



FORUM

Herausgegeben vom Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde

NR. 15

5. Jahrgang – 4. Quartal 1986

Zur Methodik der Qualitätssicherung zahnärztlicher Leistungen

Welche Zukunft hat der DAZ

Die fünf Leitlinien der KZBV

Die gesundheitspolitische Situation
aus der Sicht der Ersatzkassen

Breitenwirksame Gruppenprophylaxe
findet nicht statt

DGZMK Arbeitsgemeinschaft Kinderzahnheilkunde
und Prophylaxe hat weiterhin nur Alibifunktion

Fluoridprophylaxe im Abwind



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



DIE ADRESSE FÜR HYDROCOLLOID- ABDRUCKSYSTEME



Dental-Spezialitäten

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

8543 Hilpoltstein
Telefon (09174) 9587

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

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

Wenn Sie Kunde bei uns werden haben Sie einige Vorteile:

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

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

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

Ihr Hydro-Spezialist Friedrich Reißmann

BERRY Zahntechnik GmbH

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

Telefon 089/29 73 63

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

Unsere Qualifikationen:

- Artex-System
- Zeiser Modelle
- Gnathologische 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

Editorial	205
Welche Zukunft hat der DAZ	208
Beileibe kein Nachruf	216
Die fünf Leitlinien der KZBV	219
Was wäre, wenn den neuen Leitlinien der KZBV entsprochen würde?	222
Zitat des Jahres	225
Zur Methodik der Qualitätssicherung zahnärztlicher Leistungen	227
Die gesundheitspolitische Situation aus der Sicht der Ersatzkassen	235
Breitenwirksame Gruppenprophylaxe findet nicht statt	241
DGZMK Arbeitsgemeinschaft Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe hat weiterhin nur Alibifunktion	245
Fluoridprophylaxe im Abwind	250
Karies & Fluor Informationen	253
Bericht von der Jahrestagung der DGP (Deutsche Gesellschaft für Parodontologie)	256
Keramikfüllungen, eine neue Alternative	263
Endodontie Informationen	265
Noch einmal zum Thema Röntgenchemikalien	267
Buchbesprechung	270
Viel Geld für wenig Schutz (II)	276
Der Kompakt-Tarif der CENTRAL - Gruppenversicherungspartner des DAZ	279
Was ist eine Studiengruppe	283

SCHMID UND PAULA



**DENTAL
LABOR**

Qualität
und
Ästhetik

ist das Ergebnis unserer präzisen Arbeit.
Dafür stehen unsere Namen

Gerhard Schmid
I. Kutsch
Bettina Schuster
Sieglinde Zistler
Gerald Peter
Kaufhold
Renee Grindel
Lips Rüter
Bodo Hoffmann
Karg Doris
Maria Lutz
Stove Kuchacka
Roberta Leski
Adolf Kallmann
Dimitri
Luisa Willuhn
Wolfgang Huber
Alfred Grindel
Schwimmer Margit

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

Editorial

Sehr verehrte Freunde des DAZ,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

seit der Gründung des DAZ vor sieben Jahren ziehen wie ein roter Faden durch alle programmatischen Aussagen zwei Begriffe: Die Prophylaxe und die Qualitätssicherung. Auch in der traditionellen Standespolitik haben sie ihren festen Platz: Erfolge in der Prophylaxe und die hohe Qualität zahnärztlicher Leistungen sind seit Jahren fester Bestandteil von Sonntagsreden. Die wirksame professionelle Einbeziehung in das zahnärztliche Selbstverständnis ist aber nach wie vor nicht zu erkennen.

Beide Vokabeln haben nämlich eines gemeinsam: Sie setzen bei vielen Zahnärzten Angst frei. Angst vor Prophylaxe, weil ihre Einführung weniger Morbidität und damit weniger Nachfrage nach Leistungen nach sich zieht, Angst vor Qualitätssicherung, weil die (Selbst-)Verpflichtung zu hochwertiger Arbeit die Bereitschaft zur (Selbst-)Kontrolle beinhaltet. Jeder Verhaltensforscher weiß, daß Angst zur Denkblockade führt. Denkblockade löst reflektorisches Verhalten aus, und das mündet nicht nur im Tierreich entweder in Flucht (mit der besonderen Spielart des Kopf-in-den-Sand-Steckens) - oder in Abwehr. Reflexe statt Reflexion, das ist das Kennzeichen der Politik unseres Standes. Seit Jahren werden notwendige Veränderungen, die Teile des gegenwärtigen Besitzstandes in Frage stellen könnten, entweder nicht zur Kenntnis genommen oder hart und kompromißlos bekämpft, und dabei geht ein Terrain nach dem anderen verloren.

Inzwischen zieht sich der Kreis um uns immer enger, und es ist nicht abzusehen, daß die Zahnärzteschaft mit den gegenwärtigen

Verbandsstrukturen den Mut zu einer Offensive unter dem Banner der Qualität und der Prophylaxe noch aufbringt. Ausstieg aus dem Krankenschein-System, Ausgrenzung von Leistungen und Erhöhung von Selbstbeteiligung unter dem Etikettenschwindel der Stärkung von Selbstverantwortung der Patienten sind als Lösungsvorschläge unbrauchbar, weil sie Folge von Reflexen und nicht von Reflexion sind.

Je größer Verbände werden, desto mehr wird der Inhalt ihrer Politik von Geschäftsführern, von Justitiaren und von Funktionären geprägt, die an der Spitze der Hierarchie unter Erfolgsdruck stehen. Je größer Verbände sind, desto größer wird der Abstand von denen, deren Interessen sie wahrnehmen sollen. Immer mehr Kollegen finden es unerträglich auf diese Weise öffentlich vertreten zu werden. Es sind Kollegen, die bereit sind, auch Opfer zu bringen, um ihrem Beruf wieder das Ansehen zu verschaffen, das auf Dauer allein seine Freiheit zu erhalten imstande ist. Jeder Kollege ist aufgerufen, die jüngsten Leitanträge des KZBV-Vorstandes zu studieren und die Konsequenzen für sich, seine Praxis und seine Patienten in Ruhe zu überdenken. Die programmatischen Aussagen und die praktische Arbeit des DAZ der vergangenen Jahre bieten sich dabei als Alternative an.

Alle Kollegen, für die Standespolitik mehr bedeutet als kurzfristiges Durchpauken von Gruppenegoismen, sind aufgerufen, sich auf dem mühsamen, aber ehrlichen Weg aus der Sackgasse heraus zusammenzutun.

Dr. Roland Ernst
Erster Vorsitzender des DAZ

Unsere Erfahrung ist Ihr Vorteil!

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

Ihr zuverlässiger Partner für
neuzzeitliche Zahntechnik

DENTAL-LABOR
MICHAEL STAUFER
ZAHNTECHNIKERMEISTER
BRÄUHAUSSTRASSE 4A
8033 PLANEGG



Funk-Botendienst – Tel. 089/8599500

Welche Zukunft hat der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde?

G. Ebenbeck

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde hat seit seiner Gründung eine Vielzahl programmatischer Schriften in Form von grundsätzlichen Aussagen zur zahnärztlichen Versorgung veröffentlicht. Alle Aussagen des DAZ haben bisher noch nichts von ihrer Aktualität verloren. Der DAZ hat in den vergangenen Jahren eine wesentliche gesundheitspolitische Rolle gespielt, die viel größer ist als wir alle annehmen. Aus einer Vielzahl von Gesprächen mit Vertretern von Ministerien, Parteien, Standesorganisationen und Verbänden ist ersichtlich, daß unsere Veröffentlichungen gelesen und auch gewürdigt worden sind. Eines unserer Hauptanliegen, nämlich die Qualitätssicherung kassenzahnärztlicher Leistungen, zu der der DAZ die "Zahnärztliche Initiative zur Effektivitätskontrolle" vorgelegt hat, ist das wichtigste Thema für die Arbeit der nächsten Jahre.

Unsere "Zahnärztliche Initiative zur Effektivitätskontrolle" ist mit Abstand das Wichtigste und Beste was je von deutschen Kassenzahnärzten zu Papier gebracht worden ist. Der Sachverständigenrat der Konzertierten Aktion beabsichtigt, diese Initiative in das Jahresgutachten einzuarbeiten.

Der DAZ ist ein Interessenverband für Zahnärzte in freier Berufsausübung. Die Erhaltung der Freiberuflichkeit und das Bewußtsein, daß jeder von uns für seine Patienten persönlich Verantwortung trägt, ist einer unserer wichtigsten Grundsätze.

Dies sind die ersten beiden Sätze der Einleitung unserer Initiative und an diesen unseren Grundsätzen wird sich nichts ändern. Der DAZ hat in den vergangenen Jahren einen wertvollen Beitrag für das Ansehen der deutschen Kassenzahnärzte geleistet. Um dieses Ansehen ist es nicht gerade gut bestellt, was nicht zuletzt auf die bedauerlicherweise immer mehr um sich greifenden Abrechnungsmanipulationen des ärztlichen und zahnärztlichen Berufsstandes zurückzuführen ist.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde hat auch weiterhin seine Berechtigung. Entscheidend ist hierbei die Frage, in welcher Organisationsform der DAZ weiter existieren soll. Die notwendigen Verbesserungen der Organisationsform zu gestalten wird vordringliche Aufgabe des neuen Vorstandes sein.

Es reicht nicht aus, immer unter der Voraussetzung, der DAZ

versteht sich als Berufsverband und Interessensvertreter von Kassenzahnärzten, inhaltlich hervorragende Ausführungen zur Qualität, zur Prophylaxe, zur zahnärztlichen Ausbildung, zum Kostenbewußtsein, zu Subsidiarität und Selbstverwaltung, zur Direktbeteiligung und anderen Problemen der gesetzlichen Krankenversicherung und der zahnärztlichen Versorgung zu machen.

Es ist auch notwendig, daß ein Berufsverband politisches Gewicht nicht nur durch Aussagen, sondern auch durch die Anzahl seiner Mitglieder erhält.

Die entscheidende Frage ist, ob sich der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde primär als Arbeitskreis einiger Idealisten versteht, die sehr wohl in der Lage sind einen wertvollen Beitrag hinsichtlich der Problemdarstellung und -aufarbeitung der Kassenzahnärztlichen Versorgung zu leisten oder ob wir verstärkt daran weiterarbeiten wollen, einen wirklichen Berufsverband aus dem Deutschen Arbeitskreis zu machen. Sollte die Entscheidung für den Berufsverband fallen, so ist es notwendig, die Organisationsstruktur auf allen Ebenen umzugestalten. Sollte die Mehrheit der Meinung sein, daß die Betonung auf Arbeitskreis liegt, so sollten wir in Zukunft keine großen Anstrengungen mehr unternehmen, uns mit Werbeaktionen gleich welcher Art zu verausgaben.

Aufgrund der Tatsache, daß sich der Freie Verband Deutscher Zahnärzte nicht zuletzt durch seine Veröffentlichungen als unfähig erwiesen hat, konstruktive Beiträge zur Stabilisierung der Kassenzahnärztlichen Versorgung bzw. zur Diskussion der anstehenden Probleme zu leisten, ist es eine Verpflichtung auch unseren Patienten gegenüber, den Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde zum Erfolg zu führen.

Das Problem ist, daß der DAZ an einen Berufsstand appelliert, der wie kein anderer in unserer Republik nahezu unfähig zur Selbstkritik ist. Zweifellos spielt auch die zunehmende Konkurrenzsituation der Kassenzahnärzte untereinander eine erhebliche Rolle bei der Überlegung, ob man sich über das Berufsleben hinaus in irgendeiner Weise engagieren soll. Die Mehrheit des zahnärztlichen Berufsstandes ist nicht davon zu überzeugen, daß die Arbeit in einer Kassenzahnärztlichen Praxis alleine schon lange nicht mehr ausreicht das System zu erhalten. Die Mehrheit der Berufskollegen ist desinteressiert an standespolitischen Vorgängen, außer es betrifft ihren Geldbeutel. In den letzten zehn Jahren waren die Versammlungssäle der Kassenzahnärzte spärlich gefüllt mit Ausnahme von Aufklärungsveranstaltungen über die BEMA-Umstrukturierung.

Es ist den Zahnärzten schwer

begreiflich zu machen, daß die Zahnheilkunde eingebettet ist in die allgemeine medizinische Versorgung. Es ist Politikern aller Parteien schwer klarzumachen, daß es dringend notwendig wird, Gesundheitspolitik zu betreiben. Vielleicht ist das Desinteresse des ärztlichen und zahnärztlichen Berufsstandes und auch die Schwierigkeit sich politisch sachlich zu artikulieren ein Grund dafür, daß Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik nicht betrieben wird.

Gesundheitspolitik wird in unserem Land nicht betrieben, sondern sie wird in der Konzertierte Aktion, in Beratungsgremien und in Ausschüssen verwaltet.

Die gesetzlichen Krankenversicherungen nehmen nur sehr bedingt ihren Auftrag wahr, die Interessen der Versicherten zu vertreten. Es ist nahezu grotesk, wie sich manche Landesverbände der gesetzlichen Krankenversicherung hinsichtlich der Praktizierung der sog. Prothetik-Richtlinien verhalten. Beschäftigt man sich intensiv und über einen längeren Zeitraum mit den Struktur- und Finanzproblemen der gesetzlichen Krankenversicherung, so kommt man zu dem Schluß, daß einzig und allein die Finanzmittel - das Budget -, der Kostenrahmen, über Gesundheitspolitik entscheidet. Der DAZ hat seit Jahren eine Fülle praktikabler Vorschläge zur Kostendämpfung, zur zahnärztlichen Ausbildung

und Weiterbildung, zur Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe, zur Patientenaufklärung, zur Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsprüfung, zum Gutachterwesen, zur Effizienzanalyse der zahnärztlichen Versorgung, zur Problematik der Niederlassung und Bedarfsplanung, der zahnärztlichen Forschung, der Aus- und Fortbildung des zahnärztlichen Hilfspersonals vorgelegt.

Alle unsere Vorschläge wären in Zusammenarbeit zwischen den zahnärztlichen Standesorganisationen und den gesetzlichen Krankenversicherungen umzusetzen zum Wohle aller. Zum Wohle der Zahnärzte, indem die immer noch drohende Pauschalierung vermieden werden könnte, zum Wohle der Patienten für eine bessere zahnärztliche Versorgung und zum Wohle der gesetzlichen Krankenversicherung durch Kosteneinsparung.

Aber es muß die schon institutionalisierte Phantasielosigkeit, das jahrelange Arbeiten in Ausschüssen, das Freund-Feind-Denken sein, was die Verantwortlichen veranlaßt nur punktuell und nur auf äußersten Druck zu reagieren.

Die Zahnärzteschaft ist durch ihre Unfähigkeit, standespolitisch wichtige Fragen, wie die der Qualitätssicherung aufzugreifen und zu bearbeiten, nicht nur auf diesem Gebiet ins Hintertreffen geraten.

Wenn man sich die Sonntagsreden des Präsidenten des Bun-

desverbandes Deutscher Zahnärzte durchliest, die Verlautbarungen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung oder gar Erklärungen des Freien Verbandes, so hat auch der drohende Honorardeckel als letztes Mittel einer konfuse Verhandlungsführung beider Seiten zu keinem Umdenkungsprozeß in den Reihen der Zahnärzteschaft geführt.

Es gibt nur ein sicheres Mittel zur Systemerhaltung: Gutes Geld für gute Arbeit.

Die Zahnärzteschaft hat es außerdem nicht verstanden in den letzten Jahren auf dem wichtigen Gebiet der oralen Prävention einen wirkungsvollen Beitrag zur Zahngesundheit zu leisten.

Die Zahnärzteschaft hat es nicht verstanden, trotz ausreichender Informationen über anstehende Forschungsprojekte und Maßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherungen sich selbst mit dem Problem Qualitätssicherung zu beschäftigen. Noch immer werden Ausführungen zu diesem Thema quasi unter dem Tisch und mit dem Siegel der Verschwiegenheit gehandelt.

Die Zahnärzteschaft hat in den letzten Jahren in der Öffentlichkeit an Ansehen verloren. Der Einfluß auf politische Entscheidungsträger ist nahezu Null. Die Erhaltung der Freiberuflichkeit ist gefährdet.

Ein Teil des Berufsstandes ge-

fährdet auch noch durch kriminelle Praktiken die Selbstverwaltung.

Der alleinige standespolitische Leitsatz ist derzeit: Ausgrenzen, abdingen, wegbegehachten.

Wenn die gesetzlichen Krankenkassen in den letzten zehn Jahren über 70 Mrd. DM nur für Zahnersatz ausgegeben haben, so muß die Frage erlaubt sein, wie lange dies noch weitergehen soll. Wann ist ein Sanierungseffekt sichtbar und wieviel Geld soll bis zum Erreichen eines Sanierungseffektes noch investiert werden. Liegt die Grenze bei 140 Mrd., bei 200 Mrd. oder bei 300 Mrd.? Wie lange ist dieser Ausgabenberg medizinökonomisch und sozialpolitisch noch verantwortbar? Diese Problematik ist nicht dadurch zu lösen, indem man das Sachleistungsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung im Hinblick auf die zahnärztliche Versorgung laufend in Frage stellt. Das immer wieder propagierte "Erstattungssystem" bringt keinerlei Kosteneinsparung, im Gegenteil die Gesamtkosten für die zahnärztliche Versorgung würden sich eher noch erhöhen. Eine Aushebelung des Sachleistungsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung auch auf Teilbereichen ist bei den derzeit hohen Beitragssätzen sozialpolitisch nicht verantwortbar.

In Anbetracht der Situation der Versorgung krebskranker

Bayer



Presse-Information

Bayer AG
5090 Leverkusen, Bayerwerk
Sektor Pharma
Gesundheitspolitik
und Pharma-Information
Telefon (0214) 308347
Telex: 85103-0 by d



Bayer Dental setzt eine neue Bewegung in Gang

Paromatic Swing heißt eine Innovation der Bayer Dental: ein wechselseitig schwingendes System zur Zahnreinigung. Die Erfindung beruht auf der Idee, die Vorteile einer schwingenden Bewegung gegenüber einer drehenden zu nutzen - Wechselschwung statt Rotation. Und zwar für die Zahnreinigung und Politur von Compositen.

Paromatic Swing bietet auch für die schwierigen Arbeiten im gingivalen Bereich entscheidende Vorteile bei:

- Plaque-Entfernung nach mechanischer Zahnstein-Entfernung
- Behandlung von Zahnfleischentzündungen
- Auftragen von therapeutischen Pasten (Gingivitis, Parodontitis)
- Reinigung von aufgeklebten Zahnhalteapparaten
- Genereller Zahnreinigung
 - + vor chirurgischen Eingriffen
 - + der Kavitäten vor der Füllung
 - + vor Extraktionen
 - + vor dem Aufkleben von Brackets
 - + des Zahnzwischenraums
 - + vor der intraligamentalen Anästhesie

In der Praxis bedeutet das: Bei regelmäßiger Anwendung schützt Paromatic Swing nachhaltig vor Zahnsteinbildung. Das gilt besonders für Problemzonen (Wurzelzement), die normalerweise nach mechanischer Vorreinigung mit rotierenden Systemen kaum ohne Verletzung des Zahnfleisches erreicht werden können. Die Schwungbewegung von Paromatic Swing schließt die Verletzungsgefahr der Weichgewebe nahezu aus.

Eine spezielle Kopfabdichtung verhindert bei der Paromatic Swing das Eindringen von Polierpaste und Wasser – und damit von Keimen. Für diese Sicherheits-Abdichtung gibt Bayer Dental eine 2-jährige Garantie.

Paromatic Swing ist nach ISO genormt und paßt auf alle handelsüblichen Antriebe. Mit dem Snap-on-Adapter können alle Kelche, Bürstchen und Polierscheiben verwendet werden.

Die zum Paromatic Swing-System gehörenden Prophypasten gibt es in zwei unterschiedlichen Körnungen.

Typ 1, mittelfein, für die Vorreinigung und Belagbeseitigung
und

Typ 2 fein, für die Abschlußreinigung von Politur von Compositen.



Leverkusen, Oktober 1986

Kinder und den damit verbundenen sozialen Härten für die Eltern sind die Gesamtausgaben für die zahnmedizinische Versorgung, die im Jahr um 14 Mrd. DM schwanken gesundheitspolitisch nicht zu verantworten.

Bei derartigen Zahlen ist es auch nicht notwendig, Fachdiskussionen mit Vertretern der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder gar des Freien Verbandes zu führen. Im Grunde gibt es keine Argumente, die für ein derartiges Ausgabenvolumen sprechen könnten.

Außer natürlich man kommt zu der Meinung, daß diese Ausgaben in dieser Höhe nicht zu vermeiden sind und daß sie zum normalen Besitzstand der Kassenzahnärzte in der Bundesrepublik gehören. Nur dann brauchen wir uns über Kostendämpfung im Bereich der Zahnheilkunde nicht mehr den Kopf zu zerbrechen.

Das Fehlen echter qualitätssichernder Rahmenbedingungen wirkt sich finanziell explosiv in unserem Fach aus. Qualitätskriterien zu formulieren und zu sichern, wäre erste zahnärztliche Pflicht gewesen.

Die in den Jahren 1985 und 1986 beschlossenen Globalsteuerungsmaßnahmen ergeben bei der prothetischen Versorgung für den Patienten in den meisten Fällen eine Erhöhung seiner direkten Beteiligung. Ob durch eine Erhöhung der Direktbeteiligung ein gesund-

heitserzieherischer Effekt entsteht, ist äußerst fragwürdig. Wenn aber die Zahnärzte die höhere Direktbeteiligung als hauptsächliches Regulativ in der jetzigen Kostensituation verlangen, so bedeutet das eine Kostenverlagerung bzw. weitere unkontrollierte Kostenexpansion. Diese Forderung ist sozialpolitisch unzumutbar und gesundheitspolitisch fragwürdig.

Erstmals in der Geschichte des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte ist durch den erweiterten Bundesvorstand am 30. April 1986 folgender Beschluß gefaßt worden: "Der EV bekundet seine Überzeugung, daß der Freie Verband die Zahnärzteschaft aus dem System der GKV herausführen muß, wenn die Rechte der Zahnärzte und der Patienten nicht auf andere Weise zu wahren sind."

Ein Kommentar zu diesem denkwürdigen Beschluß ist wohl überflüssig.

Die große Mehrzahl der Versicherten kann weitere Kosten nicht mehr verkraften und würde einer überwunden geglaubten Zwei-Klassen-Medizin ausgeliefert sein.

Alle Bestrebungen zahnärztlicher Verbände oder Organisationen den Prothetikvertrag so weit herunterzuschrauben, daß die Prothetik aus der Sachleistung ausgehebelt wird, bedürfen des geschlossenen Widerstandes des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde.

Das ständige Schielen nach der "privaten Zweier-Beziehung Arzt-Patient" zur Erschließung neuer Finanzquellen und der fahrlässige Umgang mit dem nur noch begrenzt belastbaren System wird die staatlich verordnete Kostendämpfung nur noch beschleunigen.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde hat eine Reihe von wirksamen Maßnahmen zur Kostendämpfung vorgeschlagen. Sie haben jedoch die unattraktive Eigenschaft, von den Zahnärzten konstruktive Beiträge zu fordern. Hauptziel ist es, daß für die immensen Ausgaben der zahnärztlichen Versorgung für die, wie es scheint, selbst durch Umstrukturierung, neue Richtlinien und andere Vereinbarungen nur bestenfalls ein Stillstand der Zuwächse erreicht werden kann, ein angemessenes Maß an Qualität diesen Ausgaben entgegengesetzt wird.

Einem Berufsstand, der nachweislich seit 20 Jahren und mehr die PAR-Behandlung sträflich vernachlässigt, ein Behandlungs- und Abrechnungsangebot im Sinne der sog. Initialbehandlung zu machen und diese noch in einer Größenordnung von 300 Punkten pro Fall zu honorieren, ist mehr als unverständlich. Es wird Zeit, daß die gesetzlichen Krankenversicherungen über diesen Punkt ihrer Marketing-Strategie intensiv nachdenken.

Qualitätssichernde Maßnahmen sind gerade zur Erhaltung der

professionellen Kompetenz und der Reputation der Zahnärzteschaft immer dringlicher notwendig, denn gerade die jetzt beschlossenen Honorarminderungen im prothetischen Bereich werden sicher viele Zahnärzte dazu veranlassen, noch schneller zu arbeiten, noch mangelfaßtere Leistungen abzuliefern und noch mehr Behandlungsmaßnahmen an Helferinnen zu delegieren.

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 wichtigen Prophylaxe-Zielgruppen, den Kindern und Jugendlichen nur noch in sehr begrenztem Umfang Aufklärung über gesunde Ernährung, notwendige Mundhygiene und die Wichtigkeit der Fluoridprophylaxe stattfindet. Dies ist ein Ist-Zustand, der dringend verbesserungsbedürftig ist.

Im Interesse der Versicherten und der Zahnärzte ist eine neue echte Partnerschaft zwischen Krankenkassen und der Zahnärzteschaft notwendiger denn je. Dazu gehört, daß die Leistungserbringer ihre Leistungen verantworten können und sich zur Einhaltung von Qualitätsnormen verpflichten. Die Kassen sollen und können für die Leistungen ein akzeptables Honorar bezahlen.

Das ist der einzige Weg die Einzelleistungsvergütung zu erhalten und zwar auf einem Niveau, das der qualitätsgeprüften Leistung entspricht.

Es ist dem Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde und der Zahnärzteschaft in ihrer

Gesamtheit zu wünschen, daß endlich dieser Weg zahnärztlicher Berufspolitik beschritten wird.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Gerd Ebenbeck
Sedanstr. 18
8400 Regensburg

Beileibe kein Nachruf

Hanns-W. Hey

1979, bei einer Podiumsdiskussion in Erlangen, sah ich ihn, Gerd Ebenbeck, zum ersten Mal: Er sprach, mit leicht eingezogenem Kopf, leise, zum Teil unverständlich schnell, räusperte sich immer wieder. Doch das, was man verstand, war anders als das allzu bekannte Rühren im Mustopf der Selbstbeweihräucherung, das unverbindliche Einfach-Irgendwas-Sagen, wie man es von den offiziellen Vertretern zahnärztlicher Körperschaften gewöhnt war. Hier dagegen sprach einer ohne Pathos über das, was war und wie es war: Die Unfähigkeit der Zahnärzteschaft, Prophylaxe als eine der wichtigsten Erfordernisse unserer Professionalität zu akzeptieren - die zu einseitige, zahnersatzlastige Ausbildung an den Universitäten - die mangelhafte Behandlungsqualität in der täglichen Pra-

xis - die Angst, standesintern kritisch und kontrovers diese unsere Probleme zu diskutieren.

Wer nicht mit beiden Augen auf seine Brieftasche fixiert war, mußte dies alles nachvollziehen können. Wir brauchten nicht lange miteinander zu reden, um uns darüber klar zu werden, daß mit dem Freien Verband dies alles nicht zu ändern war. So entstand, als Forum in jeder Hinsicht unabhängiger Zahnärzte, der DAZ. Es lag auf der Hand, daß uns allen Gerd Ebenbeck als der geeignetste Kollege erschien, diesen neuen Berufsverband nach außen als Vorsitzender zu vertreten. Sieben Jahre (!) hat er diese Funktion ausgefüllt, mit Autorität und oberpfälzischem Starrsinn zwar, doch vor allem mit bewundernswertem Arbeitseinsatz und der

Fähigkeit, resignative Phasen durch immer wieder neues Anschieben und neue Initiativen zu überwinden. Er war in der Gründungsphase für den DAZ besonders deshalb so wertvoll, weil er als ehemaliges Mitglied des Freien Verbandes die üblichen Drohgebärden der Wortführer dieses Kampfverbandes richtig einzuschätzen und zu parieren wußte. Er hatte den Mut und das Standvermögen, die zahnärztlichen Körperschaften in Bayern per Aufsichtsbeschwerde und Gerichtsbeschluß zu zwingen, den Mißbrauch der standeseigenen Medien zu ständiger einseitiger politischer Parteinarbeit einzustellen. Und er hat sich nicht der wahrhaft undankbaren Aufgabe entzogen, den Entwurf einer neuen zahnärztlichen Gebührenordnung zu erarbeiten. Postwendend kam vom Freien Verband eine in Stil und Inhalt bis dahin nicht gekannte Verleumdungs- und Beleidigungskampagne, die Gerd Ebenbeck mit bewundernswerter Gelassenheit überstand.

Glücklicherweise gibt es in der Bundesrepublik außer dem Freien Verband noch andere, neutralere Institutionen, die auf die Gestaltung des kassenzahnärztlichen Vertragswesens Einfluß nehmen. Hier fanden die Vorstellungen und Zielsetzungen des DAZ mehr Gehör und Verständnis - natürlich nicht als Folge Ebenbeckschen "Antichambrierens" (Originalton FVDZ), sondern als Ergebnis seiner Kompetenz und der Einstellung des DAZ, sich verantwortungsbewußt gegenüber der Gesamtgesellschaft zu verhalten

und nur tatsächlich Machbares zu fordern.

Trotz jahrelanger heftiger Attacken des Freien Verbandes gelang es ihm, den DAZ weitgehend aus der reinen Verbandskonfrontation herauszuführen und die zahnärztliche Berufspolitik durch neue Sichtweisen und Vorschläge glaubwürdiger zu machen - vor allem bei den Spitzenverbänden der Krankenkassen und maßgeblichen Gesundheitspolitikern.

Bei der letzten Vorstandswahl des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde hat Dr. Ebenbeck nicht mehr für den Vorsitz kandidiert - sicher nicht um sich "abzuseilen", sondern um sich verstärkt seiner Tätigkeit als Gutachter und Beratungszahnarzt des BdB widmen zu können - aber auch um im DAZ-Vorstand eine bessere Aufgabenverteilung herbeizuführen.

Mit seinem Rücktritt vom Verbandsvorsitz geht eine zum Teil stürmische Gründungsphase des DAZ zu Ende, in der viele gute Ideen und Argumente erarbeitet, realisierbare Zukunftsperspektiven entwickelt und vor allem neue, engagierte Mitglieder gewonnen werden konnten.

Der DAZ hat also genügend Gründe, Gerd Ebenbecks Rücktritt vom Vorstand zum Anlaß zu nehmen, ihm für seinen Einsatz und seine Arbeit zu danken.

Dr. Hanns-W. Hey
Lindenschmitstr. 44
8000 München 70 217

GKV-Ausgaben I/86

Die Entwicklung im ersten Quartal 1986 wird von Fachleuten als so heterogen angesehen, daß keine Prognosen gestellt werden können, ehe nicht die Ergebnisse des ersten Halbjahres vorliegen. Auffällig ist z.B. die konträre Entwicklung beim Zahnersatz bei den Ortskrankenkassen und den Angestellten-Krankenkassen.

Bleibt die Ausgabenentwicklung so, wie sie sich jetzt darbietet, sind die Problembereiche ganz offenkundig: Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel und als größtes Sorgenkind wegen seines großen Anteils an den Ausgaben die Krankenhauspflege. Ärzte und

Zahnärzte liegen hingegen mit ihren Sätzen auf einem für die Kassen erfreulich niedrigen Zuwachsniveau und unterhalb der bisherigen Grundlohnsummenentwicklung (ausgenommen bei den Innungskrankenkassen, die wegen ihrer vielen Auszubildenden und der Flaute im Baubereich den geringsten Grundlohnsummenanstieg zu verzeichnen haben).

Die Zuwachsraten bei den Einnahmen weisen auf den Umfang der Beitragssatzsteigerungen in jüngerer Zeit bei den einzelnen Kassenarten hin (die Ersatzkassen hatten im Gegensatz zu den RVO-Kassen ihre Beitragssätze über den Jahreswechsel gehalten).

	OKK	BKK	IKK	Ang.-EK	GKV insg.
Ärzte	2,2	1,7	2,3	1,2	1,9
Zahnärzte	1,3	-1,2	0,9	1,2	1,0
Zahnersatz	3,0	-0,7	-2,7	-7,2	-1,5
Arzneimittel	6,2	6,0	7,9	2,4	5,1
Heil- und Hilfsmittel	9,4	9,7	3,7	5,7	8,1
Krankenhauspflege	6,3	6,2	6,1	6,1	6,1
Krankengeld	0,1	0,9	1,4	-3,8	-0,7
Insgesamt	4,5	4,0	4,1	1,8	3,6
Grundlohnsumme	2,3	3,1	2,0	2,1	2,4
Einnahmen	7,2	6,3	9,1	1,7	5,2

Arzt und Wirtschaft 16/1986, S. 10

"Wenn wir wollen, daß alles so bleibt, wie es ist, dann werden wir noch vieles ändern müssen!"

Albert Einstein

Die fünf Leitlinien der KZBV

— die Körperschaft übernimmt Vorstellungen des FVDZ zur Neuregelung des Verhältnisses zu den Krankenkassen

Lutz Albers

Die etwa zweidutzend Mitglieder des feinen Clubs der Privat Zahnärzte in der Bundesrepublik können sich auf eine Mitgliederschwemme einrichten: Die KZBV plant den Ausstieg aus der RVO. Mit dem Menschenbild des autonom entscheidenden und eigenverantwortlichen mündigen Bürgers ist das Sachleistungsprinzip ebenso unvereinbar wie mit dem fortgeschrittenen Entwicklungsstand unserer Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung, so begründete die Vertreterversammlung im Oktober in Kiel ihr Vorhaben.

Überraschte die Berliner Vertreterversammlung im Januar dieses Jahres mit ihren Leitlinien zur prothetischen Versorgung, so waren es diesmal fünf Leitanträge, mit denen die Vertreterversammlung - auf Antrag des KZBV-Vorstandes - eine Zielorientierung geben wollte für die große Strukturreform des Gesundheitswesens. Bekanntlich gibt es Pläne der Bundesregierung, eine umfassende Strukturreform in der nächsten Legislaturperiode in Angriff zu nehmen.

Im Leitantrag Nr. 1 wird zunächst einmal die Bundesregie-

rung streng ermahnt, kein punktuell Flickwerk, sondern eine gesundheits- und sozialpolitische Neuorientierung herbeizuführen. Schwer vorstellbar, daß sich von dieser Alternative jemand angesprochen fühlt, doch unsere Standesvertreter werden sicher wissen, wen sie damit gemeint haben. Die dazu aufgeführten "Grundpositionen" sind eine Auflistung bekannter Forderungen. Sie sind in der vorgebrachten allgemeinen Form kaum strittig, wenn man einmal das Verlangen nach Einführung des Kostenerstattungsprinzips ausnimmt.

So sinnvoll und lobenswert es auch ist, daß dabei an erster Stelle eine Umorientierung von der Spät- auf die Frühversorgung gefordert wird, da dieser Vorgang nur mit erheblichen Umleitungen von Finanzmitteln denkbar ist, müßte wohl schon etwas deutlicher ausgeführt werden, wie dieses ja nicht eben neue Ziel denn verwirklicht werden könnte.

Die zweite Grundposition wird in der Begrenzung des Leistungskataloges der GKV auf das Maß des medizinisch und wirtschaftlich Notwendigen ge-

sehen. Auch hierbei gibt es im Grundsatz keinen Dissens. Erst die Detailvorstellungen liefern den Stoff für die Auseinandersetzung.

Als drittes werden "Formen der Kostenerstattung unter Beachtung der sozialen Komponente" verlangt. Weiter sollen die Eigenverantwortung des Patienten gestärkt werden, genauso wie die freiberufliche Selbstbestimmung der Heilberufe und die Kompetenz der Selbstverwaltung.

Die zahnärztliche Einzelleistungsvergütung soll durch "gesetzliche Priorität" gegen Plafondierungsansätze geschützt werden. Darüber hinaus wird endlich einmal klar und deutlich gesagt, wer eigentlich in der GKV pflichtversichert sein soll: Nur der sozial Schutzbedürftige.

Nach diesem eher betulichen Auftakt wird es dann brisant. Im Leitantrag Nr. 2 wird ausgeführt, warum das Sachleistungsprinzip obsolet geworden ist: Es ist schlicht zu alt, nämlich bereits über einhundert Jahre.

Der 3. Leitantrag wird um einige Nuancen konkreter. Es geht um die Vorstellungen zu den einzelnen Fachbereichen. Ganz oben an steht die Forderung nach Einführung der Individualprophylaxe. (Eine Aussage zur vielgelobten Gruppenprophylaxe scheint offenbar entbehrlich.) Für die Individualprophylaxe wird eine Ei-

genbeteiligung der Versicherten als ebenso unerlässlich angesehen wie für kieferorthopädische und parodontal-therapeutische Maßnahmen.

Im 4. Leitantrag wird den Adressaten noch einmal verdeutlicht, weshalb das Einzelleistungshonorar gesetzlich abgesichert werden muß: Eine Budgetierung der kassenzahnärztlichen Gesamtvergütung beeinträchtigt nachhaltig die Qualität der zahnärztlichen Leistung. Daß dieser Hinweis zu Recht erfolgt, wissen nicht nur die Zahnärzte, die bereits in den fünfziger Jahren tätig waren. Es wäre die Forderung nur sehr viel überzeugender zu stellen, wenn sie begleitet würde von standesinternen Anstrengungen zur Qualitätssicherung.

Zum Schluß präzisiert der Leitantrag Nr. 5 was unter einer Stärkung der Selbstverwaltung zu verstehen ist: Die Beseitigung so "schwerfälliger und überflüssiger Institutionen" wie der Bewertungsausschüsse. An die KZVen selbst ist in diesem Zusammenhang vorerst wohl noch nicht gedacht.

Kein Zahnarzt wird glauben, daß die politisch Verantwortlichen quasi von sich aus eine Strukturreform zustande bringen werden, die gleichsam die Sonne aufgehen läßt. Es ist klar, die Entwicklung wird sich zunehmend eher schlechter darstellen, wenn sie ohne sach- und fachgerechten Ein-

fluß bleibt. Es ist denn die Frage sehr wohl zu stellen, ob mit diesen fünf Leitanträgen der erforderliche Beitrag erbracht wurde.

Einem, der nicht den Vorzug genießt, Zugang zu den Ämtern und Ausschüssen in Bonn zu haben, fällt es sehr schwer, daran zu glauben, es könnte sich ein ernsthafter Interessent für die abgelieferten Papiere finden. Selbst ein in sich logisches Konzept von 30.000 Zahnärzten vorgelegt, könnte nur dann Veränderung bewirken, wenn es andere überzeugte und anderen etwas brächte.

Mit einer Ansammlung von headlines ist ein so eingefahrenes und in Teilbereichen auch festgefahrenes System, als das sich unser Gesundheitswesen heute nun einmal darstellt, nicht zu revolutionieren, auch nicht nach rückwärts. Es muß schon befremden, daß man den bei Bedarf als Partner bezeichneten Krankenkassen in diesem Konzept nur eine radikale Schrumpfkur angedeihen lassen möchte, sowohl was den Katalog der Leistungen angeht als auch was die Mitgliederzahl betrifft. Dies allein zeigt einen unverzeihlichen Dilettantismus im Umgang mit den gegebenen politischen Strukturen auf.

Eine nach innen überzeugende und nach außen effektive Standespolitik müßte sich schon auf ein wenig mehr abstützen, als diese fünf Leitanträ-

ge zu bieten imstande sind. Es gehört keine Prophetie dazu: Ihnen wird es genauso ergehen, wie den Leitlinien der ersten Vertreterversammlung dieses Jahres, sie werden in den verschiedensten Ordnern abgeheftet werden um zu verstauben. Das wird die Autoren nicht daran hindern, unermüdlich zu verkünden, daß es nur durch diese Leitanträge möglich gewesen sei, zu ernsthaften Verhandlungen zu gelangen.

Dabei sind einzelne Forderungen es überaus wert, daß für sie gestritten wird. Als Beispiel ist zu nennen die Konzentrierung aller Anstrengungen auf die Frühbehandlung. Wer dabei aber nur auf die Individualprophylaxe verweist, läuft Gefahr, seine Reputation gründlich zu verspielen. Als weiteres Beispiel ist das Prinzip der Einzelleistungsvergütung sowie die Selbstbestimmung des Berufsstandes zu nennen. Daß dabei die Qualität der Versorgung unserer Patienten angesprochen ist, steht außer Zweifel. Ebenso sicher ist aber, daß diese beiden Prinzipien keineswegs einen Bestandsschutz für alle Zeiten genießen. Es sind schon Anstrengungen nötig, um eine akzeptable Beziehung zwischen Leistung und Preis glaubhaft zu machen. Es gilt zu verdeutlichen, welcher Aufwand hinter den einzelnen Leistungen steckt, das heißt man muß die Leistungen beschreiben und ihren Mindeststandard festlegen.

Nach Julius Herrmann lautet

die Devise: Mehr Knechtschaft - oder der Mut zu etwas mehr Freiheit und Risiko. Er fügt hinzu: Unseren Kollegen werden wir es noch verständlich machen müssen. Aus solch schlichter Ideologie entspringen wohl zwangsläufig schlich-

te Leitsätze, wer wollte sich da wundern. Es kann einem schon leid tun.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Lutz Albers
Brakmannsweg 1
2900 Oldenburg

Was wäre, wenn den neuen Leit- anträgen der KZBV entsprochen würde?

— Gedanken eines Betroffenen von Till Ropers

Die KZBV will aus dem Prinzip der Sachleistungen und der Einbindung in die Reichsversicherungsordnung aussteigen:

"... zielgerichtete Steuerung für die Leistungen der GKV zu Formen der Kostenerstattung ..."

"... Begrenzung der Versicherungspflicht auf sozial Schutzbedürftige ..."

"Die KZBV fordert den Gesetzgeber auf, das anonyme Sachleistungsprinzip als generell geltendes System in der GKV abzulösen und in geeigneten Bereichen die Direktbeteiligung und die Kostenerstattung auszubauen."

"... fordert ... auf, das Leistungsrecht der GKV bereichs-

spezifisch aus der Sachleistung herauszuführen ..."

"... das Kostenerstattungsprinzip, z.T. in Verbindung mit Formen der Eigenbeteiligung und des Belohnungsprinzips ..."

"Die Individualprophylaxe ... ein Eigenanteil des Versicherten ist notwendig ..."

"Für die Parodontalbehandlung soll die Kostenerstattung mit einer prozentualen Direktbeteiligung der Versicherten eingeführt werden."

"Die zahnärztliche Behandlung bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen muß wieder aus der Sachleistung herausgeführt werden und als Zuschußleistung (Kostenerstattung)

institutionalisiert werden
 ..."

"... sind Festzuschüsse ...
 einzuführen ..."

"... die KZBV fordert daher, sachwidrige Bindungen der Vertragspartner wie z.B. an Empfehlungszeiträume der Konzertierte Aktion ebenso zu beseitigen wie überflüssige und schwerfällige Institutionen der Bewertungsausschüsse ..."

(Alles Zitate aus den jüngsten "Leitanträgen" der KZBV)

Dies, liebe Freunde, ist der Ernstfall! Die Umsetzung dieser KZBV-Forderungen bedeutete nicht nur eine erhebliche Mehrbelastung der Patienten und Versicherten ("mehr Eigenbeteiligung" heißt ja gewiß nicht automatisch "geringere Versicherungsbeiträge"), sondern geht auch an den ärztlich-ethischen, sozialen und wirtschaftlichen Besitzstand der Kassenzahnärzte. Viele - vor allem sozial schwache - Patienten werden auch zwingend notwendige zahnärztliche Maßnahmen dann nicht mehr durchführen lassen, wenn sie dafür mit einer Zahlung in Vorleistung treten müssen. Diese unselige Problematik ist uns noch sehr deutlich in schlechter Erinnerung aus der Zeit, da die KZVen von uns verlangten, bei kleineren prothetischen Leistungen (Reparaturen, Erweiterungen) ebenso direkt mit den Patienten - und diese per Erstattungsprinzip direkt

mit ihren Kassen - abzurechnen. Aus gutem Grund wurde diese Regelung sehr bald wieder abgeschafft!

Diese Regelung wird jetzt also erneut von der KZBV für die gesamte Zahnheilkunde angestrebt.

Schlimmer noch: Bei Parodontalleiden - nach der Karies die zweithäufigste Erkrankung in unserem Fachbereich - sollen die Kosten nicht mehr ganz, sondern nur noch zum Teil übernommen werden. Dies ist ein Faustschlag ins Gesicht aller, die sich entsprechend den fachlichen Erfordernissen darum bemühen, die Parodontalbehandlung vom Odium des Elitären zu befreien und in der Allgemeinpraxis zu verankern. Wie absurd dieses Ansinnen ist, möge eine fiktive Analogie aus der Allgemeinmedizin verdeutlichen:

Bei den praktischen Ärzten werden z.B. Erkrankungen des Verdauungstrakts nicht mehr auf Krankenschein behandelt. Die Kosten für diese Behandlungen müssen die Patienten ihrem Arzt in voller Höhe direkt bezahlen und bekommen anschließend nur einen Teil davon von der Krankenkasse zurück.

Alles klar?

Mit einer solchen Regelung wird mir als Kassenzahnarzt - zumal ohne besonders finanzstarken Patientenstamm - der Boden unter den Füßen weggezogen.

gen. Große Teile meiner Praxiszeiten werde ich auch außerhalb des Teilgebiets "Zahnersatz" mit den mir so verhaßten "Verkaufsgesprächen" zubringen müssen. Dies wäre eine Regelung für die prothetisch orientierte Praxis, in der - begünstigt durch das Fehlen jeglicher Qualitätskontrollen - große Mengen aufwendigen Zahnersatzes produziert werden, wobei schon jetzt die "Abdingung" zur geläufigen Bezahlungsform geworden ist.

Abkehr vom Sachleistungsprinzip heißt für uns konkret: Weg vom Zahnarzt, hin zum Verkäufer von Zahnbehandlungen.

Jetzt höre ich schon beschwichtigende Einwände: "Das kann doch kein Politiker zulassen, dazu wird es doch niemals kommen." Vergewenwärtigen wir uns: Diese von der KZBV geforderte Regelung liegt vordergründig betrachtet ja auch im Interesse der Krankenkassen, weil sie deren Budgets - und das ist ihr mit Abstand größtes Problem - kurzfristig entlastet.

Und die Politiker? Sie sind des Themas "Zahnmedizin" dermaßen müde, daß jede Regelung, die zur Einigkeit zwischen Krankenkassen und Zahnärzten führt, durchaus eine Chance hat:

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung wird vom "Freien Verband" nicht nur dominiert, sondern geradezu befehligt. Der Chefideologe des FVDZ, Bieg, aber, an dessen politischen Durchsetzungsvermögen nicht gezweifelt werden kann, verfolgt dieses Ziel schon länger. Längst läßt er strukturelle Vorbereitungen für eine solche Regelung treffen: Man beachte die flächendeckend angebotenen "Abdingungsseminare" des "Freien Verbandes".

Mit diesen systemverändernden Bestrebungen betreibt der "Freie Verband" eine patientenfeindliche Politik, die eindeutig auch gegen die Interessen der meisten Kassenzahnärzte gerichtet ist.

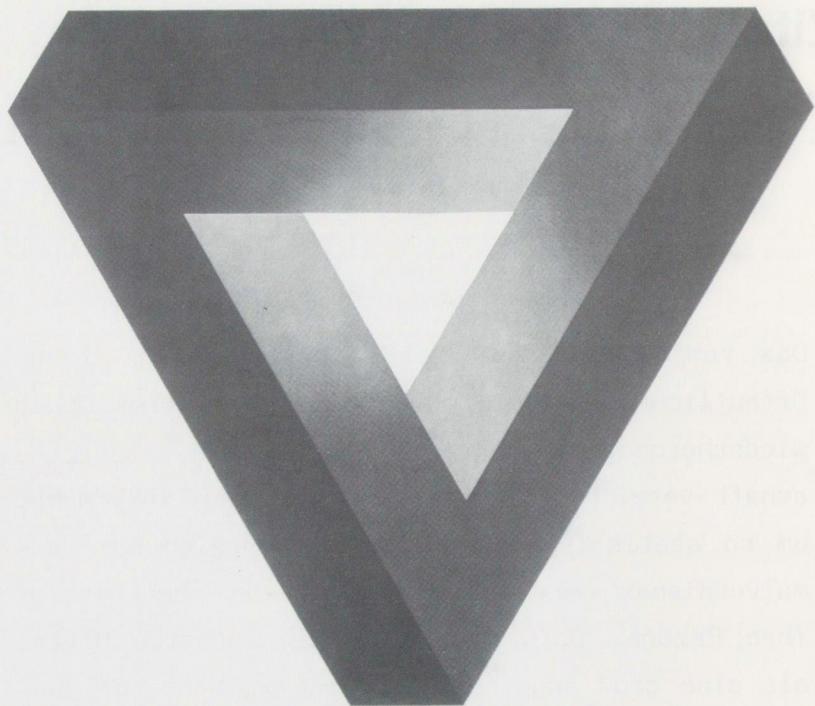
Alle Kassenzahnärzte sollten wissen: Zu diesem fragwürdigen Weg, das Kostenproblem zu bewältigen, gibt es eine Alternative. Der DAZ hat mit seiner "Zahnärztlichen Initiative zur Änderung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Qualitätskriterien" einen Weg aufgezeigt, wie die Zahnheilkunde ohne Systemveränderungen und Honorardeckelungen bezahlbar bleiben kann.

Anschrift des Verfassers:
Dr. Till Ropers
Alter Marktplatz 4
2162 Steinkirchen

Zitat des Jahres

Das ramponierte Bild der Zahnärzteschaft in der Öffentlichkeit kann doch nur auf zweierlei Wegen wiederhergestellt werden: Entweder die Zahnärzteschaft verzichtet auf die Hälfte ihres Einkommens, um so statistisch wieder in den Bereich der Normalverdiener zu gelangen oder sie rechtfertigt ihre Bezüge. Dafür gibt es kein besseres Mittel als eine groß angelegte Kampagne zu höchster Qualität. Höchste Qualität entlastet die Versicherten-Gemeinschaft, weil Zahnersatz länger und besser hält. Höchste Qualität rechtfertigt ein gutes Einkommen. Für "höchste Qualität" läßt sich besser werben als für "ausreichende und notwendige" Leistungen. Höchste Qualität ist eine Forderung, die die zerstrittenen Partner im Gesundheitswesen, Zahnärzte, Zahntechniker und Kassen zusammenführt und sie nicht weiter spaltet. Höchste Qualität fordert von allen Partnern Anstrengungen. Das schnell verdiente Geld steht am Pranger. Sauer verdientes Geld neidet einem niemand.

Dr. Jörg Lingenberg



böger

Z A H N T E C H N I K

Böger Zahntechnik
Waterloohain 6/8, 2000 Hamburg 50, Telefon (040) 43 11 41-44

Zur Methodik der Qualitätssicherung zahnärztlicher Leistungen

Chr. Nielsen

Neben notwendigen qualitätsfördernden Maßnahmen im Bereich der Selbstverwaltung (vgl. FORUM 13, 1986, S. 64) sind eigene Qualitätssicherungs-Modelle für die zahnärztliche Versorgung zu entwickeln. Ihre Methodik orientiert sich an QS-Programmen, die sich in der Medizin international bewährt haben.

Die Methodik von Qualitätssicherungs-Programmen ist 1978 von WILLIAMSON (1, 2) beschrieben worden. Auch die nachfolgenden Konzepte (2, 3, 4, 5) modifizieren lediglich die ursprüngliche Organisation. Es sind jeweils fünf bis acht Stationen eines Regelkreises mit fest installierten Kontrollen, die verhindern sollen, daß Qualitätssicherung zum Selbstzweck wird oder sich in ineffektiver Mehrbelastung erschöpft. Die Methodik ist für alle medizinischen Disziplinen anwendbar, die evaluationfähige, d.h. meßbare, objektivierbare Leistungen erbringen. Die operativen Fächer eignen sich besonders für QS-Programme; die Zahnheilkunde mit vorwiegend technischen Abläufen ist geradezu prädestiniert, ihre Prozesse und Ergebnisse anhand von Schrittlisten und Standards zu optimieren. Deshalb soll hier eine geringfügig modifizierte Version des BROWN'schen "Zwei-Kreis-Systems" (6) vorgestellt werden (Schema 2).

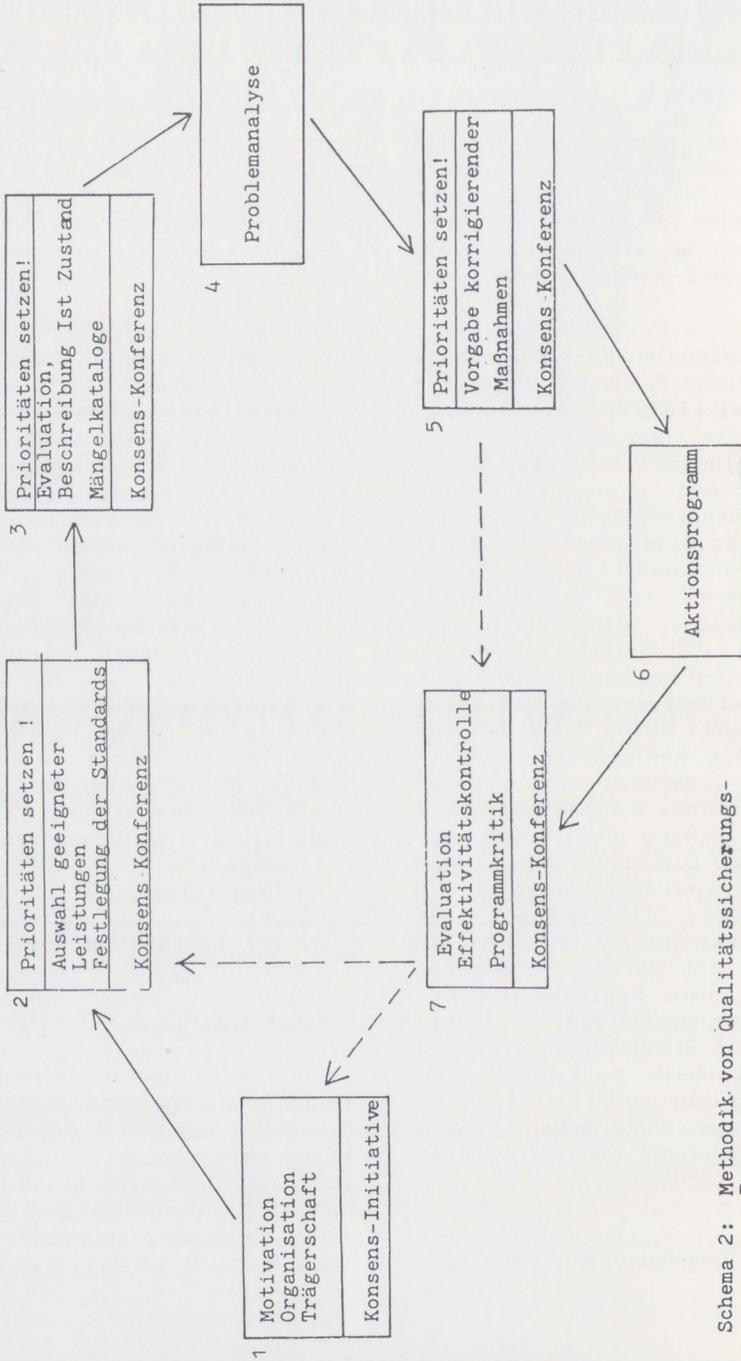
I

Da QS-Programme ohne die kon-

struktive Mitarbeit aller Beteiligten nicht erfolgreich durchgeführt werden können, kommt es darauf an, durch KONSSENS-INITIATIVEN bestehende Ängste, Aversionen, Informationslücken, vor allem aber auch ideologisch-politische Vorurteile aufzuarbeiten. Eine großzügig geplante MOTIVATIONSPHASE muß das Ziel haben, die Kollegenschaft davon zu überzeugen, daß

- Qualitätssicherung in der Initiative der Zahnärzteschaft selbst bleiben muß,
- Qualitätssicherung, wo immer sie betrieben wird, positive Wirkungen für Ärzte und Patienten hat,
- Qualitätssicherung keine Marotte, sondern als integraler Bestandteil moderner Zahnheilkunde zu verstehen ist.

Diese "consensus-meetings" sind als begleitende Einrichtung für die gesamte Dauer des Projekts vorzusehen, um Blockaden rechtzeitig zu erkennen und zu entschärfen. Erste Krisen dürften bereits im Vorfeld eines Programms zu bewältigen sein, wenn es um das An-Erken-



Schema 2: Methodik von Qualitätssicherungs-Programmen in Anlehnung an das "Zwei-Kreis-System" von C.R.Brown

nen von Qualitätsproblemen geht. Ebenso hartnäckig werden sich manche Kollegen weigern, (so unanständige) Ausdrücke wie "Standard", "Kontrolle", "Kriterienlisten", "outcome-Qualität" in ihr Fachvokabular aufzunehmen.

Nicht zuletzt gehört in die erste Phase eines QS-Programms die Klärung der Trägerschaft und der Finanzierung, der Aufbau kompetenter Personalstrukturen (Programm-Management), sowie die Entwicklung belastbarer Organisationspläne. Wenn QS-Programme nicht in Frustration über unangemessenen organisatorischen und bürokratischen Aufwand versanden sollen, wird es notwendig sein, bei jedem Schritt immer erneut PRIORITÄTEN zu setzen.

II

Qualitätssicherung erfordert die EVALUATION, d.h. die Bewertung, Beurteilung von Leistungen mit Hilfe eines objektivierenden Instrumentariums (z.B. Befund-, Fragebögen, spezielle Sonden, Röntgenbilder/Paralleltechnik). Die Frage, wer mißt, bewertet, hat schon in frühen Phasen der medizinischen Qualitätssicherung einen zentralen Stellenwert eingenommen. Wegen der größeren Objektivität wurden zunächst IMPLIZITE VERFAHREN (2, 7) bevorzugt, d.h. die Evaluation lag bei zweiten, dritten Untersuchern, die retrospektiv (anhand von Behandlungsunterlagen) oder direkt (am Patienten) bestimmte Leistungen beurteilten. Diese Methode

("Zweitbeurteilung", "peer review", "second opinion", impliziter Standard") wurde in der zahnmedizinischen Qualitätsstudie der Californian Dental Association (8) angewendet. Die Nachteile liegen dabei in einem erheblichen Organisationsaufwand und relativ großen Belastungen für die Patienten, die nur in größeren Behandlungseinheiten (z.B. Kliniken, Sanitätsdienst, größere Gemeinschaftspraxen) akzeptiert werden.

Neuere Erfahrungen in medizinischen QS-Projekten haben indes gezeigt, daß auch explizite Verfahren effektiv durchgeführt werden können. Dabei wird anhand eindeutig festgelegter Standards und mit Hilfe geeigneter Evaluationsinstrumente die eigene Leistung beurteilt. Diese Methode birgt den Nachteil nur eingeschränkter Zuverlässigkeit, jedoch auch unübersehbare Vorteile der organisatorischen Zumutbarkeit in der ambulanten Versorgung, der Anwendbarkeit auch in kleineren Praxen, der unmittelbar stattfindenden Optimierung ärztlichen Handelns. So organisierte "Selbstkontrolle" wäre der Idealfall funktionierender Qualitätssicherung.

Welches Evaluationsverfahren sich für zahnärztliche Projekte besser eignet, kann hier nicht geklärt werden. Der DAZ hat sich in der internen Diskussion bisher gegen die Beurteilung der eigenen Leistungen ausgesprochen, um eine mög-

lichst objektive Bewertung zu erreichen. Es wäre jedoch sinnvoll, in einer Vorstudie zu klären, ob nicht auch Mischverfahren praktikabel und aussagefähig sind. Wegen der noch vorherrschenden Aversion gegen systematische Qualitätssicherung erscheint es jedenfalls notwendig, durch weitere "Nachuntersuchungen" den Ist-Zustand zu präzisieren und damit die Qualitätsprobleme bei bestimmten Leistungen darzustellen. Erst nach ausreichender Etablierung der Qualitätssicherung in der zahnärztlichen Versorgung dürften explizite, "selbstkontrollierende" Verfahren angezeigt sein.

Die Befunde werden an STANDARDS gemessen, Leistungsbeschreibungen, deren Kriterien die Richtigkeit, Güte und Zuverlässigkeit einer Maßnahme gewährleisten sollen. In der "Zahnärztlichen Initiative zur Änderung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Qualitätskriterien" (FORUM 14, 1986, S. 128) wurde der Versuch unternommen, Standards häufiger zahnärztlicher Leistungen zu formulieren und als "Minimalanforderungen" an Behandlungsergebnisse zu verstehen.

Die Anwendung von Standards hat gezeigt (9, 10), daß bei der Suche, Formulierung und Aufstellung von Standards diejenigen Ärzte beteiligt sein sollten, die an diesem Standard gemessen werden sollen. Praktiker und Wissenschaftler erarbeiten also gemeinsam die

zu fordernden Qualitätsmerkmale einzelner Leistungen. Am grünen Tisch definierte strenge lege-artis-Vorstellungen würden den Bedingungen der Praxis nicht gerecht, ausschließlich pragmatisch-anspruchulose Qualitätslevel würden mit Recht auf den Widerstand der Fachgesellschaften stoßen. Daß auch Standards einer Dynamik unterliegen, soll nur nebenbei erwähnt werden; ihre Wirksamkeit und Gültigkeit sind deshalb regelmäßig zu überprüfen.

Das Evaluationsfeld muß überschaubar sein. Lieber wenige Leistungen mit klaren Standards als generalisierende Empfehlungen zur Verbesserung der Zahnheilkunde. Zur Auswahl der Leistungen möchten wir deshalb zunächst lediglich die drei Positionen F2/13b, WF/35 und Kr/20/91 des Bema bzw. der GO-Z vorschlagen (vgl. Schema 3). Die Evaluation dieser Leistungen kann sich dabei auf fünf Zähne konzentrieren, die als repräsentativ für die übrige Zahnreihe gelten können und anatomisch-topographisch durchschnittliche Schwierigkeitsgrade aufweisen.

III

Aus der Evaluation lassen sich detaillierte MÄNGELKATALOGE ableiten, die exakte qualitative und quantitative Aussagen ermöglichen. Diese Beschreibungen und Daten mit ihren negativen Abweichungen vom vereinbarten Standard sind das "Rohmaterial" einer

Zahn	Leistung	Relevanz	Evaluationsfähigkeit
12 27 35	F 2 13 b (GO Z)	häufig, hohe Fallzahl repräsentativ für die Masse aller Füllungs- maßnahmen bzw. Wurzelfüllungen bzw. Überkronungen	unkomplizierte Diagnostik eindeutige Indikation möglich Therapie-Ziel, -Ergebnis klar zu definieren Therapie-Schrittlisten in Literatur vorge- geben Standards möglich gute Mess-, Beurteilungsbedingungen Rückschlüsse auf Prozessqualität möglich
12 24 46	WF 35 (GO-Z)	Definitiv-Versorgung Prognose bei lege-artis -Vorgehen günstig hohe soziale Kosten	Ergebnisqualität auch noch nach Jahren beurteilbar Akzeptanz gegeben, kein unzumutbarer Aufwand an Zeit und Organisation für Zahnarzt und Patient Evaluation in Behandlungsalltag integrierbar
12 24 46	Kr 20/91 (GO-Z)	gehört zum Leistungs- spektrum aller Zahnärzte (Routineversorgung) vorliegende Qualitäts- studien deuten auf erhebliche Qualitäts- defizite	Therapieergebnis nur unwesentlich von Compliance des Patienten abhängig relativ einfaches Evaluationsinstrumentarium

Schema 3: Auswahl geeigneter Leistungen für QS-Programme

IV

PROBLEMANALYSE. Sie hat die Aufgabe darzustellen, in welcher Qualitätsdimension, d.h. also in Struktur-, Prozeß-, Ergebnisqualität (11) der Mangel begründet ist. Diese Analyse ist nur durch erfahrene, engagierte und unabhängige Zahnärzte zu leisten. Nach vorsichtiger Einschätzung der derzeitigen Qualitäts-Situation dürften in erster Linie Prozeßmängel die vielfach dubiose Ergebnisqualität verursachen. Strukturelle Mängel sind sicher beteiligt, spielen aber (noch) nicht die Hauptrolle.

V

Aus der Problemanalyse ergeben sich die notwendigen KORREKTUREN. Auch in dieser Station des QS-Programms sind wenige gezielte Vorgaben sinnvoller als globale Qualitätsappelle. In der Regel werden jedoch diese Vorgaben nur effektiv sein, wenn sie in

VI

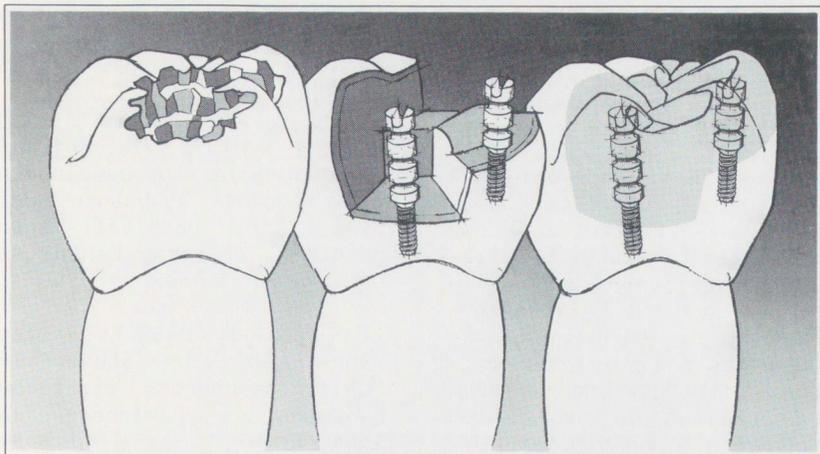
AKTIONSPROGRAMMEN theoretisch und praktisch trainiert werden. Dabei sind intensiver als in den traditionellen Fortbildungen alle facheigenen Medien einzusetzen. Entscheidend ist eine uneingeschränkte Unterstützung des Programms durch die Selbstverwaltungsinstanzen, da nur bei ausreichender Breitenwirkung spürbare Qualitätsverbesserungen zu erzielen sind. Diese quasi-obligaten Lernprozesse werden eine positive Dynamik entwickeln, die sich auch auf andere Lei-

stungsbereiche ausdehnen wird. Wer durch die "Schule der Qualitätssicherung" gegangen ist, wird allgemein leistungsfähiger, motivierter und selbstkritischer in seinem Handeln sein.

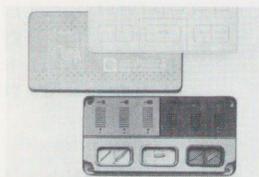
VII

Zu jedem Qualitätssicherungsprogramm gehört die KONTROLLE, ob und wie weit die durchgeführten Maßnahmen tatsächlich effektiv waren. Durch die relativ rasch zur Verfügung stehenden Abrechnungsdaten bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind solche gezielten Effektivitätsfragen zu beantworten. Stagnation oder positive Abweichungen bei den QS-trainierten Leistungen lassen Rückschlüsse auf die Effektivität des Programms zu. Nicht befriedigende Ergebnisse bedingen eine Wiederholung und/oder Verbesserung des Programms. Es wird sich zeigen, ob Prioritäten nicht noch strenger gesetzt werden müssen, Konsens-Konferenzen noch geduldiger, regelmäßiger und sorgfältiger durchgeführt werden müssen, ob Fortbildungs- und Aktionsprogramme die Breiten- und Tiefenwirkung hatten, um den ganzen Aufwand zu rechtfertigen.

Gleichwohl werden QS-Aktivitäten niemals vergeblich sein. Die Chancen einer positiven Entwicklung und reibungsarmen Integration in den Berufsalltag hängen jedoch davon ab, wie bald und wie ernsthaft die Initiative dazu ergriffen wird. Qualitätssicherungs-Ex-



Parafix®-System, parapulpäre Schrauben nach Prof. J. Wirz, Basel, für Restaurationen am vitalen Zahn



Auch wir haben
das strahlende Lachen
gesehen ...

und hörten den kräftigen Biss ...

Dass es so sein kann
und bleiben wird, dafür liefern
wir Grundlagen, Technologie
und Methoden.*



Straumann GmbH
D-7801 Umkirch Telefon (07665) 50312



Institut Straumann AG
FORSCHUNGLABORATORIUM

CH-4437 Waldenburg Tel. 061 / 97 80 80

* Parafix®-System, parapulpäre Schrauben aus Syntacoben® eine hochlegierte, biokompatible Cr / Co / Mo - Legierung mit extrem hoher Festigkeit; je nach Anwendung bis zu 180 kg / mm². Die sehr graziilen Schrauben in den ø 0,6 mm und 0,8 mm und mit je 2, 3 oder 4 Tellern für die optimale Retention des Füllungsmaterials können nach dem Vorböhrern maschinell eingeschraubt werden. Ein vom Stufenbohrer präpariertes Zentralinlay gewährleistet zusammen mit einem perfekten Gewinde eine hohe Retention im Dentin. Übersichtliches Instrumentarium in sterilisierbarer, farbkodierter Alu-Kassette. Funktionsgerechte Anordnung erleichtert die Behandlung. Informative Unterlagen stehen auf Anfrage zur Verfügung.

perten schätzen die Dauer auf zehn Jahre, ja bis zu einer Generation, (1) bis sich Verhaltensänderungen bei Ärzten (Krankenkassen, Patienten, Politikern) durchgesetzt haben. Es ist zu erwarten, daß die rasch fortschreitende Etablierung der Qualitätssicherung in der Medizin diese Fristen verkürzen wird. Dieser Entwicklung wird sich die Zahnheilkunde nicht entziehen können. Deshalb liegt es nahe, sich ohne weitere Verzögerung des bereitliegenden Instrumentariums der Qualitätssicherung zu bedienen.

Literatur

- (1) E. REERINK: Qualitätssicherung in den Niederlanden. in: Qualitätssicherung ärztlichen Handelns, Bleicher-Verlag 1984, S. 61
- (2) H.K. SELBMANN, H.J. EISSNER: Zur Praxis der Qualitätssicherung des ärztlichen Handelns. in: Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen, Deutscher Ärzte-Verlag 1981, S. 80
- (3) H.K. SELBMANN: Klinische Studien und die Qualitätssicherung ärztlichen Handelns. Münch. med. Wschr. 126 (1984) Nr. 21, S. 681
- (4) J. KLYOP: The Dental Profession's Commitment to Quality Assurance. Dental Clinics of North America Vol. 29, Nr. 3, 1985
- (5) H. BAILIT, TH. GOTOWKA: Guidelines for the Development of a Quality Assurance Audit System for Hospital Dental Programs. American Dental Association, Chicago
- (6) nach J. BASSET: Professional Activity Study. in: Qualitätssicherung ärztlichen Handelns, Bleicher-Verlag 1984, S. 99
- (7) H.-U. SENFTLEBEN: Neue methodische Zugänge zur ärztlichen Qualitätssicherung. in: Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen, Deutscher Ärzte-Verlag 1981, S. 72
- (8) Quality Evaluation for Dental Care. California Dental Association, Los Angeles 1977
- (9) H.K. SELBMANN: Standards ärztlichen Handelns: in: Qualitätssicherung ärztlichen Handelns, Bleicher-Verlag 1984, S. 161
- (10) Diskussion in: Qualitätssicherung ärztlichen Handelns, Bleicher-Verlag 1984, S. 212
- (11) Vgl. FORUM 12, 1986, S. 16 (Schema 1)

Anschrift des Verfassers:
Dr. Christian Nielsen
Lindenschmitzstr. 44
8000 München 70

Die gesundheitspolitische Situation aus der Sicht der Ersatzkassen

L. Albers

Das Hauptreferat der diesjährigen Mitgliederversammlung des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen in Wuppertal hielt der Verbandsvorsitzende Karl Kaula. Es war so etwas wie ein Bericht zur Lage des Gesundheitswesens aus der Sicht der Ersatzkassen.

Natürlich hieß die Brille, durch die die Landschaft betrachtet wurde, Ausgabenentwicklung der Krankenkassen. Und so wurden vier Hauptprobleme des derzeitigen Gesundheitssystems ausgemacht: 1. Die Veränderung der Alterspyramide sei das Finanzierungsproblem par excellence. 2. Ebenfalls ein großes Finanzierungsproblem liege in der Problematik des Arbeitsmarktes. Dazu gehörten auch die Auswirkungen der Arbeitszeitverkürzungen. 3. Die Überkapazitäten im Gesundheitswesen seien als strukturelles Problem anzusprechen wie auch 4. die Ausweitung der medizinisch-technischen Möglichkeiten.

Zu den Überkapazitäten zählen nach Kaula neben den zuviel vorhandenen Krankenhausbetten vor allem die in zu großer Zahl ausgebildeten Ärzte. Für die Zukunft gäbe es demnach nur zwei Möglichkeiten: Entweder es gelingt über Politik und Rechtsprechung gegenzu-

steuern oder aber bei steigender Anbieterzahl müsse es zu einem Abschmelzen der Preise kommen.

"Das Krankenhaus ist nach wie vor das Problemfeld Nr. 1 der sozialen Krankenversicherung", heißt es. Während für diesen Sektor im Jahre 1970 rund ein Viertel der Gesamtaufwendungen der GKV zu leisten gewesen wären, sei mittlerweile ein knappes Drittel daraus geworden.

Gestiegen sei auch der Ausgabenanteil für die Arzneimittel auf derzeit rund 14 %. In diesem Zusammenhang wurde besonders nachdrücklich darauf verwiesen, daß für die Krankenversicherungen keinerlei Einflußmöglichkeiten bestünden. Die Preisappelle des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie könnten nur als Placebos angesehen werden. Beeindruckend die Zahl von fünfhundert Einsprüchen gegen den Entwurf der Preisvergleichsliste; sie entspricht etwa der Mitgliederzahl des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie.

Günstigeres konnte Kaula über die Ausgabenentwicklung "bei den Zahnärzten" vermelden: Der Anteil konnte von 19,9 % auf 16,81 % zurückentwickelt wer-

den. Darin sei eine Tendenz zur Normalisierung erkennbar, "von der wir meinen, daß sie noch nicht abgeschlossen sein kann."

Die Ableitung erscheint logisch: "Dort, wo wir gegenüber den Leistungserbringern keine gleichgewichtige Position haben - bei der Arzneimittelversorgung, bei der Krankenhausversorgung - können wir die Ausgaben nicht effektiv steuern." Aber "überall dort, wo unser Verhältnis zu den Leistungserbringern gleichgewichtig geregelt ist - im Idealfalle durch gesetzlich geregelte Vertragsbeziehungen -, überall dort läßt sich die Ausgabenentwicklung im großen und ganzen befriedigend steuern."

Die Auseinandersetzungen der Vergangenheit mit den Zahnärzten waren nach Kaula eine harte Bewährungsprobe für die Konfliktlösungsfähigkeit der Selbstverwaltung. Da das Ergebnis insgesamt zufriedenstellend sei, gebe es keinen Grund mehr "nachzukarten". Der Vertragsabschluß könnte für die Ersatzkassen sogar kostengünstiger ausfallen, als nach dem "erfreulich klaren Schiedsspruch" zu erwarten gewesen wäre. Immerhin gab es lediglich eine Punktwertanhebung von 1,66 % (statt 2 % nach dem Schiedsspruch) und keine Mengenausweitung (statt plus 0,75).

Ob es für die Kassen überhaupt
236

ein Nachteil ist, von dem "strikten Deckel" auf die jetzt vereinbarte "Mengenbegrenzung auf der Basis des neuen Bewertungsmaßstabes" eingeschwenkt zu sein, muß sich noch erst erweisen.

Mit Erleichterung wurde festgestellt, daß mit den Zahnersatzrichtlinien vom 1. April 86 und den gemeinsamen erarbeiteten Hinweisen zur Anwendung dieser Richtlinien wohl "das Gezeter um Leitlinien, Rundschreiben und Empfehlungen der Zahnärzteseite" beendet sei.

So umfassend und detailliert zugleich die Ausführungen auch waren, es kann sicher nicht verwundern, wenn - je nach Standort des Betrachters - das eine oder andere vermißt wird. Als Manko muß zweifellos erscheinen, daß in den Ausführungen Kaulas keinerlei Auseinandersetzung mit der aufkommenden Diskussion um die Fragen der Qualitätssicherung in der Zahnmedizin erfolgte. Wenn schon die Aktivitäten aus den Reihen des BDB und des BDO offenbar ohne Resonanz beim VdAK geblieben sind, so müßten doch der Blick über die Landesgrenzen und vielleicht mehr noch eine Erkundung der Planungen des Arbeitsministeriums deutlich werden lassen, daß hier ein Thema der kommenden Jahre heranwächst.

Vielleicht müssen die Zahnärzte insgesamt zur Kenntnis nehmen, gleich, ob sie sich nun

gut oder weniger gut durch ihre Verbandsoberen vertreten fühlen, daß von den Partnern im Gesundheitswesen ausgehende strukturverändernde Impulse ausschließlich finanzpolitisch motiviert sind. Im Klartext hieße das, Art und Umfang der Leistungen sind für die Krankenkassen so lange kein Thema, so lange der Gesamtpreis stimmt. Alles andere gehört demnach zu den "arztinternen Konfliktfeldern", wie Kaula es formulierte.

Verblüffend gleich trotz großer Unterschiede der Systeme ist da die Feststellung in der Einleitung zu einer amerikanischen Studie (A. Morris, H. Bailit: Development of evaluation methods and computer applications in dentistry, 1982): "Lösungen dieses Problems (Qualitätssicherung im Gesundheitswesen der Zukunft) sind kaum von den öffentlichen Steuerungseinrichtungen zu erwarten, welche traditionell mehr damit befaßt sind, Kosten zu kontrollieren als "Gesundheit" zu verbessern."

Ein ähnliches Defizit ist darin zu sehen, daß das Problem der sich weiter entwickelnden Medizin nur ausgesprochen oberflächlich abgehandelt wird. Durch "Einsparungen in anderen Bereichen" soll das "Anspruchsniveau" der Mitglieder gesichert werden. Auch für die GKV gelte "das Postulat der Konsumentensouveränität".

Da werden zweifellos uneinge-

standene Befürchtungen mit starken Vokabeln zugedeckt. Bereits heute, so kann vermutet werden, würde bei amerikanischer Prozeßfreudigkeit der Versicherten ein erheblicher Kostenschub zu verzeichnen sein. Denn die "Regeln der ärztlichen Kunst" - und nicht nur die Möglichkeiten - haben sich fortentwickelt und werden dies weiter tun. Es gilt, über Modalitäten nachzudenken, die speziellen Erfordernissen der Therapie gerecht werden, welche außerhalb des vertraglich geregelten Rahmens liegen. Beispielhaft soll hier nur die Frage aufgeworfen werden, wie denn wohl derzeit eine "vollwertige Versorgung" eines Myo-Arthropathie-Patienten aussehen soll.

In diesem Zusammenhang darf auch nicht unerwähnt bleiben, daß die Frage der Prophylaxe heute immer noch so ungelöst ist wie vor zehn Jahren.

Der Anspruch, allen eine zweckmäßige, das heißt doch wohl eine die Mängel behobende Therapie zukommen zu lassen, verdient die allgemeine Unterstützung. Zur Umsetzung bedarf es allerdings auch des "Schweißes der Edlen". Eine Aufteilung in "arztinterne" und "kasseninterne Konfliktfelder" führt dabei in die falsche Richtung.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Lutz Albers
Brakmannsweg 1
2900 Oldenburg

Orale Haarleukoplakie - ein böses Omen

Als schlechtes prognostisches Zeichen identifizierte D. Greenspan von der University of California, San Francisco, die sogenannte "orale Haarleukoplakie" bei HIV-Infizierten. Es handelt sich dabei um Mundschleimhautveränderungen, die praktisch ausschließlich an den seitlichen Rändern der Zunge auftreten und klinisch als nicht abstreifbare weißliche Verfärbung (Leukoplakie) mit haarartigen Hornfortsätzen imponieren. Morphologisch erinnern diese Schleimhautveränderungen an gruppiert stehende Warzen.

Diese ausschließlich bei homosexuellen Männern beobachteten Erscheinungen wurden von D. Greenspan in Korrelation zur Prognose der HIV-Infektion (HIV = Human immunodeficiency virus) gesetzt. Von 155 homosexuellen Männern mit oraler Haarleukoplakie hat-

ten 12 zum Zeitpunkt der Diagnose bereits das Vollbild von AIDS. Weitere 100 Patienten waren im Stadium der Lymphadenopathie. Bei 71 von 140 Patienten konnte zusätzlich *Candida albicans* auf den warzenähnlichen Veränderungen nachgewiesen werden. Von den 143 Patienten mit AIDS-Vorfeld-Erkrankungen entwickelten 48 % im Zeitraum von 16 Monaten das Vollbild des erworbenen Immundefekt-Syndroms. 74,5 % erkrankten an einer Pneumocystis-carinii-Pneumonie, bei 9,2 % traten andere opportunistische Infektionen auf, und bei 16,3 % entwickelte sich ein disseminiertes Kaposi-Sarkom.

Die Wahrscheinlichkeit innerhalb von 30 Monaten nach der Diagnose orale Haarleukoplakie an AIDS zu erkranken, liegt nach diesen Berechnungen bei über 80 %.

Münch. med. Wschr. 32/33, 1986, S. 7

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

In der zahnärztlichen Praxis ist die alkoholische Einreibeinfektion der einzig mögliche Weg, welcher einerseits eine einwandfreie Hygiene der Hände garantiert und andererseits dafür Gewähr bietet, selbst bei einer Anwendung von 30- bis 40-mal pro Tag zu keinen Hautreizungen zu führen. Voraussetzung für das Ausbleiben der Hautreizungen ist allerdings ein

weitgehender Verzicht auf die Benutzung von warmem Wasser und Seife.

Die atavistische Vorstellung, daß Wasser unabdingbar mit Sauberkeit verknüpft ist, sollte möglichst rasch abgebaut werden.

aus: B. Guggenheim, "Händedesinfektion in der zahnärztlichen Praxis", Zahnarztmagazin 3/1986

Zytomegalievirus-Kolitis bei AIDS

Unter den ungewöhnlichen opportunistischen Infektionen bei Homosexuellen mit AIDS ist eine hohe Anzahl durch Zytomegalievirus (CMV) bedingt. Sie kann jeden Teil des Gastrointestinaltraktes befallen, am häufigsten den Dickdarm. CMV-Kolitiden wurden auch nach Nierentransplantationen bei immunsuppressiver Therapie beobachtet. - Bei elf eigenen Fällen handelte es sich um Homosexuelle, die chronisch erkrankt waren mit leichtem Fieber, Gewichtsverlust und multiplen opportunistischen Infektionen zum Teil in verschiedenen Organen: Candidiasis von Mund und Speiseröhre, Herpes an Mund, Speiseröhre und Genitale, Lambliasis des Dünndarms und zerebraler Toxoplasmose. Pneumocystis-carinii-Pneumonie bestand bei sechs Patienten und Kaposi-Sarkom bei einem. CMV fand man bei drei Patienten im Urin und Sputum, bei einem im Leberbiopsat. Die therapieresistente Diarrhö war blutig, meist aber wäßrig. Zwei Kranke starben an Kolonperforation. Die CMV-Kolitis wurde

biopsisch oder post mortem gesichert. Zwei von zehn Kontrasteinläufen waren normal, die übrigen acht zeigten verschiedene diffuse, segmentale oder herdförmige Veränderungen. CMV, eine Art Herpesvirus, kann mit Urin, Sekret, Bluttransfusionen und wahrscheinlich Geschlechtsverkehr übertragen werden. Die meisten Patienten mit CMV-Kolitis hatten einen protrahierten, schmerzlosen Krankheitsverlauf, und kurzzeitige koloskopische Kontrollen zeigten keine signifikanten Veränderungen der Läsionen. Dreimal führte die Erkrankung jedoch rasch zur schweren hämorrhagischen Kolitis, Kolonperforation und Peritonitis. Vor allem im Zusammenhang mit anderen opportunistischen Infektionen hat die CMV-Kolitis eine sehr schlechte Prognose.

(Balthazar, E.J. et al.: Cytomegalovirus Colitis in AIDS: Radiographic Findings in 11 Patients. Radiology 1985; 155: 585-9)

medwelt 38/1986, S. 8

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

Auf eine kleine Anfrage des Abgeordneten Erich Wolfram (SPD) antwortete die parlamentarische Staatssekretärin Irmgard Karwatzki vom Bundesgesundheitsministerium, daß nicht beabsichtigt sei, eine Meldepflicht für AIDS-

Erkrankungen einzuführen.

Eine Meldepflicht gibt es bisher in Norwegen, Schweden, Dänemark, Luxemburg, Ungarn, Neuseeland und Kanada.

aus: Die Ersatzkasse 6/86

Magnesiumtherapie: "Vergessenes" Element wird wiederentdeckt

Besonders in hochtechnisierten Ländern ist ein latenter Magnesiummangel weit verbreitet. Die Aufnahme mit der Nahrung ist ungenügend und wird durch Bewegungsmangel und Streß noch gefördert. Wußten Sie, daß Ihr Körper im Streß die doppelte Menge Magnesium benötigt? Daß ein Liter Wein Ihren Magnesiumhaushalt für die Dauer von 54 Stunden durcheinanderbringt?

Lange Zeit ist die Bedeutung des Magnesiumstoffwechsels nicht voll erkannt worden. Erst in den letzten Jahren konnte man wieder eine Hinwendung zu dem "vergessenen" Element feststellen, es kam zum vermehrten Einsatz von Magnesium in der Behandlung verschiedener Erkrankungen. Ein Ersatz des fehlenden Magnesiums kann hier die Ursache beheben.

Zunehmend in den Vordergrund der Diskussion - und das wurde jetzt auf dem II. Magnesium-Presseworkshop (25.7.86), Montreux, deutlich - rückt nun die Therapie mit Magnesiumionen als natürliche und weitgehend nebenwirkungsfreie Calciumantagonisten. Dr. med. Rolf Ziskoven, St. Augustin, machte deutlich, daß Magnesiumionen heute bereits bei vielen Erkrankungen

als Basistherapie oder adjuvante Therapie eingesetzt werden. Er nannte als Beispiel

- * den leichten bis mittelschweren Bluthochdruck,
- * stenokardische Beschwerden bei Angina pectoris,
- * tetanische Syndrome wie z.B. nächtliche Wadenkrämpfe,
- * die Tokolysetherapie während der Schwangerschaft,
- * die Prophylaxe bei Neigung zur Bildung von Calcium-Oxalat-Nierensteinen,
- * die Regulation eines erhöhten Triglyceridspiegels im Blut,
- * eine Vielzahl von vegetativen Störungen, die sich äußern durch Angst, depressive Verstimmung, Übererregbarkeit, Schlaflosigkeit.

Magnesiummangelsyndrom
Klinische Symptomatik

Nervosität und Verstimmung
Schlafstörungen
Neigung zu Tachykardien
Neigung zu Atem- und Krampfbereitschaft
Nächtliche Wadenkrämpfe

aus: Therapie der Gegenwart, 1986

Bezugshinweis für das Forum:

Abo-Preis beträgt entgegen anderslautenden

Veröffentlichungen 30,— DM pro Jahr

Breitenwirksame Gruppenprophylaxe findet nicht statt

M. Witte

Das neue "Weißbuch Zahnärztliche Prophylaxe" stellt es unter Beweis: Mit dem Obleutekonzept ist eine breitenwirksame Gruppenprophylaxe nicht realisierbar.

In einem Grußwort zur 110. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde machte die zurückgehende Kariesentwicklung bis zur Jahrhundertwende BDZ-Chef Sebastian 1985 noch mutlos. Im Rahmen einer Festrede zum 22. Deutschen Zahnärztetag in Köln stellte Sebastian 1986 hingegen fest, daß die Karies in der Bundesrepublik streckenweise bis zu 40 % zurückgedrängt sei. "Wir haben gezeigt, daß es möglich ist, die Geschichte der Epidemiologie zu beeinflussen, ja die Wohlstandskrankheiten zurückzudrängen und vor ihnen nicht zu resignieren."

Weder Mutlosigkeit noch der Glaube, am Rad der Epidemiologie gedreht zu haben, sind angemessen. Sebastian denkt offensichtlich an die epidemiologische Studie in Stormarn - das Aushängeschild des BDZ für ein erfolgreiches Obleutekonzept. Im Kreis Stormarn wurden die Kindergärten seit 1982 systematisch von zahnärztlichen Obleuten betreut. Es handelt sich hierbei nur um eine regionale Studie, die in keinster Weise für die Bundesrepublik repräsentativ ist. Eine bundesweite, repräsentative

Untersuchung liegt bisher nicht vor - eine Tatsache, die im internationalen Vergleich einer dringenden Korrektur bedarf.

Im Rahmen der Schriftenreihe der Bundeszahnärztekammer präsentierte Jost Bauch über 120 Seiten das "Weißbuch Zahnärztliche Prophylaxe" - eine Zusammenfassung und Kommentierung der prophylaktischen Aktivitäten der zahnärztlichen Organisationen 1985 und 1986. Es soll das dürftige Weißbuch von 1982 ablösen.

Die Dicke der Dokumentation ließ eine Fülle von Aktivitäten erhoffen. Das Ergebnis ist allerdings eher betrüblich. Nach einem Geleitwort von BDZ-Chef Sebastian folgt eine Aufbereitung des Themas "Gruppenprophylaxe" mit schon bekannten Inhalten. Die Seiten 47 bis 77 beschäftigen sich dann mit verschiedenen Prophylaxemodellen, die punktuell in wenigen Städten und Kreisen realisiert wurden.

Auf Seite 79 beginnt schließlich die Dokumentation der zahnärztlichen Aktivitäten in der Gruppenprophylaxe der einzelnen Kammerbereiche. Demnach

sind für das Jahr 1986 den Kammern 8179 niedergelassene Zahnärzte als Obleute für die Kindergartenbetreuung "gemeldet". Was als Erfolg der Gruppenprophylaxe dargestellt werden sollte, macht sich bei 30018 niedergelassenen Zahnärzten eher bescheiden. Eine Formulierung, daß sich 8179 Zahnärzte als Paten engagieren, entsprach offensichtlich nicht den Tatsachen und war daher nicht möglich.

In keinem Kammerbereich konnten Kleinkinder im Alter von 3 bis 6 Jahren flächendeckend betreut werden. In seltensten Fällen erfolgte eine Betreuung von Schülern der allgemeinbildenden und berufsbildenden Schulen. Eine wissenschaftliche Begleitung der gruppenprophylaktischen Maßnahmen wurde nach Angaben des Weißbuches nur in den Kreisen Heilbronn und Stormarn, in den Städten Berlin und Göttingen und in den Bereichen Nordrhein, Pfalz und Westfalen-Lippe vorgenommen.

Einige Kammern suchen das Heil in der Gründung von Landesarbeitsgemeinschaften für Zahn- gesundheit bzw. Jugendzahn- pflege entsprechend den Empfehlungsvereinbarungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen von 1983 und 1984, um dem Ruf nach gesetzlichen, bundeseinheitlichen Rahmenbedingungen für die Realisierung der Gruppenprophylaxe zu begegnen. In Bayern stellte die KZV nach den Honorarauseinan-

dersatzungen mit den Krankenkassenverbänden die Mitarbeit in der LAG ein. In Baden-Württemberg scheiterte die Gründung einer LAG, da die Vertreter des VdAK einen RVO-Vertreter als Vorsitzenden der Mitgliederversammlung ablehnten. In Niedersachsen konnte der Satzungsentwurf für eine LAG nicht unterzeichnet werden, da die RVO-Landesverbände eine stärkere finanzielle Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände wünschten. Die Ablehnung der Forderung und Verzicht auf Sitz im LAG-Vorstand durch die KSV macht eine Neuverteilung der Sitze erforderlich.

Als einziger Lichtblick erscheinen im Weißbuch die Vorstellungen von Fichtner (Vorsitzender des Bundesverbandes der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes) für eine wirklich flächendeckende, systematische Jugendzahn- pflege durch den öffentlichen Gesundheitsdienst. Mit allerdings nur 303 hauptamtlichen Jugendzahnärzten dürfte z.Z. eine Realisierung der Gruppenprophylaxe auf dieser Ebene in weite Ferne gerückt sein. Gerade im Hinblick auf die anrollende Zahnärzteschwemme muß der bestehende jugendzahnärztliche Dienst ausgebaut werden und an Attraktivität gewinnen.

Anschrift des Verfassers:
Dr. Manfred Witte
Oldenburger Str. 36a
2905 Edewecht

Bei der 64. Jahrestagung der IADR (Intern. Ass. for Dental Research) in Den Haag (26.-28.06.86) wurden 1.100 (!) Referate mit den Hauptthemen:

Cariology (u.a. Epidemiology of caries, Fluorides, Caries Prevention, ...)

Neuroscience/TMJ

Gerodontology

Periodontal Research

Oral and Maxillofacial Surgery

gehalten. Auffallend war, daß kaum mehr über Prothetik (Prosthodontics

Research) berichtet wurde. Bezeichnend für das deutsche Interesse, von 2.600 teilnehmenden Wissenschaftlern kamen 6 oder 7 (= 0,0027% !!) aus der Bundesrepublik.

Die Bewertung und Schlußfolgerung bleibt dem Leser überlassen.

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

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

Qualitäts-Produkt
Fabriziert und
Geleitet in der
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, feststitzendem Zahnersatz, etc.

PARO

PROFIMED GmbH

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

Liebe Eltern...



Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde
Studiengruppe München

- Putzen -

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

- Bürste -

Der Kaugangtrieb bedingt, wird Ihr Kind mit 2 Jahren von sich aus eine Zahnbürste benutzen. Ihre eigenen Kinderzahnbürste sollten Sie Ihre erste Zahnbürste machen lassen. Bürsten Sie aber nicht mit Wasser nach. Es schadet nicht, wenn Sie Ihre Zahnbürste täglich ungesüßt erst vom 3. Lebensjahr an

- Fluoride -

Die Zahnhärtung erfordert neben einer gründlichen Zahnpflege die „Härtung“ der Zähne durch Fluoride, welche in der richtigen Dosierung in der Zahnpasta enthalten sind. Diese Fluoride gehören zu den natürlichen Fluoriden - in der Bundesrepublik sind diese in der Konzentration vorhanden. Diese Fluoride sollten nach der Geburt beginnen, da sie im Kiefer wachsenden Milchzähnen enthalten sind. Ihr Kinderarzt vermutlich kann Ihnen hierzu Rat geben. Ihr Kind mit Fluoridtabletten zu versorgen ist die tägliche Zufuhr sehr wichtig. Fluoridzahnpaste.

- Flasche -

Die Flasche ist ein wichtiger Bestandteil der Ernährung. Ihr Kind sollte sich während der Flaschenzeit nicht an den Arm, denn bei flacher Brusthaltung kann es zu Schluckaktstörungen kommen.

- Schnuller -

Der Schnuller ist eine allgemeinverbindliche Maßnahme. Das Saugbedürfnis der Kinder ist ein psychologisches Bedürfnis, das durch die Mutter durch Kuscheltieren - zum Beispiel durch einen Kuscheltier - zu stillen kann. Ein Schnuller ist zahnärztlicherseits kein Verbotenes (Daumen, Schnuller).

Ein Schnuller ist wichtig, dann geben Sie einen kiefergerecht geformten Schnuller. Sie den Schnuller nicht zu früh wegzunehmen.

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.

DGZMK Arbeitsgemeinschaft Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe hat weiterhin nur Alibifunktion

R. Ernst

Nachlese zur 5. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der DGZMK am 26./27. September 1986 in Gießen.

Zusammenfassung von praxisrelevanten Aussagen der Kurzvorträge:

C. Kockapan und W.-E. Wetzel (Gießen):

"Rasterelektronenmikroskopische Untersuchungen der Borstenenden verschiedener Kinderzahnbürsten" - zeigten, daß Multituft nicht gleich Multituft und Griff nicht gleich Griff ist.

Gelungenste Kombination von beidem: DR. BEST junior.

H. Wulfert und A. Kluge (Laatzen):

"Angewandte Prophylaxe bei Kleinkindern von 2 - 6 Jahren in einer zahnärztlichen Praxis". Von Individual-Idealismus getragenes Programm einer Einzelpraxis erweckte (wie im vergangenen Jahr der Vortrag von Laurisch) Begeisterung bei denen, die immer noch an den epidemiologisch wirksamen Erfolg von nicht honorierter Individualprophylaxe glauben.

J. Klimek, H. Prinz, E. Hellwig (Marburg):

"Effekt eines Prophylaxepro-

gramms auf Plaque, Gingivitis und Karies bei Schulkindern nach drei Jahren". Ausgehend von den Untersuchungen von Axelsson und Lindhe, wonach Motivation und Instruktion wenig, aktive professionelle Zahnreinigung aber viel bewirken, wurden bei 93 Kindern fünfmal jährlich von einer ZMF umfassende mundhygienische Maßnahmen und Instruktionen durchgeführt, zusätzlich zweimal jährliche Duraphatapplikation. Ergebnis nach drei Jahren: Testgruppe 3.8 ± 3.2 , Kontrollgruppe 6.8 ± 5.4 neue DF-Flächen = 44 % Kariesreduktion. Plaque und Gingival-Indices sanken bis auf ein Drittel der Anfangswerte.

E. Reich, G. Schmalz, S. Kapaun (Regensburg):

"Gebißzustand drei- bis neun-jähriger Kinder in der Oberpfalz" - wie in der Schweiz vor 15 Jahren bei Beginn der Prophylaxemaßnahmen. Wir hinken 15 Jahre hinter der Schweiz her - ohne daß Maßnahmen wie in der Schweiz bei uns in Sicht wären. Ergo: Der Abstand vergrößert sich!

C. Wleklinski, W.-E. Wetzel (Gießen):

"Ionen-selektive Untersuchungen zum Fluoridgehalt von Speichel und Serum nach Verwendung fluoridhaltiger Kaugummis". Fluor-Kaugummi bringt erhebliche Erhöhung des Speichelfluoridgehaltes bei physiologischem Serumspiegel (0.02 ppm). Empfohlen als alternative Applikationsform von Fluorid, wenn alleinige Fluoridierungsmaßnahme.

Fischer-Brandies (München):

"Myofunktionelle Behandlung von behinderten Kindern durch den kieferorthopädisch tätigen Zahnarzt". Eindrucksvolle Erfolge bei 60 % DOWN-Syndrom-Kindern. Verbesserung der Motorik, wenn Behandlungsbeginn im 6. bis 12. Lebensmonat. Ungünstige Prognose bei Cerebralparese.

J. Einweg (Würzburg):

"Zur Therapie der Schmelzkaries im Milch- und Wechselgebiss". Bei Patienten mit guter Prophylaxe abwarten! Karies schreitet sehr langsam fort, häufig Remineralisation. Therapie mulla bei regelmäßiger Kontrolle. Plädiert für vermehrten Einsatz von Kaltlicht und Röntgen zur Diagnostik, lehnt Sonde weitgehend ab. "Interdentaldiagnostik mit Sonde ist ein Kunstfehler" (Marthaler).

J. Rotgans (Tübingen) (für V. Subotic, Bonn, erkrankt):

"Präparationen im Milch- und Wechselgebiss". Plädoyer: für Milchmolarenkronen, um zu vie-

le Retentionspräparationen zu vermeiden. Anmerkung Albers (Bremen): Pos. 50 BEMA wird fast nicht abgerechnet. Firma 3M droht mit Importstop für Milchmolarenkronen. Plädoyer: für Copalite statt Unterfüllung bei flachen Kavitäten. Plädoyer: für vermehrten Einsatz von Kofferdam.

U. Seichter (Düsseldorf):

"Zur Frage der Unterfüllung bei plastischen Füllungsmaterialien im Milchgebiss". Gegen → erhärtende Unterfüllung mit CaOH (z.B. Dycal und Kerr-life), weil sie sich unter der Füllung auflösen, und Hohlräume führen zum Füllungsverlust. Gegen → Belassung von Restkaries (Ausnahme: Zahn ist max. 1 Jahr vor physiologischem Wechsel). Gegen → Silbernitrat-Pinselung. Für → Glasionomerzemente (besonders silberverstärkte) als Füllung statt Zinkoxid-Eugenol, Carboxylat und Phosphatzement als Unterfüllung mit Amalgam als definitiver Füllung.

W. Kullmann (Hannover):

"Verarbeitung von Glasionomerzementen in der Kinderzahnheilkunde". Eindrucksvoller Vortrag zur Werkstoffkunde der Glaspolyalkenoate (Glasionomerzemente).

Tip: Kein Anätzen vor Applikation, da herausgelöstes Kalzium zur chemischen Verbindung fehlt.

Zur Fissurenversiegelung: Besser Kunststoffe als Glasionomerzemente.

Diskussion am runden Tisch,

Teilnehmerliste s.u.:

"Effizienz der Oralhygiene bei Kindern". Nach ca. 30 Minuten "Diskussion" um Umsatzzahlen von Zahnbürsten und Zahnpasten, Berichten aus anderen europäischen Ländern und begeisterten Schilderungen von Prophylaxeerfolgen in einzelnen Praxen bat Einwig/Würzburg aus dem Auditorium dringend, zum Thema zu kommen. Nach weiteren 30 Minuten verabschiedete er sich zu einem Spaziergang in einem sonnigen Gießener Frühherbstnachmittag. Man hätte mitgehen sollen ...

Fazit: Auch nach 5 Jahren ist die Arbeitsgemeinschaft mit ihren 109 Mitgliedern nicht aus der Alibifunktion ihrer Gründungsphase herausgekommen. Die Jahrestagung ist recht informativ, rechtfertigt aber kaum eine weite Anreise. Wer hofft, daß eine von Ständes- und Industrieinteressen freie Gruppe von Wissenschaftlern und Praktikern Wege ebnet, die im Ausland längst mit Selbstverständlichkeit und Erfolg gegangen werden, sieht sich enttäuscht. Gemessen zum Beispiel am Schaden, der der ZMK-Prophylaxe durch das sogenannte Prophylaxe-Weißbuch des BDZ zugefügt wurde, ist die positive Außenwirkung der Arbeitsgemeinschaft gleich Null. In Bremen wird im nächsten Jahr am 18. und 19. September die 6. Jahrestagung stattfinden. Dort wird ein neuer Vor-

stand gewählt. An Prophylaxe und Kinderzahnheilkunde interessierte Mitglieder der DGZMK sind aufgerufen, in die AG einzutreten. Ein gesonderter Beitrag wird nicht erhoben. Wenn diese AG je die in sie gesetzten Erwartungen erfüllen soll, kann dies nur durch eine größere Mitgliederzahl und einen wissenschaftlich integren und berufspolitisch aktiven Vorstand geschehen, der seine Stimme vernehmlich gegen unsere Sonntagsredner erhebt.

Teilnehmerliste:

1. Frau Dr. H. Streletz, Heusenstamm, Zahnärztin und Abgeordnete im Hessischen Landtag (SPD).
2. Herr Prof. Dr. H. Pantke, Gießen, Geschäftsführender Direktor des Zentrums und Leiter der Abteilung Zahnerhaltungskunde am Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.
3. Herr Zahnarzt J.H. Albers, Bremen, Vizepräsident der Zahnärztekammer Bremen und Beauftragter des Bundesverbandes Deutscher Zahnärzte (BDZ).
4. Herr F. Römer, Darmstadt, Geschäftsführer des Vereins für Zahnhygiene e.V. (Vereinigung der Zahnpflegemittel-Hersteller).

Anschrift des Verfassers:

Dr. Roland Ernst

Waldblick 2

2905 Edewecht-Friedrichsfehn

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

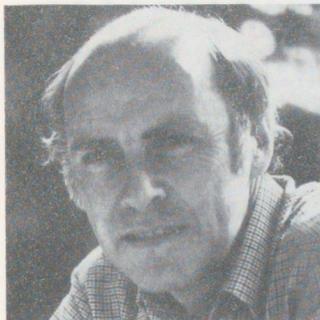
DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

KORREKTUREN FORUM NR. 14:

S. 125 zweiter Absatz links: Statt s.S. 127 muß es heißen s.S. 130

S. 130 zweiter Absatz: "... Aufklärung über die Wichtigkeit der Fluoridprophylaxe stattfinden ..."

Gesündere Zähne – ein engagierter Zahnarzt klärt auf



Hanns-W. Hey, Dr. med. dent., geb. 1939 in Schweidnitz, Studium der Zahnmedizin in München, Tübingen und Heidelberg, Assistententätigkeit an der Zahnklinik in Zürich, jetzt niedergelassener Zahnarzt in München. Mitbegründer und Vorstandsmitglied des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde, dessen Ziel die Verbesserung der Behandlungsqualität und die Realisierung breitenwirksamer Vorbeugungsmaßnahmen ist. Autor verschiedener kritischer Schriften über die Kassenzahnheilkunde in der Bundesrepublik, u. a. der SPIEGEL-Serie »Gutes Geld für schlechte Zähne« (1979).

Zum Thema Zahnheilkunde findet der Laie auf dem Buchmarkt kaum ein Angebot – und dies in einem Land, in dem für die Behandlung von Zahnschäden Unsummen ausgegeben werden. Trotz dieses finanziellen Aufwands hat sich die Mund- und Zahngesundheit der Bevölkerung nicht gebessert – nahezu jeder Bürger leidet an Karies oder an einer Erkrankung der zahnnumgebenden Gewebe. Daß diese Schäden fast vollständig verhindert werden könnten, daß Zahnverlust fast nie vererbt ist oder als schicksalhaft akzeptiert werden muß, ist kaum bekannt. Zahnmedizinische Kenntnisse von Laien beschränken sich meist auf Zange, Bohrer und »Plomben«. Über das Zusammenspiel und die Aufgaben der verschie-

denen Teile des Mund-Kiefer-Systems weiß selbst der aktive Patient wenig.

Das vorliegende Buch des praktizierenden Zahnarztes Dr. Hey will diese Defizite verringern helfen. Mit seiner Darstellung der Vorgänge im gesunden und erkrankten Mund wendet sich der Autor vor allem an interessierte Laien, die dem Geschehen beim Zahnarzt ja meist unvorbereitet gegenüberstehen. Hey gibt hier Antwort auf die häufigsten Fragen von Zahnpatienten:

- Wie entsteht Karies?
- Was ist Parodontose?
- Sind Amalgamfüllungen schädlich?
- Kann ich meinem Kind Fluorid-Tabletten geben?

Über mögliche Folgen des Zähneknirschens wird ebenso berichtet wie über die Früherkennung von Mundhöhlenkrebs. Hey gibt u.a. Ratschläge dazu, wie man die Angst vor der Behandlung abbauen kann, wie man sich zahngesund ernährt, woran man einen guten Zahnarzt erkennt.

- Aufbau und Funktionen des Mund-Kiefer-Systems
- Erkrankungen
- Angst vor der Behandlung
- zahnärztliche Behandlungen
- Verhinderung von Zahnschäden
- Ratschläge zur Vermeidung von Ärger und Streitigkeiten zwischen Arzt und Patient,

das sind die 6 Hauptteile eines patientenfreundlich geschriebenen und umfangreich bebilderten Buches, mit dem der Autor bei den Patienten vor allem das Bewußtsein für den Wert der eigenen Zähne und einer gesunden Mundhöhle wecken und Wege zur Vorbeugung von Erkrankungen aufzeigen will.

»Gesunde Zähne« ist auch der Beitrag eines engagierten Zahnarztes zur Senkung der Kosten im Gesundheitssystem. Ein Buch für alle Zahnpatienten, für zahnärztliches Personal und ein Denkanstoß auch für Zahnärzte.

DR. MED. DENT. HANNS-W. HEY

GESUNDE ZÄHNE

PFLEGE VORBEUGUNG
ERKRANKUNG-BEHANDLUNG
PIPER



Dr. med. dent. Hanns-W. Hey Gesunde Zähne

Pflege – Vorbeugung – Erkrankung –
Behandlung
274 Seiten mit 4 Seiten Farbtafeln
und 166 s/w Abbildungen.
Geb. DM 36.–

Kurzinformation:

Der praktizierende Zahnarzt Dr. Hanns-W. Hey – einem großen Leserkreis durch die kritische SPIEGEL-Serie »Gutes Geld für schlechte Zähne« bekannt – erklärt in seinem allgemein verständlichen Buch dem Laien die Funktionen und die Erkrankungen des Mund-Kiefer-Systems. Durch die detaillierte Beschreibung der Behandlungsmöglichkeiten vermittelt er dem Patienten ein besseres Verständnis für sinnvolle zahnärztliche Maßnahmen und gibt Ratschläge zur Vorbeugung von Zahnerkrankungen und zur richtigen Zahnpflege.

PIPER

Fluoridprophylaxe in Abwind?

Till Ropers

Befriedigt schreibt die "Abteilung für Öffentlichkeitsarbeit des BDZ und der KZBV": "Nach der sehr emotionalen Berichterstattung über das Thema "Fluoride" in den Medien als Folge der Monitor-Sendung erfährt dieses Thema nun doch wieder eine sachlichere Darstellung."

Der BDZ-Präsident, Sebastian nennt Fluoridgegner "rot-grüne Dummschwätzer" und empfiehlt zur Problemlösung das kanzlerbewährte Aussitzen: "... große Gelassenheit."

Dermaßen massive Pauschalverunglimpfungen können nur die Vorurteile der Fluoridgegner verstärken. Der sehr empfindliche ökologische Zeitgeist erforderte stattdessen ein sensibles Eingehen auf die vorgetragenen Ängste und Sorgen, die sich ja in anderen Lebensbereichen als nur zu berechtigt erwiesen haben. Kollektive Fluoridierungsmaßnahmen sind aus politischen Gründen in der BRD völlig unerreichbar geworden, darüber hinaus läßt sich aber auch kaum jemand noch auf individuelle Fluoridanwendung ein, ja, sogar das ganze Bemühen um Kariesvorbeugung (auch ohne Fluoride) hat einen schweren Rückschlag erlitten.

Auf die kürzliche Veröffentlichung des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkas-

sen über den Fluoridgehalt des Trinkwassers vieler Regionen erfolgte tatsächlich eine zunächst recht positive Berichterstattung in den jeweiligen Regionalblättern: "Zu wenig Fluorid im heimischen Wasser." Der Nachhall dieser Publikation mit einer Flut von Leserbriefen und Folgeartikeln kehrte die Wirkung jedoch rasch wieder um:

"Diesen Gesellschaften (dies bezog sich auf ein Statement der DGZMK), die zum Teil eng mit der Industrie zusammenarbeiten, geht es dabei aber nicht um die Gesundheit unserer Jugend, sondern um eiskalt geplante Geschäfte in Milliardenhöhe ..."

"Fluoridmangel als Zeichen für Wasserqualität"

"Wasserwerke sind stolz auf niedrigen Fluorwert ... Der Leiter des Wasserwerks: Die Wirkung des Fluors bei der Kariesbekämpfung ist wissenschaftlich umstritten."

"Verbraucherzentrale Niedersachsen: Auch die umstrittenen Fluorzusätze bewirken keine Wunder ..."

"... besonders heimtückisch. Krebsforscher verweisen sogar auf den Zusammenhang von Fluorid-Einnahme, Krebs und Leberzirrhose. ... nicht nur gesundheitsgefährdend, sondern darüber hinaus noch völlig nutzlos ..."

Auf all dies mochte die hiesi-

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

ge Gruppe des DAZ nicht schweigen und sandte eine ausführliche Stellungnahme an die Zeitung, die redaktionell auf ein Viertel zusammengestrichen gedruckt wurde. Die wichtigsten Argumentationsketten fielen so heraus. Prompte Reaktion:

"... es ist doch schlicht und einfach falsch, wenn der DAZ behauptet, ..."

Ein Ende der Debatte läßt sich, wie man sieht, auch mit noch so guten Argumenten nicht herbeiführen. Dennoch - oder gerade deswegen - dürfen wir an dieser Stelle nicht im Stile Sebastians in "Gelassenheit" oder Polemik verfallen. Wir sind in der Pflicht, mit Beharrlichkeit, aber ohne große Gesten unsere Überzeugungsarbeit fortzusetzen.

Wir haben hier dazu beigetragen, indem wir auf besondere regionale Sorgen der Fluoridgegner mit einem Schreiben an Prof. Bergmann vom Bundesgesundheitsamt eingingen:

"... Wir Zahnärzte stehen im Raum Stade/Elbe einer erheblichen Meinungsmache der Zeitungen und Verbraucherschutzorganisationen gegenüber, die jegliche Anwendung von Fluoriden zur Kariesprophylaxe unterbinden will. Wir haben insgesamt sehr gute (die besseren!) Argumente, sind aber durch einen Einwurf hiesiger Ökologen selbst verunsichert: Die Fluoremissionen unserer zahlreichen Industrieunterneh-

men an der Niederelbe können wir bezüglich ihrer Wirkungen auf Atmosphäre, Wasser, Pflanze, Tier (= Nahrungsmittel) und Mensch nicht einschätzen. Könnte es sein, daß wir hier unter latentem Dauereinfluß übergroßer Fluorid-Konzentrationen stehen? Ist es möglich, daß der Einsatz von Fluoriden zur Prophylaxe bei uns entbehrlich oder gar gefährlich sein könnte? ..."

Prof. Bergmann antwortete prompt und gründlich:

"... Vielen Dank für Ihre Anfrage vom 05.10.86. Der Einfluß von industriellen Fluoridemissionen auf die Fluoridgesamtaufnahme und die Gesundheit der Bevölkerung in der Umgebung entsprechender Emittenten ist in der Bundesrepublik und anderen Ländern mehrfach untersucht worden. Dabei zeigte es sich, daß die Fluoridgesamtaufnahme unter unseren Lebensbedingungen weder durch den Verzehr von Früchten und Gemüse, das in der Umgebung solcher Emittenten angebaut wird, noch durch die Fluoridaufnahme über die Atemluft in der Umgebung der Emittenten nennenswert beeinflußt wird. Entsprechend wurden auch keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen etwa im Sinne von Dental- oder Skelettfluorosen festgestellt. Umweltbedingte Fluorosen können dagegen durch Nichteinhaltung der MAK-Werte am Arbeitsplatz entstehen. Diese Aspekte unterliegen jedoch arbeitsmedizinischen Kontrollen.

Durch Fluoridemissionen werden vor allem Weidetiere beeinträchtigt, die in unmittelbarer Umgebung von Fluoridemittenten grasen.

Eine Reihe von relevanten Arbeiten fügen wir zu Ihrer Kenntnis bei. Unser Standpunkt basiert außerdem auf eigenen Analysen von Erntegut aus dem Umfeld von Emittenten in Süddeutschland. Sollten Sie weiterhin unsicher sein, so empfehle ich Ihnen, die Fluoridkonzentration im Harn von Bewohnern entsprechender Ge-

biete stichprobenweise bestimmen zu lassen. Die Messung ist sehr einfach, die Werte sollten auf Kreatinin bezogen werden.

Für weitere Auskünfte stehe ich zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Prof. Dr. Karl Bergmann

Anschrift des Verfassers:
Dr. Till Ropers
Alter Marktplatz 4
2162 Steinkirchen

KARIES & FLUOR

INFORMATIONEN

KARIES & FLUOR

Karieszuwachs in zehn Jahren

Im Rahmen einer Nachuntersuchung von 100 ehemaligen Würzburger Oberschülern im Alter von 25 bis 28 Jahren, bei denen zehn Jahre zuvor eine kariesstatistische Untersuchung vorgenommen wurde, wurden erneut der DMFT- und DMFS-Index erhoben.

In der Erstuntersuchung zeigten drei Probanden einen DMFT-Index von 0. In der Zweituntersuchung lag kein Proband unter einem DMFT-Index von 4.

Der durchschnittliche DMFT-Index stieg von 12,4 auf 15,5 und der DMFS-Index von 23,1 auf 39,6.

Die Erstuntersuchung ergab eine Behandlungsnotwendigkeit von 97 Probanden, in der Nachuntersuchung wiesen alle behandlungsbedürftige Zähne auf. Im Mittel waren 14 Flächen unverorgt.

Die Altersgruppe (15/18 bis 25/28) liegt in einer Periode mit einem besonders deutlichen Kariesschub. Die Untersuchung unterstreicht die Notwendigkeit kontinuierlicher Prophylaxe von der Geburt bis zum Schulabschluss.

Dünninger, P. und Naujoks, R., Dtsch Zahnärztl Z 41, 836 (1986)

Karies nagt an Kinderzähnen
Kaum Fluorid im Trinkwasser

In der Stadt Hamm fließt Trinkwasser mit einem Fluoridgehalt unter 0,25 Milligramm pro Liter aus dem Hahn. Das ist eine so geringe Menge natürliches Fluorid, daß bereits Säuglingen zusätzlich Fluorid in Tablettenform gegeben werden sollte, um vorsorglich einen ausreichenden Schutz vor Karies zu gewährleisten. Zu diesem Ergebnis kommt das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen in einem Fluorid-Untersuchungsbericht, der zusammen mit dem Institut für Wasser-, Boden- und Lufthygiene des Bundesgesundheitsamtes erarbeitet wurde. Die Wissenschaftler vertreten in dem Bericht zwar die Meinung, daß

Fluoridtabletten in richtiger Dosierung als Schutz vor Karies wichtig sind. Doch sie warnen gleichzeitig vor falschen Schlußfolgerungen. Fluoridtabletten seien keine "Ablaßpillen" die eine gesunde Ernährung und sorgfältige Mundhygiene überflüssig machten. In dem AOK-Bericht wird auf die Aussage der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde verwiesen, wonach bei einem Fluoridgehalt von bis zu 0,25 Milligramm pro Liter Trinkwasser (wie in der Stadt Hamm der Fall) ein- und zweijährigen Kindern pro Tag 0,25 Milligramm Fluorid in Tablettenform gegeben werden sollte.

Westfälischer Anzeiger, 2.9.86

Die Deutschen haben besonders schlechte Zähne

In keinem anderen Land Westeuropas haben die Menschen so schlechte Zähne wie in der Bundesrepublik. Die jüngste Statistik sagt, daß 99,9 Prozent der erwachsenen Deutschen an Karies leiden, mithin kaum einer mehr ein vollständig gesundes Gebiß hat. Dies wurde jetzt auf einem Kongreß von Zahnmedizinern in Paris diskutiert. Dabei wurde bekannt, daß in

Skandinavien, in der Schweiz und in England der Zusatz von Fluor zum Trinkwasser die Zahl der Kariesfälle erheblich gesenkt hat. In der Bundesrepublik wird Trinkwasser nicht mit Fluor versehen, vielmehr wurde versucht, mit Kampagnen gegen den Verzehr von Süßigkeiten der Karies Herr zu werden - vergebens.

Welt am Sonntag, 5.10.86

Diese Notiz der "Welt" (!) belegt nicht nur die Notwendigkeit von Fluoridierung, sondern belegt erneut das Erfordernis, über Qualität zu sprechen. '

WidO: Fluoridmaßnahmen entbehrlich

Fluorid sei in der Wirkung weder giftig noch wirkungslos jedoch unter bestimmten Bedingungen entbehrlich, zu diesem Schluß kommt das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen (WidO). Gespräche mit Fluorid-Befürwortern und Fluorid-Gegnern hätten

ergeben, daß Fluorid-Maßnahmen auf keinen Fall dazu führen dürften, die kausale Vorbeugung zu vernachlässigen. Die richtige Ernährung und die richtige Mundhygiene sind demnach weiterhin Voraussetzung für eine sinnvolle Kariesprophylaxe.

A&S-aktuell 15/16, 1986, S. 19

Karies in Europa geht zurück

In den einzelnen europäischen Ländern kommt Karies sehr unterschiedlich vor. In Ländern mit einem flächendeckenden und langfristigen Kariesprophylaxe-Programm ist jedoch in den letzten Jahren ein deutlicher Rückgang der Karies festzustellen.

Das war das Ergebnis eines internationalen Symposiums in Paris, das sich mit der Karies in Europa und Strategien der Vorbeugung in den einzelnen Ländern befaßte. Die Zahnmediziner ließen keinen Zweifel daran, daß sie den Rückgang der Karies in diesen Ländern in erster Linie auf die Verwendung von Fluoridzahnpasten, Gelée-Einbürstungen, Fluorid-Tabletten, sowie Trinkwasser- und Salzfluoridierung zurückführen. Da bei der Erfassung der Befunde in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich vorgegangen wurde, waren Direktvergleiche von Land zu Land nicht möglich. Es ließ sich aber dennoch ein deutliches Bild zeichnen.

Über einen Rückgang der Karies um durchschnittlich 50 % innerhalb der letzten 10 Jahre berichteten die Schweiz, Dänemark, Norwegen, Belgien, die Niederlande, Schweden und Großbritannien. In diesen Ländern gibt es

gut eingeführte Prophylaxe-Programme mit Fluorid und staatlich bezahlte Prophylaxe-Helfer. Trotz versuchter Ernährungslenkung ging der Zuckerverbrauch jedoch nicht zurück. Keine Veränderung im Kariesbefall gab es in Frankreich, Italien, Griechenland, Spanien und auch in der Bundesrepublik. 99 % der Erwachsenen haben Karies. Hier beklagten die Zahnmediziner, daß landesweite Programme und gesetzliche Möglichkeiten zur Fluoridierung fehlen. Die südlichen Länder machten vor allem die Disziplinlosigkeit ihrer Landsleute für den mangelnden Erfolg der Vorbeugebemühungen verantwortlich.

Fazit des Symposiums: Während durch Aufklärungsarbeit über bessere Mundhygiene sowie Versuche, die Ernährungsgewohnheiten zu verändern, wenig Erfolge erzielt werden konnten, haben die Zahnmediziner durch Fluoride die Karies "im Griff". In vielen Ländern muß jedoch das vorhandene "Instrumentarium" besser genutzt und die Vorbeugemaßnahmen landesweit intensiviert werden, um auch hier die Karies zurückzudrängen. Die Bundesrepublik Deutschland hinkt dieser Entwicklung gut 10 Jahre hinterher.

Zahnarztmagazin 3/86, Kennziffer 209

Die Schwachen kämpfen nicht. Die Stärkeren kämpfen vielleicht eine Stunde lang. Die noch stärker sind, kämpfen viele Jahre. Aber die Stärksten kämpfen ihr Leben lang. Diese sind unentbehrlich.

Bertold Brecht

Bericht von der Jahrestagung der DGP (Deutsche Gesellschaft für Parodontologie)

Armin Maurer

Nach der Zahl der Tagungsteilnehmer am 3. bis 5. Oktober 1986 müßte Parodontologie in Deutschland stark im Aufwind sein. Hoffen wir's! Dazu wäre es auch höchste Zeit.

Natürlich war in Würzburg bei weitem nicht alles für Praktiker von Bedeutung. Der Hauptteil befaßte sich mit Grundlagenforschung. Dennoch lohnt sich der Besuch für Zahnärzte, die parodontologisch tätig sind, durchaus.

Ein Schwergewicht der PAR-Forschung liegt seit Jahren auf der Entdeckung spezifischer Erreger und deren klinischem Nachweis.

Dabei zeigt sich immer das Problem, daß die Analyse der Daten heute viel leichter, d.h. weiter fortgeschritten ist, als die eigentliche Gewinnung dieser Daten. Floresde-Jacoby hält mikrobiologische Tests derzeit für zu langwierig und zu wenig effektiv für die Praxis. Eine Unterscheidung aktiver und passiver Taschen bzw. "sites" ist immer noch problematisch. Entnahme und Transport von Testkulturen bereiten außerdem Schwierigkeiten.

Vielfach bestätigt werden Untersuchungen von Slots et al., die bei progressiven parodontalen Läsionen zu über 99 % Actinobacillus actionomyceten-

comitans, Bacteroides gingivalis und Bacteroides intermedius nachgewiesen haben. Diese Bakterienarten müssen eindeutig der krankheitsaktiven Parodontitis zugerechnet werden - deutlicher als parodontale Taschentiefen. Dieselben drei Arten ließen sich in den Wurzeloberflächen und den dazugehörigen parodontalen Abschnitten an nicht progressiven "sites" nur zu 40 % nachweisen, was von klinischem Nutzen sein soll, wenn es gilt, progressive von stationären Parodontopathien zu unterscheiden.

Vorsicht scheint allerdings geboten; so lange sich Experten die Köpfe einschlagen, wie wir verlässlich aktive von passiven Taschen unterscheiden können, sind natürlich bereits die vorgenannten Versuchsgrundlagen fraglich, die dies ja voraussetzen.

Weiter ist bei allen Untersuchungen bis heute das Problem ungelöst, daß wir Patienten studieren, von denen wir nicht wissen, ob sie vielleicht keine Parodontitis entwickeln, egal ob wir sie behandeln oder nicht oder daß wir den Verlauf der Parodontitis zu wenig kennen, bzw. daß wir - wie erwähnt - aktive und passive Zustände kaum unterscheiden können. Es ist nicht einmal bewiesen, daß eine Gingivitis ohne Behandlung in eine Parodontitis mündet.

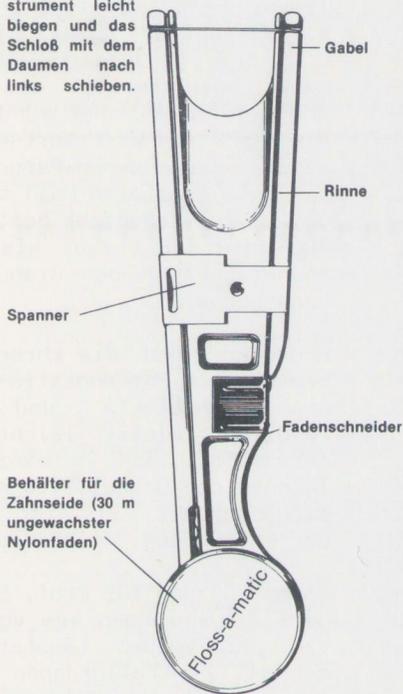
Die Antwort auf das Problem, richtig zu fädeln:

Es gibt viele gute Gründe, Ihren Patienten den

FLOSS-A-MATIC Zahnseidehalter

zu empfehlen:

Zum Öffnen des Spanners das Instrument leicht biegen und das Schloß mit dem Daumen nach links schieben.



- einfach in der Anwendung, dadurch leichte Gewöhnung an die tägliche Benützung von Zahnseide;
- 30 m ungewachste, nicht fransende Zahnseide liegen im Halter, dadurch ist er immer einsatzbereit;
- die von Zahnärzten entwickelte Form ermöglicht eine optimale Führung der Zahnseide ohne Verletzungsgefahr,
- sowohl an den mesialen als auch an den distalen Flächen der Molaren.

**DENTO-CARE
Prophylaxe-Service
B. Kane**

Postf. 1151, 8011 Brunenthal
Telefon 081 02/41 12

Weitere Prophylaxe- und andere Praxisartikel finden Sie in unserem Katalog.

Sollte Ihnen die neue Ausgabe Nr. 5 noch nicht vorliegen, fordern Sie sie bitte an.

Fazit: Für uns bleibt vorerst (neben dem optischen Eindruck) die Blutungsprobe der zuverlässigste Indikator für einen Behandlungsbedarf.

Polson (Rochester) führt mit Biopsien den Beweis, daß Blutung direkt mit der Entzündung korreliert. Dazu benützt er eine elektronisch gesteuerte Sonde, die stets den gleichen Sondierungsdruck - 25 p - erzeugt (diese Sonde ist übrigens im Handel). Anhand histologischer Schnitte zeigt Polson, daß die Entzündung hauptsächlich im interdentalen Col abläuft und daher meist unsichtbar ist. Nur die Sonde erreicht dieses Gebiet. Verbesserung läßt sich der Blutungstest, wenn wir die Papille einige Sekunden mit einem Interdentalkeil (Hölzchen) komprimieren und anschließend erst sondieren.

Bestätigung findet die Brauchbarkeit der Blutungsprobe bei N.P. Lang. Er weist nach, daß das Bluten beim Sondieren ein begrenzter, aber doch anwendbarer prognostischer Indikator bei der klinischen Diagnose für Patienten in der parodontalen Betreuungsphase ist.

Den wohl interessantesten Hauptvortrag hielt Prof. Schröder aus Zürich. Nach ihm finden sich bei den schweren Formen der Parodontopathien stets Leukozytendefekte. Die prae-juvenile Parodontitis (oft familiär vorkommend) beruht sicher darauf. Bei der juvenilen Form findet man Ac-

tinomyces comitans als sehr potenten Aggressor, der Kollagenase produziert, aber gleichzeitig liegt eine Abwehrschwäche der Patienten vor. Nur so erklärt sich das seltene Auftreten bei lediglich 0,1 % aller Jugendlichen. Unklar ist leider, warum nur die 6er- und 1er-Zähne befallen sind. Mit Eintritt ins Erwachsenenalter kommt die JP oft zum Stillstand (leider meist nach Verlust der 1er- und 6er-Zähne) oder mündet in die "RPP" (rasch fortschreitende Erwachsenen-Parodontitis). Im letzteren Fall bleibt der Leukozytendefekt bestehen. Auch die RPP beruht also auf Abwehrschwäche des Granulozytensystems.

Hingegen zeigt die chronische Erwachsenen-Parodontitis keine Leukozytendefekte und ist folglich relativ leicht beherrschbar. Daß in einzelnen Taschen die Granulozytenabwehr eingeschränkt ist, ist Folge der Entzündung, nicht Ursache.

Unterstützung für Prof. Schröders Ausführungen kam von Dr. van der Velden (Amsterdam), der mit Kontrollgruppen nachweist, daß die "PAR-empfindliche" Gruppe trotz eines besseren Plaqueindex einen höheren PB-Index zeigte als die "PAR-unempfindliche" Vergleichsgruppe. Damit deutet er auch auf die klinische Relevanz des PB-Index hin.

Die Bedeutung, die diese Erkenntnisse für praktizierende Zahnärzte haben, ist meines

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

Erachtens jedoch gering.

Mikrobiologische Tests scheiden noch als brauchbares Indiz aus. Die Blutungsprobe war unter Praktikern ohnehin unumstritten (wenn auch ohne wissenschaftlichen Beweis). Leukozytendefekte in der erwähnten Art sind wohl kaum routinemäßig auffindbar. Und selbst wenn: Der Behandlungsablauf muß doch der gleiche bleiben, Rootscaling und Prophylaxe.

Anschließende Kurzvorträge streiften ein breites Spektrum der Parodontalforschung.

Soft-Laser werden seit 15 Jahren getestet und zeigen keine abgesicherten positiven Wirkungen, die nicht auch mit konventionellen monochromatischen Lichtquellen erzielt werden. Lediglich eine leichte Steigerung der DNS-Teilungsrate läßt sich experimentell nachweisen. Soft-Laser sind daher zur Zeit nicht zu empfehlen.

Hochinteressant war ein Beitrag aus Münster über die Tunnelierung mehrwurzeliger Zähne. Bei richtiger Indikationsstellung, chirurgisch exakter Therapie, guter postoperativer Plaquekontrolle und regelmäßiger Fluoridierung kann Karies am Tunneldach vermieden und die Methode zur Erhaltung furkationsbeteiligter Zähne empfohlen werden. Diese Studie zeigt ein weiteres Mal, daß Fluoride auch im Dentin- und Wurzelbereich kariesprotektive Wirkung haben.

Des weiteren ließen sich gute Resultate nach bilateral gestellter, koronaler Verschiebeplastik nachweisen. Wichtig scheint vor allem eine sehr vorsichtige Bürstmethode postoperativ und ein exaktes chirurgisches Vorgehen. Dabei soll der Mucoperiostlappen mehr als doppelt so weit wie die gewünschte Deckung nach coronal verschoben werden.

Und wieder einmal Neues von den überempfindlichen Zahnhälften: Klinische Tests reduzierten die Empfindlichkeit in 85% der Fälle bei Anwendung einer Zahnpasta mit Hydroxylapatit in Korngröße von 2. Die Mineralsalze sollen die Dentinkanälchen verschließen. Leider ist die Wirkung reversibel. Noch fast ein Geheimnis: Die Zahnpasta heißt Oral-B-Sensibel.

Mit keilförmigen Defekten, Stillmann-Spalten, McCall-Girlanden und Gingivarecessionen befaßte sich die Würzburger Uni und führt alles größtenteils auf zu hohen Bürstdruck und/oder falsche Bürsttechnik zurück; Kehrseite der Zunahme des Mundhygienebewußtseins.

Erstmals erprobte die DGP eine Fragestunde von Praktikern an Wissenschaftler, deren Nachfrage so überwältigend war, daß nur ein Bruchteil der Fragen zur Beantwortung kam. Daher plant die DGP nächstes Jahr (in Baden-Baden) einen vollen Tag für diese Fragen.

In dieser Fragestunde ging es erst darum, ob Parodontopathien schubweise verlaufen. Für die Erwachsenen-PAR kann dies bejaht werden, da Antikörper gegen Aggressoren verzögert gebildet werden und erst bei ausreichendem Vorhandensein die Entzündung unter Kontrolle bringen. Diese Antikörperrate klingt danach langsam ab und das Spiel kann theoretisch von vorne beginnen. Juvenile PAR und RPP laufen ohne Schübe ab. Diese These ist meines Wissens nicht ausreichend abgesichert.

Über die vieldiskutierte Zitronensäureätzung ist immer noch nicht das letzte Wort gesprochen.

Therapie der ANUG: Depuration und Hygiene. Üblicherweise erübrigen sich Medikamente.

Auch die JP kann mit gutem Erfolg ohne Antibiotika behandelt werden.

Erstaunlich und interessant, daß der ganze Expertentisch übereinstimmend Scaling und Rootplanning meist ohne Anästhesie durchführt. Was dazu wohl unsere KZVen sagen?

Ein großer Hoffnungsschimmer in der Therapie von Knochentaschen erscheint in der Anwendung von TCP oder Hydroxylapatit-Granulat zur Defektauffüllung. Neubildung von Desmodont ist natürlich ausgeschlossen. Da diese Implantationsmaterialien von Knochen ersetzt bzw. durchwachsen werden, können

damit Knochentaschen aufgefüllt werden, Kieferkämme aufgebaut, Furkationen aufgefüllt oder lockere Zähne u.U. gefestigt werden.

Intraligamentäre Anästhesie (Ligmaject) erzeugt bei einmaliger Anwendung weder Nekrosen noch Taschenvertiefung. Nur von mehrmaliger Injektion an einem Zahn in kurzen Zeitabständen wird gewarnt. Nach meiner Erfahrung läßt sich durch Gingivaanästhesie mittels Ligmaject die Angst der Patienten vor häufigem Scaling reduzieren, da ohne großflächige Anästhesie doch eine ausreichende Betäubung des Taschenbereiches zu erzielen ist. Die Injektionen werden allerdings nicht intraligamentär gelegt, sondern in jede Interdentalspaltlinie. Ligmaject ist dabei nicht unbedingt erforderlich, aber erleichtert das Vorgehen erheblich gegenüber konventionellen Spritzen.

Nach Beantwortung dieser Frage war die festgesetzte Zeit leider abgelaufen, so daß vieles unbeantwortet blieb.

Wie erwähnt plant die DGP nächstes Jahr wesentlich mehr Zeit für Fragen ein.

Sollte jedoch ein Leitantrag der KZBV vom Oktober 1986 standespolitisch durchgesetzt werden und für die Parodontalbehandlung das Kostenerstattungsprinzip mit prozentualer Selbstbeteiligung eingeführt werden, dürfte der Besuch der DGP-Tagung 1987 weit hinter den beiden vergangenen Jahren zurückbleiben.

Dann nämlich wird die PAR-Therapie wieder in die elitäre Ecke zurückgedrängt, aus der sie gerade zögernd hervorgekommen war, und bleibt ein Gebiet weniger Spezialisten. Laßt uns das im Sinne unserer

Patienten und unserer Tätigkeit verhindern!

Anschrift des Verfassers:

Dr. Armin Maurer
Wöhlerstr. 20
8000 München 60

Akne und Parodontopathien

Zu den Rätseln, die die Aknekrankheit aufgibt, kommt nun ein weiteres Rätsel hinzu: Beobachtungen zeigen, daß die Akne fast ausnahmslos mit Parodontose, einem Schwund des marginalen Zahnhalteapparates, verknüpft zu sein scheint. Professor Nolting sieht hierfür "hundertprozentige Anzeichen". Weshalb das so ist, weiß bis-

lang niemand zu erklären. Der Münsteraner Dermatologe sieht das "in einem größeren Zusammenhang", vielleicht in Verbindung mit peripheren Durchblutungsstörungen. Zu den möglichen Ursachen der Zahnbetterkrankungen werden Bakterientoxine gerechnet. Weitere Forschungen müssen abgewartet werden.

Der Kassenarzt 32/1986, S. 42

Zum Erfolgsnachweis der Vorbeugungsprogramme in den Schulen

In allen Gemeinden, in denen ernsthaft Vorbeugung betrieben wird, zeigt es sich, daß die Kinder, so wie sie - trotz ungleichem Schulerfolg - schreiben und lesen oder die Verkehrsregeln lernen, auch diese Grundregeln aufnehmen und die notwendigen Techniken erlernen können (Frazier, 1980; Magri et al., 1984; Magri, 1985). Die Wirksamkeit entsprechender Programme in der Schule auf die Zahngesundheit ist durch Erhebungen in einer Anzahl Gemeinden, auch solchen mit SZPH, statistisch vielfach belegt, und die Zahlen wurden periodisch publiziert (Marthaler, 1980, 1983a, b; Marthaler et al., in Vorbereitung). Saxer (1983) hat im Rahmen einer Kosten-Nutzen-Analyse die Ein-

sparungen an Behandlungskosten durch die Kariesvorbeugung in den Schulen des Kantons Zürich auf 12 Mio. Fr. pro Jahr berechnet und mögliche Einsparungen pro Kind und Jahr auf Fr. 90.- bis 100.- veranschlagt.

Nun läßt sich Gesundheit jedoch nicht allein in erspartem Geld ausdrücken. Entscheidender als die Kostenersparnis ist die Verwirklichung der ethischen Verpflichtung, entsprechend den Möglichkeiten des modernen Forschungsstandes, Gesundheit und Lebensqualität der Menschen verbessern und sichern zu helfen. Nicht im Finanziellen, sondern hierin muß der Hauptgewinn der Vorbeugung gesehen werden.

SSO 11/86, S. 1244

Keramikfüllungen, eine neue Alternative?

A. Schwander

Die bekannte Problematik um zu teures Gold, zu unästhetisches Amalgam und zu wenig haltbare Composite-Kunststoffe in der konservierenden Zahnheilkunde ist um einen interessanten Diskussionsbeitrag reicher geworden. In Zusammenarbeit mit der Universität Zürich entwickelte eine Schweizer Firma eine neuartige Methode zur Herstellung von Keramikfüllungen. Herzstück des Verfahrens ist ein computergesteuertes System, kombiniert mit einem "optischen Abdruck" und einer Miniaturschleifanlage. Der Vorteil hierbei liegt in der Möglichkeit, Füllungen binnen weniger Minuten nach der Präparation der Kavität herzustellen und einzusetzen.

Die Arbeitstechnik läuft wie folgt ab: Im Anschluß an eine konventionelle Präparation wird mit Hilfe einer speziellen Mundkamera, die problemlos wie andere Instrumente gehalten werden kann, der sogenannte optische Abdruck genommen. Der Vorgang verläuft in zwei Phasen: In der Suchphase wird die Kamera mit Hilfe eines Bildschirms so ausgerichtet, daß alle Wände der Kavität sichtbar sind, die Beobachtungsrichtung also mit der geplanten Einschubachse zusammenfällt. Danach wird das Meßsystem ausgelöst, welches binnen 0,2 s die Abbildung mit einer Genauigkeit von 50 Mi-

krometern in allen drei Raumachsen durchführt und die Werte speichert. Hierbei wird der Zahn durch zwei Strahlengänge unter einem Parallaxewinkel abgetastet, wobei ein periodisches Muster von hellen und dunklen Streifen über den Zahn verschoben wird (aktive Triangulation). Dadurch erhält der Computer von jedem Punkt vier unterschiedliche Bildwerte (hell/dunkel jew. von Strahlengang 1 und 2). Binnen 0,3 s werden dann die Tiefenwerte der 300000 Bildpunkte berechnet und ein kontrastverstärktes Videobild erzeugt.

Auf diesem Bild zeichnet der Zahnarzt mit einer Zeichenkugel die Rahmenlinien des Füllungskörpers ein, welche der Computer dreidimensional verarbeitet. Mit einem Konstruktionsprogramm werden anschließend die äußeren Füllungsrande einschließlich der Approximalkontakte, Höckerspitzen und Randleisten synthetisch aufgebaut. Dabei müssen lediglich die Rahmenkonturlinien eingegeben werden, denn die Flächen dazwischen werden vom Computer anatomisch richtig aufgebaut. Ein geübter Zahnarzt benötigt dafür etwa 3 bis 5 Minuten.

Der nächste Arbeitsschritt ist vollautomatisch: Ein fabrikgefertigter und daher qualitativ einwandfreier Keramik-

körper wird in der Schleifanlage des insgesamt fernsehergroßen Gerätes automatisch in der konstruierten Form hergestellt, wobei eine diamantierete Schleifscheibe von 0,6 mm Kantenbreite den elektronisch geführten Keramikkörper (4 Freiheitsgrade) binnen 4 bis 6 Minuten schraubenförmig in ca. 500 Umläufen bearbeitet. Anschließend wird vom Zahnarzt nur noch die Ausarbeitung der Okklusion und die Politur verlangt, abgesehen vom Einsetzen natürlich, welches mittels Adhäsivtechnik erfolgt.

Die Vorteile des Systems sind einleuchtend: Die Passkörper sind ästhetisch einwandfrei, da sie der Zahnfarbe des Patienten entsprechen. Die Qualität der Füllungen ist ebenfalls hervorragend, da sie nicht im Labor in mehreren Schichten aufgebracht und gebrannt werden. Durch die Verlegung der Arbeiten vom Labor

in die Praxis und die Verkürzung der Fertigung auf wenige Minuten wird die Behandlung patientengerechter und für den Zahnarzt leichter überschaubar, da keine Probleme mit dem Labor auftreten können. Da über einfache okklusale Füllungen, über Inlays bis hin zum Onlay alles möglich ist, bietet die Anlage breite Anwendungsmöglichkeiten.

Allerdings stellt sich die Frage, ob Keramikfüllungen im Okklusalbereich nicht zu hart sind. Die Universität Zürich bestreitet dies aufgrund ihrer klinischen Versuche. Außerdem scheint es mir zweifelhaft, ob ein solches Gerät dem Zahnarzt finanziell zugemutet werden kann; seine ausgeklügelte Mikrotechnik macht es sicher nicht ganz billig.

(Dem Bericht liegt ein Artikel in der Neuen Zürcher Zeitung vom 1.10.1986 zugrunde)

Andreas Schwander

The supreme ideal of the dental profession should be to eliminate the necessity for its own existence.

(Kaufmann 1955)

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

Vergleich der Handinstrumentation mit Ultraschallaufbereitung (Cavi-Endo von Fa. DeTrey): Wurzelkanalpräparation und Zeitaufwand

Reinigung und Präparation des Wurzelkanals sind die Hauptaufgaben bei der Wurzelbehandlung. Eine gute Gestaltung des Kanals ermöglicht beste Reinigung und Wurzelfüllung.

In letzter Zeit werden immer mehr Geräte angeboten, von denen die Hersteller behaupten, daß mit ihnen in kürzerer Zeit die Kanäle gesäubert und geformt werden können.

Pedicord et al. haben in vitro an extrahierten unteren ersten Molaren die Handinstrumentation mit der Ultraschallaufbereitung in bezug auf die Gestaltung des Kanals und auf die aufgewendete Zeit verglichen.

Die Reinigung des Kanals wurde hierbei vernachlässigt.

Das apikale Drittel wurde bei der Handinstrumentation mit K-Flex-Feilen 1 mm ad apicem bis zur Iso-Größe 25 nach der "step-back"-Technik aufbereitet und zwischen den Feilengrößen mit 1 ml Wasser gespült.

Cavi-Endo (Fa. DeTrey) wurde in der vom Hersteller angewiesenen Methode verwendet: Zuerst Handaufbereitung mit K-Flex-Feilen bis Iso 15, dann Aufbereitung mit ultraschallaktivierten Kerr-Feilen der Größe 15, 20, 25 mit Auf-, Ab- und kreisförmigen Bewegungen und schließlich mit Diamant-Feilen (25, 35, 45). Als Spülflüssigkeit fand Wasser Verwendung.

Hierbei ergaben sich bei der Benutzung des Cavi-Endo-Gerätes folgende Schwierigkeiten:

1. Die Arbeitslänge war nur sehr schwer einzuhalten, da die Verwendung von Gummistops den Fluß der Spülflüssigkeit stören würde.
2. Schlechte Berührungsempfindlichkeit im Kanal.
3. Die Spitze der Feile klemmt häufig in engen gebogenen Kanälen. Eine endosonic-Feile ist im apikalen Teil gebrochen.
4. Der Flüssigkeitstank ist zu klein und muß häufig nachgefüllt werden.
5. Häufig war es notwendig, mit Handinstrumenten nachzuarbeiten, um die nächsten größeren Feilen benutzen zu können. Dies steht im Widerspruch zum Hersteller, der sogar das Überspringen von Feilengrößen empfiehlt.

Ergebnisse:

- a) Handaufbereitung war deutlich schneller als die Ultraschallaufbereitung mit dem Cavi-Endo.
- b) Beide Aufbereitungstechniken vergrößerten die mesialen Kanäle der unteren ersten Molaren nach distal zur Bifurkation.
- c) Im apikalen Bereich war kein bedeutender Unterschied zwischen Hand- und Cavi-Endo-Aufbereitung.
- d) Im mittleren und oberen Bereich des Zahnes erbrachte Handaufbereitung bessere Formung des Kanals als Cavi-Endo-Aufbereitung.

Aus: Pedicord D., Mahmoud E. et Messer H., Journal of Endo 12, Nr. 9, 1986, S. 375-381

Systematische Verteilung von mit radioaktivem Kohlestoff beladenen Paraformaldehyd aufgelöst in Formocresol nach Vitalexstirpation

In der Endodontie wird häufig Formaldehyd und Formocresol verwendet, z.B. Mortalamputation, Devitalisation, sog. medizinische Einlagen, Wurzelfüllungen bei Milchzähnen.

Formaldehyd und Paraformaldehyd ist in vielen Wurzelfüllmaterialien enthalten.

Robert M. Block et al. haben die Verteilung von radioaktivem Paraformaldehyd-Formocresol nach Einbringen in den Wurzelkanal nach Vitalexstirpation im Gewebe untersucht. Als Versuchstiere dienten Hunde.

Das ergab folgende Ergebnisse:

1. Koagulationsnekrose mit anschließender Verflüssigungsnekrose der Zahnpulpa, begonnen mit einer Durchblutungsstörung, dann akute und chronische Entzündungen.
2. Eine Verletzung der periapikalen Region verursacht durch akute und chronische Entzündungen; Wurzel- und Knochenab- und -anbau.
3. Eine Ganzkörperreaktion, angezeigt durch das Auftreten der radioaktiven Substanz im Blut, regionale Lymphknoten, Niere und Leber.
4. Die Höhe der Radioaktivität im Körper nimmt im Laufe der Zeit wieder ab.
5. Paraformaldehyd-Formocresol sollte nicht mit menschlichem Gewebe in Kontakt gebracht werden.

Die Anwendung von Paraformaldehyd-Formocresol ergibt Gewebnekrosen im Wurzelkanal, akute und chronische Entzündungen im periapikalen Gewebe. Außerdem wurde es im Blut, in den regionalen Lymphknoten, Niere und Leber gefunden. Es muß deshalb in Betracht gezogen werden, bei der endodontischen Behandlung auf Formaldehyd zu verzichten.

Aus: Robert M. Block, DDS, MS, R. Denby, DDS, Jerry Hirsch, Pharm., James Coffey, Phd. and Kaare Lange-land, DDS, Phd., Journal of Endo, Vol. 9, Nr. 5, 1983, S. 176-189

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

Noch einmal zum Thema Röntgenchemikalien

Ulrich Happ

Mein Beitrag über die Röntgenchemikalien (s. FORUM Nr. 13, 1986, S. 88) bedarf der Ergänzung. Auch unsere Landesorganisationen und die Industrie scheinen sich für den "Umweltschutz" einzusetzen. Der politische Druck ist groß. Dennoch geben sie folgende Hinweise nicht (freiwillig):

Der Silbergehalt der Fixierbäder ist bei den Röntgenfachärzten in der Regel erheblich höher als bei uns. Das liegt nicht an dem verarbeiteten Filmmaterial oder Chemieeinsatz, nur an der Art der Verarbeitung.

Die Entwicklerlösung wird verbraucht durch die durchlaufenden Filme sowie durch die Oxydation durch Luftsauerstoff, die Fixierlösung hingegen nur durch den Filmdurchlauf. Beim Röntgenfacharzt werden nun in der Regel erheblich mehr und größere Aufnahmen gefertigt als in der Zahnarztpraxis. Zur Verarbeitung werden meist Tankanlagen bei Raumtemperatur eingesetzt. Dadurch werden Entwickler und Fixierer gleichmäßiger verbraucht, die Oxydation des Entwicklers tritt in den Hintergrund.

Bei uns in der Zahnarztpraxis wird der Entwickler durch die Bilder nicht so schnell verbraucht, aber er oxydiert, was durch die Verfärbung sichtbar wird. Dieses wird durch die

Erwärmung der Bäder in vielen Maschinen noch beschleunigt. Beim Erneuern des Entwicklers wird zumeist der Fixierer mit ausgetauscht, obwohl er in der Regel noch nicht verbraucht ist und deshalb so wenig Silber enthält. Das ist nicht nötig!

Wir möchten empfehlen, den Fixierer nicht so häufig auszutauschen. Es genügt jedes dritte bis sechste Mal. Die noch bestehende Brauchbarkeit des Fixierers läßt sich sehr leicht überprüfen mit "TETENAL-FIXIERBADTEST" (100 Teststreifen ca. DM 10,-- beim Fotolaborbedarf bzw. beim Fotografen). Der Silbergehalt sowie der pH-Wert werden überprüft.

So läßt sich Fixiererlösung sparen, die Umweltbelastung wird geringer und die Rückvergütung größer. Beim Einkauf darauf achten, daß es beide Chemikalien zwar meist in Kombination, aber auch einzeln gibt!

Bezüglich Rückvergütung müssen wir leider einen Rückschlag vermelden: Unsere Kammer wollte mit den Entsorgungsfirmen (z.B. Mycinski) Rahmenverträge aushandeln. Die Folge war, daß unsere Einzelverträge gekündigt worden sind und uns neue, sehr viel ungünstigere Konditionen angeboten werden.

Um die Oxydation des Entwicklers zu reduzieren, sollte er

bei Nichtgebrauch stets abgedeckt sein. Sehr vorteilhaft wäre es auch, die Bäder nicht zu heizen. Das ist nur bei manchen Geräten und bei Handentwicklung möglich. Neben geringerer Oxydation erhält man dadurch auch kontrastreichere Bilder - allerdings mit dem Nachteil, daß der ganze Prozeß länger dauert.

Beim Gespräch über die Röntgenchemikalien kamen wir noch auf eine andere Stoffgruppe, über die viel geschwiegen wird, die "Tankreiniger". Sie sind zumeist chromathaltig (Basis Schwefelsäure) und dürfen nicht in das Abwasser geleitet werden. DÜRR schrieb, ihr Produkt sei anders, ent-

halte relativ geringe Mengen von Säuren, gegen die Einleitung ins Abwasser sei nichts einzuwenden - doch die Sicherheitsratschläge der Packung seien nach Möglichkeit einzuhalten - zumindest sollte sich niemand während des Reinigungsvorganges in der Dunkelkammer aufhalten (wie macht man das?).

Unser erprobter Vorschlag, auch bei Rollengeräten: Warmes Wasser und weiche Bürste, vielleicht etwas grüne Seife - und schrubben.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Ulrich Happ
Kirchenallee 57
2000 Hamburg 1

Röntgenverordnung: Wiederholungsaufnahmen vermeiden

Der Schutz vor Schäden durch Röntgenaufnahmen soll durch die neue Röntgenverordnung verbessert werden, die das Bundeskabinett am 23.7.1986 beschlossen hat (der Bundesrat muß noch zustimmen). Gleichzeitig wird das innerdeutsche Recht an die EG-Vorschriften angepaßt. Ferner werden Dosisgrenzwerte und die ärztliche Überwachung beruflich strahlenexponierter Personen neu geregelt, außerdem die innerbetriebliche Verantwortlichkeit für den Strahlenschutz, die Anforderung an die ärztliche und zahnärztliche Fachkunde. Erstmals

werden strenge Qualitätssicherungskautelen für Röntgeneinrichtungen vorgeschrieben, die durch die Landesärztekammern und die KVen als Selbstverwaltungsorgane kontrolliert werden (die Krankenhausgesellschaften sind daran zu beteiligen). Nach Schätzungen von Bundesarbeitsminister Dr. Norbert Blüm sollen dadurch weniger Röntgenaufnahmen notwendig und Wiederholungen um drei bis fünf Prozent gesenkt werden (zur Zeit: 70 Millionen Röntgenaufnahmen jährlich). Ersparnispotential: rund 60 Millionen Mark pro Jahr.

A&S-aktuell 15/16, 1986, S. 17

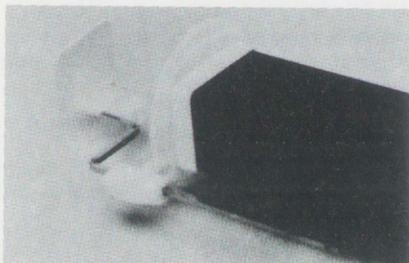
KKD

Röntgen-
System
Rechtwinkel
Technik

RWT

Damit Sie
den Zahn
immer richtig
im Visier haben

KKD Langtuben + KKD Filmhalter
ermöglichen Röntgenaufnahmen
mit höchstem Informationsgehalt.



neu: **RWT steri**

sterilisierbares Filmhalterinstrumentarium im
praktischen Set. Jetzt können Sie absolut
sicher sein.

KD 58

speziell für die RWT-Technik konzipierter Röntgen-Rapidfilm.

Beachten Sie unser umfangreiches Gesamtangebot: KKD microfin Instrumentarium, KKD Kondisil – kondensationsvernetztes Silikonabformmaterial und zahlreiche Spezialkunststoffe. Unser Fachberater erteilt Ihnen gerne Auskunft.

KENTZLER-KASCHNER DENTAL GMBH

D-7090 Ellwangen/Jagst

Mühlgraben 36, 36a

Postfach 1255, Telefon 07961/3028, Telex 74542 epk d

Buchbesprechung:

Eva Raith und Gerhard Ebenbeck
Psychologie für die zahnärztliche Praxis
Thieme-Verlag, Stuttgart 1986
205 Seiten, DM 24,80, ISBN 3 13 679501 6

In dem vorliegenden Buch sollen Anwendungsmöglichkeiten psychologischer Erkenntnisse auf alltägliche Situationen der zahnärztlichen Praxis vorgestellt werden.

Die Inhalte reichen von Angst über Gesprächsführung und Körperausdruck, über Prophylaxe und Praxisstreß bis zum Zahnbewußtsein und zu Zwangsbehandlungen. Sie sind somit sehr vielfältig, so daß das Buch mit Hilfe des ausführlichen Sachregisters auch gut als Nachschlagewerk benutzt werden kann. Das Buch ist ausgerichtet auf die in der zahnärztlichen Praxis möglichen psychologischen Probleme. Diesen Problemen (z.B. der Schmerzpatient, das daumenlutschende Kind oder der Behandlungsabbruch in der Kieferorthopädie) wird sich von drei Seiten genähert: durch die theoretisch-psychologischen Grundlagen, durch gut gewählte Zitate aus der Literatur und durch wörtliche Wiedergaben von Patientenaussagen. Zudem gibt es am Ende jeden Kapitels einige weiterführende Literaturhinweise, z.T. auch für Patienten.

Didaktisch geschickt und anregend sind auch die Zusammenstellungen von Fragen in verschiedenen Kapiteln (z.B. über

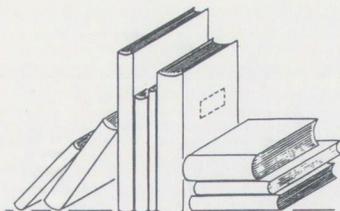
die ethischen und ökonomisch-gesellschaftlichen Aspekte der Prävention auf S. 167), die der Leser sich selbst beantworten sollte.

Insgesamt sind die verschiedenen Artikel recht knapp gehalten, eng an den Praxisproblemen orientiert und sprachlich sehr flüssig und gefällig dargestellt. Die praktischen Hinweise sind es wert, vom Leser überdacht und auf die eigenen Praxisverhältnisse angewendet zu werden.

Als einziger Mangel erscheint, daß nicht alle verfügbaren Informationen verwendet wurden. So sind die gesamten zahnmedizinisch-psychologischen Forschungsergebnisse, die in den letzten 25 Jahren von zahlreichen interdisziplinären Teams in den USA erarbeitet wurden, kaum berücksichtigt.

Dennoch bietet das Buch auf 200 Seiten eine Fülle von Informationen und Anregungen, die die Übertragung in die Praxis sehr leicht erscheinen lassen. Daher möchten wir dieses von einer Psychologin und einem Zahnarzt gemeinschaftlich verfaßte Buch als Anleitung- und Nachschlagewerk für niedergelassene Zahnärzte sehr empfehlen.

Michael Sereny, Zahnarzt
Thomas Schneller, Dipl.-Psych.
Med. Hochschule Hannover



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,—

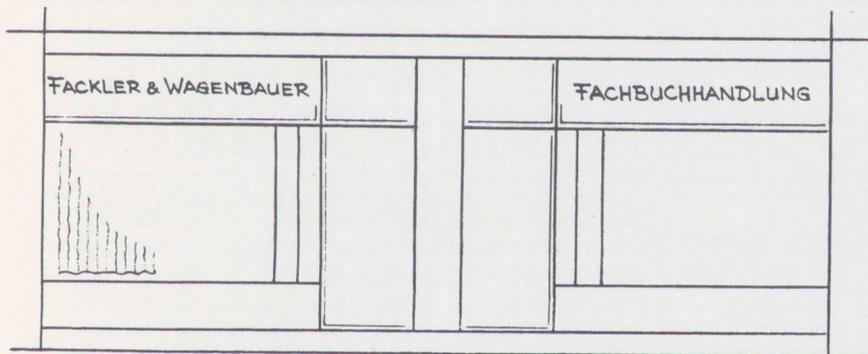
Bereits erschienen sind – Band 1: Parodontologie, von K. Rateitschak, DM 370,—

– 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!

Tabelle, die das Finanzamt bei Prüfungen als Basis verwendet.

Zahnärzte (Gemeinschaftspraxen und Praxismgemeinschaften)

Kosten in %	Jahresumsatz in DM			400 000 bis 500 000			500 000 bis 600 000			600 000 bis 700 000			700 000 bis 800 000			800 000 bis 900 000			900 000 bis 1 Mill.			1 Mill. bis 2 Mill.			2 Mill. bis 3 Mill.		
	100 000 bis 150 000	150 000 bis 200 000	200 000 bis 250 000	250 000 bis 300 000	300 000 bis 400 000	400 000 bis 500 000	500 000 bis 600 000	600 000 bis 700 000	700 000 bis 800 000	800 000 bis 900 000	900 000 bis 1 Mill.	1 Mill. bis 2 Mill.	2 Mill. bis 3 Mill.	3 Mill. bis 4 Mill.	4 Mill. bis 5 Mill.	5 Mill. bis 6 Mill.	6 Mill. bis 7 Mill.	7 Mill. bis 8 Mill.	8 Mill. bis 9 Mill.	9 Mill. bis 10 Mill.	10 Mill. bis 11 Mill.	11 Mill. bis 12 Mill.	12 Mill. bis 13 Mill.	13 Mill. bis 14 Mill.	14 Mill. bis 15 Mill.		
Materialverbrauch	6,0	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	
Laborkosten, fremde	20,9	23,9	19,9	21,7	22,1	25,8	19,0	12,8	6,0	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	5,4	
Personal	21,7	19,5	19,4	19,5	18,9	14,4	14,4	19,9	18,9	14,4	14,4	19,9	18,9	14,4	14,4	19,9	18,9	14,4	14,4	19,9	18,9	14,4	14,4	19,9	18,9	14,4	
Praxismiete bzw. Kosten für Praxisräume im eigenen Haus	2,5	3,4	1,9	2,3	2,7	2,8	2,5	1,7	1,1	1,2	1,1	1,0	1,1	0,9	0,8	1,1	0,9	0,8	1,1	0,9	0,8	1,1	0,9	0,8	1,1	0,9	
Strom, Gas, Wasser, Heizung	0,8	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,8	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,8	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	
Beiträge zu Berufsorganisationen	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	
KZV-Verwaltungskosten	0,4	0,3	0,3	0,3	0,2	0,5	0,3	0,1	0,4	0,3	0,3	0,3	0,2	0,5	0,3	0,1	0,3	0,1	0,4	0,3	0,3	0,2	0,5	0,3	0,1	0,3	
Praxisversicherung und Berufshauptpflicht	0,5	2,0	0,8	1,1	2,1	2,5	1,8	1,4	1,3	0,7	0,9	0,7	1,1	0,6	0,6	0,9	0,8	0,9	1,3	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	
Schuldzinsen für Praxis	0,4	0,5	0,4	0,3	0,5	0,3	0,5	0,3	0,4	0,5	0,4	0,3	0,5	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	
Kraftfahrzeugunterhaltung	0,6	0,2	0,5	0,3	0,5	0,3	0,5	0,3	0,6	0,2	0,5	0,3	0,5	0,3	0,4	0,2	0,4	0,2	0,6	0,2	0,5	0,3	0,4	0,2	0,4	0,2	
Kongresse, Fortbildung, Fachliteratur	1,5	4,0	2,4	2,3	3,3	4,5	4,0	3,8	4,0	2,9	4,3	2,9	4,2	4,2	4,3	3,9	3,4	3,4	4,0	2,9	4,3	3,9	3,9	3,4	3,4	3,4	
Einrichtungsgegenstände bis zum Einzelwert 800 DM	1,5	4,0	2,4	2,3	3,3	4,5	4,0	3,8	4,0	2,9	4,3	2,9	4,2	4,2	4,3	3,9	3,4	3,4	4,0	2,9	4,3	3,9	3,9	3,4	3,4	3,4	
Abschreibungen auf Anlagegüter über 800 DM	4,0	2,9	4,3	2,9	4,2	4,3	3,9	3,4	4,0	2,9	4,3	2,9	4,2	4,2	4,3	3,9	3,4	3,4	4,0	2,9	4,3	3,9	3,9	3,4	3,4	3,4	
sonstige lfd. Kosten	62,4	65,1	62,1	59,2	63,4	62,1	60,3	60,3	62,4	65,1	62,1	59,2	63,4	62,1	60,3	60,3	60,3	60,3	62,4	65,1	62,1	59,2	63,4	62,1	60,3	60,3	
Kosten insgesamt	37,6	34,9	37,9	40,8	36,6	37,9	37,0	39,7	37,6	34,9	37,9	40,8	36,6	37,9	37,0	39,7	37,6	34,9	37,9	40,8	36,6	37,9	40,8	36,6	37,9	37,0	
Reinertrag der Praxis																											

Zahnärzte (Einzelpraxen)

Kosten in %	Jahresumsatz in DM			100 000 bis 150 000			150 000 bis 200 000			200 000 bis 250 000			250 000 bis 300 000			300 000 bis 400 000			400 000 bis 500 000			500 000 bis 600 000			600 000 bis 700 000			700 000 bis 800 000			800 000 bis 900 000			900 000 bis 1 Mill.			1 Mill. bis 2 Mill.		
	100 000 bis 150 000	150 000 bis 200 000	200 000 bis 250 000	250 000 bis 300 000	300 000 bis 400 000	400 000 bis 500 000	500 000 bis 600 000	600 000 bis 700 000	700 000 bis 800 000	800 000 bis 900 000	900 000 bis 1 Mill.	1 Mill. bis 2 Mill.	2 Mill. bis 3 Mill.	3 Mill. bis 4 Mill.	4 Mill. bis 5 Mill.	5 Mill. bis 6 Mill.	6 Mill. bis 7 Mill.	7 Mill. bis 8 Mill.	8 Mill. bis 9 Mill.	9 Mill. bis 10 Mill.	10 Mill. bis 11 Mill.	11 Mill. bis 12 Mill.	12 Mill. bis 13 Mill.	13 Mill. bis 14 Mill.	14 Mill. bis 15 Mill.	15 Mill. bis 16 Mill.	16 Mill. bis 17 Mill.	17 Mill. bis 18 Mill.	18 Mill. bis 19 Mill.	19 Mill. bis 20 Mill.	20 Mill. bis 21 Mill.	21 Mill. bis 22 Mill.	22 Mill. bis 23 Mill.	23 Mill. bis 24 Mill.					
Materialverbrauch	5,6	5,1	3,7	4,6	5,2	5,3	5,3	5,1	5,7	6,2	6,9	7,0	22,4	22,5	24,8	26,9	24,1	24,3	26,5	25,7	25,2	23,2	23,3	20,8	19,2	18,9	19,4	17,8	18,4	18,8	17,9	17,0	17,8	19,2	20,2	20,9			
Laborkosten, fremde	2,4	1,9	1,5	1,5	1,2	1,2	1,1	1,0	0,9	1,0	0,8	0,8	4,3	4,0	3,0	3,4	2,9	3,1	2,7	2,4	2,3	2,1	2,4	1,9	2,4	1,9	1,5	1,5	1,2	1,1	1,0	0,9	1,0	0,8	0,8				
Personal	0,9	0,9	0,8	0,6	0,6	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,6	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,6	0,8	0,8	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6			
Praxismiete bzw. Kosten für Praxisräume im eigenen Haus	0,6	0,8	0,8	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6				
Strom, Gas, Wasser, Heizung	0,5	0,9	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,6	0,4	1,0	1,9	1,5	1,8	2,2	2,0	2,3	1,6	1,9	1,5	0,7	1,3	1,4	1,0	1,0	1,2	1,1	1,0	0,9	0,9	0,9	0,7			
Beiträge zu Berufsorganisationen	0,8	0,5	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5					
KZV-Verwaltungskosten	0,8	0,5	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5					
Praxisversicherung und Berufshauptpflicht	2,8	2,2	1,3	3,2	2,4	3,3	4,4	3,6	4,1	3,8	3,4	3,1	6,1	2,9	4,2	4,2	3,8	3,8	3,7	4,0	3,7	3,7	3,6	3,4	3,1	6,1	2,9	4,2	4,2	3,8	3,8	3,7	4,0	3,7	3,7				
Schuldzinsen für Praxis	0,8	0,5	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5					
Kraftfahrzeugunterhaltung	2,8	2,2	1,3	3,2	2,4	3,3	4,4	3,6	4,1	3,8	3,4	3,1	6,1	2,9	4,2	4,2	3,8	3,8	3,7	4,0	3,7	3,7	3,6	3,4	3,1	6,1	2,9	4,2	4,2	3,8	3,8	3,7	4,0	3,7	3,7				
Kongresse, Fortbildung, Fachliteratur	6,1	2,9	4,2	4,2	3,8	3,8	3,7	4,0	3,7	3,7	3,6	3,4	3,1	6,1	2,9	4,2	4,2	3,8	3,8	3,7	4,0	3,7	3,6	3,4	3,1	6,1	2,9	4,2	4,2	3,8	3,8	3,7	4,0	3,7	3,7				
Einrichtungsgegenstände bis zum Einzelwert 800 DM	68,3	62,9	63,0	67,1	63,0	64,9	67,0	63,7	64,7	63,5	65,3	61,8	31,7	37,1	37,0	32,9	37,0	35,1	33,0	36,3	35,3	36,5	34,7	38,2	31,7	37,1	37,0	32,9	37,0	35,1	33,0	36,3	35,3	36,5	34,7	38,2			
Abschreibungen auf Anlagegüter über 800 DM	31,7	37,1	37,0	32,9	37,0	35,1	33,0	36,3	35,3	36,5	34,7	38,2	31,7	37,1	37,0	32,9	37,0	35,1	33,0	36,3	35,3	36,5	34,7	38,2	31,7	37,1	37,0	32,9	37,0	35,1	33,0	36,3	35,3	36,5	34,7	38,2			
sonstige lfd. Kosten	68,3	62,9	63,0	67,1	63,0	64,9	67,0	63,7	64,7	63,5	65,3	61,8	31,7	37,1	37,0	32,9	37,0	35,1	33,0	36,3	35,3	36,5	34,7	38,2	31,7	37,1	37,0	32,9	37,0	35,1	33,0	36,3	35,3	36,5	34,7	38,2			
Kosten insgesamt	31,7	37,1	37,0	32,9	37,0	35,1	33,0	36,3	35,3	36,5	34,7	38,2	31,7	37,1	37,0	32,9	37,0	35,1	33,0	36,3	35,3	36,5	34,7	38,2	31,7	37,1	37,0	32,9	37,0	35,1	33,0	36,3	35,3	36,5	34,7	38,2			
Reinertrag der Praxis																																							

Quelle: Die Steuer-Warte (StW) 7/8, 1986, S. 106

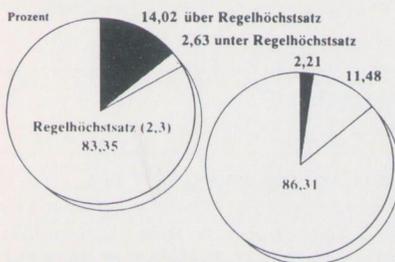
Selbstbeteiligungen und andere direkte Belastungen der GKV-Versicherten 1980 bis 1985 in Mio DM

Selbstbeteiligung	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Zahnersatz	1838	2028	1839	1845	2021	2156
Kieferorth. Behandlung	10	10	11	12	13	13
Arzneimittel	644	689	966	1135	1118	1116
Bagatellarzneimittel	—	—	—	275	400	400
Heil- und Hilfsmittel	39	42	160	166	191	200
Krankenhausaufenthalt	—	—	—	210	210	210
Kuren	—	—	—	20	20	20
Fahrkosten	2	2	70	80	92	95
insgesamt	2533	2771	3046	3743	4065	4210
Beitragspflicht von Lohnersatzleistungen	—	—	—	—	744	750
Beitragspflicht von Einmalzahlungen	—	—	—	—	650	670

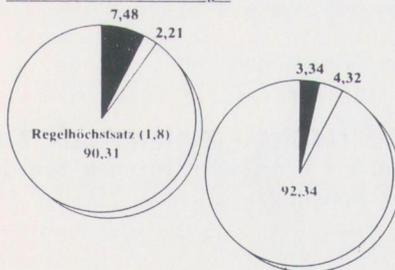
Arzt und Wirtschaft 13/86, S. 7

Chefärzte	niedergelassene Ärzte
-----------	-----------------------

für persönliche ärztliche Leistungen



für technische ärztliche Leistungen



Das Liquidationsverhalten der Ärzte

Wie viele Ärzte die Regelhöchstsätze anwenden bzw. wie viele sie über- oder unterschreiten, versucht die PKV durch Erhebungen zu klären. Am Stichtag 10. Mai 1985 wurden wieder 10 000 Rechnungen ausgewertet. Zusätzlich wurden 5000 Arztrechnungen aus dem stationären Bereich herangezogen. Aus der nebenstehenden Tabelle läßt sich auch ablesen, wie genau Chefärzte die Gebührenminderungsbestimmung (§ 6 a GOÄ) anwenden.

Arzt und Wirtschaft 16/86, S. 7

Besuchen Sie unsere monatlichen Studiengruppen- treffen!

Wir bieten: praxisorientierte Fortbildung standespolitische Information und das kollegiale Gespräch

WICHTIGER HINWEIS zur ZE-Abrechnung

Haben Sie alle Verblendungen (auch Wiederherstellungen) im Bereich 6 bis 8 im OK und 5 bis 8 im UK auf Formular C5 stehen?
(gilt nicht für Rückenschutzplatten)

Für Verblendkronen bei 35 und 45 gibt es kein Mehrhonorar! Haben Sie die richtige Bema-Nr. 20b/91b abgerechnet?

Haben Sie die medizinische Begründung angegeben bei

- Versorgungen mit mehr als 2 Verbindungselementen je Kiefer
- 4 Frontzahnkronen bzw. mehr als 4 Einzelkronen je Kiefer
- mehr als 5 Brückenglieder ("B") je Kiefer ?

Ohne Begründung erfolgt keine Abrechnung mehr!

Ist bei mehr als 4 Verbindungselementen je Kiefer eine Begutachtung erfolgt und aus den Unterlagen erkennbar? Ohne medizinische Begründung und ohne Begutachtung erfolgt keine Abrechnung!

Abrechnungsstelle der KZVB
München, 07.11.1986

Viel Geld für wenig Schutz! (II)

PRÜFUNG VON UNFALLVERSICHERUNGS-VERTRÄGEN

In der letzten Ausgabe des FORUM war die Überschrift des ersten Teils dieser Serie mit einem Fragezeichen versehen. Nachdem mittlerweile einige Policen zur Prüfung eingesandt wurden, kann das Fragezeichen durch ein Ausrufezeichen ersetzt werden.

Hier kurz einige Ergebnisse der Überprüfung:

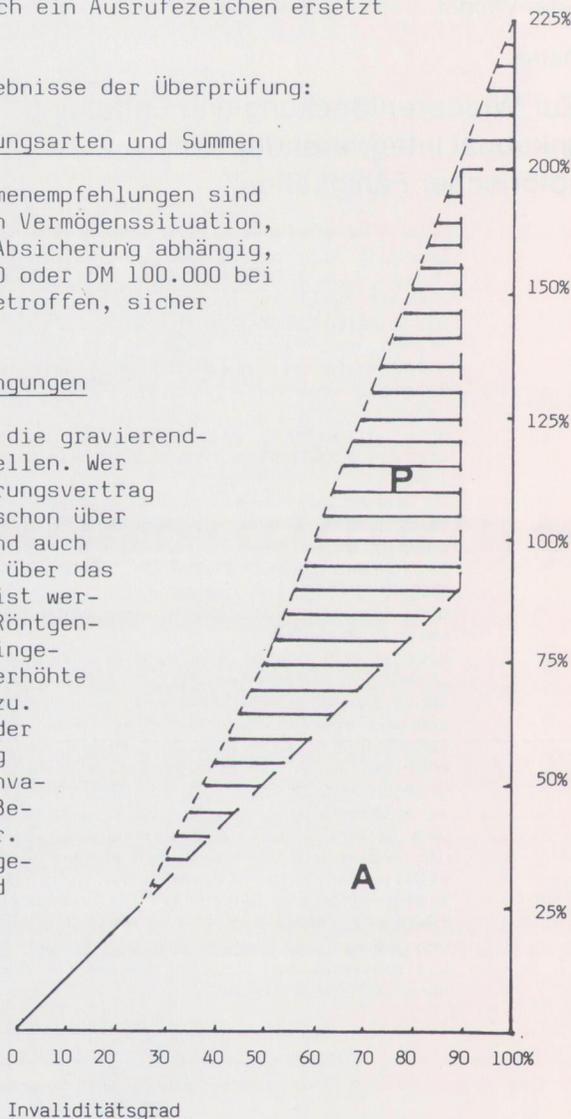
1. Versicherte Leistungsarten und Summen

Allgemeingültige Summenempfehlungen sind nicht möglich, da von Vermögenssituation, Alter und sonstiger Absicherung abhängig, jedoch sind DM 40.000 oder DM 100.000 bei Invalidität, wie angetroffen, sicher nicht ausreichend.

2. Qualität der Bedingungen

Hier sind naturgemäß die gravierendsten Mängel festzustellen. Wer einen Unfallversicherungsvertrag abschließt, spricht schon über versicherte Summen und auch über den Preis, aber über das "Kleingedruckte"? Meist werden Infektions- und Röntgenklausel zusätzlich eingeschlossen, auch die erhöhte Gliedertaxe kommt dazu. Doch spätestens bei der progressiven Erhöhung der Leistungen bei Invalidität klaffen die Bedingungen auseinander. Bei der meistens vorgefundenen Klausel wird ab 90% Invaliditätsgrad die Leistung verdoppelt (im Schaubild = A).

Leistung aus der Invaliditätssumme



Die bessere Alternative wäre eine progressive Erhöhung ab 25% Invaliditätsgrad bis max. 225% der Grundsumme (im Schaubild = P).

In Zahlen ausgedrückt bedeutet dies bei einer angenommenen Versicherungssumme von DM 300.000 für Invalidität bei Verlust eines Daumens nach A DM 180.000, nach P DM 315.000, bei Verlust eines Auges nach A DM 240.000, nach P DM 495.000.

Von den im letzten Beitrag angeführten Leistungsverbesserungen ist in den vorgelegten Verträgen praktisch nichts gefunden worden. Alle von den Versicherern vorgesehenen Ausschlußmöglichkeiten waren vereinbart und bei einer Vielzahl von Unfällen wären die Gesellschaften von der Leistungspflicht frei gewesen. "Bei bestimmten Summen hört die Freundschaft auf." Wo aber Kulanz und Entgegenkommen aufhören, müssen Vertragsbedingungen stehen, die Leistungsverweigerungen weitgehend einschränken. Wer ist sich schon der Bestimmung bewußt (§ 3 AUB): "Ausgeschlossen sind ... (4) Unfälle ... auch soweit durch Trunkenheit verursacht." Hier kann man eine günstigere Vereinbarung treffen:

"Abweichend von Absatz 4 sind Unfälle infolge Trunkenheit versichert, sofern sie nicht beim Lenken von Kraftfahrzeugen entstehen."

Eine weitere Reihe von ausgeschlossenen Tatbeständen läßt

sich so einschließen, man denke z.B. an Lebensmittelvergiftungen. Nach den üblichen Bedingungen wären weder Schäden durch vergifteten italienischen Wein oder spanisches Olivenöl "Unfälle" gewesen.

3. Preisvergleich

In einer Zeit wachsenden Kostenbewußtseins scheinen die Versicherungen vor Vergleichen noch weitgehend verschont zu bleiben. Bis zu 64% Mehrpreis gegenüber günstigen Versicherern wurde in den vorliegenden Verträgen verlangt, wobei der minderwertige Deckungsumfang noch nicht einmal gewertet wurde. Bei Einschluß aller möglichen Verbesserungen, der optimalen Progressionsstaffel und bei z.T. erheblichen Summenerhöhungen konnten für die vorgelegten Verträge Vorschläge unterbreitet werden zur Änderung ohne Mehrprämien.

4. Folgerungen

Wenn ich ein Produkt erwerben will, das ich nicht aus eigener Kenntnis bewerten kann, lasse ich mich beraten. Dies gilt für ein elektronisches Datensystem genauso, wie für einen Versicherungsvertrag. Nur merkt man bei der Versicherung eine schlechte Beratung = minderwertiger Vertrag meist erst im Schadenfall. Und dann ist es zu spät.

Die Abfassung Ihrer Steuererklärung überlassen Sie nicht dem Mitarbeiter des Finanzamts - Sie beauftragen einen Steu-

erberater. Die Abfassung Ihrer Versicherungsverträge überlassen Sie den Mitarbeitern von Versicherungsgesellschaften, die durch Vertrag zur Wahrung von deren Interessen verpflichtet sind und nur deren Vertragsbedingungen anbieten können (meist auch keine anderen kennen). Für objektive Beratung, Vermittlung und Verwaltung von Versicherungsbedarf sowie zur Unterstützung bei der Schadenregulierung gibt es den Berufsstand des unabhängigen Versicherungsmaklers. Er kennt den Markt, die Prämien, die Bedingungen. Er ist verpflichtet, die Interessen seines Mandanten zu vertreten, nicht die der Versicherungen.

Die Redaktion nennt Ihnen gerne Anschriften von seriösen Versicherungsmaklern.

Wie schon im letzten FORUM, bietet Ihnen der DAZ weiterhin folgenden kostenlosen Service an:

Bei Einsendung einer Kopie Ihrer Versicherungspolice erhalten Sie eine Analyse und eventuelle Änderungsvorschläge.

Bitte benutzen Sie dazu den folgenden Abschnitt.

Herbert Richthammer
Versicherungsmakler VMV

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

8400 Regensburg

Ich bitte um Überprüfung meiner

- Unfall- Haftpflicht- Praxis- Kranken-
 Berufsunfähigkeits- sonst. Versicherung

Name:
Anschrift:
Tel.-Nr. für evtl. Rückfragen:

Der KOMPAKT-Tarif der CENTRAL Gruppenversicherungspartner des DAZ

Die CENTRAL Krankenversicherung, mit der der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde e.V. (DAZ) ein Gruppenkrankenversicherungsabkommen abgeschlossen hat, ist seit vielen Jahren als Spezialversicherer für Mediziner tätig. Mit ihren privaten Krankenversicherungstarifen für die Ärzteschaft, insbesondere auch für die Zahnärzte, hat sie es jederzeit verstanden, für diese Berufsstände einen bedarfsgerechten privaten Krankenversicherungsschutz anzubieten.

Die CENTRAL bietet, auch über das Gruppenversicherungsabkommen den Krankheitskostentarif für Zahnärzte in kompakter Form an. Dieser Tarif geht noch stärker auf die Bedürfnisse des Zahnarztes und auch seiner Familienangehörigen ein. Während nach herkömmlichen Tarifen die ambulanten, stationären und zahnärztlichen Behandlungsbereiche kombiniert angeboten wurden, sind die vorgenannten Behandlungsbereiche jetzt in kompakter Form abschließbar. Dennoch kann innerhalb des Tarifes - entsprechend den individuellen Bedürfnissen des Zahnarztes - der private Krankenversicherungsschutz flexibel gestaltet werden. So besteht bei einem stationären Krankenhausaufenthalt die Wahlmöglichkeit zwischen einem Ein- oder Zweibettzimmer. Ein Krankenhausa-

gegeld wird zusätzlich gezahlt, wenn eine niedrigere Leistung, als vereinbart, in Anspruch genommen wird.

Grundsätzlich beachtet dieser KOMPAKT-TARIF auch die Einkommenssituation der Zahnärzte. Dieser Tarif sieht erst ab dem 35. Lebensjahr für den ambulanten Bereich einen Selbstbehalt von jährlich 500,-- DM pro Person vor, ansonsten werden die versicherungsfähigen Aufwendungen zu 100%, ohne jede Grenze übernommen. Ebenso hat der Tarif keinerlei Summenbegrenzung bei Material- und Laborkosten im Rahmen des Prothetik- und KFO-Bereichs. Da häufig kollegiale und Eigenbehandlung bei Zahnärzten und deren Familienmitgliedern anzutreffen ist, sind in diesem Tarif keine Aufwendungen für Zahnarzthonorare eingerechnet; auf Wunsch können aber auch diese Kosten über einen bedarfsgerechten Ergänzungstarif abgedeckt werden. Sämtliche Leistungen des KOMPAKT-TARIFS gelten weltweit. Bei kurzfristigen Auslandsreisen werden Rückholkosten erstattet, wenn Versicherte im Ausland erkrankten oder verunfallten und eine Rückführung in die Bundesrepublik oder West-Berlin medizinisch notwendig ist. Bei Todesfällen werden Überführungskosten bis zu 20.000,-- DM erstattet. Zur Existenzsicherung bzw. zur Ab-

sicherung eines Verdienstausfalles durch Arbeitsunfähigkeit steht unseren Mitgliedern ein günstiger Krankentagegeldtarif zur Verfügung.

Nähere Auskünfte erteilt die CENTRAL Krankenversicherung in 5000 Köln 1, Hansaring 40-50, Tel.: 0221/16361.

bi

Aufwärtstrend bei der PKV bestätigt

Eine positive Bestandsentwicklung für 1986 registriert die Private Krankenversicherung (PKV), nachdem sich bereits im Vorjahr die Zahl der vollversicherten Personen um 100.000 erhöht hatte. Im Geschäftsjahr 1985 betragen die Beitragseinnahmen aller privaten Krankenversicherungen rund 13 Milliarden Mark (+ 3,45 Prozent). Ende 1985 waren rund 5,24 (Vorjahr: 5,141) Millionen Personen oder 8,59 Prozent der Bevölkerung privat vollversichert. Über 4,4 Millionen Personen hatten eine private Zusatzversicherung abgeschlossen. Die Gesamt-

aufwendungen für die PKV-Versicherten betragen im Vorjahr rund 13,1 Milliarden Mark. Die reinen Versicherungsleistungen erhöhten sich um 5,4 Prozent, im Vorjahr hatte der Steigerungssatz noch bei 6,31 Prozent gelegen. Die Beitragsrückerstattung für das Jahr 1985 wird mit einer Gesamtsumme von 1,33 Milliarden angegeben. Im laufenden Jahr rechnet die PKV mit Gesamtaufwendungen von 13,4 Milliarden Mark. Die Beitragseinnahmen werden für 1986 mit 13,8 Milliarden Mark hochgerechnet.

A&S-aktuell 20/1986, S. 17

Private Krankenversicherer gegen Zulassungssperren

Auf Ablehnung ist der Blümsche Gesetzentwurf bei der privaten Krankenversicherung gestoßen. Die PKV wendet sich dagegen, den Berufszugang der Kassenärzte von anderen Voraussetzungen abhängig zu machen als von Privatärzten. Dies widerspreche der Einheit des Arztberufes, die vom Bundesverfassungsgericht festgelegt worden ist. "Der Hinweis in der Gesetzesbegründung, daß auch die Qualität der kassenärztlichen Versorgung verbes-

sert werden müsse, gibt zu der Befürchtung Anlaß, daß in einem weiteren Schritt auch unterschiedliche Qualitätsanforderungen an die privatärztliche und kassenärztliche Versorgung geknüpft werden könnten."

Im Zusammenhang mit der Zunahme der Arztdichte wären marktwirtschaftliche Maßnahmen viel hilfreicher als ein Eingriff in die Berufsfreiheit der jungen Ärztegeneration.

Arzt und Wirtschaft: 4/86, S. 4

PKV-Bilanz: Bald 10 Millionen Bundesbürger privat krankenversichert

Die privaten Krankenversicherer liegen weiterhin in der Gunst der Bevölkerung: Über 5,2 Millionen Personen haben inzwischen eine Vollversicherung abgeschlossen.

Die 40 privaten Krankenversicherungsunternehmen in der Bundesrepublik sind mit der wirtschaftlichen Entwicklung des Jahres 1985 sehr zufrieden.

Die Versicherungsleistungen einschließlich der Beitragsrückerstattung haben gegenüber dem Vorjahr um etwa 6,9 % zugenommen; der Anteil der reinen Krankheitskosten nahm um rund 4,7 % zu und betrug 9,3 Mrd. DM. Dieser Anstieg liegt zwar insgesamt unter der Steigerungsrate des Vorjahres, übersteigt aber trotzdem immer noch beträchtlich den relativen Anstieg der Gesamtbeitragseinnahmen im selben

Zeitraum. Auf der Haben-Seite nämlich wuchsen die Beitragseinnahmen nur um rund 3 % auf 13,5 Mrd. DM.

Nach Angaben des Verbandes waren Beitragserhöhungen "nur in geringem Umfang" nötig. Der Zuwachs der Beitragseinnahmen beruht auf einer Erhöhung des Versicherungsbestandes und auf Anpassungen des Versicherungsschutzes in der Tagegeld- und der Krankenhaustagegeldversicherung.

Erfreulich war auch die Bestandsentwicklung: Vollversichert waren Ende 1985 immerhin 5,24 Mio. Personen, was gegenüber dem Vorjahr einen Zuwachs von rund 100.000 Verträgen ausmacht. Die Zahl der in der PKV Zusatzversicherten erhöhte sich im vergangenen Jahr um 364.000 auf jetzt insgesamt 7,78 Millionen Personen.

Arzt und Wirtschaft 16/1986, S. 7

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

Private Krankenversicherung kann bei Arbeitslosigkeit ruhen

Ein Ruhen ihres privaten Versicherungsschutzes können Privatkrankenversicherte, die bei Arbeitslosigkeit automatisch versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung werden. Während der Ruhezeit braucht der Versicherte keine Beiträge zu zahlen, der Versicherer ist nicht leistungspflichtig. Dauert die Arbeitslosigkeit länger als sechs Monate und wird danach die Versicherung

wieder in vollem Umfang fortgeführt, wird ein monatlicher Beitragszuschlag für die Alterungsrückstellung nacherhoben. Hat der Versicherte auch nach zwei Jahren keine Arbeit gefunden, so kann er seine Versicherung als Anwartschaftsversicherung fortführen. Dafür muß er monatlich einen Anwartschaftsbeitrag zahlen, der jedoch niedriger ist als der Beitrag für eine voll wirksame Versicherung.

A&S-aktuell 15/16, 1986, S. 20

AUFRUF

Bieten Sie Ihren zukünftigen Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit zu hospitieren, um somit Praxisalltag kennenzulernen!

Wir alle sind aufgerufen, der Krisensituation der zahnmedizinischen Ausbildungsstätten der Bundesrepublik zu begegnen.

Eine Möglichkeit hierzu ist, Studentinnen und Studenten der Zahnmedizin die Möglichkeit zum Hospitieren zu bieten. Wer hier seinen Beitrag leisten will, sollte den folgenden Abschnitt an die Geschäftsstelle zurückschicken, die diese Aktion dann koordinieren wird.

Ich bin bereit, Studentinnen und Studenten in meiner Praxis die Möglichkeit zum Hospitieren zu geben.

Meine besonderen Schwerpunkte liegen in folgenden Bereichen:

Bitte senden Sie diesen Abschnitt ausgefüllt an:

DAZ-Geschäftsstelle
Lindenschmitstr. 44
8000 München 70

Was ist eine Studiengruppe?

R. Ernst

Der Weg in die soziale Sonderstellung des Zahnarztes beginnt bereits im Studium: hoher Kosten- und Leistungsdruck unter fremdbestimmten Bedingungen favorisieren den Anpasser, Erfolg hat der ehrgeizige Stromlinienförmige.

Konnte sich der Nachdenkliche, der Selbstzweifler, der Tüftler gerade noch über das Studium retten, muß er schon viel Glück haben, wenn er als Ausbildungsassistent eine Stelle findet, in der er seine oft hohen Qualifikationen entwickeln kann. Dies aber vermutlich auch wieder nur allein, denn einen fachlichen Kontakt zu Gleichgesinnten gibt es in der Assistentenzeit praktisch nicht.

Spätestens bei der eigenen Niederlassung kommt es zur Nagelprobe (s. auch Feindt, FORUM 11/85).

Gewinnt unter dem Kostendruck der Verschuldung die lukrative Mengenroutine die Oberhand, oder bleibt man stark und poliert weiterhin ordentlich seine Amalgamfüllungen, läßt auch mal eine stabile Seitenzahnlücke unversorgt, widersteht dem Wunsch des Patienten nach kosmetischen Frontzahnkronen zumindest so lange, bis die Seitenzähne konservierend versorgt sind oder bemüht sich ein fünftes Mal geduldig um einen schreienden Vierjähri-

gen, nachdem er sich schon scheinbar ohne Grund viermal verweigert hat. In diesen ersten Jahren der Niederlassung resignieren viele Kollegen. Sie fühlen sich allein, sehen, daß um sie herum solcher "Luxus" nicht betrieben wird und halten Ausschau nach Gleichgesinnten, die aber auf den "Zahnarztstammtischen" oder den gelegentlich organisierten gesellschaftlichen Anlässen schwer zu finden sind. Auch die Fortbildungsveranstaltungen, die gewöhnlich in verdunkelten Räumen als Ein-Mann-Shows angeboten werden, lösen selten die wirklichen Probleme. Fortbildungen in Kursform aber sind teuer und meistens weit weg vom Ort der Niederlassung.

Mit seinen Studiengruppen füllt der DAZ diese Lücke. Je nach Interessenlage gibt es sie in mehreren Variationen.

Eine in Oldenburg seit Jahren bewährte Form ist folgende: Einmal im Monat treffen sich die zehn bis zwölf Kollegen turnusmäßig bei einem der Mitglieder. Der Gastgeber hält ein Kurzreferat zu einem möglichst praxisnahen Thema seiner Wahl, das er einige Monate zuvor bekanntgibt. Es folgt eine Diskussion mit Erfahrungsaustausch. Einige unserer Themen aus der Vergangenheit ohne Anspruch auf Vollständigkeit: Amalgamfüllungen, Kin-

derendodontie, Photographie, Kofferdam, Nichtedelmetalle, Psychologie in der ZHK, Fissurenversiegelungen, praxisbezogene FAM, Unterfüllungsmaterialien, Beginn der Kfo-Behandlung, EDV, Hydrokolloid, Prophylaxemaßnahmen, Praxishygiene, Röntgen- und Dunkelkammertechnik (auch für Helferinnen), gemeinsamer Materialeinkauf. Danach wird von besuchten Fortbildungen, interessanter Literatur, neuen Materialien und Instrumenten usw. berichtet.

Danach machen interessante Fälle die Runde, die anhand von Modellen und Röntgenbildern gut dokumentiert sein sollen.

Es ist darum zweckmäßig, alle Fachrichtungen innerhalb der Gruppe zu haben. Der Praktiker wundert sich häufig, was der Chirurg, der Parodontologe und der Kieferorthopäde beizutragen haben.

Nach ein paar Monaten stellt sich heraus, daß auch die an-

deren nur mit Wasser kochen. Es bildet sich das Vertrauensverhältnis, aus dem heraus auch andere Fragen erörtert werden können: Probleme mit Labors, Helferinnen, Depots, Steuerberatern, Prüfungsausschüssen, dem Finanzamt, dem Vermieter, aber auch mit Kollegen. Die Beschäftigung mit der Standespolitik wird dann unausweichlich.

Erfahrungsgemäß ist der Einstieg am schwierigsten. Viele Praxisinhaber haben einen Bedarf nach dieser Art der praxisnahen regelmäßigen Fortbildung, aber niemand weiß genau, wie er es organisieren soll, wie er Kollegen findet, die den gleichen Wunsch haben. Nutzen Sie unsere inzwischen mehrjährigen Erfahrungen und setzen Sie sich mit uns in Verbindung. Wir helfen Ihnen weiter.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Roland Ernst
Waldblick 2

2905 Edewecht-Friedrichsfehn

Ärzteschwemme: Lösung auf Schweizer Art

Auf den ersten Blick grotesk scheint, womit Dr. Jürg Sommer, Gesundheitsökonom aus Basel, seine Gesprächspartner kürzlich schockte: "Die Ausrichtung einer lebenslangen Leibrente von 100.000 Franken pro Jahr an jeden neu diplomierten Arzt unter der Bedingung, daß dieser keine eigene Praxis eröffne und auch sonst nicht irgendwie beruflich tätig würde, käme das Schweizer Volk billiger zu stehen als dessen (des Arztes) Zulassung zur Krankenbehandlung."

Wenn auch die helvetische Lösung heute noch nicht vorstellbar scheint, so ist sie morgen möglicherweise Notwendigkeit. Dann nämlich, wenn es nicht mehr gelingt, ärztliche Versorgung am Bedarf zu orientieren. Zwischen staatlicher Enthaltensamkeitsprämie und vollautomatischer Zulassungsmechanik gibt es heute noch - gottlob - verschiedene andere Möglichkeiten gegen die Ärzteschwemme. Die aber sollte man ergreifen.

Arzt und Wirtschaft 21/1986, S. 3

Bitte fordern Sie auch Informationen zu unserem
übrigen Programm an:

Additionsvernetzende Silicone
in fünf Konsistenzen

Kondensationsvernetzende Silicone
in sechs Konsistenzen

Superhartes Spezial-Silicon zur Bißregistrierung
»**bisico** Regidur«

Spezial-Silicon zur Funktionsrandgestaltung
»**bisico** Gold«

Extrem weiches und mundbeständiges Siliconmaterial
zur permanent weichbleibenden Unterfütterung
totaler und partieller Prothesen
»**bisico** Lutemoll«

Superhartes Modell- und Stumpfmaterial
»**bisico** Synth-Rock«

Hochwertiges Kunststoffmaterial
zur Herstellung provisorischer Kronen und Brücken
»**bisico** Temp S«

Extrem dimensionsbeständiger Kunststoff
zur Herstellung von individuellen bzw. Funktionslöffeln
»**bisico** tray«

Alginat Abformmaterial der höchsten Qualitätsstufe
»**bisico** Alginat, Klasse A«

Die Ludwigs TECHNIK

**Ein Spezialverfahren
zur präzisen Abformung
totaler Unterkiefer
im Rahmen der
totalprothetischen Versorgung**

Die nachfolgende Bildtafel
bringt Ihnen die Funktionsweise sowie die Anwendung
in der chronologischen Reihenfolge
der einzelnen Schritte näher

Die Hauptmerkmale der »Ludwigs Technik«

Die Ludwigs Technik
erzielt einen totalen Unterkieferabdruck höchstmöglicher Präzision.
Nach einem solchen Abdruck angefertigte Prothesen garantieren opti-
male Funktionstüchtigkeit.

Die Ludwigs Technik
in Verbindung mit der VFA*-Schiene erlaubt es, bereits den Vorabdruck
mundgeschlossen und unter Funktionsbedingungen zu nehmen.

Die Ludwigs Technik
ermöglicht die Anfertigung eines im gesamten Randbereich begrenzten
Vorabdruckmodells.
Dem Techniker sind dadurch eindeutige Richtlinien zur Begrenzung des
Funktionslöffels vorgegeben.

Die Ludwigs Technik
ermöglicht es, einen Funktionslöffel höchster Präzision herzustellen.
Das Einschleifen am Patienten entfällt in den meisten Fällen, bzw.
beschränkt sich auf geringste Korrekturen.
Das trägt zu erheblicher Zeiteinsparung bei.

Die Ludwigs Technik
gestattet, bedingt durch die Verwendung spezieller Abformsilicone, die
präzise Abformung von Problemkiefern, wie z. B. bei Vorliegen eines
Schlotterkamms.

Die Ludwigs Technik
vermeidet Überextensionen, gestattet jedoch gezielte Extensionen dort,
wo sie erwünscht sind.

Die Ludwigs Technik
reduziert das sonst übliche Nachschleifen von Druckstellen an der ein-
gegliederten Prothese auf ein Minimum.
Dies führt ebenfalls zu erheblicher Zeitersparnis.

Die Ludwigs Technik
erfordert keine teuren und empfindlichen Spezialgeräte. Sie fügt sich
dadurch problemlos in das Abrechnungsschema der gesetzlichen
Krankenkassen ein.

* VFA = Vor-Funktions-Abdruck
Wünschen Sie nähere Informationen, so schreiben Sie uns, oder rufen Sie
uns einfach an:

bisico, Johanneswerkstraße 3, D-4800 Bielefeld 1
Telefon: 05 21/87 16 48

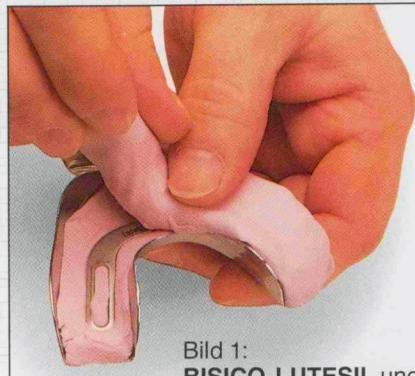


Bild 1:
BISICO-LUTESIL und die
VFA-Schiene werden in den
Löffel eingebracht.



Bild 2:
Der vom Konfektionslöffel
getrennte Vorabdruck.

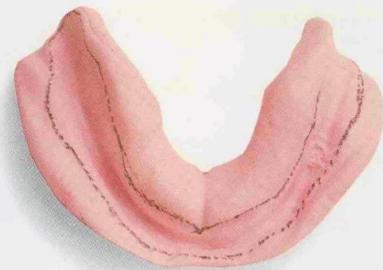


Bild 3:
Angezeichnete Begrenzungslinie zur Erfassung der anatomischen Grenzen des Vorabdrucks.



Bild 4:
Der Vorabdruck wird
beschnitten.



Bild 5:
Der zum individuellen Löffel
umgearbeitete Vorabdruck.

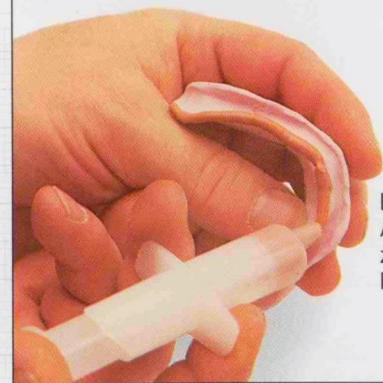


Bild 6:
Auftragen von BISICO GOLD
zur Funktionsrandgestaltung im
lingualen Bereich.



Bild 7:
Der abgeformte Funktionsrand
im lingualen Bereich.



Bild 8:
Der mit BISICO Exakt-U
korrigierte, vollständige Vor-
funktionsabdruck.



Bild 11:
Der vollständig ausgearbeitete
Funktionslöffel.



Bild 14:
Der mit BISICO GOLD rundum
gestaltete Funktionsrand.



Bild 9:
Das Vorfunktionsmodell.



Bild 12:
Der Funktionslöffel mit
integrierter Bißschablone,
die aus BISICO regidur gefertigt
wurde.



Bild 15:
Basiskorrekturabformung mit
BISICO Exakt-U.
Der Funktionsabdruck ist damit
fertiggestellt.



Bild 10:
Die Herstellung des Funktions-
löffels erfolgt mit BISICO tray.



Bild 13:
Mit BISICO Exakt-N ist ein
Druckstellen-Kontrollabdruck
genommen worden.



Bild 16:
Das Funktionsmodell.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde e.V. ist ein parteipolitisch unabhängiger zahnärztlicher Berufsverband. Der größte Teil seiner Mitglieder ist in regionalen 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, senden Sie bitte die anhängende Postkarte mit Ihrer Adresse an eine der folgenden Studiengruppen-Geschäftsstellen:

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

DAZ-Studiengruppe Hamburg, Dr. W. Schories, An der Alster 67, 2000 Hamburg 1

DAZ-Studiengruppe Oldenburg, Dr. M. Witte, Hunoldstr. 62 c, 2906 Hundsmühlen

DAZ-Studiengruppe Regensburg, Dr. H. Diewald, Donaustauerstr. 25, 8400 Regensburg

DAZ-Studiengruppe München, Dr. A. Maurer, Wöhlerstr. 20, 8000 München 60

oder an die

Hauptgeschäftsstelle des DAZ, Lindenschmitstr. 44, 8000 München 70,

Telefon (0 89) 7 25 02 46

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

Sie erhalten dann für die Dauer eines halben Jahres kostenlos unsere Zeitschrift „forum“ 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 15

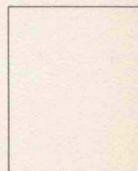
**Möchten Sie
jedes Jahr mehr Zinsen?
Dann kaufen
Sie BfG:Sparschuld-
verschreibungen.**

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

ABSENDER:

Tel. _____

ANTWORTKARTE



Deutscher Arbeitskreis
für Zahnheilkunde
(DAZ)

Lindenschmitstr. 44
8000 München