, Techniken und Unterlagen zu schaffen, die für die organisierte Zahnärzteschaft standardisierte, akzeptierte und praktikable Methoden für die Bewertung zahnärztlicher Tätigkeit bereitstellen.

Um dieses Ziel zu sichern, ist es erforderlich, daß das Bewertungssystem vom Berufsstand selbst entwickelt wird und

professionelles Rüstzeug für eine Selbstkontrolle wird. Folglich wird das Projekt so angelegt, daß Führer der Standesorganisationen beteiligt sind. Von spezieller Bedeutung wird auch das Verhältnis zum "Office of Quality Assurance of the American Dental Association" sein.

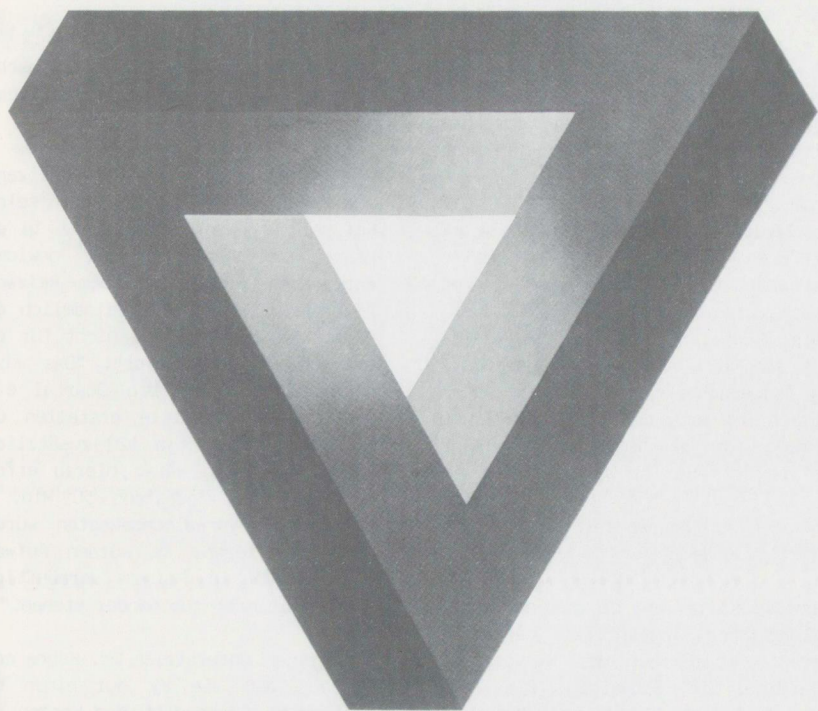
Das Projekt markiert eher einen Neuanfang als einen Abschluß im Zusammenhang mit den beruflichen Bemühungen zur Entwicklung eines Bewertungssystems, das die Bedürfnisse der einzelnen Praktiker, die verschiedenen Interessen des Berufsstandes und die Versorgung der Bevölkerung sicherstellt. So ist beabsichtigt, daß die sich aus dem Projekt ergebenden Bewertungsmethoden von der ADA herausgegeben werden, bei der natürlich auch die volle Verantwortung für ihre schließliche Anwendung liegen wird.

Projektleitung:

Alvin L. Morris, DDS, PhD University of Pennsylvania
Howard L. Baillit, DMD, PhD
Columbia University, New York
l.a.

Der größte Kostenschub im Gesundheitswesen steht noch bevor. (Regierungsrat Karl Kennel)

Gesundheitspolitische Informationen 3/86, 3640



böger

Z A H N T E C H N I K

Böger Zahntechnik
Waterloohain 6/8, 2000 Hamburg 50, Telefon (040) 431141-44

DAS NEUE SCHLAGWORT HEISST "TAGESPROFIL"

Zu diesem Thema heißt es unter der Überschrift "Abrechnungsbetrug" - Notwendige Klarstellungen in der Zeitschrift Arzt und Wirtschaft 13/86 auf S. 3 u.a.:

Dr. Treichel berichtete, daß die KV Westfalen-Lippe inzwischen mit Hilfe der EDV Tagesleistungsprofile von Kassenärzten anfertigen und so überprüfen könne, ob ein Arzt rein zeitlich die von ihm für einen Kalendertag abgerechneten Leistungen auch tatsächlich erbracht haben kann. Der Aufwand für die Erstellung solcher Profile sei aber so hoch, so daß sie nur bei vorliegenden Verdachtsmomenten oder auf Antrag der Krankenkasse erstellt würden.

Über die Kriterien, die bei der Beurteilung der Tagesprofile angelegt werden, hüllt sich der KV-Vorstand allerdings in Schweigen. Dies sei eine KV-interne Regelung, die noch nicht einmal die Vertreterversammlung erfahre, denn schließlich müsse man hier einen individuellen Maßstab anlegen. Es gebe Ärzte mit sehr unterschiedlicher Arbeitsgeschwindigkeit, und zudem drohe die Gefahr, daß man am Ende den Zeitaufwand für jede einzelne Leistung festlegen müsse. Das

werde zwar von den Kassen gewünscht, von der KV aber aus grundsätzlichen Erwägungen abgelehnt.

Der stellvertretende KV-Vorsitzende Dr. Kohne beschäftigte sich in seinem Referat, das der Transparenz in der kassenärztlichen Tätigkeit gewidmet war, noch einmal mit dem Reizwort "Tagesprofile". Es wurde nämlich gefragt, warum man diese nicht für den Arzt anfertige. Antwort: "Das würde bedeuten, daß wir pro Quartal etwa 500 000 Tagesprofile erstellen und prüfen müßten. Etwa 120 zusätzliche Datentypistinnen wären hierzu erforderlich, und mindestens 50 Mio. DM zusätzliche Verwaltungskosten würden wir produzieren. Da würden Aufwand und Nutzen in keinem vernünftigen Verhältnis mehr zueinander stehen."

Im Übrigen unterstrich Dr. Kohne noch einmal, daß die KV nur einen beschränkten Ausschnitt der Kosten der ambulanten Behandlung sehe. Letztlich seien die Kassen aufgefordert, mehr Transparenz zu schaffen. Aber auch dort habe man erkannt, welcher immense zusätzliche Verwaltungsaufwand bewältigt werden müßte, wenn man wirklich den "gläsernen Arzt" haben wollte.

Patentrezepte zur Vermeidung der unnötigen Auswüchse der Fremdbestimmung können wir nicht anbieten. Der Wunsch nach Erhaltung unserer Freiberuflichkeit (unter Hinnahme der damit verbundenen Risiken) und das Bewußtsein, daß jeder von uns für seine Patienten persönliche, nicht an eine anonyme Instanz delegierbare, Verantwortung trägt, können uns wach machen für gefährliche Entwicklungen. Dazu gehört aber auch Voraussicht und rechtzeitiges Handeln! Wenn wir als Stand immer nur auf Entwicklungen reagieren (Beispiel: nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung in der Prothetik), statt Ziele und Maßstäbe vorzugeben, engen wir unsere Handlungsfreiheit unnötig ein. Deshalb ist es z. B. jetzt erforderlich, Konzepte zur Sicherung der zahnärztlichen Behandlungsqualität zu entwickeln, solange keine Außenkräfte uns unter Druck setzen. Dies wäre eine Chance, Fremdbestimmung abzufangen und eigene Vorstellungen und eigene Kompetenz einzubringen.

DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983

ABRECHNUNGSMANIPULATIONEN

— Blüm ergreift die Initiative!

Am 10. Juli tagten im Bonner Arbeits- und Sozialministerium Vertreter der Bundesverbände von Ärzten, Zahnärzten, Apothekern, und Krankenkassen. Einziger Tagesordnungspunkt: Abrechnungsmanipulationen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Als erstes greifbares Ergebnis wurden vier Arbeitsgruppen gebildet, die in den Bereichen

1. Ärzte
2. Zahnärzte
3. Krankenhäuser
4. Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

Maßnahmen zur Verhinderung von Manipulationen eingehend erörtern sollen.

Wer in der zahnärztlichen Standespresse der letzten Jahre mitverfolgt hat, wie

dieses Thema bagatellisiert, zur Seite geschoben oder als verleumderisch abgeschmettert wurde, ist Zeuge geworden, wie unsere auf Besitzstandswahrung fixierten Standesvertreter ohne Not sich ein weiteres Betätigungsfeld mit dringendem Handlungsbedarf aus den Händen haben nehmen lassen. Dabei war die Entwicklung kontinuierlich: Wem die Berichterstattung im Stern und Spiegel nicht seriös genug war, konnte sich auch in der Tagespresse ausführlich informieren: Aus Einzelverfahren z.B. im Ruhrgebiet und Hamburg entwickelten sich in mehreren Bundesländern Sonderstaatsanwaltschaften, die "erfolgreich" arbeiteten.

Strafverfahren sind in fast allen Bundesländern festzustellen:

"Die Ermittlungsverfahren im Bezirk der Generalstaatsanwaltschaft Hamm von Ende 1981 bis 1985 mit Verfahren gegen 353 Ärzte, 172 Zahnärzte, 122 Apotheker, 58 sonstige Selbständige und 3775 sonstige Personen (wie ärztliches Hilfspersonal, Patienten) mit einem Gesamtschaden von ca. 10 Mio DM sowie in Hamburg (Stand Ende 1985) mit 85 Ermittlungsverfahren gegen Zahnärzte und Dentallabors mit einem Gesamtschaden von ca. 4,1 Mio DM haben in der Presse besondere Resonanz gefunden.

Die Verfahren wegen Abrechnungsbetrügereien beschränken sich jedoch nicht auf diese beiden Bundesländer: So sind in Baden-Württemberg bis Mai 1985 106 Verfahren gegen Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Patienten mit einem Schaden im Einzelfall bis zu 300.000 DM anhängig gewesen. In Hessen sind bis Mai 1985 ca. 230 Verfahren gegen Zahnärzte und

Dentallabors wegen Rabattbetrugs eingeleitet worden. In Rheinland-Pfalz wurde von der Staatsanwaltschaft Mainz seit Mai 1985 über Verfahren gegen 27 Ärzte, 10 Apotheker, 1 Augenoptiker, 17 Arzthelferinnen und 213 Kunden des Augenoptikers berichtet. In 3 Fällen, in denen Ärzte inhaftiert wurden, wird der Schaden auf 1,8 Mio DM geschätzt.

Freiheitsstrafen bis zu vier Jahren oder Geldstrafen, Geldbußen von z.B. 150.000 DM sind in bisher abgeschlossenen Verfahren verhängt worden. Dies birgt die Gefahr einer verallgemeinernden Beurteilung der Lage in der Öffentlichkeit in sich. Nach den durchweg übereinstimmenden Einschätzungen der Justizbehörden, wie sie sich aus Urteilen und Anklageschriften ergeben, werden derartige kriminelle Handlungsweisen durch das derzeitige Abrechnungssystem begünstigt."

(Min.Dir. Jung, Bundesministerium AS)

Die Auflistung der im Detail bekannt gewordenen Betrugsmethoden füllt ganze Aktenordner, die KZVen aber wissen scheinbar von nichts.

Hier in Niedersachsen z.B., wo sich seit einem Jahr erbitterte Grabenkämpfe um Honorarleitlinien in der Prothetik bis über die Grenzen der Lächerlichkeit hinaus abspielen, sind Abrechnungsmanipulationen weder im Vorstand noch in der Vertreterversammlung im Gespräch gewesen, geschweige denn Anstrengungen unternommen worden, Initiativen zum Schutz der ordentlich abrechnenden Kollegen zu ergreifen. Mindestens genauso wichtig wäre es aber zum Schutz der Kollegen, deren Unrechtsbewußtsein durch jahrelange Praxis erfolgrei-

cher kleiner oder großer Manipulationen getrübt ist, die bisherigen Ermittlungsergebnisse und Zugriffsmöglichkeiten der Kassen und Behörden zu veröffentlichen. Das Argument, daß dadurch erst die Tricks bekannt würden, die bisher nur einem kleinen Kreis "Eingeweihter" zugänglich sind, ist entlarvend. Zeugt es doch von einem Vertrauensdefizit in den eigenen Stand.

Da aber nicht sein kann, was nicht sein darf, haben unsere Standesvertreter auch schon die Erklärung: Das System ist schuld. Die nachstehend zitierten Sätze stammen aus zwei Leitartikeln des Chefredakteurs Hans Meenzen vom "Freien Zahnarzt" (Nr. 4 u. 7/86).

"Das Krankenschein-System hat offenbar in stärkerem Maß als vermutet zu Betrügereien eingeladen. ... Ganz offenbar ist es das "kostenlose" Krankenschein-System, das Beteiligte korrumpiert und dies um so mehr, je weniger der Arzt sich für seine Leistung ausreichend und angemessen honoriert fühlt.

... der anonyme Topf eine Versuchung darstellt, die jenseits von Gut und Böse und bar solidarischen Bewußtseins ist."

Als Schluß folgert Meenzen:

1. "... ist keine Entschuldigung für Betrügereien einzelner, wohl aber geeignet, darüber nachzudenken, ob nicht vielmehr die Kostendämpfung in einen großangelegten Betrug an den Heilberufen angelegt ist."

2. "Die Strukturreform ... wird als erstes den Kreis der Versicherten enger und den Katalog der Leistungen verkürzen müssen."

3. "Wir wagen die Behauptung, daß eine direkte Bezahlung des Arztes durch die Patienten im Rahmen einer entsprechend dotierten Gebührenordnung Wandel schaffen würde."

Der DAZ stellt dazu fest, daß er weder die Entschuldigungsgründe billigt noch die Lösungsvorschläge teilt (s. auch FORUM 10/85). Er hält sie für unverfroren und unsozial. Sie zielen an den wirklichen Ursachen vorbei und lösen nichts. Die durch die Ruhrgebiets-Skandale wachgerüttelten Ärzte machen es uns vor: In Westfalen-Lippe werden KV-intern die Abrechnungen sorgfältiger als bisher unter die Lupe genommen, bevor sie an die Kassen weitergeleitet werden. Das ist zwar unbequem, aber ehrlich.

Dort gibt es aber auch mehrere Fraktionen in der Vertreterversammlung.

Je länger wir uns in scheinbar monolithischer Einigkeit um die ehrlichen Lösungen drücken und die Schuld bei den anderen suchen, manövrieren wir uns immer weiter in das soziale Abseits - und laufen Gefahr, daß die anderen die Lösungen für uns finden. Ein weiterer Schritt dazu ist in Bonn am 11. Juli unternommen worden. Selbstverwaltung ade aus Mangel an Substanz!

Dr. Roland Ernst

Zur Förderung des Kostenbewußtseins bei Behandlern und Patienten empfiehlt der DAZ, in regelmäßigen Abständen (aber mindestens einmal jährlich) einen detaillierten und allgemeinverständlichen Ausdruck der entstandenen Kosten für medizinische und zahnmedizinische Behandlung an die Versicherten zu versenden. Dies soll einerseits die Patienten für die Kosten sensibilisieren, und ihnen andererseits Übersicht und durchaus auch Kontrolle über die von Arzt und Zahnarzt abgerechneten Leistungen ermöglichen. Nachdem ohnehin Krankenscheinheit und andere Mitteilungen an die Versicherten versandt werden, dürfte der erforderliche Aufwand sich in Grenzen halten, da ja sämtliche dieser Daten sowieso erfaßt werden.

"EINNAHMENORIENTIERTE AUSGABENPOLITIK"

WURDE ERSETZT DURCH "STRUKTURIERTE BUDGETIERUNG"

Aus diesen Überlegungen ist der Ansatz der "strukturierten Budgetierung" entwickelt worden. Für die einzelnen Leistungssektoren müssen Budgets vereinbart werden. Dies kann für ein einzelnes Krankenhaus oder für die Krankenhäuser einer Region, für die Ärzte einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Kassenbezirks mit Richtgrößen für Arzneimittelverordnungen und andere verordnete Leistungen geschehen. Überziehungen des Budgets durch die Verordner müssen mindestens Begründungszwang auslösen. Innerhalb der einzelnen Budgets muß durch die Höhe der Vergütung für die einzelne Leistung die Behandlungs- und Verordnungsweise so gesteuert werden, wie das den im Rahmen der stabilen Gesamtbudgets vereinbarten Zielsetzungen entspricht.

Dies ist im Grunde nichts anderes als die schon bisher verfolgte Politik der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik. Die Politik der strukturierten Budgetierung ist in ihrem Entwurf

aber konsequenter und enthält mehr Flexibilität. Die Budgets der einzelnen Leistungssektoren können untereinander verschoben werden, ohne daß Prinzipien der Politik aufgegeben werden. So ist beispielsweise die derzeitige Entwicklung der zahnärztlichen Vergütung seitens der Kassen darauf gerichtet, das Budget für zahnärztliche Behandlung zu vermindern und gleichzeitig innerhalb dieses Budgets die Struktur stärker auf konservierende Zahnbehandlung auszurichten. Ebenso ist es ein Ziel der Krankenversicherung, die Budgets für Krankenhausbehandlung und Arzneimittel zu senken. Auch die vereinbarte Umstrukturierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen ist als Veränderung der Struktur innerhalb des Budgets für ärztliche Leistungen zu verstehen. Das Budget soll dadurch eingehalten werden, daß der künftige Bewertungsmaßstab aus sich heraus ungerechtfertigte und ungewollte Expansion ausschließt. DOK 10/86

NACHFRAGE NACH ZAHNÄRZTLICHEN LEISTUNGEN STEIGT

Eine bundesweite repräsentative Umfrage des Sonderforschungsbereichs >>Mikroanalytische Grundlagen der Gesellschaftspolitik<< der Universitäten Frankfurt und Mannheim sowie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung Berlin hat ergeben, daß die Nachfrage in den vergangenen fünfzehn Jahren deutlich anstieg. So stieg der Anteil jener Bundesbürger, der im letzten Vierteljahr einen Besuch bei einem Zahnarzt machte, von etwa zwölf Prozent im Jahre 1970 auf rund 22 Prozent im Jahre 1984.

Die Studie ergab weiterhin, daß es bis zu einem Alter von 40 Jahren einen deutlichen geschlechtsspezifischen Unterschied gibt: Frauen liegen mit ihren Zahnarztbesuchen im Schnitt höher als Männer. Für die Altersgruppe 30 bis 39 Jahre beträgt die Differenz immerhin 0,3 Besuche. Auch in den Altersklassen 60 bis 69 und 70 bis 79 Jahre weisen die Frauen eine höhere Zahl von Arztbesuchen auf. Nur in der Altersgruppe von 50 bis 59 sind die Männer in den Zahnarztpraxen prozentual stärker vertreten.

Zahnärztliche Praxis 4/86, S. 162

Über die Problematik der Ausbildung des zahnärztlichen Nachwuchses

Aus einer Vielzahl von Gesprächen mit Studenten, die kurz vor ihrem zahnmedizinischen Staatsexamen stehen, muß der Schluß gezogen werden, daß sich an der Unzulänglichkeit des zahnmedizinischen Studiums in den letzten 20 Jahren an den deutschen Hochschulen nur wenig geändert hat.

Zahnheilkunde findet vom ersten bis zum fünften Semester nicht statt. Die Studenten beschäftigen sich während der Hälfte ihres Studiums, nämlich im vorklinischen Teil ausschließlich mit Fragen des Zahnersatzes und der Werkstoffkunde, abgesehen von einer zeitlich völlig unzureichenden Vorlesung mit dem Thema "Einführung in die Zahnheilkunde". Dies wird auch durch die Inhalte der Kurse im vorklinischen Teil dokumentiert. Die Kurse setzen sich zusammen aus einem Propädeutik-Kurs, einem Phantom-Kurs I und einem Phantom-Kurs II (Ferienkurs). In keinem dieser Kurse wird am Phantomkopf z.B. eine Füllung gelegt. Zahnerhaltung spielt in der Vorklinik keine Rolle. Wen wundert es dann, daß der Nachwuchs immer noch in der sog. "Prothetik" die Krone der Zahnheilkunde erblicken muß. Wen wundert es, wenn ein Student fünf Semester lang nur davon erfährt, wie man Zähne ersetzt, daß er in seinem späteren zahnärztlichen Wirken auch in

dieser Tätigkeit seine Prioritäten setzt.

Die Hälfte des Studiums hört der Auszubildende also kein Wort über Prophylaxe, kein Wort über Parodontologie und kein Wort über Zahnerhaltungskunde. Er erhält eine meistens auch noch unzureichende Ausbildung zum Hilfszahntechniker. Hierbei hängt sein seelisches Gleichgewicht auch noch davon ab, ob die Werkstücke, die er abzuliefern hat, auf absoluten Hochglanz poliert sind.

Das alles kumuliert dann in der zahnärztlichen Vorprüfung, die, was den zahnmedizinischen Bereich anbelangt, mit der zahntechnischen Gesellenprüfung zu vergleichen ist. Auch hier beschränkt sich der technische Teil auf die Anfertigung von Kronen oder abnehmbaren Zahnersatz, der theoretische Teil beschränkt sich auf Werkstoffkunde und Zahnersatzkunde. In der zahnärztlichen Vorprüfung scheint es wichtiger zu sein, die verschiedenen

Arten von Polierpasten aufzählen zu können als Auskunft darüber zu geben, was unter "Zahnheilkunde" zu verstehen ist. Nach dem glücklich überstandenen Physikum folgt dann die sicher sinnvolle Ausbildung im sog. Phantom-Kurs, d.h. im sechsten Semester erfährt der Studierende erstmals, was unter einer Füllung zu verstehen ist.

Wenn man sich mit Vertretern aus Examenssemestern unterhält, so muß man erschreckend feststellen, daß die Kenntnisse über entscheidende Gebiete der Zahnheilkunde mangelhaft oder überhaupt nicht vorhanden sind. Das liegt nicht etwa am Desinteresse der Studenten, sondern daran, daß wichtige Gebiete nicht gelehrt werden. So erfahren die Examenskandidaten an ihrer Ausbildungsstätte mit Ausnahme einiger weniger deutscher Universitäten nichts über Gruppenprophylaxe, wenig über Kinderbehandlung, nichts über die psychologischen Aspekte der Behandlung, nichts über die Behandlung alter Menschen und fast nichts über funktionsanalytische oder funktionstherapeutische Maßnahmen.

Die Behandlung von Kiefergelenksbeschwerden, die Anfertigung von Aufbißbehelfen, die Einschleiftherapie werden nur am Rande gestreift.

In der Regel wird auf dem Behandlungsgebiet der parodontalen Erkrankungen, an denen immerhin 80 % der deutschen Bevölkerung leiden, ein einziger Behandlungsfall vom Studierenden behandelt, was sich dann

auch noch auf das mehrmalige Entfernen harter und weicher Beläge beschränkt.

Genauso bedenklich ist die Praxis hinsichtlich chirurgischer Eingriffe. Nicht selten hat ein examinierter Zahnarzt nur drei bis vier einfache Extraktionen durchgeführt, von Resektionen oder Osteotomien ganz zu schweigen.

Ohne Zweifel wird durch die oft mangelnde Qualifikation der Assistenten (sie bleiben meist nach Abschluß des Staatsexamens in der Klinik) die Ausbildung erschwert. Hinzu tritt, daß sich immer mehr ein Patientenmangel, insbesondere bei prothetischen Fällen, in den Zahnkliniken bemerkbar macht. Die Überbelegung der Behandlungsstühle beeinträchtigt die patientenorientierte Behandlung des Studenten zusätzlich.

Der entscheidende Punkt in der klinischen Ausbildung ist jedoch, daß die Zeitdauer für die einzelnen Maßnahmen, die der Student am Patienten durchzuführen hat, viel zu lang ist. Das liegt einmal daran, daß zu wenig Assistenten zur Verfügung stehen, die die durchgeführten Arbeiten kontrollieren und testieren müssen. Zum zweiten liegt es daran, daß der Student über keinerlei Hilfspersonal, also über keinerlei Assistenz während der Behandlung verfügt. Auch die Mitstudenten sind aufgrund des Zeitdruckes nicht in der Lage, ihren Kommilitonen zu assistieren. Für die Anfertigung von drei Frontzahnfüllungen muß deshalb ein

Zeitraum von drei Stunden einberechnet werden. Die Arbeitszeit wird auch noch dadurch beeinträchtigt, daß die Technik von den Studenten in den klinischen Semestern in vielen Fällen selbst durchgeführt werden muß. So steht der Arbeitszeit am Patienten oft eine doppelt so lange Arbeitszeit im Technikraum gegenüber.

Aufgrund der Trennung der einzelnen Teilbereiche in chirurgische, prothetische und konservierende Abteilungen ist es immer noch nicht möglich, eine Gesamtbehandlung des Patienten in einem auch für den Patienten erträglichen Zeitraum durchführen zu lassen. Ein Student, der im prothetisch-klinischen Semester seine Punkte erreichen will, ist praktisch nicht in der Lage, die notwendige Vorbehandlung im Sinne einer konservierenden, chirurgischen oder parodontologischen Therapie durchzuführen, da er sonst ja seine Prothetik-Punkte nicht erreicht.

Nach wie vor werden die Patienten in vielen Zahnkliniken von einer Abteilung zur anderen geschickt. Eine Gesamtbeurteilung oder eine Gesamtbehandlung des Kauorgans durch einen Studierenden ist also immer noch nicht realisierbar.

Es versteht sich von selbst, daß innerhalb der Universität keine Kenntnisse über die Problematik der kassenzahnärztlichen Versorgung vermittelt werden, was sicher auch nicht ein grundsätzlicher Aufgabenbereich der Universität ist.

Nur sollte man so weit gehen, den Kollegen mit der Realität zu konfrontieren, die ihn erwartet, wenn er die Universität verläßt.

Was die kieferorthopädische Ausbildung betrifft, so scheinen die meisten Universitäten auf dem Standpunkt zu stehen, daß dies der Weiterbildung zum Kieferorthopäden vorbehalten bleiben soll. Deshalb erübrigt sich natürlich auch die Nachfrage an einen Examenkandidaten, ob er schon einmal ein Fernröntgenbild ausgewertet hat.

An unseren grundsätzlichen Aussagen zur Situation der zahnmedizinischen Hochschulbildung muß also bedauerlicherweise festgehalten werden. Die Universität kann ihrer Aufgabe als zentrale Stätte der Weiterentwicklung und Weitergabe von Wissen und Fähigkeiten nur unzureichend gerecht werden: Die bundesdeutsche Forschung nimmt im internationalen Vergleich eine bescheidene Stellung ein. Fortbildungsveranstaltungen werden in zunehmendem Maße von Praktikern durchgeführt.

Die Universitäten werden, was unser Fachgebiet anbelangt, auf das Niveau von Produktionsstätten mit quantitativer Orientierung reduziert. Inhalte jenseits eines manuell-fachlichen Minimalcatalogs können nicht mehr vermittelt werden. Auf der Strecke bleiben für das ärztliche Handeln unentbehrliche soziale, ethische und menschliche Qualifikationen. Letztere werden den Studenten im Gegenteil durch

die Ausbildungswirklichkeit noch systematisch abgewöhnt.

Unberührt von allen Reformvorschlägen werden an den deutschen Universitäten noch immer zehn Semester vor allem technisch-prothetische Zahnheilkunde gelehrt. Der DAZ begrüßt die, im Vergleich zum Medizinstudium patientennahe Ausbildung, schlägt jedoch vor, unverzüglich alles zu unternehmen, um eine Reform des Zahnmedizinstudiums in die Wege zu leiten. Diese Reform sollte folgende Veränderungen zum Ziel haben:

1. Verschiebung des Studienschwerpunktes von der prothetisch-technischen auf die prophylaktisch-konservierende Seite.
2. Nicht die Zähne allein sollten im Mittelpunkt des Studiums stehen, sondern das Mund-Kiefer-System als Ganzes. Es sollte deshalb in der Endphase des Studiums Raum geschaffen werden für interdisziplinäre Kurse, in denen die Studierenden ihre Patienten von der Behandlungsplanung bis zur völligen Sanierung in allen Disziplinen betreuen.
3. Zahnheilkunde an der Universität ist oft eine andere als die der niedergelassenen Praktiker. Beide Seiten könnten und sollten voneinander lernen. In den Universitäten könnte etwas mehr Praxisnähe nicht schaden. Es sollte nach Wegen gesucht werden, qualifizierte Praktiker in den Ausbildungsbetrieb einzubinden. Professoraler Hochmut und - teilweise verschobene - juristische Hindernisse haben bis heute dafür gesorgt, daß an den Hochschulen lehrende Praktiker kaum anzutreffen sind.
4. Auf die Fragen und Probleme des öffentlichen Gesundheits- und Sozialwesens sind wir Zahnärzte nur schlecht vorbereitet. Darauf sollte eine Studienreform Rücksicht nehmen.
5. Wenn wir unsere Patienten ganzheitlich betrachten und behandeln wollen, gehören auch Kenntnisse und Fähigkeiten in der Psychologie zum erforderlichen Rüstzeug. Kindern, Behinderten und Ängstlichen mit ihren psychischen Besonderheiten stehen wir heute als Autodidakten gegenüber. Kenntnisse in der Menschenführung, wichtig für das soziale Klima in unseren Praxen, beziehen wir aus dem "Do-it-yourself-Köffchen". Diese Lücken in der Ausbildung müssen, wenigstens was die Grundlagen anbelangt, geschlossen werden.
6. Die Studenten der klinischen Semester sollten so bald wie möglich von technischen Arbeiten entlastet werden, da diese einen unnötig hohen Zeitaufwand erfordern. Statt dessen sollte - bereits an der Hochschule - die Zusammenarbeit zwischen Praktikant und Zahntechniker treten. Ausbildung und Erfahrung in den Bereichen Früherken-

nung, Frühbehandlung und Prophylaxe erscheinen uns wertvoller als der ohnehin illusionäre Versuch, es weitestmöglich den Zahn-technikern gleichzutun. Wichtig ist, bereits in der Ausbildung die Kontroll- und Leitfunktion einzuüben, die in der Praxis bei der Zusammenarbeit mit dem Techniker notwendig ist. Hierbei würde vielleicht noch der positive Nebeneffekt eintreten, daß die Zahnkliniken wegen des reibungslosen Ablaufes bei der Herstellung und Eingliederung prothetischer Arbeiten für die Patienten wieder attraktiver werden.

7. In das Studium sollte eine Pflichtfamulatur von dreimal einem Monat aufgenommen werden, welche in einer freien Praxis oder einer zahnmedizinischen Einrichtung des öffentlichen Gesundheitsdienstes abzuleisten ist.
8. Langfristig sollte eine Verkürzung der vorklinischen Ausbildung auf vier Semester bei gleichzeitiger Verlängerung des klinischen Studiums auf sechs Semester erreicht werden. Hierdurch könnte der zeitliche Rahmen für die aufgeführten Reformmaßnahmen geschaffen werden. g.e.

DER PATIENT VERGISST EINER PRAXIS NIE, WIE DIESE AUF SEINE GEREIZTHEIT REAGIERT HAT

Wie ist man mit ihm umgegangen, freundlich und mitfühlend oder aber schroff und abweisend?

Ein gereizter Patient wird von seinen Emotionen überfahren.

Ihre erste Aufgabe besteht also darin, ihn zu beruhigen:

1. Hören Sie freundlich und konzentriert zu und sprechen Sie ihn so oft wie möglich mit seinem Namen an.

2. Sagen Sie ihm, daß Sie ihn verstehen und daß Ihnen der Vorfall oder die Situation sehr leid tut.

3. Bedanken Sie sich dafür, daß er Ihnen diese Information gibt. Sagen Sie ihm, für wie wichtig und richtig Sie es halten, daß er sich zu diesem Thema äußert, daß Sie ihm helfen möchten und daß Sie sofort etwas für ihn unternehmen werden.

4. Schneiden Sie ihm nicht die Rede ab, unterbrechen Sie ihn nicht. Sehen Sie ihn nicht nur flüchtig und uninteressiert an. Beäugen Sie ihn nicht mißtrauisch, zweifelnd, leicht verächtlich oder böse und somit gleichfalls gereizt.

G.F. Grosse, Arzt und Wirtschaft
13/86, S. 40

GRUPPENVERSICHERUNGS- ABKOMMEN des DAZ mit der CENTRAL Krankenversicherung

Die Fülle der sich an Zahnärz-
te richtenden Krankenversiche-
rungsangebote ist kaum noch zu
überblicken. Dabei kommt
schnell Unsicherheit auf, ob
neben dem auf den ersten Blick
als günstig erscheinenden Tar-
rif auch ein zuverlässiger,
fachlich qualifizierter Ser-
vice steht. Zahnärzte sind
hier besonders auf Arbeitstei-
lung angewiesen und suchen
nach Dienstleistern, die ihnen
die Bearbeitung der kompli-
zierten Versicherungsmaterie
abnehmen.

Der DAZ hat es sich deshalb
zur Aufgabe gemacht, seinen
Mitgliedern Hilfe anzubieten.
Er hat die Leistungsfähigkeit
der CENTRAL Krankenversiche-
rung AG, Köln, geprüft und mit
ihr einen Gruppen-Krankenver-
sicherungsvertrag, speziell
für Zahnärzte, abgeschlossen.
Mitglieder des DAZ und deren
Familienangehörige können dar-
an ab sofort teilnehmen.

Die Vergünstigungen im Grup- pen-Versicherungsvertrag

Die CENTRAL hat sich ver-
pflichtet, jeden ihr vorgeleg-
ten Antrag auf Versicherungs-
schutz zu akzeptieren. Sie
verzichtet also auf das ihr

bedingungsgemäß zustehende Ab-
lehnungsrecht. Es bestehen
keinerlei Wartezeiten. Gegen-
über einer Einzelversicherung
der Gesellschaft sind die Bei-
träge im Gruppen-Versiche-
rungsvertrag erheblich rabati-
tiert.

Schon aus diesem Grunde soll-
ten DAZ-Mitglieder, die be-
reits bei der CENTRAL ver-
sichert sind, ihre Einzelver-
träge auf Gruppenvertragsbasis
umstellen lassen. Im indivi-
duellen Fall wäre das wegen
eventuell bestehender älterer
Tarife und Tarifkombinationen
besonders zu prüfen.

Soweit Krankenversicherungen
anderweitig bestehen, sollte
dennoch geprüft werden, ob
eventuell vorhandene Lücken
mit Hilfe des Gruppenvertrags-
partners geschlossen werden
können.

Beispiele eventuell bestehen- der Lücken:

- Bedarfsgerechtere Vollkran-
kenversicherung über den
Kompakttarif für Zahnärzte
mit 100%iger und unbegrenz-
ter Erstattung der Material-
und Laborkosten im Prothe-
tik- und KFO-Bereich sowie

- der Rückholkosten bei Erkrankungen im Ausland;
- Kindernachversicherung, auch wenn die Eltern anderweitig krankenversichert sind;
- Zusatzversicherung für die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung zur Inanspruchnahme des Ein- oder Zweibettzimmers im Krankenhaus, bei freier Arztwahl;
- Krankenhaustagegeldversicherung;
- Krankentagegeldversicherung zur Absicherung des Verdienstaufhalles bei Krankheit oder Unfall;
- Anwartschaftsversicherung, um beitragsgünstiges Eintrittsalter bei bestehendem Gesundheitszustand sicherzustellen;
- Befreiungsmöglichkeiten für Studenten von der studentischen Pflichtkrankenversicherung.

Hohe Beitragsrückerstattung der CENTRAL

Für jede leistungsfrei bleibende, versicherte Person zahlt die CENTRAL bis zu sechs Monatsbeiträge zurück. In diese Regelung sind die Tarife des ambulanten, stationären und zahnärztlichen Behandlungsbereichs einbezogen.

Leistungsservice der CENTRAL auch in anderen Versicherungssparten und Finanzierungen

Der Leistungsservice der CENTRAL ist kostenlos und be-

zieht auf Wunsch auch alle weiteren Versicherungssparten wie Lebens-, Unfall-, Haftpflicht- und Rechtsschutzversicherungen, ferner Praxis-sach- und Betriebsunterbrechungsversicherung inklusive Schwachstromanlagen-/Elektronikversicherung, Hausrat-, Gebäude- und Wertsachenversicherung mit ein. Zum Niederlassungsservice der CENTRAL gehört auch die Finanzierungsberatung.

Qualifizierte Ärztebeauftragte können über den DAZ oder über die Direktionsstellen unseres Gruppenvertragspartners angefordert werden.

Wir sind davon überzeugt, auch mit Hilfe der CENTRAL eine Ausweitung unseres Mitgliederbestandes verzeichnen zu können.


Falls Interesse an näheren Informationen besteht, wenden Sie sich bitte an meine Praxis:

Dr. G. Ebenbeck
Sedanstr. 18
8400 Regensburg
Tel.: 0941/791007

oder an:

Hauptverwaltung der CENTRAL
Krankenversicherung AG
Hansaring 40-50
5000 Köln 1
Tel.: 0221/16361

Liebe Eltern...


Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde
Studiengruppe München

- Putzen -

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

- Bürste -

Wachstumstrieb bedingt, wird Ihr Kind mit
Jahren von sich aus eine Zahnbürste benut-
en. eigenen Kinderzahnbürste sollten Sie Ihr
Kind ermutigen zu machen lassen. Bürsten Sie aber
erst mit Wasser nach. Es schadet nicht, wenn Sie
erst mit Wasser (erst vom 3. Lebensjahr an

- Fluoride -

Fluoridierungsgewebe erfordert neben einer gründ-
lichen Zahnpflege die „Härtung“ der Zähne durch
Fluoride, welche in der richtigen Dosierung
zu den natürlichen Fluoriden gehören. Diese Vor-
sorge - in der Bundesrepublik sind
Fluoride vorhanden.) Diese Vor-
sorge nach der Geburt beginnen, da
im Kiefer wachsenden Milch-
zähnen wird Ihr Kinderarzt vermutlich
Ihr Kind mit Fluoridtabletten
zur Rachitisvorsorge ver-
ordnen. ist die tägliche Zufuhr sehr
Fluoridzahnpaste.

- Flasche -

wichtigen Wachstumsreiz
Flaschennahrung keinesfalls
n. Ihr Kind sollte sich während
strengen müssen. Halten Sie
n Arm, denn bei flacher R
n Schluckakt angewöhne
n kann.

- Schnuller -

keine allgemeinerbindliche
Das Saugbedürfnis der Kin-
derpsychologen nicht un-
ter psychischen Konstituti-
onsbedingung durch die Mutter
Kuscheltieren - zum Eins-
n zahnärztlicherseits kein
verlutschen (Daumen, Sch

nglich wird, dann geben
en kiefergerecht geform-
te. Sie den Schnuller nie

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.

HTLV-3-VIREN-ANTIKÖRPER IM SPEICHEL GEFUNDEN

Im Speichel von AIDS-Patienten sind Antikörper gefunden worden, die offensichtlich in der Lage sind, entweder das Eindringen der AIDS-auslösenden HTLV-3-Viren in den Körper oder ihre Vermehrung zu verhindern. Die Ergebnisse der Studie von Wissenschaftlern der medizinischen Fakultät der Harvard-Universität in Cambridge (US-Bundesstaat Massachusetts), über die amerikanischen Zeitungen berichteten, erscheint in der März-Ausgabe des Fachorgans "Blood".

Die Antikörper gegen den HTLV-3-Virus wurden in Speichelproben bei 14 von 20 AIDS-Patienten und bei 14 von 15

Patienten entdeckt, die unter einer Vorstufe von AIDS litten. Diese Antikörper, die vor Virusinfektionen des Mund- und Rachenraumes schützen sollen, unterscheiden sich nach Angaben der Wissenschaftler von den im menschlichen Blut enthaltenen Abwehrzellen, die dem AIDS-Virus offensichtlich nicht gewachsen sind. Die neue Entdeckung bietet eine Erklärung dafür, daß AIDS zwar durch Geschlechtsverkehr und Blutkontakt, nicht aber durch alltäglichen Umgang wie das gemeinsame Benutzen von Geschirr oder auch durch Küssen übertragen wird.

Der Kassenarzt Nr. 20/86, S. 11

QUALITÄTSERMITTLUNG

PFLEGERISCHER ARBEIT IM KRANKENHAUS

Diesen Titel trägt ein Beitrag von Gunar Baugut und Friedhelm Peil in "Das Krankenhaus" (Nr. 10/1985). Er berichtet über einen Modellversuch bei vier Krankenhäusern, der vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung finanziert wurde. Durchführende waren das Deutsche Krankenhausinstitut und die Firma Dornier. Der zeit-

liche Aufwand der Qualitätsermittlungs-Studie betrug 55 Minuten. Für die wenig Pflegebedürftigen wurden 23 Fragen gestellt, für die anderen Patienten 42 Fragen. Die Studie ergab genaue Angaben über Mängel in der Pflege und über die Patientenwünsche.

Gesundheitspolitische Informationen
3/86, 3700

KAUGUMMI MIT FLUORID

Der erste Schritt zum Zuckergenuß ohne Reue ist getan: Fluorid in Süßwaren. Das Produkt: "Lacalut, Zahnpflege-Kaugummi, fluor" (Anasco GmbH). Bei den Anwendungshinweisen steht unter anderem "... bitte danach nicht hinunterschlucken. Nicht mehr als 4 ... täglich ... für Kinder ab 7 Jahren ..." Fluoridmengenangaben fehlen!

Nach mehreren Telefongesprächen erhielt ich vom Hersteller folgende Angaben:

Pro Dragée: 2,9 mg NaF, das entspricht einer biologisch wirksamen Menge von 1,3 mg Fluorid. Die für

Kaugummi geltenden Gesetzesrichtlinien der Kosmetikverordnung (!) wurden bei dieser Fluoridkonzentration eingehalten.

Fazit:

Gesundheitsgefährdend in der Hand der Zielgruppe Schulkinder, da Kaugummi sowohl häufig verschluckt wird als auch eine Mengenbegrenzung auf vier Stück pro Tag unrealistisch scheint.

Leicht gekürzt aus: Rundschreiben 2/86, S. 5 u. 6 der Gesellschaft für Medizinische Psychologie (GMP) Arbeitskreis "Psychologie in der Zahnmedizin"
159

STICHWORT NON-COMPLIANCE

In der Allgemeinmedizin geht man von einer Non-Compliance-Rate von etwa 30 bis 35 Prozent aus. Das ist vergleichsweise wenig, betrachtet man die Nichtbefolgungsrate in der Zahnmedizin bzw. in der zahnmedizinischen Prophylaxe, die mit annähernd 82 Prozent angegeben wird. Die hohe Verbreitung von Karies und Parodontitis steht in eindeutigen Zusammenhang mit mangelhafter Compliance.

Erst die eingehende Beobachtung der psychosozialen Vorgänge, der Arzt-/Patient-Interaktion, hat die Compliance-Forschung einen Schritt vorangebracht. Die Sichtweise des Patienten oder, wie Psychologen sagen, die Kognition des Patienten in bezug auf seine Krankheit wird dabei in den Mittelpunkt der Untersuchung gestellt. Der Patient kommt mit konkreten subjektiven Vorstellungen von der Schwere seiner Krankheit und von seiner persönlichen Anfälligkeit in die Sprechstunde. Er ist gleichsam vorbelastet, und Anweisungen und Verordnungen kollidieren möglicherweise mit früheren Erfahrungen oder tradierten Normen.

Fachleute sprechen von der >>kognitiven Dissonanztheorie<<, die besagt, daß das Patientenverhalten nicht von logischen, sondern von psychologischen Größen bestimmt wird. Jeder Mensch ist bestrebt, so diese Theorie, eine Widerspruchsfreiheit in seinem persönlichen kognitiven System zu erreichen. Neu hinzugekommene Informationen und Erkenntnisse müssen so in dieses System integriert werden, daß sie nicht anderen kognitiven Elementen zuwiderlaufen. Praktisches Beispiel: >>Ich möchte gerne eine Tafel Schokolade essen.<< Die neu aufzunehmende Information lautet: >>Sü-

ßigkeiten schaden den Zähnen!<< Die sich hier ergebende kognitive Dissonanz erzeugt einen Druck, den der Betroffene zu mildern sucht. Non-Compliance kann kognitive Dissonanz reduzieren und ist für bestimmte Patienten der einzige Weg, die bestehende Dissonanz abzubauen.

Im wesentlichen werden vier Kognitionsbereiche für Non-compliant. Verhaltensweisen verantwortlich gemacht:

- Die Einschätzung der eigenen Anfälligkeit. Der Arzt wird nur aufgesucht, um sich die Stabilität der persönlichen Gesundheit bestätigen zu lassen.
 - Muß doch behandelt werden (kariöse Defekte, Parodontitis), wird die Rückfallgefahr nach der Therapie als minimal eingestuft und auf entsprechende häusliche Prophylaxemaßnahmen verzichtet.
 - Der Patient kann an die Schwere der Krankheit nicht glauben. Die Tatsache, daß die eigene Gesundheit bedroht oder gar bereits beeinträchtigt ist, wird aus dem Bewußtsein verdrängt.
 - Subjektive >>Kosten-/Nutzen-Rechnung<<. Der Nutzen (die Gesunderhaltung des Gebisses) muß in einem für das subjektive Empfinden des Patienten angemessenen Verhältnis zu den Kosten (Verzicht auf Süßigkeiten, regelmäßige Mundhygiene) stehen. Als weiteres kognitives Element in dieser Kosten-/Nutzen-Rechnung gelten die möglichen Nebenwirkungen von Medikamenten. Im zahnmedizinischen Bereich trifft dies besonders auf Fluorid-Präparate zu, deren Einnahme bzw. Applikation durch eine kritische Fernsehsendung im Herbst 1985 (Monitor) erneut in die Schlagzeilen der Laienpresse geraten ist.
- Zahnärztliche Praxis 7/86, S. 281-2

Der medizinische Doppelschutz gegen Parodontose und Karies



**morgens
aronal**

**abends
elmex**

Spezialisten bieten wirksamen Schutz.

elmex Forschung · Wybert GmbH. 7850 Lörrach

DIE VERHINDERUNG ÜBERGROSSER ZAHNARZTPRAXEN

Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sollen laut § 368 f Abs. 1 Satz 2 RVO sicherstellen, daß übergroße Praxen verhindert werden. Das Gesetz sieht als Mittel für die geforderten Regelungen den Honorarverteilungsmaßstab vor. Dabei fällt den KZVen zunächst die Aufgabe zu, im Honorarverteilungsmaßstab die Übermäßige Ausdehnung der Kassenzahnarztstätigkeit zu definieren.

Der Maßstab sollte sich an dem Leistungsvermögen eines Arztes unter Einbeziehung einer Sicherheitsspanne orientieren. Einschließlich dieses Sicherheitsspielraumes ist auf ein Quartal berechnet eine wöchentliche Arbeitsleistung von 55 Stunden als Obergrenze anzusehen. Besonderer Festlegung bedürfen Gemeinschaftspraxen und Praxen mit Ausbildungs- und Entlastungsassistenten.

Eine Problematik ergibt sich zwar für die KZVen in der Bestimmung der Lei-

stungen pro Arbeitsstunde. Die KZVen haben aber eine Punktezahl festzulegen, die bezogen auf die Leistungsstunden pro Quartal nicht überschritten werden darf.

Als ein geeignetes Mittel, übergroße Zahnarztpraxen zu verhindern, wird ein Honorarabzug angesehen, wobei dem Zahnarzt die Möglichkeit gegeben ist, durch Praxisbesonderheiten Überhöhungen zu rechtfertigen. Bei hartnäckigen Verstößen ist auch ein Zulassungsentzug zu diskutieren.

Die Krankenkassen können im Rahmen einer Rechtsaufsichtsbeschwerde, den jeweiligen Sozialminister eines Landes auffordern, die KZVen zur Schaffung von entsprechenden Honorarverteilungsmantel-Bestimmungen anzuhalten. Sie haben auch die Möglichkeit, die Bestimmungen durch gerichtliche Klage zu erwirken.

Die Ortskrankenkasse 15-16/1986,
464-467

PATIENTENSTELLEN FORDERN KAUSALHAFTUNG FÜR ÄRZTE UND SPITÄLER

Die Verbindung der Schweizer Ärzte hat sich in der Presse gegen die Idee einer Kausalhaftung für Ärzte und Pflegepersonal gewandt ... Kausalhaftung heißt, daß die Versicherung bezahlen muß, wenn der Patient durch ärztliche Behandlung oder Unterlassung zu Schaden kommt, und zwar ohne daß dem Arzt ein Verschulden nachgewiesen werden muß. Die Patientenstellen der Schweiz fordern seit Jahren die Kausalhaftung für die Ärzte und Spitäler. Dies aufgrund ihrer täglichen Erfahrungen mit schwer geschädigten Patienten. Denn in vielen Fäl-

len läßt sich nachträglich ein Verschulden der Ärzte nicht beweisen. Diese Beweisnot geht voll zu Lasten des Patienten, obwohl in den meisten Fällen die schwere Schädigung auf ärztliches oder pflegerisches Handeln zurückgeführt wird ... Tritt in der Folge ein Schaden auf, so wird das Operationsrisiko vorgeschoben. Diese oft auf Lebenszeit invalidisierten Menschen bekommen dann von der Haftpflichtversicherung keine Entschädigung ... Quelle: "Patientenstelle-Bulletin", Nr. 24/1986.

Gesundheitspolitische Informationen
3/86, 3659

Die KZV-Niedersachsen und die Praktizierung der Leitlinien, Hinweise und neuen gemeinsamen Hinweise

IN EINEM SONDERRUNDSCHREIBEN VOM 12. FEBRUAR 1986 TEILTE DIE KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG NIEDERSACHSEN MIT, DASS FÜR DEN BEREICH PROTHETIK NACH DEN VON DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG ENTWICKELTEN "LEITLINIEN" VERFAHREN WERDEN SOLL. DIE "LEITLINIEN" HATTEN FOLGENDEN WORTLAUT:

1. Einzelkronen und Kronengruppen aus rein kosmetischen Gründen sind keine kassenzahnärztlichen Leistungen.
2. Festsitzender sowie festsitzend-herausnehmbarer Zahnersatz unterliegen einer besonders strengen Indikation. Bei mehreren Lücken in einem Kiefer ist die abgestützte Modellgußklammerprothese das Mittel der Wahl.
3. Metallkeramische Versorgung im Seitenzahnbereich ist in der Regel nicht indiziert.
4. Verbindungsvorrichtungen nach Nr. 93 sind nicht indiziert, wenn die gleichwertige Funktion durch abgestützte komplizierte Klammerelemente erreicht werden kann. Dies ist vornehmlich im Seitenzahnbereich der Fall.
5. In der Regel sind zwei Teleskopkronen je Kiefer funktionell ausreichend.
6. Laborgefertigte provisorische Kronen und Brücken sind nur in Ausnahmefällen indiziert.

Heil- und Kostenpläne mit Planungen oberhalb der "Leitlinien" mußten vor Weitergabe an die Krankenkassen zunächst einem zahnärztlichen Gremium der KZVN zur Überprüfung vorgelegt werden. Der Vorstand der KZVN ließ die Frage des DAZ nach der Rechtsgrundlage unbeantwortet.

Die Praktizierung der KZBV-Leitlinien fand in den übrigen KZV-Bereichen offensichtlich keinen Anklang. So beteiligte sich neben Niedersachsen nur noch eine KZV an der Umsetzung der von der KZBV vorgelegten "Leitlinien".

Die "Leitlinien" stellten eindeutig eine Einengung der am 1. April 1986 in Kraft getretenen neuen Prothetik-Richtlinien dar. Sie wurden von der KZBV erklärtermaßen als Schutzmaßnahme gegen den Schiedsspruch vom 23.01.86 (Honorarauseinandersetzung mit dem VdAK) entwickelt (Sonder Rundschreiben der KZVN vom 12.02.86). Die später nachgelieferte Darstellung, es hand-

le sich bei den "Leitlinien" um eine "Konkretisierung" der vereinbarten Richtlinien (Sonderrundschreiben der KZVN vom 24.03.86), erzielte nirgendwo Verständnis. So war es nur konsequent, wenn dann im Zusammenhang mit den "Leitlinien" lediglich von "Hinweisen der KZBV" die Rede war (Schad-Interview, Coll. med. dent. 4, 1986).

Auf einer Veranstaltung des "Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte" zum Thema Richtlinien/Leitlinien am 24. April 1986 in Oldenburg wurde versichert, daß mit den Krankenkassen Einvernehmen über die Anwendung der "Leitlinien" der KZBV erzielt worden sei. In einem Sonderrundschreiben vom 29. April 1986 teilte die KZVN mit, "daß bis zur Verabschiedung gemeinsamer Hinweise die Hinweise (Leitlinien) der KZBV toleriert werden."

Ein Bericht in der Nordwest-Zeitung über eine Bezirkskonferenz der Ortskrankenkassen ließ Zweifel an diesen Feststellungen aufkommen: "Nach den Beobachtungen des AOK-Landesverbandes werden diese Richtlinien (vom 01.04.86) jedoch von den Zahnärzten oft noch "untersritten" ..." Dies kann nicht im Interesse der Krankenkassen sein.

Eine Anfrage beim Landesverband der Ortskrankenkassen in Hannover wurde am 05.05.86 beantwortet. Danach kam es bisher zu keiner Absprache über die Leitlinien der KZBV. Weiter heißt es in dem Schreiben: "Die Krankenkassenverbände haben ausdrücklich erklärt, daß

sich die Leitlinien außerhalb der für die Vertragspartner verbindlichen Richtlinien ... bewegen und daher nicht rechtsverbindlich sein können." Eine Vereinbarung über das weitere Verfahren sei nicht getroffen worden.

Eine Anfrage bei der - für den VdAK-Bereich federführenden - Barmer Ersatzkasse in Hannover wurde telefonisch beantwortet. Es wurde ausdrücklich betont, daß die "Leitlinien" für die Barmer Ersatzkasse nicht akzeptabel seien. Es sei völlig unverständlich, weshalb zusätzlich zu den einvernehmlich entwickelten neuen Richtlinien noch weitere aufgestellt worden seien.

Mit der Sondermitteilung der KZVN vom 29.04.86 wurde darüber informiert, daß der Landesverband der Betriebskrankenkassen eine Rechtsaufsichtsbeschwerde beim niedersächsischen Sozialminister gegen die KZVN unter Bezug auf die beschlossenen "Leitlinien" führt.

In der Ergebnisniederschrift von der Sitzung der Spitzenverbände der Krankenkassen mit der KZBV am 23.04.86 heißt es: "Eingangs der Beratungen weisen die Vertreter der Spitzenverbände die einseitig von der KZBV erlassenen Leitlinien und Hinweise zur Umsetzung der neuen Zahnersatz-Richtlinien in aller Schärfe zurück. ... Die KZBV will darauf hinwirken, daß die von ihr bisher veröffentlichten Hinweise moderat behandelt werden. Sie möchte sie jedoch nicht offiziell zurückziehen, damit kei-

ne falschen Zeichen gesetzt werden."

Seit dem 1. Juli 1986 gelten nun die neuen gemeinsamen Hinweise, die die KZBV mit den Krankenkassenverbänden verabschiedete. Demnach sind Planungen mit

1. Versorgungen mit mehr als zwei Verbindungselementen je Kiefer,
 2. Versorgungen mit mehr als vier Einzelkronen je Kiefer bzw. mit mehr als drei Einzelkronen im Frontzahnbereich,
 3. Brückenversorgungen, wenn im Frontzahnbereich und im Seitenzahnbereich je Kiefer mehr als fünf Zähne ersetzt werden sollen,
- auf dem Heil- und Kostenplan medizinisch zu begründen.

Die KZVN beharrt nun weiterhin ohne Rechtsbasis auf dem Verfahren der Vorprüfung von Behandlungsplanungen oberhalb der drei aufgeführten gemeinsamen Hinweise. Behandlungen, die auf Muster 3 mit dem Patienten vereinbart werden (Ab-

dingung), bleiben hiervon ausgenommen. Dies bedeutet allerdings, daß Maßnahmen oberhalb der gemeinsamen Hinweise - wengleich im Rahmen der Richtlinien - zu Lasten des Patienten gehen. So läßt sich die Menge ausweiten, obwohl formell das Bild der Mengenbegrenzung entsteht.

Wie weitsichtig war ein Beschluß auf einer Versammlung des "Freien Verbandes", Landesverband Bayern: "Die Landesversammlung Bayern des Freien Verbandes möge beschließen, in die jährlichen Praxisgründungsseminare ein ausführliches Referat über die Abdingung aufzunehmen. Begründung: Bereits bei der Niederlassung sollte der junge Kollege in die Lage versetzt sein, die Abdingung als normalen rechtlichen Vorgang zu betreiben." Ebenso konsequent war die Aufnahme des Themas "Die Abdingung" in das Programm für Zahnarztthelferinnen auf dem Niedersächsischen Zahnärztetag 1986.

Dr. Manfred Witte

WAS SCHÄTZEN PATIENTEN AN IHREM ARZT?

ZUHÖREN, GESPRÄCH, KOMPETENZ

Das Institut Infratest in München führte eine Meinungsumfrage bei Patienten durch. Unter anderem wurde gefragt, was der Patient an seinem Arzt schätze. Die Ergebnisse: Kurze Wartezeiten auf einen Termin 32%. Kurze Wartezeiten am Behandlungstag 26%. Gute Einrichtung der Praxis 32%. Freundliche Arzthelferinnen 44%. Intensives Gespräch 64%. Das Gefühl, ernehme sich Zeit und höre zu 68%. Ge-

naue Untersuchungen 58%. Viele Labor- und Geräte-Untersuchungen 26%. Verschreibt viele und/oder teure Medikamente 4%. Verschreibt Medikamente auf Wunsch 12%. Das schnelle Wohlbefinden nach der Behandlung 18%. Daß er auf Wunsch krankschreibt 0%. Macht Hausbesuche 40%. Das Gefühl, er sei fachlich kompetent 56%. (Quelle: "Ärztezeitung", 5. Mai 1986)

Gesundheitspolitische Informationen
3/86, 3662

SOZIALVERSICHERUNG NUR FÜR SCHUTZBEDÜRFTIGE

In der Mitgliederversammlung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. am 12. Juni 1986 in Bad Kreuznach setzte sich der Verbandsvorsitzende Heinrich Frommknecht in seinem Referat mit der bevorstehenden, von der Bundesregierung für die nächste Legislaturperiode ab 1987 angekündigten Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auseinander. Wir geben seine Ausführungen in Auszügen wieder:

Der Leistungskatalog sollte verringert werden

Bundesarbeitsminister Blüm hat in seinen zehn Grundsätzen für ein gesundheitspolitisches Gesamtkonzept die Weichen richtig gestellt, nämlich die Leistungen der GKV als Solidarinrichtung auf das zu beschränken, was sozial und gesundheitspolitisch wirklich nötig ist.

In den Leistungskatalog der GKV gehören ebensowenig die versicherungsfremden Leistungen, wie z.B. das Mutterschafts- und Erziehungsgeld, die der Staat selbst finanzieren sollte.

Die Selbstbeteiligung sollte ausgeweitet werden

Einen Beitrag zur Solidarität könnte auch die gezielte Ausweitung der Selbstbeteiligung in der GKV im Arzneimittelsektor leisten. Die jetzige Zuzahlung zu Arzneimitteln sollte durch einen spürbaren prozentualen Eigenanteil abgelöst werden. Für diejenigen Gruppen, denen eine Zuzahlung nicht zugemutet werden kann, können durchaus Ausnahmeregelungen eingeführt werden, die soziale Härten vermeiden.

Wir könnten das Sachleistungsprinzip auflockern

Wenn das Sachleistungsprinzip aufgelockert werden soll, dann kann dies nur für die freiwillig Versicherten geschehen, die des Sozialschutzes nicht bedürfen. Ihnen könnte die Kostenerstattung, gekürzt um einen Unwirtschaftlichkeitsabschlag, entweder zur Pflicht gemacht werden; denkbar wäre auch, ihnen eine freie Entscheidung für die Kostenerstattung einzuräumen, an die sie aber auf Dauer gebunden wären. Honorarmaßstab müßte auf jeden Fall die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sein. Das von den Ersatzkassen heute den höher Verdienenden zugestandene Pendel zwischen Sachleistungen und Kostenerstattung ist indes eine nicht gerechtfertigte und kostentreibende Privilegierung gegenüber den Pflichtversicherten und geht zu deren Lasten.

Wir sollten die Versicherungspflicht einengen

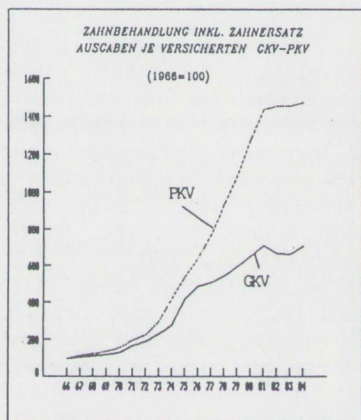
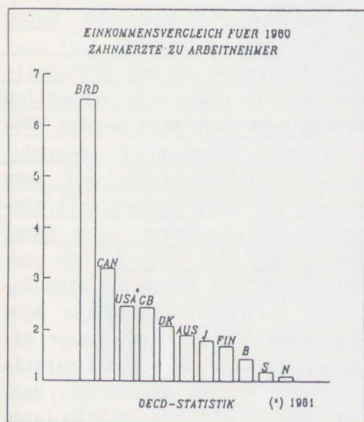
Mehr Eigenverantwortung für die Gesundheit heißt auch, den gesetzlich versicherten Personenkreis auf diejenigen zu konzentrieren, die des sozialen Schutzes wirklich bedürfen. Den freiwillig Versicherten mit Einkommen oberhalb der Jahresverdienstgrenze - mit ihren Familienangehörigen machen sie etwa zehn Millionen Personen aus - kann durchaus die Eigenvorsorge gemäß dem Subsidiaritätsprinzip zugemutet werden. Wir vermuten, daß diese Versicherten wegen der größeren Zahl mitversicherter berufstätiger Ehefrauen, der größeren Familie und des höheren Durchschnittsalters die Solidargemeinschaft eher belasten, jedenfalls nicht entlasten.

Die PKV würde die Beamten ausnahmslos aufnehmen

Auch die Beamten haben als Berufsgruppe den solidarischen Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung nicht nötig. Ihre eigenständige Sicherung durch die Beihilfe paßt zudem systematisch nicht zur Sozialversicherung. Die Einführung des wahlweisen Arbeitgeberbeitrags wäre der Anfang vom Ende der Beihilfe, weil beides nebeneinander auf die Dauer Entscheidungen nach der "Rosintheorie" fördern würde.

Wenn wir als PKV davon ausgehen können, daß die GKV künftig auf dem Gesetzeswege für die Beamten praktisch geschlossen wird, sind wir unsererseits bereit, die Beamten ohne Ausnahme aufzunehmen. Wir würden sowohl einmalig befristet bei den aktiven Beamten als auch auf Dauer bei den Beamtenanfängern auf Ablehnungen aus Risikogründen verzichten und uns auf einen nach oben begrenzten Risikozuschlag beschränken. Bevor hierzu Aussagen im Detail gemacht werden können, müssen wir allerdings erst die kartellrechtlichen und sozialpolitischen Rahmenbedingungen klären.

PKV-Publik 5/86, S. 54



Gesundheitspolitische Informationen 3/86, 3677

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

SIND GRENZBEWEGUNGEN DES UNTERKIEFERS STETIG REPRODUZIERBAR?

Die Bewegungen des Unterkiefers in den Grenzbereichen sind nicht nur durch anatomische Strukturen wie z.B. Ligamente, Gelenkkapsel, Gelenke und Zahnreihen begrenzt. Neuromuskuläre Reflexmechanismen, die ihren Ursprung im Rezeptor der Gelenkstruktur und der Muskulatur nehmen, spielen eine ebenso wichtige Rolle. So wirken z.B. die Muskelspindeln, das Golgi-Sehnenorgan und andere Rezeptoren via Reflexmechanismen in synergistischen und antagonistischen Muskeln als Kontrolle der Bewegungsausmaße.

Grenzpositionen der Mandibula als sogenannte stetig reproduzierbare Stellung dienen in der Zahnmedizin zu sogenannten gelenkbezüglichen Montagen von Kiefermodellen in einem Artikulator.

Die Tatsache, daß der Muskeltonus und die muskuläre Aktivität sehr abhängig von exogenen Faktoren, z.B. der Psyche, sind, läßt die Frage aufkommen, ob überhaupt Grenzbewegungen des Unterkiefers stetig reproduzierbar sind (Birkmayer, 1970; Cernay et al., 1984; Graber, 1981, 1982, 1985; Heggendorn et al., 1979).

In der vorliegenden Arbeit soll anhand des Stresses abgeklärt werden, ob eine von psychischer Belastung abhängige Limitation der Grenzbewegungen des Unterkiefers festgestellt werden kann und, falls vorhanden, wie groß sie ist.

...

Von den zwölf Probanden zeichnen nur vier beide Male die gleichen oder nur minimal verschiedene Grenzbewegungen auf. Bei zwei Patienten können Kleine, aber dennoch deutliche Limitierungen festgestellt werden. Die unter "experimentellem Streß" gravierten Stereogramme der anderen sechs Versuchspersonen unterscheiden sich zum Teil massiv von den unter "Normalbedingungen" gewonnenen Aufzeichnungen. Zudem können drei Versuchspersonen den Unterkiefer nicht mehr in die ursprüngliche gelenkbezügliche Zentral-lage (RKP-Position) zurückführen.

Die vorgestellten Untersuchungen und die kritische Beurteilung ihrer Resultate zeigen deutlich die Auswirkungen der Psychomotorik auf das Bewegungsspektrum der Mandibula. Durch Streß, emotionale Labilität oder psychische Spannungen können Grenzpositionen des Unterkiefers wesentlich beeinflußt und verändert werden. Registrierungen sogenannter reproduzierbarer Grenzbewegungen und ihre Verwendung zur Adjustierung voll einstellbarer Artikulatoren sind daher nur unter Vorbehalt möglich. Dem psychoemotionalen und psychosozialen Zustand des Patienten ist primär Achtung zu schenken. Auch die Dauer einer Registrierung und deren apparativer Aufwand können Stressoren darstellen und somit die mandibulären Bewegungen beeinträchtigen.

H. Cueni/G. Graber
SSO 7/86, S. 861-878

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

Qualitätssicherung bei der Abdrucknahme?!

— es spricht alles für den Hydrokolloidabdruck

Hydrokolloid: Ein sauberer Abdruck

Der richtige Abdruck ist entscheidend für perfekte Reproduktion und die Stuhlbelegungszeit. Das SURGIDENT Hydrokolloid-Abdrucksystem besitzt alle Vorteile zur Erfüllung dieser Voraussetzung für die zahnärztliche Praxis.

Hydrokolloid: Ein alter Hut?

Ja und nein!

Obwohl in den 30er Jahren in Amerika und in der Schweiz schon mit Hydrokolloid gearbeitet wurde, hat jedoch im wesentlichen erst in den letzten zehn Jahren, durch ständige Weiterentwicklung von Material und Geräten, das Hydrokolloidverfahren eine Qualität erreicht, die Anlaß gibt zu der Feststellung:

DAS HYDROKOLLOID-ABDRUCKVERFAHREN IST DAS EINFACHSTE, DAS MAN SICH VORSTELLEN KANN.

Größte Genauigkeit

Der Hydrokolloid-Abdruck ist immer absolut genau.

Warum ist der Hydrokolloid-Abdruck so genau?

Im Gegensatz zu den herkömmlichen Abdruckmaterialien ist das Hydrokolloid-Material im abdruckfertigen Zustand leicht fließend. Gummi oder Silikon dagegen ist mit seiner trägen Konsistenz in der Lage, das Zahnfleisch in der Abdruckphase zu verschieben und zwar nicht immer in die gewünschte Richtung. Dieser Fehler kann bei dem leicht fließenden Hydrokolloid niemals passieren.

Allerdings müssen zur vorherigen Zahnfleischverdrängung Retraktionsfäden gelegt und dann vor Abdrucknahme wieder herausgenommen werden.

Geringster Schrumpfungs- und Ausdehnungskoeffizient

Dieser Faktor trägt im wesentlichen zur Genauigkeit des Abdruckes bei. 80% des Hydrokolloid-Materials sind Wasser. Zu 15% enthält das Material ein Plankton-Präparat mit dem Namen "Agar-Agar".

Zusätzliche Genauigkeit durch

Vermeidung von chemischen Reaktionen innerhalb des Materials

Da das Hydrokolloid-Material nicht angemischt, sondern nur erwärmt zu werden braucht, können hier weder die unvermeidbaren Fehler während des Anmischens, noch chemisch bedingte Fehler während des Abbindens entstehen.

Einfachstes Anwendungs- und Verarbeitungskonzept

Eine Besonderheit der Hydrokolloid-Technik ist die Einfachheit in der Anwendung.

Im Arbeitsbuch für Hydrokolloid-Technik finden Sie exakt und übersichtlich beschrieben den Arbeitsablauf bei der Hydrokolloid-Technik.

Hier jedoch einmal die wesentlichen Punkte für die Anwendung des Hydrokolloid-Konzepts:

Ablauf für Abdruck mit Hydrokolloid

1. Montag früh Gerät einschalten. Wasserstand prüfen (Kochbad mit Tuben und Spritzen befüllen - Wasserstand so, daß Tuben ganz im Wasser sind).
2. Re-boil-Knopf drücken. Jetzt läuft Kochvorgang automatisch ab. Nach Beendigung des Kochvorgangs ertönt ein Hupton.
3. Korb mit gekochtem Material nun ins Lagerbad umsetzen. Nach zehn Minuten hat das Material die Lagertemperatur von 67-68 °C erreicht und ist dann verarbeitungsfähig.
4. Abdrucknahme
5. Sind die Fäden gelegt, passenden

WC-Löffel mit Tubenmaterial befüllen (den Löffel vorher kurz ins mittlere Bad halten) und mit nassen Fingern (drittes Bad) das Tubenmaterial verteilen (Fäden müssen am Sulcusrand sichtbar sein).

6. Den Löffel für vier bis fünf Minuten ins Tomperbad legen. Anschließend herausnehmen und mit dreilagigem Gaze bedecken, dann an den Kühlschlauch anschließen und aufs Tray legen.
7. Fäden entfernen, Präparationen mit Wasser absprühen - nur absaugen nicht trocknen!!!
8. Stickspritze aus dem mittleren Bad nehmen, Verschluß abziehen und dem Behandler übergeben.
9. Präparationen (Stumpf für Stumpf) dick mit Spritzenmaterial bedecken, Gaze vom Löffel abziehen, den Löffel sofort in den Mund geben und langsam in Position drücken.
10. Ist der Löffel in richtiger Position, Wasserdurchlauf einschalten (im Winter vier Minuten - im Sommer fünf Minuten kühlen!!!).
11. Nach vier bzw. fünf Minuten Wasser abstellen, 30 Sekunden warten und dann den Löffel ohne drehen, hebeln oder schaukeln, abziehen.
12. Den Abdruck über dem Speibecken vom Kühlschlauch abziehen und unter kaltem Wasser vorsichtig abspülen. Ist er in Ordnung, dann sofort in ein feuchtes Tuch wickeln und bald ausgießen.
13. Ausgießen
Den Abdruck vor dem Ausgießen in eine 2-%ige Caliumsulfat-Lösung legen (Schleim und Speichel lösend!).
14. Superhartgips nach Vorschrift anmischen; den Abdruck aus der Lösung nehmen und nur abschütteln, nicht trocknen!
15. Den Superhartgips immer von der gleichen Stelle aus nachgeben und langsam durch den Zahnkranz lau-

fen lassen. Auf der Gegenseite läuft so das dünnere Gips-Wassergemisch ab, so daß keine Blasen entstehen.

16. Den so ausgegossenen Abdruck zum Aushärten in eine geschlossene Box geben (feuchte Atmosphäre).

Die Definition des Abdruckes ist folgende:

Ein Abdruck ist dann genau, wenn aus zwei verschiedenen Abdrücken derselben Präparation zwei identische Modelle hergestellt werden können.

Wann sind Modelle genau:

Modelle sind dann identisch, wenn sowohl die Wachsmodelle der Güsse wie auch die Güsse selbst von einem auf das andere Modell übertragen werden können und genauen Randschluß behalten.

Kosten:

Hydrokolloid-Material ist teilweise preiswerter als andere Abdruckmaterialien.

Wenn man jedoch die Zeit als Kostenfaktor - und das muß schließlich hinzugerechnet werden - einbezieht, dann ist die Hydrokolloid-Abdrucktechnik wesentlich kostengünstiger als andere Abdruckmethoden.

Sie haben jetzt einen Eindruck von den Einsatzmöglichkeiten des Hydrokolloid-Abdruckmaterials. Bitte überzeugen Sie sich selbst.

Auf Anfrage übersenden wir Ihnen gerne alle gewünschten Informationen.

In nur einer Stunde werden Sie herausgefunden haben, wie Sie mit wenig Aufwand einen perfekten Abdruck machen.

Sigma Dental Systems GmbH
Am Wasserwerk 3
Postfach 26
2391 Steinbergkirche
Tel.: 04632/7220, 7290

oder

Dental Spezialitäten
Friedrich Rißmann
Heidecker Str. 33
8543 Hilpoltstein
Tel.: 09174/9587

Um unser Image zu verbessern, bleibt uns nur noch ein allerletzter Ausweg: Wir müssen bessere Ware liefern. (Unbekannt)

GPI Nr. 4/85, 3224

ES GIBT VIELE GUTE ARGUMENTE FÜR EINE PRÄPROTHETISCHE KIEFERORTHOPÄDIE!

Aus prothetischer Sicht können Zahn-
bewegungen notwendig werden bei fol-
genden Befunden:

1. Zu großen, zu kleinen oder unsym-
metrischen Lücken im Frontsegment
vor allem des Oberkiefers, aber
auch des Unterkiefers.
2. Auffälliger Mittellinienverschie-
bung im Oberkiefer.
3. Kreuzbiß in der Front mit und ohne
Zwangsbiß.
4. Einer großen Frontzahnstufe mit
Lücken.
5. Wanderungen und Kippungen von Prä-
molaren und Molaren.
6. Nonokklusion oder Kreuzbiß im Sei-
tenzahngebiet, mit und ohne
Zwangsbißführung.
7. Zur Verbesserung der Pfeilver-
teilung unter funktionellen Ge-
sichtspunkten, z.B. Einstellung
eines Weisheitszahnes, Prämolaren
oder verlagerten Eckzahnes.
8. Bei vertikalen Unstimmigkeiten.
9. Bei Nichtanlagen von Zähnen.

Die Vorteile, die die Kieferorthopä-
dische Behandlung für die Prothetik
erbringt, können in folgenden Punkten
zusammengefaßt werden:

1. Durch Herstellen adäquater und
symmetrischer Lücken wird die ästhe-
tische Rekonstruktion im Frontsegment
ermöglicht. Dasselbe gilt für Zähne,
die sich in sagittaler Richtung nicht
in den Zahnbogen einfügen.
2. Durch die kieferorthopädische Be-
seitigung von Lücken, wie z.B. eines
Diastema mediale bzw. die Herstellung
der richtigen Lückengröße bei Fehlen
von Frontzähnen wird die in ästheti-
scher und parodontalprophylaktischer
Hinsicht problematische prothetische
Vergrößerung von Einzelkronen und
Brückenpfeilern vermieden.

3. Durch Ausformen des unteren Front-
segments - einschließlich Nivellieren
- werden bessere Voraussetzungen für
die Eingliederung einer oberen Front-
zahnbrücke geschaffen, die ästheti-
schen und funktionellen Anforderungen
gerecht wird.

Bei ausgeprägten Fehlstellungen eines
unteren Frontzahnes muß sogar die
Extraktion eines solchen Zahnes in
Kauf genommen werden.

4. Durch Herstellung regelrechter Be-
ziehungen zwischen Oberkiefer- und
Unterkiefer-Frontzähnen, z.B. durch
Beseitigung einer lückigen Labialkip-
pfung der Oberkieferfrontzähne oder
Beseitigung eines Kreuzbisses in der
Front, werden durch die Frontzahnfüh-
rung gelenkphysiologische Bedingungen
erfüllt.

5. Durch Aufrichtung nach mesial gekip-
pter Molaren und distal gekippter
Prämolaren werden Präparationsschäden
vermieden und eine günstigere Ein-
schubrichtung erreicht. Außerdem wird
die durch die Kippung entstandene
Prädilektionsstelle für mikrobielle
Plaques beseitigt.

6. Durch Einstellen eines verlagerten
Weisheitszahnes wird eine Freundpro-
these vermieden. Für die Distalisa-
tion eines Prämolaren bei Fehlen der
Molaren gilt das Gleiche.

7. Durch Beseitigung des Kreuzbisses
bzw. der Non-Okklusion im Seitenzahn-
gebiet werden Zwangsführungen besei-
tigt und die Möglichkeit geschaffen
bei der prothetischen Versorgung re-
gelrechte okklusale Beziehungen her-
zustellen.

8. Durch Behandlung von Hoch- und
Tiefständen einzelner Zähne oder des
Tiefbisses, wie er häufig bei multip-
ler Nichtanlage beobachtet wird, wer-
den ebenfalls bessere Voraussetzungen
für eine prothetische Rehabilitation
geschaffen.

SCHRÄGLATERALE RÖNTGENBILDER ZUR UNTERSTÜTZUNG IN DER KIEFERGELENKSDIAGNOSTIK FÜR DIE PATIENTEN UNZUMUTBAR?

Unzählige Arbeiten in der Weltliteratur über die Röntgendiagnostik des Kiefergelenks beweisen einerseits das große Interesse dieser zentralen, funktionell-anatomischen Struktur in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde; andererseits dokumentieren sie die Schwierigkeiten, die sich aus der röntgentopographisch ungünstigen Lage ergeben.

In dieser Arbeit wird vorwiegend auf die Aussagekraft von schräglateralen Röntgenbildern in der Projektionsrichtung 15° dorsal und 15° kranial eingegangen.

Die Untersuchung soll Informationen über die Indikation und Interpretierbarkeit von transkranialen Röntgenbildern in der Lindblom-Projektion liefern. Sind solche Röntgenbilder überhaupt sinnvoll, und können sie unseren Patienten zugemutet werden?

Das schräglaterale Röntgenbild nach Lindblom unterstützt die Kiefergelenkdiagnose nicht befriedigend. Die gewonnenen Informationen sind dürftig und unvollständig. Die Interpretation, insbesondere die Positionsfrage des Kondylus, ist unmöglich.

Als wertvolle Alternative zur transkranialen Aufnahme erweist sich das

Computertomogramm (CT), das als exaktes Horizontalbild imponiert. Es gelangen darin alle unterschiedlich röntgendichten Strukturen zur Darstellung. Durch die Transfermöglichkeit interessierender Bereiche in die Vertikale kann die Positionsfrage des Kondylus beantwortet werden. Die präzise Auswahl der gewünschten Schichttiefe garantiert die Abbildung der exakten räumlichen Beziehung zwischen Kondylus und Fossa.

Aufschlußreiche Informationen gewinnt man über Größe, Lokalisation und Befallsmuster eines degenerativen Prozesses durch die Serienherstellung in unterschiedlicher Schichttiefe.

Die Unterstützung von Anamnese und Befund durch das CT ist vielseitiger und aufschlußreicher als durch das schräglaterale transkraniale Röntgenbild. Die Anatomie des Kondylus im CT ist ersichtlich, Degenerationsercheinungen und Defekte werden deutlich dargestellt. Über Aufwand, Strahlenbelastung und Kosten der beiden Methoden Computertomogramm - transkraniale Aufnahme läßt sich diskutieren. Die Vorteile des CT sind jedoch nicht zu übersehen.

K. Jäger/G. Graber
SSO 3/86, S. 530-545

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

E N D O D O N T I E

DIE VERTEILUNG VON CHLORPHENOLKAMPHER IM ORGANISMUS NACH EINBRINGEN MITTELS WATTEPELLET IN DIE PULPENHÖHLE

Bezugnehmend auf die Desinfektion von Wurzelkanälen hat WANDEL (1962) festgestellt: "Die Unterbindung des bakteriellen Nachschubs aus dem infizierten Kanal ist entscheidend für den Erfolg der Behandlung." Diese Entkeimung des infizierten Endodonts wird mit Desinfektionsmitteln, Antibiotika und Kortisonpräparaten als Einlage in das Wurzelkanalsystem mehr oder weniger erfolgreich erreicht.

FAGER und Mitarbeiter haben mit radioaktivem Chlorphenolkampher, eingebracht in Eckzähne von Katzen die Wirkung dieses Desinfektionsmittels auf den Gesamtorganismus über den Wurzelkanal hinaus untersucht. Die Katzen wurden 24 Stunden nach Einbringen der radioaktiven Substanz getötet und die Zähne, das periapikale Gewebe, Niere, Leber, Blut und Urin spectrometrisch auf Radioaktivität untersucht - Blut und Urin alle zwei Stunden.

Es ergaben sich folgende Ergebnisse:

1. 47% der Substanz verblieben im Zahn - davon 27% im Wattepellet, 20% in den Zahnbestandteilen.
2. Die Substanz breitet sich über das Foramen apikale aus und erscheint nach 30 Minuten im Blut und 20% werden in den 24 Stunden im Urin ausgeschieden.
3. Nur 1% der Substanz war in der periapikalen Region feststellbar unabhängig vom Zustand der periapikalen Region.
4. In Leber und Niere war keine Radioaktivität nachweisbar.

Obwohl der radioaktive Chlorphenolkampher sich schnell durch das Foramen apikale in den Gesamtorganismus ausbreitet, vermindert wahrscheinlich der Mangel an Gewebsaffinität und die rasche Ausscheidung dauerhafte toxische Wirkung.

Fager, F.K. et al., J. Endodon 1986; 12: 225-230

Der DAZ ist der Auffassung, daß der kassenärztliche Leistungskatalog auch präventive Maßnahmen enthalten muß. Um der Gefahr der unkontrollierbaren Ausnützung dieser Leistungspositionen (etwa bei Abrechnung über den Krankenschein) entgegenzuwirken, schlagen wir vor, individualprophylaktische Maßnahmen in der Praxis durch Rechnungstellung an den Patienten und nachfolgende Kostenerstattung durch dessen Krankenkasse zu honorieren (Kosten- und Leistungstransparenz durch ausgetextete Leistungspositionen mit Zeiteinheiten). Solche Behandlungen sollten grundsätzlich einmal pro Jahr ohne Eigenbeteiligung des Versicherten durchführbar sein. Im Regelfalle halten wir den Einzelsatz der Analoggebührentabelle der Deutschen Gesellschaft für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde für angemessen und ausreichend.

DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983

ENDODONTIE

ULTRASCHALLANWENDUNG IN DER ENDODONTIE:

DIE ABNÜTZUNG DER INSTRUMENTE BEIM GEBRAUCH

Die Verwendung des Ultraschalls in der Endodontologie kann einen neuen Abschnitt in der Aufbereitung, Formung, Spülung und Desinfektion von Wurzelkanälen bedeuten. In der Bundesrepublik Deutschland werden hierzu drei Geräte angeboten:

1. Cavi Endo (Fa. De Trey Wiesbaden)
2. Piezotek (Fa. Satelec Erkrath) und
3. Osada Enac-Gerät (Fa. DVG Göttingen).

SCOTT UND WALTON haben nun die rostfreien Edelstahlfeilen vom Typ Kerr und Diamant-Feilen des Cavi Endogeräts auf Abnutzung und Bruchanfälligkeit bei einer Anwendungsdauer bis zu 20 Minuten mit einer 2,5-%igen Natriumhypochlorit-Dauerspülung unter dem Elektronenmikroskop untersucht.

Die Anwendung erfolgte gemäß den Herstellerangaben und nach modernen endodontischen Richtlinien:

1. Kavitätenpräparation, die einen

geradlinigen Zugang zu den Kanälen brachte.

2. Arbeitslänge 1 mm vom röntgenologischen Apex.
3. Die Feilen wurden vor Benützung bis zur Arbeitslänge eingebracht; die Stahlfeilen, wenn nötig der Kanalbiegung entsprechend vorgebogen.
4. Jede Feile wurde unter Natriumhypochloritspülung eine Minute im Kanal aktiviert.

Es ergaben sich folgende Ergebnisse: Geringfügige Abnutzungserscheinungen waren nach acht Minuten feststellbar. Grundsätzlich waren nach 20-minütigem Gebrauch keine Beschädigungen, sowohl bei den Kerr-Feilen, als auch bei den Diamant-Feilen feststellbar. Bei Einhaltung der Herstellerangaben über die Benützungsart und -dauer ergaben sich weder Beschädigung noch Bruch der Instrumente.

Scott, G.L. et Walton, R.E., J. Endodon 1986; 12: 279-283

Bezugshinweis für das Forum:

Abo-Preis beträgt entgegen anderslautenden

Veröffentlichungen 30,- DM pro Jahr

Die Lösung mucogingivaler Probleme in der Praxis

Zunehmend häufiger kommen Patienten mit einzelnen oder multiplen Rezessionen oder Stillmann'schen Spalten in die Praxis. Es fällt mir auf, daß zunehmend Jugendliche aus der Altersgruppe 16 bis 20 mit vorgehender KFO-Behandlung und einer intensiven Putztechnik mit diesen Problemen behaftet sind. Häufig sind es empfindliche Zahnhälse, eine störende Ästhetik oder einfach die Furcht vor weitergehenden Rückbildungen des Zahnfleisches, die die Patienten zu uns führen. Obwohl die Behandlung nicht einfach, teilweise von der Notwendigkeit her umstritten ist, erwarten die Patienten Hilfe und Behandlung von uns. Dabei müssen wir und der Patient sich im klaren sein, daß speziell bei Rezessionen eine restitutio ad integrum nicht mehr möglich ist. Unser minimales Ziel ist deshalb, bei ausgeprägten multiplen und breitflächigen Rezessionen zunächst keine Verschlechterung mehr eintreten zu lassen, bei günstig gelagerten Fällen eine teilweise bis gute Deckung zu erreichen.

Wir haben deshalb in unserer Praxis einen 3-Stufen-Plan entwickelt. Seitdem wir systematisch nach diesem Plan arbeiten, sehen wir mehr gute Erfolge bei der Behandlung mucogingivaler Problemfälle.

Die erste Phase umfaßt ca. 4 bis 5 Sitzungen im Zeitraum

von 4 bis 6 Monaten. Wir besprechen die Problematik mit dem Patienten und lassen uns exakt die Mundhygienegewohnheiten des Patienten zeigen. Häufig stellt sich dabei heraus, daß eine viel zu kräftige unphysiologische Putztechnik angewandt wird (Parow hat in seinen Kursen schon eindringlich auf diese Problematik hingewiesen). Wir versuchen, dem Patienten eine adäquate Putztechnik beizubringen, meistens eine modifizierte Bass-Technik und verlangen eine intensive Plaque-Kontrolle. In jeder Sitzung werden Putztechnik und Plaque kontrolliert. Sind nach einiger Zeit Putz- und Plaque-Kontrolle stabil, gehen wir zur zweiten Phase über.

In der zweiten Phase führen wir ein intensives Scale-Rootplaning-Programm durch. In Abständen von ca. 4 Wochen wird an allen Zähnen mit Stillmann'schen Spalten oder Rezessionen mindestens dreimal ein Scaling und Rootplaning durchgeführt, zusätzlich Hygieneprogramm. Selbstverständlich führen wir auch eine klinische Funktionsanalyse durch und suchen nach Fehlbelastungen, speziell Hyperbalancen im kontralateralen Bereich. Diese werden soweit als möglich eingeschliffen. Liegt eine größere funktionsanalytische Problematik vor, wird diese in einem eigenen Behandlungsgang behandelt. Bereits während

dieser Maßnahmen zeigen sich oftmals beginnende Verbesserungen. Speziell Stillmann'sche Spalten zeigen einen sehr guten Respons auf diese Maßnahmen und sind in einem hohen Prozentsatz kurze Zeit nach dieser Behandlung verschwunden. Auch viele Fälle mit Rezessionen sprechen auf diese Behandlungsmaßnahmen gut an und zeigen ein leichtes Creeping-Attachment. Für mich genügt in diesen Fällen dieser Erfolg, außer der Patient wünscht aus ästhetischen Gründen eine Rezessionsdeckung. Der Patient wird angehalten, die Mundhygiene nicht zu vernachlässigen und in ein dreibis viermonatiges Recall mit Remotivation und Rescaling aufgenommen.

In die dritte Phase kommen die Patienten, die a) keine Reaktion bzw. sogar eine weitere Verschlechterung zeigen, b) Patienten, bei denen eine Rezessionsdeckung unbedingt notwendig ist (z.B. singuläre Rezession bei Multiband) und c) Patienten, die eine Rezessionsdeckung aus ästhetischen Gründen wünschen. Die Behandlung besteht zum einen in der Anwendung des seitlichen Verschiebelappens, der jedoch wegen des häufig flachen Vestibulums nicht oft angewandt werden kann, sowie in der Anwendung des einzeitigen freien Schleimhauttransplantates. Dabei ist zu unterscheiden, ob nur eine Verbreiterung der attached gingiva oder eine Rezessionsdeckung notwendig ist. Für die Extension der attached gingiva genügt ein flaches Transplantat (split thickness graft), während für die Rezes-

sionsdeckung ein full thickness graft notwendig ist (Stärke mindestens 1 mm, sichtbares Zeichen für genügende Dicke ist, wenn sich noch Fettgewebe an der Unterseite des Transplantatpräparates befindet). Einer gründlichen Odontoplastik im Dekkungsbereich sowie auch der Nahttechnik kommen bei der Rezessionsdeckung besondere Bedeutung zu. Es ist wichtig, daß das Transplantat faltenlos und fest auf der Unterlage aufliegt. Auch der Abdeckung der Entnahmestelle ist wegen der möglichen Blutungstendenz und der längeren Abheilungszeit größere Aufmerksamkeit zu widmen. Auf weitere Einzelheiten des Procedere möchte ich hier nicht eingehen, denn das Vorgehen erfordert bis zur praktischen Durchführung ein doch intensives Literaturstudium und kursorische Weiterbildung, da viele Einzelheiten beachtet werden müssen, um Erfolg zu haben. Auch bei diesem Vorgehen darf man nicht glauben, eine vollständige Deckung erreichen zu können. Eine 70- bis 80-%ige Deckung bei schmalen einzähnigen Rezessionen und eine 50-%ige Deckung bei breiten Rezessionen sind meiner Ansicht nach ein guter Erfolg.

Manchmal ist es auch so, daß unmittelbar nach Abnahme des Verbandes und einige Zeit danach man an einen Mißerfolg glaubt, aber häufig stellt sich danach bei intensiver Betreuung (häufiges Scalen und Plaque-Kontrollen) ein erstaunliches Creeping ein, so daß auch hier noch eine 50-%ige Deckung der Rezession

erreicht werden kann.

Mit unserem Vorgehen glaube ich eine gute Erfolgsquote erreicht zu haben, wobei ich natürlich nicht sagen kann, ob andere Verfahren wie zweizeitiger coronaler Verschiebelappen oder Anwendung gesättigter Zitronensäure in der praktischen Arbeit bessere Erfolge bringen können.

Noch eine Bemerkung zum Aufwand dieses Vorgehens: Die Be-

handlung ist intensiv, sowohl zeit- als auch behandlungsmäßig. Daß dies nach einer gewissen Einarbeitungszeit und bei sich mehrenden Fällen nicht zu den derzeit geltenden kassenzahnärztlichen Bedingungen durchführbar ist, muß man deutlich sehen. Ein differenzierter PA-Vertrag mit effizienter Qualitätskontrolle und eventueller Selbstbeteiligung ist nötiger denn je.

Franz Bader

AUSHEILUNGSMÖGLICHKEITEN VON WURZELFRAKTUREN BEI OFFENEM FORAMEN APICALE

Die Ergebnisse bei Wurzelfrakturen mit offenem Foramen apicale, welche mit Schienen behandelt wurden, die sich der Säure-Ätz-Technik bedienen, lassen vermuten, daß die absolut stabile Schienung die Rate der hartgeweblichen Ausheilungen erhöht.

Andreasen (1972) fordert eine ausreichende Fixationszeit mit einer starren Schienung von mindestens zwei Monaten, um die Voraussetzungen für eine hartgewebliche Überbrückung zu schaffen.

Bei den Kontrollen war auffallend, daß ein Jahr nach dem Trauma der Bruchspalt immer noch deutlich zu sehen war und daß die Herstellung der Kontinuität erst nach Jahren röntgenologisch einigermaßen sicher festge-

stellt werden konnte.

Die reparativen Vorgänge waren bei jugendlichen Zähnen mit weitem Pulpakavum und noch unfertigem Wurzelwachstum besser als bei ausgewachsenen Zähnen.

Ein möglicher Behandlungsfehler bei Wurzelfrakturen ist eine Fehlinterpretation eines negativen Sensibilitätstestes mit Trepanation des Zahnes. Nach Eschler (1963) kann die Sensibilität unmittelbar nach jeder Zahnverletzung gestört sein, ohne daß die Vitalität verlorengegangen sein muß. Man soll deshalb mit der Trepanation abwarten und das Röntgenbild zur Beurteilung der Vitalität der Pulpa heranziehen.

Zahnärztliche Praxis 4/86, S. 138

Handwerker in der Zahnarztpraxis: Eine Alternative

Der Markt in den Dental-Zulieferbranchen ist eng geworden. Die Versand-Discounter machen den altherwürdigen Depots das Leben schwer, auch Sammeleinkaufsgemeinschaften kommen stärker ins Geschäft. Die Depots geraten unter starken Kostendruck und machen fast alle einen gravierenden strategischen Fehler: Sie setzen den Rotstift da an, wo für uns, die Zahnärzte, bislang die gewichtigsten Argumente lagen, den traditionellen Depots doch treu zu bleiben. Fast alle Werkstatt- und Kundendienstabteilungen sind radikal verkleinert worden. Es wird deutlich mehr verkauft und weniger repariert. Auch für eilige Instandsetzungen gibt es oft Wartefristen, und die Fachkompetenz der Dentalhandwerker nimmt eher ab. Gründe für den Praktiker, auf dem Reparatursektor nach Alternativen zu suchen.

Mir als Küstenbewohner und Segler kam dazu eine Idee, die sich für meine Praxis inzwischen sehr bewährt hat: Der Bootsbauer findet in meiner Praxis ein reichliches Betätigungsfeld. Einbaumöbel, Tischlerarbeiten fertigt er individuell und technisch hochwertiger als der übliche Einrichter, mit tadelloser Oberflächenbeschaffenheit auch an unzugänglichen Stellen. Er ist versiert in der Verarbeitung von Holz, Kunststoff, Alumi-

um, Stahl und Edelstahl, alles mit exquisitem Finish. Die individuelle Anfertigung von Geräteträgern, Köchern, Bohrerständen usw. stellt für ihn kein Problem dar.

Durch den Ausbau und die Wartung/Reparatur größerer Yachten ist ihm jegliche Elektroinstallation auch mit schwierigen Schaltungen und unterschiedlichen Stromqualitäten geläufig. Durch seinen Umgang mit Navigationscomputern, Funkgeräten, Radaranlagen und Tochterkompassen schreckt ihn auch die Beschäftigung mit Elektronik nicht. Von den Ruderanlagen und Kraftübertragungen ist er mit Hydraulik vertraut. Die Installation von Druck- und Saugleitungen mit Pumpen und Filtern kennt er von Bilgenpumpen, Deckswaschanlagen sowie der gesamten Frisch- und Schmutzwasserver- bzw. -entsorgung und der Sanitärinstallation der Yachten.

Die Gas-Installation auf Schiffen ist besonders problematisch und unterliegt sehr strengen Vorschriften, da das Gas (schwerer als Luft) sich bei Leckagen am tiefsten Punkt im Schiffskörper sammeln könnte (Explosionsgefahr). Der Bootsbauer kennt sich damit aus. Auch Polsterungen in Spezialformen sind dem Werftherren geläufig. Wenn er sie nicht selbst ausführt, hat er versierte Subunternehmer.

Letztlich: Bei Lackierungen ist der Bootsbauer an einen Standard gewöhnt, der vielen Lackierern zur Ehre gereichen würde.

Die Auftragslage bei vielen Bootswerften ist mehr als flau. Bei der Termingestaltung und bei der Rechnung kann also der Bootsbauer weitere gewichtige Pluspunkte für sich verbuchen. Aber vor euphorischer Auftragserteilung bitte Vorsicht! Auch unter Bootsbauern gibt es neben begnadeten Kön-

nern auch schlimme Pfuscher (ehrlich!). Da muß man auf die Empfehlungen des "Küstenklatsches" hören.

Mit großem Interesse sehe ich allerdings meiner nächsten Steuerprüfung entgegen. Es wird eine herbe Enttäuschung für den Prüfer geben, daß hinter den Werftrechnungen kein infamer Schwindel zugunsten der Yacht, sondern gediegene Handwerksarbeit für die Praxis steckt.

Dr. Till Ropers

DER GEREIZTE PATIENT WILL KEINE LANGEN ERKLÄRUNGEN ÜBER DIE ORGANISATION, DIE GRUNDSÄTZE, DIE RICHTLINIEN UND DIE URSACHEN

Ihn interessiert in seiner jetzigen Lage definitiv nicht:

"Warum etwas so ist."

"Warum etwas immer so ist."

"Warum es schon immer so war."

"Warum es nicht anders sein kann oder darf."

"Warum es bei allen so ist."

Der Patient will Mitgefühl und Maßnahmen. Er möchte keine Reaktionen, die mit der Einleitungsflöskel "Ja, aber" beginnen. "Ja, aber" ist eine Kampfansage und Zurückweisung. Es ist die einleitende Deklaration einer Abwehr oder eines Gegenangriffes.

Der Patient möchte eine Antwort, die mit "Ja, und" beginnt und dann überleitet auf die Äußerung von Verständnis und Hilfsbereitschaft.

Der Patient möchte in seiner speziellen Situation völlig als Einzelperson gesehen werden. Ihn interessiert ausschließlich die Verbindung zwischen der Praxis und ihm allein. Ihn interessiert überhaupt nicht die Verbindung der Praxis zu ihm und allen anderen. Er möchte im jetzigen Zustand keine Mitteilung über das Verhältnis der Praxis zu allen anderen Patienten hören:

"Wir machen bei unseren Patienten keine Unterschiede" -

"Wir können keinen vorziehen" -

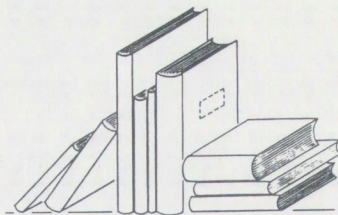
"Sie müssen genau wie andere auch" -

"Bei uns wird jeder gleich behandelt"

"Sie sind schließlich nicht der einzige Patient, den wir haben!"

G.F. Grosse, Arzt und Wirtschaft

13/86, S. 41



FARBATLANTEN DER ZAHNMEDIZIN

Herausgeber: Klaus H. Rateitschak, Basel

SOEBEN ERSCIENEN!

Band 3 PARTIELLE PROTHETIK

von George Graber, Basel

unter Mitarbeit von Urs Haensler und Peter Wiehl, Basel.

1986. 224 Seiten mit 843 meist farbigen Abbildungen, Geb. DM 298,—

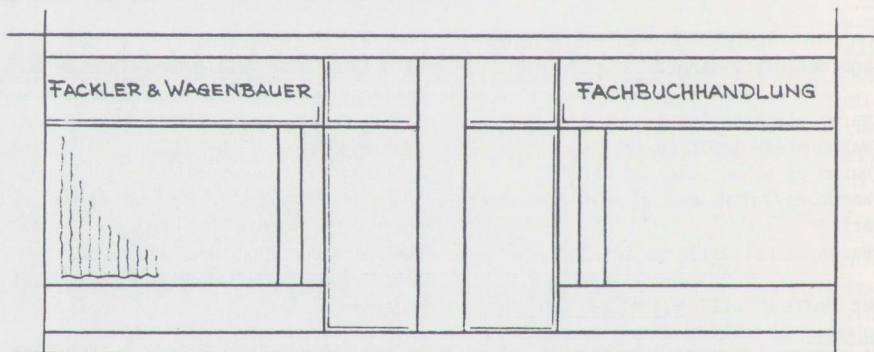
Bereits erschienen sind – Band 1: Parodontologie, von K. Rateitschak, DM 370,—

– Band 2: Total- und Hybridprothetik,

– von A. Geering und M. Kundert, DM 298,—

Bei Abnahme des Gesamtwerkes (Band 1–7) gilt der um 20% ermäßigte Subskriptionspreis

WIR SIND UMGEZOGEN!



Unsere neue Adresse: **FACKLER & WAGENBAUER**

Fachbuchhandlungen GmbH

Landwehrstraße 79 · 8000 München 2

bei der St. Pauls-Kirche

Telefon wie bisher: (089) 53 39 59

SCHAUEN SIE DOCH EINMAL VORBEI!

Leserbrief

zur Buchbesprechung »Zahn um Zahn«

Lieber Kai Müller!

Als einer der Fachberater zum Patienteninformationsbuch "Zahn um Zahn" von Krista Federspiel fühle ich mich naturgemäß durch jede Kritik mitangesprochen. Allerdings ist der Grad von Betroffenheit sehr unterschiedlich, je nachdem, ob diese Kritik von den leicht auszurechnenden standespolitischen Quadratschädeln kommt oder aus einer Ecke, der man zumindest ähnliche gesundheitspolitische und auch spezifisch zahnmedizinische Denkweisen zutraut wie sich selbst.

Ich meine, Ihrer Buchbesprechung fehlt es an Durchgängigkeit. Akzeptabler Analyse folgt individualistisches Unwohlsein, das letztlich zur unverständlichen Ablehnung des gesamten Buches führt.

Im Klartext: Es ist richtig, daß der Medikamententeil viel zu aufgeblasen ist im Vergleich zu seinem tatsächlichen Stellenwert. Marketing-Gesichtspunkte dominierten dabei über die wiederholt vorgetragenen zahnärztlichen Bedenken. "Zahn um Zahn" ist eben ein Nachfolger der "Bitteren Pillen" und die haben sich mit ihrem Strickmuster nun mal prächtig verkauft.

Nur - die Medikamente sind nicht der Schwerpunkt des Buches. Der liegt mit ca. 80 % der 200 Textseiten eindeutig im Behandlungs- und Prophylaxebereich. Und den finden Sie doch offenbar ganz gut, auch wenn Sie die Selbstuntersuchung ein bißchen ins Lächerliche ziehen (hinter diesen Kapiteln steht übrigens der Versuch, den Menschen/Patienten ein größeres Zahnbewußtsein zu vermitteln!) - und eher gezwungen an der Parodontologie herummäkeln. Die nicht nur von Ihnen hin und wieder für indiziert gehaltene Lappenoperation wird in "Zahn um Zahn" ja keineswegs unterschlagen, sondern ausführlich erklärt samt der Notwendigkeit, daß ein Skalpell zur Anwendung kommt.

Im Prinzip wissen Sie so gut wie ich, daß es zu dem im Buch dargelegten Behandlungsgerüst keine grundlegende Alternative gibt. Wenn dann auch noch Patienten erleichtert wird, dafür ein Gespür zu entwickeln, dürfte diese Sattelfestigkeit eine nicht unerhebliche Bedeutung für ihre Zahngesundheit haben.

Dem Lamentieren über das gesäte Mißtrauen kann ich nicht folgen. Der zahnärztliche Berufsstand lebt in seiner Gesamtheit von einem Vertrauensvorschuß, den er nicht gerechtfertigt hat. Dieser Berufsstand verdient ganz einfach ein gesundes Mißtrauen. DAZ und VDZM leiten letztlich ihre Existenzberechtigung daraus ab.

Auch mir, lieber Kai Müller, ist ein vertrauensvoller Patient lieber als ein Check-Listen-bewaffneter. Allerdings bin ich davon überzeugt, daß alle patientenorientiert arbeitenden Kollegen/-innen eine durch "Zahn um Zahn" initiierte Patientenfrage plausibel beantworten können.

Wir sehen doch gemeinsam die Notwendigkeit, mehr Licht in die zahnärztlichen Paläste zu bringen, zum Wohle der Patienten und zu unserem, oder? Gerade deswegen bin ich enttäuscht, daß Sie nicht akzeptieren, daß dieses Buch im Rahmen einer Qualitätsverbesserung zahnärztlicher Leistungen einen wichtigen Beitrag leistet.

Jochen Brückmann, Wahlscheider Str. 62, 5204 Lohmar 21

LEISTUNGSEXPLOSION, PRÄVENTION UND KOSTENDÄMPFUNG SIND NICHT VEREINBAR

Ohne den technischen Erfolg der Medizin hätte es auch die sogenannte "Kostenexplosion" mit allem Drum und Dran nicht gegeben. Denn die Kostenexplosion ist in erster Linie eine Leistungsexplosion und "daher auch kein Grund für eine Entschuldigung." Krämer rät den Ärzten: "Statt im Bü-Krämer heranzulaufen, seien Sie doch stolz auf das, was Sie können." Wenn das ganze mehr kostet, als die Gesellschaft dafür aufbringen will, ist das nicht die Schuld der Ärzte. Krämer belegt das: Die moderne Medizin verfügt über ein großes Arsenal an früher unbekanntem Abwehrwaffen. Sie halten uns zwar am Leben, aber machen uns nicht gesund. "Fragen Sie einmal einen Nierenkranken oder Diabetiker, ob er es vorzieht, tot zu sein."

Menschen mit Herzschrittmachern, ungezählte Unfallopfer, Tbc-Patienten, Nierenleidende, Diabetiker, Gelähmte

und Behinderte aller Art sind heute am Leben, wenn auch krank, hält Krämer vor.

Für ihn ist die Existenz moderner "Killerkrankheiten" wie Krebs keine Schande, sondern eher ein Zeichen für großen medizinischen Erfolg. "Die Krebssterblichkeit wäre im Handumdrehen drastisch zu reduzieren, wenn man die Menschen wie vor 100 Jahren wieder an Tbc, Cholera oder Typhus sterben ließe."

Als "heiklen Punkt" bezeichnete Krämer selbst seine These, daß Prävention zur Kostendämpfung nichts beiträgt. Im Gegenteil: Aller Erkenntnis nach wird es teurer. Wenn der Krebs besiegt wäre, stürben die Menschen an einer anderen Krankheit. Die letztendliche Sterberate bleibt immer 100%.

So der österreichische Ökonom Dr. Walter Krämer in der Österr. Ärztezeitung 22/85, S. 39

EINSATZ DES SOFTLASERS IN DER PRAXIS

Grundsätzlich wird der Laser bei allen chirurgischen Eingriffen eingesetzt, und zwar sowohl zur Blutstillung als auch zur Schmerzlinderung und zur Unterdrückung der postoperativen Ödeme. Wir konnten seit Beginn der Laserbestrahlung bei gleichzeitiger Verwendung eines Ozongasgerätes praktisch keine alveolitischen Störungen nach Zahnextraktionen auch größeren Umfangs mehr registrieren. Die postoperative Schmerzphase nach mucogingivalchirurgischen Eingriffen im Zusammenhang mit systematischen Parodontosebehandlungen ist gleichfalls signifikant zurückgegangen.

Das Haupteinsatzgebiet für den VOCO Soft Laser 6 mW mit seinen positiven Eigenschaften liegt für uns jedoch im Bereich der Implantologie. Wir haben seit Juni 1985 ca. 40 enossale Implantate sowohl im Oberkiefer als auch im Unterkiefer plaziert und in allen Fällen den Laser unmittelbar nach der Operation als Begleittherapie eingesetzt. Da ich bereits seit 12 Jahren sowohl enossale als auch subperiostale Implantate mache, kann ich zwei Zeiträume abgrenzen, nämlich den Zeitraum vor und den Zeitraum nach Einsatz des Lasers. In allen Fällen, auch bei großen bzw. totalen Rekonstruktionen waren das postoperative Ödem ebenso wie die postoperati-

ven Schmerzreaktionen durch die Bestrahlung mit dem Laser erheblich geringer. Antiphlogistika wurden zusätzlich nur noch in seltenen Fällen angewandt. Die Bestrahlungstechnik als Begleittherapie nach chirurgischen Eingriffen ist in allen Fällen etwa gleich. Unmittelbar nach der Operation erfolgt eine vierminütige Dauerbestrahlung der betreffenden Region, danach folgen 2 Minuten mit 5 Hertz pulsierendem Strahl. Diese Systematik wird 4 - 5 mal alle 2 Tage wiederholt.

Neben den bekannten und in der Literatur bereits ausführlich behandelten Einsatzmöglichkeiten des Softlasers bei Dekubitus, aphtösen Veränderungen, Schleiftraumata und Hypersensibilität im Zahnhalsbereich, haben wir zwei weitere Einsatzmöglichkeiten festgestellt. Drei resistente Fälle von burning-mouth Syndrom konnten in zwei Fällen beschwerdefrei und in einem Fall mit erheblicher Verbesserung behandelt werden. Hierbei wurde mit fünfminütigem Dauerstrahl und sechsmaliger Wiederholung im Abstand von vier Tagen jeweils das Einsatzgebiet des Glossopharyngeus, der ja die hinteren zwei Drittel der Zunge versorgt und die Chorda Tympani, die das vordere Drittel versorgt, bestrahlt.

Zahnarzt-Magazin 1/86, S. 10

Ärzte sind Menschen, die Medikamente, die sie nicht kennen, zur Heilung von Krankheiten, die sie noch weniger kennen, in Körper bringen, die sie überhaupt nicht kennen. (Voltaire)

Gesundheitspolitische Informationen 3/86, 3640

GEFÄHRLICHE STOFFE IN LEBENSMITTELN

Daß das deutsche Lebensmittelrecht sogar gesundheitlich bedenkliche Zusatzstoffe zuläßt, erfährt der Verbraucher bei einem Blick in die "Lebensmittel-Zutatenliste" der Verbraucherzentrale Hamburg (für 1,50 Mark bei den Verbraucherverbänden zu beziehen). Hier werden die Zusatzstoffe aufgeführt, die sich hinter den E-Nummern in den Zutatenlisten auf den Etiketten verpackter Lebensmittel verbergen. Vom gelben Farbstoff Tartrazin, mit der E-Nummer 102 kodiert, weiß man zum Beispiel, daß er bei empfindlichen Personen Allergien auslösen kann. In schlimmen Fällen treten juckende Hautquaddeln und sogar Asthmaanfalle auf, meinen die Autoren des Rowohlt-Buchs "Was wir alles schlucken". Trotzdem zählt das billige Tartrazin, das Vanillepuddings, Bonbons und Limonade so schön gelb färbt, zu den am meisten verwendeten Farbstoffen. In Norwegen und Schweden ist er schon verboten.

Auf deutschen Arzneimittelpackungen muß seit dem 21.12.1984 ein Warnhinweis stehen, wenn die Pillen damit gefärbt wurden: "Dieses Arzneimittel enthält den Farbstoff Tartrazin, der bei Personen, die gegen diesen Stoff besonders empfindlich sind, allergische Reaktionen hervorrufen kann." Der Schweizer Ernährungswissenschaftler Professor Somogyi kritisiert die Verwendung von Tartrazin stark, denn es sei "nicht einzusehen, warum man hier das geringste Risiko eingehen sollte, wenn doch Tartrazin durch einen gut verträglichen Naturstoff, nämlich Beta-Carotin, ersetzt werden kann."

Erfährt der Käufer auf dem Umweg über die Zutatenliste bei den meisten Lebensmitteln, welche Chemikalien zugesetzt sind, so wird er beim Weinkauf weiterhin im unklaren gelassen. Da

Wein von der EG-Lebensmittel-Kennzeichnungsverordnung ausgenommen ist, braucht auf dem Etikett nicht zu stehen, ob auch Schwefeldioxid, Sorbinsäure oder Kupfersulfat in der Flasche sind. Bei Lebensmitteln muß dagegen schon ein Schwefelgehalt von 50 Milligramm pro Kilogramm gekennzeichnet werden. So erfährt der Weintrinker nicht, daß er mit einem Viertele mancher Spätlese schon den ADI-Wert (die höchste duldbare Tagesdosis für den Menschen) an Schwefeldioxid zu sich nimmt.

Selbst strenge Gesetzestexte und verteilte Überwacher garantieren noch lange nicht, daß das Lebensmittelrecht auch wirklich greift. "Wer faulen Wein mit gutem Weine vermischt, der hat, wenn er überführt wird, sein Leben verwirkt", forderte das Soester Stadtrecht aus dem Jahr 1120. Von solchen drakonischen Strafen ist im heutigen Lebensmittelrecht natürlich nicht mehr die Rede - ganz im Gegenteil. Hermann Hummel-Liljegren meint, daß das neue Lebensmittel- und Bedarfsgegenstände-gesetz von 1974 eine Entkriminalisierung gebracht habe. Viele Straftatbestände seien in bußgeldpflichtige Ordnungswidrigkeiten umgewandelt worden. Und das Bußgeld hat kaum abschreckende Wirkung. So kam ein Weinhändler, der drei Container italienischen Wein als Moselwein umetikettiert hatte, mit 600 DM Buße davon. Das Oberlandesgericht Düsseldorf verhängte einen Bußgeldbescheid von 220 Mark gegen einen Fleischwarenfabrikanten, weil er "Rostbratwürste Thüringer Art" verwässerte - sie hatten einen Fremdwasseranteil von 12,3 statt der erlaubten 5 Prozent. Im Gaststättengewerbe seien die Bußgelder manchmal billiger als eine Putzhilfe spotten Kritiker.

SZ Nr. 175/86, S. 12



BISICO-temp-S

Spezialmaterial zur
Herstellung provisorischer
Kronen und Brücken

RUDOLF HEGEN
Telefon 07961 - 38 58
Haller Straße 49
7090 ELLWANGEN / J.

Besondere Merkmale:
Keine Belastung des Patienten
durch Wärme.
Keine Schädigung der Pulpa.
Schnell, sauber, präzise.
Reparierbar.
Mit Fräse zu bearbeiten, sowie
polierbar.
Farbkorrektur durch Verwend-
ung von Aufheller möglich.
Lieferform:
Packung mit 2x 110 g Pulver,
2x 70 ml Flüssigkeit, sowie
1 Anmischbecher.

KEINE KOSTENLAWINE, EINE LEISTUNGSLAWINE HABEN WIR!

... so, wie man für das gesamte Gesundheitswesen allmählich zu der Einsicht gelangt, daß nicht Schuldzuweisungen, sondern nur quantitative und qualitative Orientierung (Sachverständigenrat) helfen, die Ausgaben wieder zu stabilisieren, besinnt man sich jetzt auch für den Sektor Krankenhaus auf die Vernunft.

So konnte man nur mit Staunen das Presse-seminar des AOK Bundesverbandes in Maria Laach verfolgen.

Dort wurde die "kostenenträchtige Verschiebung des Krankheitsspektrums" gerade im Krankenhaussektor so anschaulich belegt, daß mancher verwirrt glaubte, auf einer Veranstaltung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) gelandet zu sein.

Hatte die DKG doch in all den zurückliegenden Jahren immer wieder in die Debatte geworfen, daß demographische und medizinische Veränderungen den Krankenhausbetrieb verteuerten. Jetzt bestätigen im nachhinein nüchterne Zahlen die DKG.

Guntram Bauer, Bonn, Statistiker der AOK, registrierte im Krankenhaus eine relative Abnahme der Atemwegsleiden, die die kürzeste Verweildauer haben, und eine "drastische Zunahme der Herz-Kreislauf-Krankheiten", die auch noch durch lange Verweildauer gekennzeichnet sind. Das gleiche gelte für Krankheiten des Skeletts, der Muskeln, des Bindegewebes und für psychiatrische Erkrankungen.

Der Trend, so Bauer, läßt sich "gut erkennen: nämlich hin zu laugdauernenden oder permanenten und damit ko-

stenaufwendigen Behandlungen". Zu Buche schlägt dabei, daß langwierige Therapie personalintensiv ist und auch noch von teurer Medizintechnik begleitet wird.

Gerade bei den Herz-Kreislauf-Krankheiten steigen die Ausgaben sprunghaft. Bauer: "Hier ist es ja gerade der medizinische Fortschritt, der mit technischer Hochleistungsmedizin lebensbedrohende Erkrankungen behandelbar gemacht hat."

Diese Aussage deckt sich verblüffend mit der Analyse des Geschäftsführers der DKG, Dr. Klaus Pröbldorf, Düsseldorf, der auf dem Deutschen Krankenhausstag im Frühjahr letzten Jahres den Ausgabenanstieg ebenfalls mit dem medizinisch-technischen und pharmakologischen Fortschritt begründete. Die daraus resultierende "enorme Ausweitung der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten in der modernen Medizin" habe zu einer regelrechten Leistungslawine geführt.

Bauer assistiert: "Die zunehmende Behandelbarkeit vieler Erkrankungen führt auch dazu, daß die Zahl der Menschen mit dauernden gesundheitlichen Beeinträchtigungen zunimmt. Sie wären anderenfalls an Infektionen, an den Folgen von Unfällen, an Herzinfarkt usw. gestorben. Behandelbarkeit heißt aber auch, daß gesundheitliche Beeinträchtigungen, mit denen man früher eben leben mußte, heute zu Behandlungsfällen werden." Womit der AOK-Mann nicht nur Pröbldorf unterstützt, sondern auch die dummen Sprüche mancher Politiker entlarvt.

selecta 3/86, S. 199

Das Interesse der Bevölkerung an der gesunden und erkrankten Mundhöhle zu wecken, und damit die Arbeit der Zahnärzte verständlich zu machen, ist der Schlüssel zum Erfolg bei der Bemühung um wirksame Karies- und Parodontalprophylaxe. DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983

KOSTENEXPLOSION? QUATSCH!

IM US-WIRTSCHAFTSMAGAZIN FÜR ÄRZTE "MEDICAL ECONOMICS" VERTRITT DER ÖKONOM UWE W. REINHARDT, SPEZIALIST FÜR DAS GEBIET DES GESUNDHEITSWESENS POINTIERT DIE ANSICHT, DASS DIE GESUNDHEITSKOSTEN - TROTZ HOHER AUSGABEN, JA TEILWEISE VERSCHWENDUNG - FÜR DIE WIRTSCHAFT ALS PLUS ZU BETRACHTEN SIND.

Stellen Sie sich vor, der Kommentator für Wirtschaftsnachrichten würde im Fernsehen bekanntgeben: "Heute abend gibt es sowohl positive als auch negative Inland-Wirtschaftsnachrichten; positiv ist, daß die Nachfrage nach Autos weiter steigt. Die schlechten Neuigkeiten bestehen darin, daß die Ausgaben im Gesundheitswesen weiter steigen."

Als Anbieter von medizinischer Versorgung wundern Sie sich vielleicht, warum Mehrausgaben für Autos, die die Umwelt verschmutzen, Verkehrstote fordern und unsere Abhängigkeit von ausländischem Öl vergrößern, notwendigerweise gut sein sollen, während häufigere Arztbesuche oder eine längere Aufenthaltsdauer im Krankenhaus unbedingt negativ sind.

Wie jede Industrie hat die medizinische Versorgung eine Doppelfunktion. Für den Konsumenten eine Dienstleistung, stellt sie für auf diesem Sektor Beschäftigte eine Einkommensquelle dar. In der Tat war das Gesundheitswesen während den letzten zehn Jahren eine Beschäftigungsquelle von besonderer Wichtigkeit. Vier Millionen der neu geschaffenen 20 Millionen Stellen in den 70er Jahren, also rund ein Fünftel, lagen im Bereich Gesundheitswesen.

Viele dieser Stellen, besonders im Krankenhausbereich, gingen an Frauen oder ethnische Minderheiten; oft konnte dadurch auf staatliche Unterstützung verzichtet werden.

In jeder anderen Branche würde diese Leistung Anerkennung finden. Doch im

Falle des Gesundheitswesens sprechen die Medien nur von "Krise" und die Politiker von "wirtschaftlicher Bedrohung".

Man könnte glauben, daß wir für unsere Gesundheit übermäßig viel ausgeben und damit unsere Wirtschaft gefährden. Vom ökonomischen Standpunkt aus gesehen ist das ganz falsch. Wir können das jetzige Niveau unserer Gesundheitskosten - zwischen 9 und 11 % des Bruttosozialproduktes, ganz gut tragen. Und solange das BSP weiter ansteigt, können wir proportional mehr für Gesundheitskosten ausgeben.

Gehen wir von der Voraussetzung aus, daß die jährliche Wachstumsrate des BSP bescheidene 3 % beträgt (9 % nominelles jährliches Wachstum plus 6 % Inflation). Wenn nun die Kosten im Gesundheitswesen bis im Jahr 2000 auf 14 % des BSP ansteigen sollten - ein Prozentsatz, der sowohl vernünftig als auch wahrscheinlich scheint -, hätten wir im Vergleich zu heute immer noch ein um 44 % höheres BSP pro Kopf, ohne Einbeziehung medizinischer Leistungen. Sogar wenn die Gesundheitskosten auf 30 % steigen würden, was sowohl übertrieben als auch unwahrscheinlich scheint, wäre unser reales BSP pro Kopf ohne Gesundheitskosten um nur etwa 16 % höher als heute.

Unsere Ausgaben für das Gesundheitswesen sind auch im Vergleich mit anderen westlichen Industrieländern, wo sie sich in den letzten Jahren auf etwa 8 bis 12 % des BSP beliefen, nicht übermäßig hoch. Auch in anderen Ländern ist der Anteil der Ausgaben

im Gesundheitswesen am BSP zusammen mit steigendem BSP pro Kopf ständig gestiegen. Die einzig erwähnenswerte Ausnahme ist England, das die Kosten im Gesundheitswesen auf 5 % des BSP beschränken konnte.

Andererseits ist zu bedenken, daß sich die meisten Amerikaner nicht mit der beschränkten medizinischen Versorgung, wie sie vom britischen Gesundheitsministerium angeordnet wurde, zufrieden geben würden. Medizinische Versorgung ist für die Gesellschaft und das Individuum ökonomisch gesehen ein "höheres Gut" von so großem Wert, daß wir bereit sind mehr dafür zu bezahlen.

Warum schauen wir mit Befriedigung auf Mehrausgaben auf dem Auto-Markt, während erhöhte Gesundheitskosten uns mißtrauisch machen? Wenn sich ein Konsument zu einem Autokauf entschließt, so nehmen wir an, daß der Kauf "wirtschaftliche Berechtigung" hat. Wenn ein Patient medizinische Hilfe braucht, können wir nicht von dieser Voraussetzung ausgehen, da die Kosten teilweise durch die Krankenversicherung gedeckt sind.

Sogar von diesem technisch-ökonomischen Standpunkt aus gesehen, gibt es

eigentlich nur ein wichtiges Argument gegen hohe Kosten im Gesundheitswesen: die Verhinderung von Kapitalbildung. Das Geld, das Patienten für eine medizinische Behandlung, Arbeitgeber für die Krankenversicherung oder wir alle für Steuern zur Finanzierung des Gesundheitswesens ausgeben, kann nicht investiert oder gespart werden.

Die Kosten werden weiter steigen, und es wäre eine Illusion zu glauben, daß die heute propagierten Präventivmaßnahmen und ein gesunder Lebensstil die Kosten senken können. Im Gegenteil, wenn mehr Leute ein hohes Alter erreichen, werden ihre gesamten Ausgaben für medizinische Versorgung steigen, sogar wenn sie in guter körperlicher Verfassung sind.

Doch der Kostenanstieg wird nicht unkontrolliert bleiben. Wir werden menschliche und vernünftige Wege finden, die Anwendung von exzessiver Medizintechnologie zu begrenzen. Da mehr Leute für einen größeren Selbstbehalt aufkommen, wird es unter Ärzten und Kliniken mehr Konkurrenz geben, was eine kostensenkende Wirkung hat. Es besteht sogar die Möglichkeit, daß Ende dieses Jahrhunderts die meisten von uns der Meinung sind, daß unser Gesundheitssystem gut ist.

Arzt und Wirtschaft 27/85, S. 8-12

Der DAZ fordert weiterhin die Erlassung von Vorschriften, die besagen, daß – ähnlich wie bei der Werbung für Zigaretten – nur noch mit dem Begleittext geworben werden darf, daß Zuckerkonsum für die Allgemeingesundheit und für die Zähne schädlich ist. Es ist unerträglich, daß z. B. eine Süßwarenfirma in einem Werbespot Schulkinder auffordert, ihr Pausenbrot wegzuworfen und stattdessen eine Schokoladeschnitte dieser Firma zu essen. Wir erwarten, daß die zahnärztlichen Standesinstitutionen rigoros gegen solche Machenschaften vorgehen.

DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

Viel Geld für wenig Schutz?

— Qualitätsbewertung der Unfallversicherungen ist nötig!

So lautet sehr oft das Urteil bei der Prüfung von Unfallversicherungspolicen durch unabhängige Versicherungsfachleute. Dies gilt allgemein schon für den "Normalverbraucher", für den sich allein die Prämien (= Preise) des Standard-schutzes um 100 Prozent und mehr unterscheiden. Noch größer werden die Unterschiede, wenn man die Tarife für Mediziner vergleicht. Am gravierendsten jedoch werden die Abweichungen bei der Bewertung der Qualität des gebotenen Versicherungsumfanges.

Grundlage jedes Vertrages sind die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB). Leistungsarten sind möglich nach einem Unfall bei:

1. TOD innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an. Die Absicherung von Familie und/oder Verbindlichkeiten ist jedoch sinnvoller durch eine (Risiko-)Lebensversicherung zu erreichen, da deren Leistung in jedem Todesfall fällig ist.
2. INVALIDITÄT, d.h. bei dauernder Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Dies ist die wichtigste und zentrale Leistungsart der Unfallversicherung. Die körperliche

und geistige Leistungsfähigkeit ist Grundlage der finanziellen Existenz eines Freiberuflers.

Absicherung dieses Risikos bieten bereits:

- Versorgungswerke der Ärztekammern
- Berufsgenossenschaft
- Berufsunfähigkeitszusatzversicherungen zu Risiko- oder Kapitallebens- oder Rentenversicherungen
- selbständige Berufsunfähigkeitsversicherungen
- eigenes finanzielles Vermögen

Zu dieser teilweise bestehenden Risikoabdeckung ist die Unfallversicherung eine sinnvolle Ergänzung. Sie sorgt für ausreichenden finanziellen Rückhalt bei plötzlichen schwerwiegenden Belastungen nach einem Unfall mit Dauerschaden.

Hierbei ist es nun ebenso wie bei den anderen oben angeführten Sicherungssystemen besonders wichtig, abweichend von den jeweiligen "Allgemeinen Bedingungen" die Ein- oder Ausschlüsse von besonderen Gefahren mittels "Besonderen Bedingungen" oder "Klauseln" zu vereinbaren.

Hier ein paar der wichtigsten:

- Bemessung des Invaliditätsgrades für Heilberufe. Durch diese Änderung wird der Verlust z.B. einer Hand mit 100 Prozent statt mit 55 Prozent Invaliditätsgrad bewertet, der Verlust eines Auges mit 80 Prozent statt nur mit 30 Prozent usw.
 - Röntgenklausel
 - Infektionsklausel
 - Sonderklauseln, z.B. zu § 3 AUB:
"Abweichend von Absatz 4 sind Unfälle infolge Trunkenheit versichert, soweit sie nicht beim Lenken von Kraftfahrzeugen entstehen."
 - Vereinbarung einer Progressionsstaffel, d.h. die Entschädigung in Prozent der Versicherungssumme steigt schneller als der Invaliditätsgrad, z.B. bei 50 % Invalidität gibt es 75 % der vereinbarten Summe als Leistung, bei 75 % Invalidität gibt es 150 % der vereinbarten Summe als Leistung, bei 100 % Invalidität gibt es 225 % der vereinbarten Summe als Leistung. Man versichert und bezahlt so für eine Invaliditätssumme von 100.000 DM, erhält aber bis zu 225.000 DM Leistung. Auch andere Staffeln sind möglich.
3. VORÜBERGEHENDER ARBEITSUNFÄHIGKEIT. Es kann Tagegeld nach unterschiedlichen Karenztagen vereinbart werden. Besser ist es jedoch, diese Einkommenssicherung

über die Krankenversicherung abzudecken, da dort auch bei nicht unfallbedingten Erkrankungen gezahlt wird.

4. KRANKENHAUSAUFENTHALT. In Abstimmung mit dem Umfang der Krankenversicherung kann hier für einen unfallbedingten Aufenthalt die Absicherung von laufenden Kosten vorgenommen werden.
5. HEILKOSTEN. Diese sind meist über Krankenversicherung bereits ausreichend versichert.
6. BEEINTRÄCHTIGUNG DER ARBEITSFÄHIGKEIT nach Ablauf von sechs Monaten bis zur Fälligkeit der Entschädigung gemäß Punkt 2 nach einem Jahr (Abwarten eines eventuellen Heilungsprozesses). Hier kann eine sogenannte Übergangsentchädigung vereinbart werden.

Falls der Leser den Ausführungen bis hierher gefolgt ist, wird er feststellen, daß die Gestaltung seiner eigenen Unfallversicherung doch einer Überprüfung unterzogen werden sollte, ob diese auch die Prämie wert ist, die Jahr für Jahr dafür bezahlt wird.

Da zu den angesprochenen Problemen noch weitere Unterscheidungen möglich sind, bietet Ihnen der DAZ folgenden kostenlosen Service an:
Bei Einsendung einer Kopie Ihrer Unfallversicherung (-en) und einigen Angaben erhalten Sie eine Auswertung bezüglich Preis und Leistung und evtl. Änderungsvorschläge.

Bitte benutzen Sie dazu diesen Abschnitt.

Herbert Richthammer
Versicherungsmakler VMV

An den
Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde
Dr. Jürgen Heidtkamp
Wahlenstr. 18

8400 Regensburg

Ich bitte um Prüfung meiner Unfallversicherungspolice.
Kopien meiner Unterlagen liegen bei.

Name:

Anschrift:

Telefon-Nr. für evtl. Rückfragen:

----- hier abtrennen -----

2 Größen:
PARO M 43
für Erwachsene
PARO M 27
für Jugend und
Parodontose

Qualitäts-
Produkt
fabriziert und
geleitet von
Schweiz

**5 Vorteile sprechen für
die PARO Zahnbürste:**

1. Abgerundeter kleiner Bürstenkopf garantiert eine optimale Reinigung.
2. Abgerundete und polierte mediumsoft Tynex-Borsten für eine schonende Reinigung und Massage.
3. Schmale Halspartie gewährt einwandfreie Zugänglichkeit.
4. Funktioneller, großer Handgriff erlaubt exakte Bürstenführung.
5. Exklusiver Interdental-Bürstenansatz für die Reinigung schwer zugänglicher Stellen.

Variabel:
Wahlweise mit Ansatz-Stimulator
Wahlweise mit Ansatzbürstchen zur optimalen Mundpflege bei KFO-Apparaturen, festsitzendem Zahnersatz, etc.

PROFIMED GmbH
Kaiserstraße 18 · 8200 Rosenheim 2
Telefon 08031/14049
Telex: 525888 profid

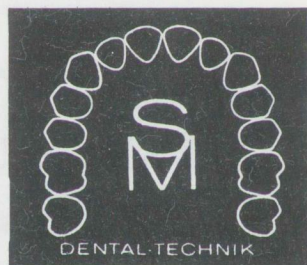
DK 407-123

Unsere Erfahrung ist Ihr Vorteil!

- Konusarbeiten nach Prof. Körber
- Verarbeitung von reduzierten und edelmetallfreien Legierungen – Wiron 88 –
- Ceplatec-Kronen
- Maryland-Brücken
- Ivokap-Kunststoffprothesen allergiegetestet

Ihr zuverlässiger Partner für
neuzeitliche Zahntechnik

DENTAL-LABOR
MICHAEL STAUFER
ZAHNTECHNIKERMEISTER
BRÄUHAUSSTRASSE 4A
8033 PLANEGG



Funk-Botendienst – Tel. 089/8599500

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

EIN GEREIZTER PATIENT BRAUCHT KEINE "BELEHRUNGEN"

Überlegen Sie einmal, wie es auf Sie wirkt, wenn Sie etwas bemängeln und als Reaktion darauf eine Vorlesung erhalten. Man tritt Ihnen also gegenüber mit einem völligen Unverständnis für Ihre emotionale Situation und einer kalten, beherrschten Lektion. Man degradiert Sie zum Schüler und unwissenden Kleinkind. Es gibt kaum etwas, was einen so in Rage versetzt.

Der gereizte Patient möchte keine

langen Erklärungen und Begründungen. Er möchte Verständnis für sich und seine Situation. Er möchte Sätze hören, die Mitgefühl zeigen:

"Das tut mir furchtbar leid."

"Ich bitte Sie vielmals um Entschuldigung."

"Kann ich jetzt irgend etwas für Sie tun?"

G.F. Grosse, Arzt und Wirtschaft

13/86, S. 41

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

KAUTABAK: VON LEUKOPLAKIE BIS KARZINOM

Unter den Jugendlichen der Vereinigten Staaten erleben verschiedene Formen von Kau- und Schnupftabak (snuff) ein Comeback. Snuff wird in Amerika, anders als bei uns, häufig zwischen Wange und Zahnfleisch gesteckt. Mediziner fürchten, daß bei den Konsumenten Leukoplakien und Karzinome des Mundes sowie Entzündungen und Schwund des Zahnfleisches häufiger werden.

...

Snuff enthält im wesentlichen drei Arten von Kanzerogenen:

- Benzpyren, einen polyzyklischen Kohlenwasserstoff,
- verschiedene Nitrosamine,
- ²¹⁰Po, ein radioaktives Polonium-Isotop, das Alphastrahlen emittiert.

Tierexperimente legen die Vermutung nahe, daß oraler Tabak vor allem dann

Krebs erzeugt, wenn gleichzeitig andere Noxen wie Entzündungen, beispielsweise durch Herpesviren, einwirken. Die meisten Leukoplakien stellte man bei Jugendlichen dort fest, wo der Snuff zwischen Zahnfleisch und Wange geklemmt wird.

Epithel-Dysplasien fanden sich bei 5 bis 18 % derjenigen mit Leukoplakie nach langdauerndem Gebrauch. Epidemiologische Studien zeigen übereinstimmend ein erhöhtes Risiko für Karzinome des Mundes, je nach Grad der Exposition.

Auch Schwund des Zahnfleisches und Gingivitis treten gehäuft auf. Der Tabak begünstigt das Wachstum von Streptokokken-Arten, die an der Entstehung von Karies beteiligt sind. Der Blutdruck steigt durch den Natriumgehalt und/oder das Nikotin des Tabaks. Das psychotrope Nikotin kann Sucht erzeugen.

Selecta 22/86, S. 1712

DIE DDR HAT GRÖSSTES KREBSREGISTER DER WELT

Berlin: Im zentralen Krebsregister der DDR sind seit 1953 Daten von mehr als 1,5 Millionen Patienten erfaßt worden. Wie die DDR-Wochenzeitung "Wochenpost" schreibt, ist es das größte seiner Art in der Welt. Seit 1952 bestehe für Krebskrankheiten Meldepflicht. Die DDR könne sich, was das Auftreten bestimmter Krebserkrankungen und die Erfassung der Gesamtsituation betreffe, auf sehr zuverlässige Daten stützen. So würden alle aus den Kreisbetreuungsstellen für Geschwulstkranken gemeldeten Krebsfälle über Computer im Zentralinstitut für Krebsforschung registriert.

Das zentrale Krebsregister sei eine wichtige Grundlage für staatliche Entscheidungen und für die Forschung.

Mit seiner Hilfe könne beispielsweise die Wirksamkeit bestimmter Früherkennungs- und Behandlungsverfahren objektiv bewertet werden. Die epidemiologische Forschung versuche, durch vergleichende Studien die Ursachen für Geschwulsterkrankungen zu erkennen.

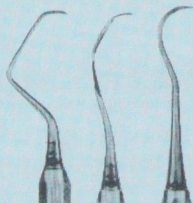
Die Anzahl der gemeldeten Krebsneuerkrankungen in der DDR stieg von 38.000 im Jahre 1953 auf etwa 55.000 Fälle im Jahre 1976 an und erreichte damit ihren höchsten Stand. Seit 1978 beträgt die Zahl der jährlich registrierten bösartigen Neubildungen etwa gleichbleibend 52.000 Fälle. Rund 60 Prozent aller bösartigen Geschwulsterkrankungen betreffen Menschen über 65 Jahre.

Der Kassenarzt 25/86, S. 3

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

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

**DENT-O-CARE Instrumente für die
Parodontologie**



außerdem liefern wir
sämtliche Prophylaxe-Artikel
und Praxisbedarf.

Fordern Sie unseren Katalog an.



B. Kane, Dent-o-care, Postfach, 8011 Brunthal, Telefon 08102/4112

Bezugshinweis für das Forum:

Abo-Preis beträgt entgegen anderslautenden

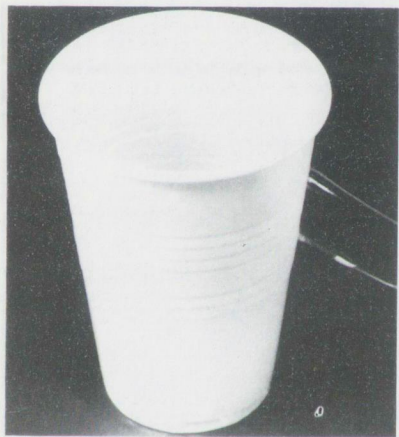
Veröffentlichungen 30,— DM pro Jahr

Dies ist der Katalog,
mit dem Zahnärzte
viel Geld sparen



**Überzeugen Sie
sich von unserer Leistungsfähigkeit:**

- Markenqualität zu günstigen Nettopreisen
- Großauswahl an Markenartikeln
- Alles ab Lager in 2 Tagen in der Praxis
- Beratung durch erfahrene Fachkräfte
- Supergünstige Eigenmarkenprodukte wie



- **Anmischblocks**
- **OP Filtermasken**
- **Servietten**
- **Speichelzieher**
- **Retraktionsfäden**
- **Reinigungsbürsten**
und zum Beispiel
- **Einmal-Spülbecher**
Handlicher Karton
mit 2.500 Bechern
Art.-Nr. 06175
nur DM 84,50

Also: Sofort kostenlosen Katalog anfordern.

Prophydent GmbH



Siemensstr. 52
D-7000 Stuttgart 30
Tel. 0711/855511

FORTBILDUNG UNBEZAHLBAR?

Oft sind Preisvergleiche nicht möglich, da manche Institute Monopolcharakter haben. Es lohnt sich jedoch überregional die Angebote zu studieren und zu vergleichen.

Beispiele:

3-Tages-Quadrantensanierungs-Kurs mit Gutowski beim IFZ-Lübeck	1.250,-- DM
derselbe Kurs bei der Bayerischen Akademie in München	500,-- DM
oder:	
2-Tages-Kurs in angewandter Kinesiologie beim IFZ-Lübeck	800,-- DM
dieselben Referenten 2 Tage im eigenen Institut in Freiburg	270,-- DM

Kollegen/innen, die noch günstigere Kurse suchen, empfehle ich die praxisnahen kollegialen Fortbildungen der DAZ-Studiengruppen, deren Preiskalkulation auf Dekung der Selbstkosten beruht.

Leicht gekürzt aus: Rundschreiben 2/86, S. 5 u. 6 der Gesellschaft für Medizinische Psychologie (GMP) Arbeitskreis "Psychologie in der Zahnmedizin"

BETREFF: ENTWICKLUNGSHILFE

DER "VEREIN ZUR UNTERSTÜTZUNG DER ZAHNMEDIZINISCHEN VERSORGUNG IN LÄNDERN DER DRITTEN WELT" SUCHT INTERESSIERTE KOLLEGEN/INNEN, DIE FÜR DREI MONATE AN IHREM PROJEKT MITARBEITEN WOLLEN. ES HANDELT SICH HIERBEI UM SELBSTÄNDIGE ZAHNÄRZTLICHE TÄTIGKEIT IN EINEM MODERN AUSGESTATTETEN CLINOMOBIL IM ZAHNMEDIZINISCH UNTERVERSORGTEN SÜDEN VON MAHE, REPUBLIK SEYCHELLEN.

GEARBEITET WIRD AN 4,5 TAGEN PRO WOCHE, TÄGLICH CA. SIEBEN STUNDEN. UNTERKUNFT UND PKW WERDEN GESTELLT, SOWIE DIE FLUGKOSTEN ÜBERNOMMEN:

BEI INTERESSE WENDE MAN SICH BETRÉFFS WEITERER INFORMATIONEN AN:

DR. STEFAN KRAUSE

Praxis:
EHESDORFER DORFSTR. 8
2109 ROSENGARTEN
Tel.: 040/7925411

Privat:
REHWECHSEL 11
2109 ROSENGARTEN
Tel.: 040/7964002

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, Donaustauffer 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 14

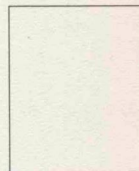
Möchten Sie jedes Jahr mehr Zinsen? Dann kaufen Sie BfG:Sparschuld- verschreibungen.

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