



forum

Herausgegeben vom Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde

NR. 16

6. Jahrgang – 1. Quartal 1987

Neue Honorareinbußen durch Sachverständigengutachten?

Ebenbecks Zeugen dementieren nicht

Der Patient als Kontrolleur

Qualitätssicherung in USA

Der erste AIDS-Patient

Den eigenen Ast absägen

– Angst vor erfolgreicher Prophylaxe –



Dental Museum

Digitalisat der Bibliotheca Dentaria

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

Dentalmuseum

Im Park 9b

04680 Zschadraß

Die Ludwigs Technik

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

bisico

BIELEFELDER SILICON GES.

Johanneswerkstraße 3

D-4800 Bielefeld 1

Telefon (05 21) 87 16 48

Niederlassung Süddeutschland:

Postgasse 3 · 7090 Eilwangen

Telefon (07961) 54066

SIEMENS

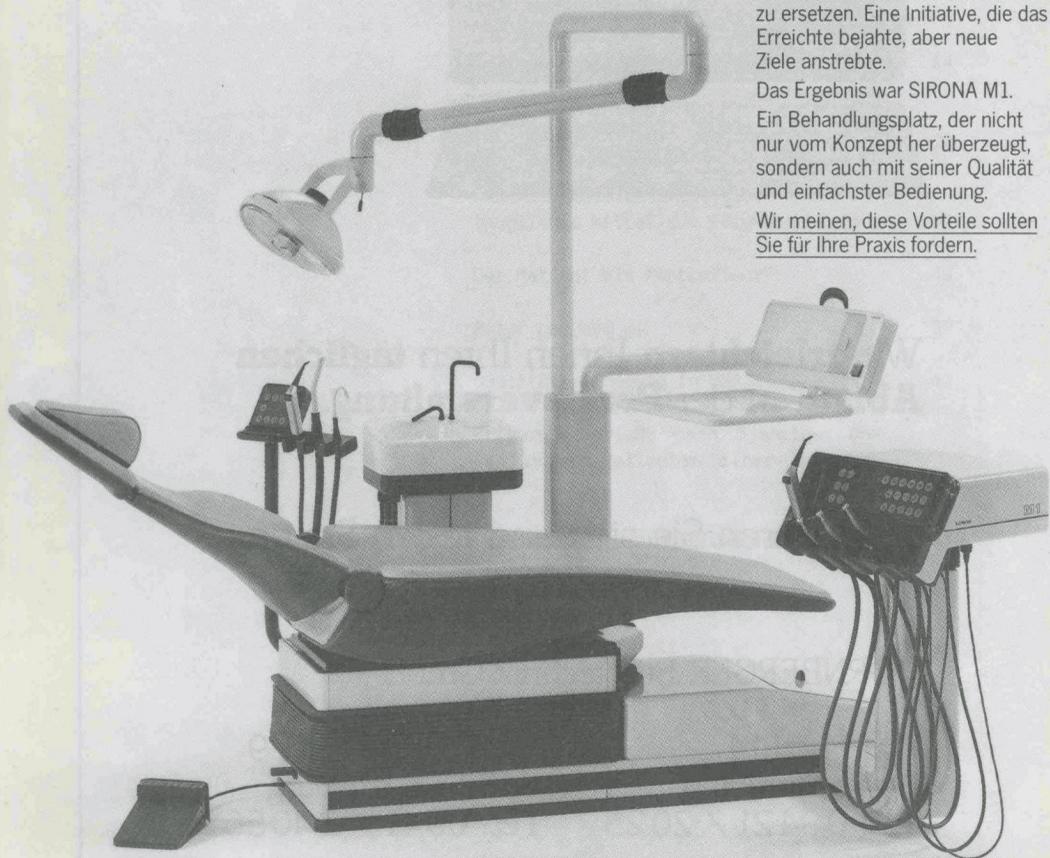
Technik der Topklasse – damit das Behandeln richtig Spaß macht

Als sich bei den Zahnärzten neue Ansprüche formten, haben wir die Initiative ergriffen, um etwas in Bewegung zu setzen. Den Stillstand in Aktionen zu verwandeln, die Normen zu erweitern und durch neue Dimensionen zu ersetzen. Eine Initiative, die das Erreichte bejahte, aber neue Ziele anstrebte.

Das Ergebnis war SIRONA M1.

Ein Behandlungsplatz, der nicht nur vom Konzept her überzeugt, sondern auch mit seiner Qualität und einfachster Bedienung.

Wir meinen, diese Vorteile sollten Sie für Ihre Praxis fordern.



**SIRONA® M1 –
das einzigartige
Erfolgskonzept**

Siemens AG
Bereich Medizinische Technik
Geschäftsgebiet Dental
Fabrikstraße 31
D-6140 Bensheim



*echte Partnerschaft



Wir **erleichtern** Ihnen Ihren **täglichen Ablauf** in der **Praxisverwaltung**.

Informieren Sie sich und testen Sie uns

DORNBERGER Bürotechnik GmbH

Am Platzl 14
8440 Straubing
Tel.: 09421 / 2025

Dechbettener Str. 9
8400 Regensburg
Tel.: 0941 / 24056

Inhalt:

FORUM Nr. 16, 6. Jg.
1. Quartal 1987

Editorial - Polemik ist angesagt	5
Der Ast auf dem wir sitzen ...	7
Neue Honorareinbußen durch Sachverständigengutachten?	10
Auszug aus dem Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion zur zahnmedizinischen Versorgung	14
Ebenbecks Zeugen dementieren nicht	26
Das Kostenerstattungssystem - ein untaugliches Mittel zur Strukturreform	32
Der Patient als Kontrolleur?	36
Pater peccavi	39
Qualitätssicherung in USA	42
Erfahrungsbericht nach 3jähriger Anwendung von Palladium-Silber-Legierungen	57
Praxis des Hydrokolloidabdrucks	63
Amalgam	66
Der erste AIDS-Patient	71
Fortbildung	74
Den eigenen Ast absägen	79
Leserbrief	83
Kinästhetik	87
Versicherungen	88
	3

**SCHMID
UND
PAULA**



**DENTAL
LABOR**

Qualität
und
Ästhetik

ist das Ergebnis unserer präzisen Arbeit.
Dafür stehen unsere Namen

Gerhard Schmid
I. Kutsch
Beate Hoffmann
Marg. Doris
Bettina Schuster
Maria Lutz
Sieglinde Zistler
Stora. Machacka
Gerald Reth
Reinhold Lersch
Kaufmann
Adolf Kallermann
Daniel
Luisa Willbold
Renée Gindler
Ulrich
Lips Raiter
Schwimmer Margit
Gindler

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

Editorial

Polemik ist angesagt

Seit langem wird von den Körperschaften, den Krankenkassen und der Ministerialbürokratie über Verbesserungsmöglichkeiten im Bereich der kassenzahnärztlichen Versorgung nachgedacht. Der aktuellste Diskussionsbeitrag wurde Anfang Februar vom Sachverständigenrat der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen dem Bundesarbeitsminister vorgelegt. Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte, der in der Wahl seiner Diktion ja noch nie besonders zimperlich war, hat auf diese Vorschläge mit noch nie dagewesener Polemik reagiert. Eigentlich wäre hier eine gute Gelegenheit gewesen, sich als verantwortungsbewußter Berufsverband darzustellen, wenn der FVDZ das für uns alle so wichtige Papier vervielfältigt und jedem Kollegen zugesandt hätte, damit jeder sich seine eigene Meinung bilden kann. Stattdessen verschickte der FVDZ eine "Stellungnahme" an alle Zahnärzte, die, ohne sich mit den Vorschlägen konkret auseinanderzusetzen, in übelster Bildzeitungsmanier die Mitglieder des Sachverständigenrats zu beleidigen versucht.

In der gleichen Weise verfuhr man mit der DAZ-"Initiative zur Änderung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Qualitätskriterien" vom August 1986: kein Wort hierzu von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, kein Wort vom Freien Verband zur Sache. Dafür der Versuch, den früheren DAZ-Vorsitzenden Dr. Ebenbeck als Beratungszahnarzt des Bundesverbands der Betriebskrankenkassen zu disqualifizieren und zu diskriminieren (ZM Nr. 4, S. 329). Natürlich wurde dessen Erwiderung in den ZM nicht

abgedruckt, sondern die Vorwürfe in der nächsten Nummer wiederholt (ZM Nr. 5, S. 450).

Mit solcherlei einseitigem Journalismus, der Meinung oktroyiert, statt sie sich bilden zu lassen, manipulieren Freier Verband und die FVDZ-Marionette Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung seit Jahren die Kollegenschaft.

Ist es tatsächlich unveränderbare Realität, daß sich die deutsche Zahnärzteschaft ohne Widerspruch von verbohrten Ideologen wie H.H. Bieg in die sozialpolitische Wüste führen läßt?

Die Redaktion des FORUMs hatte für diese Ausgabe eigentlich mehr Fachbeiträge vorgesehen. Angesichts des für uns alle fatalen berufspolitischen Programms der KZBV (sprich: des Freien Verbands): Ausstieg aus dem Sachleistungssystem (= Abschaffung des Krankenscheins); freie Honorarvereinbarung; Ablehnung aller Kontrollen (= Abschaffung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen); Abbau der Zahnärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst; Prophylaxe nur durch den Zahnarzt und nur gegen Bezahlung von DM 200,-- bis DM 300,-- pro Stunde; Kindergartenprophylaxe nur durch freiwillige Obleute - angesichts dieser existentiell bedeutsamen Problematik veröffentlichen wir die wichtigsten Auszüge aus dem Sachverständigengutachten (S. 14) und nehmen dazu Stellung (S. 10). Die Erwiderung von G. Ebenbeck auf die ZM-Vorwürfe befindet sich auf S. 26. Weiterhin verweisen wir nochmals auf unsere Initiative zur Qualitätssicherung Kassenzahnärztlicher Leistungen (FORUM Nr. 14).

Wir appellieren dringend an alle Kollegen, sich mit der gesamten Problematik intensiv zu beschäftigen und sich eine eigene Meinung zu bilden. Wer zu allem, was der Freie Verband fordert, Ja und Amen sagt, der sollte sich nicht wundern, wenn ihm eines Tages die Basis für eine patientenorientierte und fachlich befriedigende Behandlungsweise fehlt.

Die Redaktion

Der Ast auf dem wir sitzen . . .

Roland Ernst

Die Abstrukturierung des BEMA, die uns das Jahr 1986 bescherte, kostete die Zahnärzteschaft 4,42 % Honorar (447 Mio. DM) und Herrn Zedelmeier den KZBV-Vorsitz. Sie wurde uns in der Standespresse als Diktat des Erweiterten Bewertungsausschusses dargestellt, in dem die zahnärztliche Seite von den Krankenkassen über den Tisch gezogen worden ist. Die Krankenkassen hatten starke Argumente: Sowohl die vielgeschmähte sog. "Dänen-Studie" als auch die Studie des Forschungsinstitutes für die Zahnärztliche Versorgung (FZV), eine Stiftung der KZBV, "Analyse der Bewertungsrelationen zahnärztlicher Dienstleistungen", (Mai 1984) hatten ein Mißverhältnis zwischen konservierenden und prothetischen Honoraren aufgezeigt. Gemäß den Weisungen des Kostendämpfungsgesetzes von 1977 (§ 368 g Abs. 4 RVO) handelte der Ausschuß auftragsgemäß, soweit es um eine Umverteilung der Bewertungszahlen ging. Von einer nicht kostenneutralen Abwertung der Gesamthonorarsumme ist im Gesetz keine Rede gewesen. Zu ihr konnte es nur kommen, weil die zahnärztliche Seite argumentativ miserabel munitioniert war. Sie hatte nicht verständlich machen können, daß die Honorare eine Mischkalkulation sind, bei der die konservierende Leistung

von der prothetischen Leistung subventioniert wird.

Als der DAZ 1980 (!) in seinen "Vorschlägen zur Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik" detailliert die Heraussetzung einiger besonders arbeitsintensiver konservierender und chirurgischer Leistungen vorschlug, erntete er scharfe Ablehnung der prothetikorientierten Besitzstandsverteidiger. Unflexible zahnärztliche Verhandlungsführer, seit jeher auf Ruhe im eigenen Lager und damit auf Punktwertanhebung fixiert, hatten die Zeichen der Zeit verschlafen und in Zeiten voller Kassen versäumt, die Grundlagen zur Beseitigung struktureller Mißstände zu schaffen.

Um es noch einmal deutlich zu machen: Die Krankenkassenseite hatte einen Informations- und Verhandlungsvorsprung von fünf Jahren, als unsere Vertreter noch von Ausgrenzung und Erweiterung der Selbstbeteiligung träumten und fleißig publizierten. Statt die Meinungsbildung im Berufsstand zu fördern, wurden "von oben" fleißig Feindbilder gehegt: Was den DAZ angeht, das falsche, wie sich herausgestellt hat.

Ein 447-Mio.-DM-Mißverständnis. Aber was haben sie daraus

gelernt? Die Krankenkassen und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales brüten scheinbar unbemerkt von der Standesführung und ihren Medien mit hochdotierten Forschungsprojekten den nächsten Brocken aus und haben schon wieder vier Jahre Vorsprung: die Qualitätskontrolle. Bereits 1980 hat der DAZ konkrete Vorschläge zur Verbesserung der zahnärztlichen Behandlungsqualität und ihrer standesinternen Kontrolle - also ohne standesfremden Kontrolleur! - gemacht und sich dabei gut funktionierende Modelle anderer freiheitlicher Systeme zum Vorbild genommen. Sie wurden und werden in der Standespresse totgeschwiegen oder hämisch heruntergemacht. "Schon heute greifen Krankenkassen dankbar auf, daß einige Zahnärzte die Qualitätsfrage hochspielen, um damit den ohnehin brechenden wirtschaftlichen Ast, auf dem der zahnärztliche Berufsstand sitzt, möglichst vorher noch abzusägen. (Zitat Goetzke Nieders. Zahnärzteblatt 22/13 (1987))

Die Chance, die wir bei der BEMA-Umstrukturierung verpaßt haben, haben wir abermals bei der Mitarbeit an der Qualitätsfrage. Sie wird schneller gestellt werden, als die Handvoll Systemveränderer an den Verbandsspitzen glaubt. Sie wird nur in unserem Sinne beantwortet werden, wenn wir sie unverzüglich aufgreifen und diskutieren.

Die Strukturreform steht vor

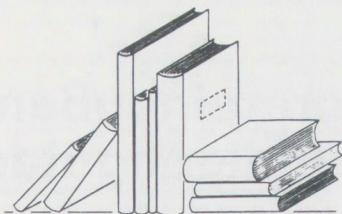
der Tür. Die praxisfernen Vorschläge der KZBV (Ausstieg aus dem Sachleistungssystem mit Kostenerstattung und Abschaffung des Krankenscheins, Ausstieg aus der gegliederten Krankenversicherung durch soziale Staffelung in der Bezuschussung und damit staatlicher Zuschüsse) bedeuten das Ende der Selbstverwaltung und stoßen auf den unerbittlichen Widerstand von CDU, SPD und Grünen, ganz zu schweigen von den Gewerkschaften und den Krankenkassen.

Welcher Teufel reitet unsere Landesvertreter, Honorarpolitik zum Nutzen der prothetikorientierten Privatpraxen und zum Schaden der 65 % Kollegen zu betreiben, die schon jetzt nur 35 % des Gesamteinkommens erwirtschaften? Glauben sie wirklich, die Sozialpolitiker werden zahnärztliche Honorarkämpfe auf dem Rücken der Versicherten, der Zahntechniker, ja der zahnärztlichen Sozialpraxen austragen lassen? Was werden sie antworten, wenn sie sich bald fragen lassen müssen, wieviel Zahngesundheit ihr Monopol für die knapp 15 Mrd. DM/Jahr produziert?

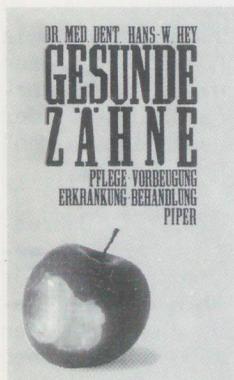
Diskussion um Qualitätssicherung ist nicht "Sägen am Ast auf dem wir sitzen", sondern ehrliches Bemühen um Schadensbegrenzung für die freie zahnärztliche Berufsausübung der großen Mehrheit unserer Kollegen.

Dr. Roland Ernst
Waldblick 2

2905 Edewecht-Friedrichsfehn



FARBATLANTEN DER ZAHNMEDIZIN



Dr. med. dent. Hanns-W. Hey

GESUNDE ZÄHNE

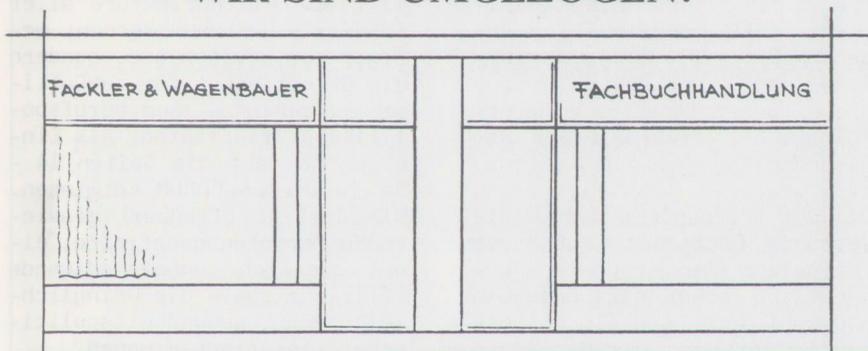
Pflege - Vorbeugung -
Erkrankung - Behandlung

1986

274 Seiten m. 85 Abbild.

Gebunden DM 36,-

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!

Neue Honorareinbußen durch Sachverständigengutachten?

Christian Nielsen

Für KZBV und BDZ bedeutete es 1985 eine herbe Prestigeschlappe, daß in den neugeschaffenen "Sachverständigenrat der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen" kein Zahnarzt berufen wurde. Hinzu kam die Befürchtung, dieses Gremium könnte hinter der schönen Fassade der "im Weltmaßstab erstklassigen Versorgung unserer Bevölkerung" (Schad) so manche Mängel und andere gern verdrängte Wahrheiten aufdecken. Genau das war nämlich Absicht und Auftrag des Bundesarbeitsministers (CDU), endlich eine ungeschminkte Schwachstellenanalyse zu erarbeiten, um daraus die Erfordernisse für eine erfolgreiche Strukturreform des Gesundheitswesens abzuleiten.

Da der "tonangebende" Freie Verband Deutscher Zahnärzte für solche übergeordneten Perspektiven schon satzungsmäßig und wohl auch nach einschlägigen Erfahrungen des Ministers nicht in Frage kommt, dürfte sich das Fehlen eines FVDZ-Sachverständigen also nur positiv im Sinne einer objektiven Problemsicht ausgewirkt

haben. Die Pharmalobby sowie die Krankenhausärzte waren übrigens ebenfalls nicht vertreten. Die Unabhängigkeit der "sieben Gesundheitsweisen" steht also außer Zweifel.

Das Ergebnis dieses 1. Jahresgutachtens ist in der Tat wenig schmeichelhaft, weder für die anderen Bereiche des Gesundheitswesens noch für den Komplex der zahnmedizinischen Versorgung. Aber gerade deshalb sollten die entsprechenden ca. 50 Seiten (Ziffer 341-427) zur Pflichtlektüre aller Zahnärzte erhoben werden; weniger zur Levitenlese, sondern als Orientierung für zukünftige gesundheits- und berufspolitische Prioritäten. Als Einstieg sei auf die Seiten 14 - 24 in diesem FORUM verwiesen. Die Analyse offenbart gravierende Versorgungsdefizite, eine gänzlich unbefriedigende Effizienz sowie die Dringlichkeit neuer gesundheitspolitischer Zielorientierungen.

Wer in der komplizierten Strukturreform-Diskussion den FVDZ-Parolen wie "Ausstieg aus der Sachleistung", "Kostener-

Die HYPO. Die hohe Schule vom Geld.



In Ihrem Geld steckt mehr als Sie glauben. Und wenn Sie es in erfahrene Hände geben, können Sie sehen, wie daraus ein Vermögen werden kann.

Am besten, Sie vertrauen es den Profis der HYPO an – denn diese bringen Ihr Geld in Topform, holen das Beste aus ihm heraus.

Wenn Sie mehr über die hohe Schule vom Geld wissen möchten – unsere Anla-

ge-Spezialisten beraten Sie gern.

Wir lassen uns etwas für Sie einfallen.



Bayerische Hypotheken- und Wechsel-Bank
Aktiengesellschaft

Niederlassung Regensburg
Tel.: 09 41 / 56 95-1 79

Die HYPO.
Eine Bank – ein Wort.

stattungssystem", "Abschaffung des Krankenscheins" gefolgt ist, muß feststellen, daß diese Strategien wegen ihrer sozialen Unverträglichkeit und gesundheitspolitischen Nachteiligkeit abgelehnt werden und keine Chance der Realisierung haben. Es gilt vielmehr, das System zu retten und nicht durch neue Partikularinteressen (aller Beteiligten) endgültig zu ruinieren.

Im November 1986 forderte der FVDZler Julius Herrmann auf seiner Hauptversammlung eine "kühle Analyse" der zahnmedizinischen Situation. Jetzt hat er sie. Daß dabei seine "sorgfältigen Untersuchungen" bei den Gutachtern auf keine (!) Resonanz stießen, sollte ihm zu denken geben. Er und sein "Kampfverband" (Bieg) haben die schwere Vertrauenskrise zu verantworten, sie haben wegen Maßlosigkeit und fehlendem sozialen Fingerspitzengefühl der Zahnärzteschaft insgesamt geschadet. Gerade deshalb sollte Herrmann endlich die Chance wahrnehmen, aus seinem ewiggestrigen Frontkämpfer-Gehabe zu verantwortungsvoller Mitarbeit an der Reform unseres Gesundheitssystems zu kommen.

Wie das bei "Analysen" der Fall ist, wird der "Heilungsprozeß" ohne Einsichten, Selbstkritik und einen gewissen Neuanfang nicht möglich sein. So sollte z.B. die bisweilen hysterische "Wagenburg-Mentalität" endlich der Erkenntnis Platz machen, daß unsere - vom FVDZ geprägte -

Standespolitik nicht selten aus sozialpolitischen Unverschämtheiten und gesundheitspolitischen Halbheiten bestanden hat. Als Erinnerung mögen folgende Stichworte genügen: "Reversverfahren", "Ausbildungsverweigerung für Zahnärzthelferinnen", "schneller, schlechter, schmerzhafter" (Dygzat), gewisse Wartezimmerplakate, die erst auf ultimativen Druck des Ministers Farthmann wieder abgehängt werden mußten, "Behandlungsstreik", die penetrante Propaganda der "Weltspitze" unserer Versorgung. Solche pressure-group-Aktionen haben uns jahrzehntelang Reputation und Sympathien gekostet. Das jetzt vorgelegte Gutachten einschließlich seiner Umstände ist die Quittung für die syndikatartige Verschleuderung ärztlicher Autorität durch die Herren Herrmann, Bieg und Co.

Der Sachverständigenrat hat zu den meisten relevanten Punkten zahnmedizinischer Versorgung Beurteilungen und Empfehlungen erarbeitet; freilich auch Forderungen formuliert, für die die Kollegen des DAZ ohne weitere Diskussion als "sozialistische Verbrecher" (Herrmann), "Nestbeschmutzer", "Systemveränderer", "Nörgler" u.a.m. beschimpft wurden. Anstatt endlich diesen rüden Jargon zu mäßigen, wird gegenüber dem "sogenannten Sachverständigenrat" noch eins draufgesetzt: "dilettantisch", "schlicht unseriös", "unkritischer Umgang mit Hinz und Kunz", "perverse Rezepte",

"verstehen allesamt ganz offensichtlich nichts von der Materie", "schwachsinnig", "man darf sicher sein, daß die Gutachter noch nicht einmal wissen, was Festzuschüsse bedeuten" usw. (Pressemitteilungen des FVDZ, Febr. 87). Peinlich, peinlich! Wieviel Porzellan soll eigentlich noch zerschlagen werden, bis dieser "wilde Haufen" (Ärzte-Zeitung vom 6.11.85) zur Vernunft kommt?

Die Empfehlungen zur Jugendzahnpflege, Prophylaxe, zum Bonusprinzip, zum Einsatz von Lehrbeauftragten an den Unikliniken, zur Erweiterung des Berufsbildes der Zahnarzthelferin/ZMF, schließlich zum gesamten Komplex der Qualitätssicherung sind einschlägigen DAZ-Initiativen entnommen. In der positiven Bewertung unserer Vorschläge durch den Sachverständigenrat sehen wir eine Bestätigung unserer Arbeit. Diese Argumente werden sich in der Diskussion um die Strukturreform nicht länger als "voreilig" und "illusionär" diskriminieren lassen müssen.

Weil der DAZ die Tendenz dieses Gutachtens mit seinen starken gesundheitspolitischen Impulsen begrüßt, weil er berechtigte Kritik auch eines "Laiengremiums" (Herrmann) ernst nehmen und verarbeiten will, scheut der DAZ sich auch nicht, auf manche Ungereimtheiten, unzulässige Schlußfolgerungen und unakzeptable Maximalforderungen hinzuweisen (Ziffern: 364, 367, 382, 386,

402, 407, 420, 426). Diese Schwächen erschweren die Akzeptanz und damit das Gelingen der Reform. Das insgesamt zutreffende Gutachten sollte deshalb in einer baldigen ergänzenden Studie teilweise differenzierter erörtert, wissenschaftlicher belegt und gegebenenfalls korrigiert werden. Die konstruktive Kritik aus der Zahnärzteschaft wird dabei unerlässlich sein.

Deshalb appellieren wir an die zahnärztlichen Körperschaften, diese Bestandsaufnahme nicht - wie der FVDZ - als "Demagogie" demagogisch abzutun, sondern die häufig durchaus berechtigte Kritik der Gutachter zum Anlaß zu nehmen, die nicht wegzudiskutierenden Defizite in der zahnmedizinischen Versorgung (z.B. die nur rudimentäre Primärprophylaxe, die Unerreichbarkeit der WHO-Ziele, die nur bedingte Effektivität, die auffallende Ineffizienz) endlich aktiv und unter kompetenter Mitverantwortung zu verringern.

Es wäre ein Akt politischer Klugheit, den Ärger über dieses Gutachten nicht zum casus belli hochzustilisieren. Der Bundesarbeitsminister seinerseits wird sich selbstverständlich bei seinen Überlegungen zur Strukturreform auf die Empfehlungen des Sachverständigenrates stützen. Worauf sonst?

Dr. Christian Nielsen
Lindenschmitstr. 44
8000 München 70

Auszug aus dem Gutachten zur zahnmedizinischen Versorgung

Anfang Februar hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sein Jahresgutachten 1987 an Bundesarbeitsminister Blüm übergeben. Ein großer Teil dieses Gutachtens betrifft die zahnmedizinische Versorgung in der Bundesrepublik. Hier wird nicht nur eine nüchterne Bestandsaufnahme der oralen Gesundheit und der finanziellen Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung vorgelegt. Zum ersten Mal werden auch Aussagen über das Versorgungsniveau gemacht, sowie Vorschläge zur Weiterentwicklung der zahnmedizinischen Versorgung, zur Qualitätssicherung und zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterbreitet. Im folgenden bringen wir die wichtigsten Auszüge aus diesem für die Zahnärzteschaft hochaktuellen Papier.

1. Ausgangslage

- S. 247: Die Ausgaben für zahnärztliche Behandlung einschließlich Prothetik stiegen im Zeitraum 1970 bis 1985 in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) um das 5,6-fache, im Bereich der privaten Krankenversicherung (PKV) um das 8,8-fache. Zusätzlich zahlten die GKV-Versicherten 1985 ca. 2,16 Mrd. DM direkte Selbstbeteiligung. Dies entspricht ca. 50 % (1984) der über alle Leistungsbereiche der GKV summierten Selbstbeteiligung.
- S. 233: Im Jahre 1985 lagen die Ausgaben für Zahnersatz mit ca. 7,6 Mrd. DM über denen für zahnärztliche Behandlung, für die ca. 6,6 Mrd. DM ausgegeben wurden. Dies kann nicht allein darauf zurückgeführt werden, daß die zahnprothetische Versorgung der Bevölkerung vor Einführung eines vertraglich geregelten Zahnersatzes (1975) unzureichend war. Vielmehr sind dafür Entwicklungen des Versorgungsniveaus und der Mangel an Aktivitäten im präventiv-prophylaktischen Bereich verantwortlich. Im europäischen Vergleich der Gesundheitsausgaben zeigt

sich, daß die Bundesrepublik Deutschland bei den Pro-Kopf-Ausgaben für zahnmedizinische Versorgung an oberster Stelle steht.

S. 234: Das hohe Ausgabenniveau entspricht jedoch nicht dem Niveau der Zahngesundheit.

2. Zahngesundheit in der Bundesrepublik

S. 235: Die Befunde zur Zahngesundheit bei Schulkindern lassen den Schluß zu, daß in den letzten zehn Jahren keine Verbesserung erreicht worden ist.

S. 236: Lediglich bei den 8-9jährigen Kindern zeigen sich erste Ansätze einer verbesserten Zahngesundheitspflege in den Kindergärten und einer verbesserten Aufklärung der Eltern. Diese Entwicklung ist bei der Altersgruppe der 13-14jährigen nicht erkennbar. Vielmehr ist heute festzustellen, daß erfolgreiche Ansätze im Vorschulalter durch den Mangel kariesprophylaktischer Aktivitäten in den Schulen konterkariert werden.

Für Kinder im Vorschulalter liegen nur Einzelbefunde vor. Danach sollen 43 - 89 % der 3jährigen und 27 - 70 % der 6jährigen Kinder Kariesbefall aufweisen.

Bereits 6jährige Kinder sollen zu 30 - 70 % Zahnfleischentzündungen aufweisen.

In einem internationalen Vergleich der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen nimmt die Bundesrepublik einen ungünstigen Platz ein. Insbesondere die Veränderungsraten innerhalb der letzten zehn Jahre zeigen, daß sie im europäischen Vergleich zurückgefallen ist (Hüllebrand, Naujoks).

S. 237: Der Anteil der Gesamtbevölkerung, der sich empfehlungsgemäß nach jeder Mahlzeit die Zähne putzt, dürfte Anfang der 80er Jahre bei nur etwa 10 % liegen, während 15 % (1965 = 45 %) keine Zahnpflege betreiben.

S. 238: Etwa 73 % der Bevölkerung halten Zahnerkrankungen für nicht oder nur in einem geringen Ausmaß vermeidbar und sind mit ihrem Zahnstatus zufrieden.

Der rechtzeitige Gang zum Zahnarzt wird zudem durch eine bei ca. 80 % der Bevölkerung vorhandene Schmerzerwartung gehemmt.

3. Bestimmungsfaktoren des Leistungsgeschehens

- Zahnarzt-dichte -

Gemessen an der Zahnarzt-dichte nimmt die Bundesrepublik mit ca. 60 Zahnärzten je 100.000 Einwohnern (1985) im europäischen Vergleich einen Mittelplatz ein.

- Qualifikation der Zahnärzte -

S. 240: Das Studium der Zahnmedizin ist in der Bundesrepublik Deutschland vorwiegend "pragmatisch-technisch" ausgerichtet. Präventive Zahnheilkunde, Parodontologie, Kinderzahnheilkunde sowie Vorlesungen über Psychologie, Sozialmedizin und verwandte Sachgebiete werden dagegen vernachlässigt.

Nach wie vor gibt es nur einen einzigen Lehrstuhl für präventive Zahnmedizin; eine Ausbildung zum Zahnarzt für Kinderzahnheilkunde fehlt völlig. Kinderzahnheilkunde und Parodontologie werden in der Bundesrepublik in der Regel nur am Rande gelehrt. In den nächsten zehn Jahren werden ca. 50 % der Professorenstellen in der Zahnheilkunde neu zu besetzen sein.

S. 241: Die verstärkte Berufung von Lehrbeauftragten könnte hier entlastend wirken.

Im Jahre 1985 gibt es in der Bundesrepublik 30 Zahnärzte im öffentlichen Gesundheitswesen.

- Zahntechniker -

Im Jahre 1968 gab es lediglich 2.321 Dentallabors mit 14.321 Beschäftigten. Drei Jahre nach den Prothetikverträgen (1975) war ihre Zahl auf 3.203 mit 41.200 Beschäftigten gestiegen und von 1978 bis 1985 weiter auf 4.305 Betriebe mit nunmehr 45.600 Beschäftigten. Für 1985 kann die Zahl der insgesamt beschäftigten Zahntechniker, obwohl hierfür von der Berufsgenossenschaft keine Zahlen vorliegen, auf 56.450 hochgerechnet werden. Dies entspricht auf der Basis von 36.817 behandelnd tätigen Zahnärzten einer Zahnarzt/Zahntechniker-Relation im Jahre 1985 von 1 : 1,53.

S. 242: Diese Relation reflektiert den hohen Stellenwert prothetisch-technischer Leistungen in der Bundesrepublik. In vergleichbaren Ländern wie der Schweiz (1 : 0,21), den USA (1: 0,4) oder Schweden (1 : 0,25) sind Mitte der

80er Jahre relativ weniger Zahntechniker beschäftigt.

- Zahnmedizinische Fachhelferinnen -

In der Ausbildung und Beschäftigung von zahnmedizinischen Fachhelferinnen bleibt die Bundesrepublik gegenüber Ländern mit ausgebautem Prophylaxesystem zurück.

S. 243: Statt das Berufsbild zu fördern, wird es nur noch in zwei der drei Kammerbereiche, in denen es bisher überhaupt Berücksichtigung fand, vermittelt.

- Organisations- und Kostenstruktur der Praxen -

S. 245: Nach Angaben der WHO weist die Zahnarztpraxis in den USA, bei einer etwa gleichen Zahnärztdichte und Arbeitszeit pro Woche wie in der Bundesrepublik ca. 47 % weniger Patientenkontakte pro Woche auf. Die Konsultationsdauer liegt dagegen um 78 % oder 14 Min. höher.

Es gibt deutliche Hinweise, daß bei den kurzen Behandlungseinheiten in der Bundesrepublik die begleitende Beratungsarbeit vernachlässigt wird.

S. 247: Wird das Bruttoeinkommen aus zahnärztlicher Tätigkeit mit dem Bruttoeinkommen aus ärztlicher Tätigkeit in niedergelassener Praxis verglichen, zeigt sich, daß die ärztlichen Praxen 1984 im Durchschnitt 17 % niedriger liegen als die zahnärztlichen Praxen.

- Ausgestaltung des Versicherungsschutzes -

S. 255: Der klare Zusammenhang zwischen der vorbeugenden Inanspruchnahme zahnärztlicher (Prophylaxe-)Leistungen und der Vermeidung vorzeitigen Zahnersatzes sollte bei der Ausgestaltung des Versicherungsschutzes berücksichtigt werden.

Heute werden die Versicherten in gleicher Weise mit den Kosten teurer zahnprothetischer Versorgung auch jener Teile der Versichertengemeinschaft belastet, die keinerlei Prophylaxe betrieben haben.

- Auswirkungen der Vergütungspolitik -

S. 257: Komplexgebühren sind als Zusammenfassung mehrerer Ein-

zelleistungen in Grenzen denkbar, haben jedoch den Nachteil, daß die Komplexgebühr auch dann vergütet werden muß, wenn nur ein Teil der zusammengefaßten Leistungen erbracht wird.

Komplexgebühren als isoliertes Instrument vermögen die heutigen Probleme im zahnärztlichen Leistungsbereich alleine nicht zu lösen. Wo sie angewendet werden, ist sicherzustellen, daß alle Leistungen auch tatsächlich ausgeführt werden.

- S. 258: Die vorliegenden Rechnungsergebnisse der Kassen für das 1. bis 3. Quartal 1986 lassen erkennen, daß die (im Bereich der GKV verfügbaren) Absenkungseffekte noch nicht in der vorab berechneten Höhe eingetreten sind. Der kieferorthopädische Bereich bleibt hinter den erwarteten Absenkungseffekten zurück.
- S. 259: Der unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen verzerrte Wettbewerb der Krankenkassen um Mitglieder hemmt die Erarbeitung gemeinsamer Standpunkte zur Ausfüllung ihrer Spielräume in der Kostendämpfungspolitik. Dies spricht für die Notwendigkeit gemeinsamer Verhandlungen.

4. Versorgungsniveau im zahnärztlichen Sektor

- Präventiver Bereich -

Der Kapazitätsabbau im öffentlichen Gesundheitswesen und die Widerstände bei den Beteiligten gegen eine systematische Prophylaxe bedürfen dringend einer Korrektur.

- S. 260: Die Erfolge der Prophylaxe bei Kindern in und vor allem außerhalb der Bundesrepublik zeigen, daß der Resistenz-erhöhung durch ausreichende Fluoridzufuhr und der Plaquebeseitigung entscheidende Bedeutung zukommen.
- S. 262: Es fehlt in diesem Zusammenhang in den Bundesländern an wirksamen Rechtsgrundlagen, die die Durchführung entsprechender Überwachungsaufgaben in Kindergärten und Schulen zur Pflicht machen.
- S. 263: Ein Prophylaxe-Programm im Kindesalter ist auch unter Kostengesichtspunkten sehr sinnvoll.
- S. 264: ... es muß der Schluß gezogen werden, daß eine kostengünstige Prophylaxe seitens der Zahnärzte keine Förderung erfahren soll. Auch beim Einsatz zahnmedizinischer

Fachhelferinnen ist zu berücksichtigen, daß unter den bis heute vom Freien Verband Deutscher Zahnärzte vorgeschlagenen Voraussetzungen einer quartalsweisen Kontrolle der Bevölkerung ab dem 10. bis zum 55. Lebensjahr rechnerisch Ausgaben in einer Größenordnung von ca. 4 Mrd. DM jährlich resultieren, wenn pro Quartal eine halbe Stunde angesetzt wird und die Rate der Inanspruchnahme 50 % beträgt.

Der Primärprophylaxe im kindlichen Bereich kommt insoweit Vorrang zu.

- Konservierender und chirurgischer Bereich -

S. 266: Einzelne Gebührenpositionen im konservierend-chirurgischen Bereich bedürfen weiterer Korrektur. Maßnahmen zur Zahnerhaltung werden als Folge der Unterbewertung einzelner Positionen weiterhin in nicht ausreichendem Umfang geleistet. Dabei bleiben beispielsweise dreiflächige Füllungen im Seitenzahnbereich gegenüber Kronen die Ausnahme auch dort, wo sie mit guten Erfolgsaussichten praktikierbar wären. Wurzelkanalbehandlung und Wurzelspitzenamputation werden nicht in ausreichendem Maße im Sinne der Zahnerhaltung durchgeführt, da die in der Gebührenordnung gesetzten Anreize vorzeitigen Zahnersatz nahelegen. Besonders deutliche Defizite weist im konservierend-chirurgischen Bereich nach wie vor die Zahnbehandlung bei Kindern auf.

- Prothetischer Bereich -

S. 267: Ist ein Versicherter ohne ausreichende Information über die funktional-ästhetisch gleichwertigen Alternativen des Zahnersatzes, so wird er die Qualität prothetischer Arbeiten nur am Preis messen.

Das zahnärztliche Honorar in der Prothetik steigt - auch dort, wo dies nicht sachgerecht erscheint - mit höherem, zahntechnisch betriebenem Aufwand. Außerdem ist die Vergütung der Zahnärzte, gemessen am Zeitaufwand, bei zahnärztlichen Leistungen in der Prothetik nach wie vor deutlich höher als bei konservierenden und vor allem als bei einigen chirurgischen Leistungen. Hier sind weitere Korrekturen erforderlich.

Auf dem Markt für zahntechnische Leistungen wirkt sich die Konstruktion der Marktbeziehungen wettbewerbshemmend aus.

- S. 268: Die zahntechnischen Leistungen sind in einer Reihe von Positionen überbewertet.
Eine grundlegende Neuordnung der kollektivvertraglichen Preisbildungsmechanismen im zahntechnischen Bereich ist vordringlich.
- S. 269: Obwohl von 1976 bis 1985 einschließlich der Versichertenanteile über 80 Mrd. DM in der Kassenpraxis für Zahnprothetik abgerechnet worden sind, ist ein Sanierungseffekt nicht erkennbar; ein großer Teil der Zahnersatzarbeiten mußte nach wenigen Jahren erneuert werden. Über Maßnahmen der Qualitätssicherung ließen sich mithin weitere Einsparpotentiale erschließen.
Der "teure" Zahnersatz ist nicht pauschal ein Problem von "Übersorgung", sondern vor allem auch eine Frage der medizinischen Indikation und Effektivität der Versorgung.
Nicht der Ersatz fehlender Zähne, sondern Vorsorge zum Erhalt der Restzähne sollte im Vordergrund stehen.
Abnehmbare Brücken und komplizierte Geschiebe-Konstruktionen verteuern die Versorgung ohne nennenswerte Effektivitätsvorteile und sind daher vor dem Hintergrund des Wirtschaftlichkeitsgebots der kassenzahnärztlichen Versorgung abzulehnen.
- S. 270: Es sind 192 edelmetall-reduzierte Legierungen auf dem Markt; Mindestanforderungen und Prüfungen sind aber bisher nicht entwickelt worden.

- Kieferorthopädischer Bereich -

Die Gebührenpositionen erscheinen - auch nach der letzten Umstrukturierung - zu hoch bewertet.

Die im Vergleich zu anderen Zahnärzten besonders hohen Umsätze der Kieferorthopäden sind wesentlich durch risikolose Behandlung großer Patientenzahlen und Anfertigung konventioneller funktions-kieferorthopädischer Apparaturen in großer Stückzahl bedingt.

- S. 271: Da die geübte Delegierungspraxis unproblematisch scheint, ist eine entsprechende Absenkung der betreffenden Gebührenpositionen angezeigt.

5. Vorschläge zur Weiterentwicklung der zahnmedizinischen Versorgung

- Verbesserte Zielorientierung -

Nur mit einem gezielten Abbau von Über- und Unterversorgung wird es möglich sein, die Mundgesundheit in der Bundesrepublik Deutschland nachhaltig zu verbessern und gleichzeitig die Gesamtausgaben auf ein dauerhaft finanzierbares Niveau zurückzuführen.

- Verbesserung der Gesundheitsberatung und Prophylaxe -

S. 272: Es soll insbesondere auf eine Reduktion des Anteils gezuckert-wäßriger Trinkzubereitungen (Tees, Säfte) und auf die Einhaltung der kombinierten Rachitis-Fluorid-Prophylaxe hingewirkt werden.

Ein vernünftiges Ernährungsverhalten der Bevölkerung sollte mit der Kennzeichnung zahnschonender Süßigkeiten erleichtert werden. In der Altersgruppe der 4-6jährigen entfallen nach Angaben des Ernährungsberichts 1984 zwischen 31 - 35 % des täglichen Lebensmittelverbrauchs in Gramm pro Person auf Marmelade, Zucker, Süßigkeiten und gezuckert-wäßrige Erfrischungsgetränke.

Das Verbot der Kennzeichnung bei Lebensmittel als "zuckerfrei" ist aufzuheben. Darüber hinaus sollten nach Schweizer Beispiel bei Süßwaren solche Produkte zur Kennzeichnung als "zahnfreundlich" zugelassen werden, die mit sog. "hydrierten Zuckern" gesüßt sind. Schulärztlicher Dienst und Schulaufsicht sollten es nicht hinnehmen, wenn in den Räumen zahlreicher Schulen unseres Landes in Kiosken und Cafeterien für die Schüler diejenigen zahnzerstörenden Süßwaren offeriert werden, um deren Entwöhnung man sich in Prophylaxeprogrammen bemüht.

Der Rat sieht es als eine vorrangige Aufgabe der Gesundheitspolitik an, daß die Länder im Rahmen verpflichtender Regelungen die Anforderungen an eine flächendeckende, systematische und kontinuierliche Zahnprophylaxe für Kinder und Jugendliche bis zum 16. Lebensjahr bestimmen und ihre Durchsetzung überwachen.

S. 273: Die jugendzahnärztlichen Dienste sind auch mit mobilen Schulzahnkliniken (Bsp.: Berlin) auszurüsten.

S. 274: Es ist ein Prophylaxe-Scheckheft mit dokumentierten Praxisterminen einzuführen.

Da es sich bei primär-prophylaktischen Maßnahmen in der Zahnarztpraxis grundsätzlich um delegierbare Leistungen handelt, die durch qualifizierte Zahnarzt-Fachhelferinnen erbracht werden können, ist der Punktwert für diese Leistungen entsprechend abzusenken.

Ein stufenweiser Aufbau des Prophylaxesystems könnte in der Weise bewirkt werden, daß ein Prophylaxe-Scheckheft an die Jahrgänge der gerade 15jährigen ausgegeben wird.

Es wird vorgeschlagen, eine lückenlose Inanspruchnahme der Termine für die Versicherten von 15 bis unter 25 Jahren mit einem Bonus analog dem für die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft zu versehen. In Dänemark und den Niederlanden werden hiermit positive Erfahrungen gemacht.

- S. 275: Der Rat lehnt Vorschläge ab, die Geltung des Sachleistungsprinzips rückgängig zu machen oder in diesem Sinne - zusätzlich zu den neuen Prothetikrichtlinien - bei zahntechnischen Leistungen Festzuschüsse einzuführen.
- S. 276: Bei Leistungen nach den Parodontose-Verträgen sind von der Einführung einer Komplexgebühr zur Initialbehandlung von Parodontopathien aus versorgungspolitischer Sicht kaum ausreichende Fortschritte zu erwarten. Andererseits widerspricht die bestehende Komplexgebühr zur Langzeitbehandlung dem Gebot der Leistungstransparenz. Im Gegensatz dazu sollten - auch aus Gründen der Abrechnungsklarheit und -wahrheit - nachprüfbar, in sich geschlossene Einzelleistungen vertraglich vereinbart werden.

- Harmonisierung des Bewertungsmaßstabes -

Im einheitlichen Bewertungsmaßstab (BEMA) für zahnärztliche Leistungen ist die Überhonorierung kieferorthopädischer Leistungen zu beseitigen. Die 1985/86 vorgenommene Umstrukturierung hat die Überbewertung im Vergleich zu konservierenden Leistungen in etwa halbiert. Der Rat schlägt vor, das Honorarniveau im prothetischen und kieferorthopädischen Bereich um weitere 15 % abzusenken.

Eine weitere Straffung des Gebührenverzeichnisses mit in sich abgeschlossenen Einzelleistungen muß erfolgen. Für geeignete Leistungen sollte im Bewertungsmaßstab der minimale Zeiteinsatz festgelegt werden, insbesondere immer dann, wenn die Punktzahl sich maßgeblich an diesem Zeiteinsatz orientiert.

Entsprechende Bewertungskorrekturen sind auch für die Gebührenordnung Zahnärzte (GOZ) vordringlich. Die Entwicklung der letzten 20 Jahre seit der GO-Z von 1965 erfordert eine Neugestaltung des zahnärztlichen Gebührenrechts.

S. 277: Zur dringend notwendigen Verbesserung der Kinderzahnbehandlung wird vorgeschlagen, diese mit einem erhöhten Punktwert auszustatten.

- Effektivere Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsprüfung -

Die Wirtschaftlichkeit der zahnärztlichen Leistungen kann nicht anhand statistischer Durchschnittswerte geprüft werden, solange für die allgemeine Praxis qualitätssichernde Richtlinien nicht verbindlich sind.

Behandlungsmängel und Fehlbehandlungen (in kurzem Zeitabstand wiederholte Füllungen oder erneuerte Zahnersatzarbeiten, parodontologisch nicht vorbehandelte Pfeilerzähne bei feststehendem Zahnersatz usw.) können in einem längeren Beobachtungszeitraum auffindbar gemacht werden, wenn die heute bereits zu Abrechnungszwecken gespeicherten Daten qualitätsbezogen ausgewertet werden. Erst eine solche Auswertung könnte die Grundlage bilden für eine sachgerechte Beratung von Zahnärzten und Versicherten.

S. 278: Den Entwurf zu einer Konzeption der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Qualitätskriterien auf dieser Datenbasis legte kürzlich der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde vor. Der Rat befürwortet diesen Beitrag zur lange überfälligen Verbesserung der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Seine breite Diskussion und die baldige Vereinbarung verbindlicher Regelungen ist vordringlich.

Zur verbesserten Wirtschaftlichkeitsprüfung wird die Einführung nicht mehr nur zahnbezogener, sondern auch chronologischer zahnärztlicher Behandlungsscheine - entsprechend dem ambulanten ärztlichen Bereich - vorgeschlagen.

In der prothetischen und kieferorthopädischen Versorgung ist eine effektivere Vorprüfung der eingereichten Heil- und Kostenpläne notwendig.

Das Modell einer kassenorientierten Auswertung (AOK-Dortmund) unter Hinzuziehung zahnärztlicher Kompetenz ist rechtlich unbedenklich und nachahmenswert.

S. 279: Es sollten zahnärztliche Beratungsstellen für Versicherte eingerichtet werden. Diese können beispielsweise von den Krankenkassen und kassenzahnärztlichen Vereinigungen gemeinsam unterhalten werden. Der Beratungszahnarzt kann dem Versicherten und dem behandelnden Zahnarzt Empfehlungen geben.

Im kieferorthopädischen Bereich sind Leistungen bei strittiger Indikation obligatorisch an ein Gutachterverfahren zu binden.

- Preiswettbewerb bei zahntechnischen Leistungen -

Der prozentuale Abschlag für Praxislabore scheint sachgerecht. Eine Beteiligung lieferbereiter Labore der Nachbarländer der Bundesrepublik sollte nicht behindert werden. Es wird jedoch vorgeschlagen, nur diejenigen Labore an der kassenzahnärztlichen Versorgung zu beteiligen, die den Kassen ihre jeweils aktuellen Preise anzeigen.

S. 280: Die Kassen, deren Anteil an den Laborkosten auf den Durchschnittspreis zu beschränken ist, setzen ihre Versicherten bei Antragstellung über die aktuellen Preise in Kenntnis. Der Versicherte wählt dann das Labor, dem der Auftrag erteilt werden soll, mit seinem Zahnarzt aus. Die Auftragserteilung selbst erfolgt durch den Zahnarzt.

- Verbesserte Abgrenzung von Kassen- und Privatpraxis -

Die stärkere Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit nach den Prothetik-Richtlinien vom 01.04.1986 und den dazu vereinbarten Empfehlungen der GKV-Spitzenverbände und der KZBV darf nicht dazu führen, daß die Zahnärzte ihre Einnahmehausfälle durch ein Ausweichen in die sogenannte Abdingung nach § 182 c Abs. 5 RVO zu Lasten der Versicherten kompensieren. Es muß sorgfältig beobachtet und analysiert werden, ob die Richtlinien und Empfehlungen eingehalten werden oder ob es zu ungerechtfertigten Liquidationen gegenüber GKV-Versicherten kommt.

AIDS am Herz

Myokarditis und dilatative Kardiomyopathie sind bei AIDS-Patienten häufiger als bisher angenommen: R. Virmani u. Mitarb., Washington, fanden bei der Autopsie von insgesamt 71 verstorbenen AIDS-Patienten in 37 Fällen eine Myokarditis, bei sieben von diesen zusätzlich eine dilatative Kardiomyopathie. Vor dem Tod war bei einem Teil der Patienten eine massive Herzinsuffizienz mit verminderter Auswurfleistung festgestellt worden.

Nur in sieben Fällen war ein Erregernachweis gelungen.

Die Autoren schließen daraus, daß die meisten der Myokarditiden bei AIDS-Kranken idiopathisch ist. Als eine wichtige klinische Erscheinungsform des erworbenen Immundefekt-Syndroms und häufige Todesursache sollte die AIDS-assoziierte Herzmuskelerkrankung im Auge behalten werden.

MMW 50/86, S. 11

PREISVERGLEICH

Einmalhandschuhe

Händler	Menge (Pckg.)	Preis pro Packung (100 Stück) incl. MwSt. in DM												
		Braun			Travenol		Semperit		Polyäth.		Hausmarke			
		Manufix Latex	Manuplast Polyäthylen	Vasco OP Latex steril	Triflex Vinyl	Triflex OP Latex steril	Sempermed Latex	Sempermed OP Latex steril	Polyäth. äthylen	Plyäth. gepudert	einzel auf Papier	Polyäth. gepudert	einzel auf Papier	steril
ÄS Ärzte-Service Wildenbruchstr. 16, 4650 Galsenkirchen	1-9	26,94	3,99	68,40	22,23	—	22,23	68,40	2,57	9,83	13,68	—	—	24,23
	ab 10	23,95	3,49	—	20,98	—	20,98	—	2,22	9,34	12,98	—	—	22,98
CEDIP GmbH Postf. 46 02 45, 8000 München 46	1-9	29,80	4,50	—	39,50	—	—	115,—	—	—	—	—	—	—
	ab 10	—	3,50	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Dr. Hagen GmbH Celler Str. 119, 3300 Braunschweig	1-9	—	—	—	—	—	29,45	—	3,30	—	—	—	—	—
	ab 10	—	—	—	—	—	26,15	—	2,95	—	—	—	—	—
HWV R. Blome GmbH Postf. 10 51 65, 2800 Bremen	1-9	24,85	1,85	60,—	—	—	18,50	49,90	1,50	—	9,95	—	19,50	—
	ab 10	—	—	(50 Paar)	—	—	—	(50 Paar)	—	—	—	—	—	—
Adolf Haverkamp Postfach 11 48, 8122 Pnzberg	1-9	27,—	3,20	1,29	23,15	1,20	18,30	99,90	2,90	—	9,80	—	—	21,80
	ab 10	—	—	(pro Paar)	—	(pro Paar)	—	—	—	—	—	—	—	—
Jordan Gamma Hermann-Volz-Str. 52, 7950 Biberach	1-9	—	—	—	14,82	—	—	—	12,76	—	—	—	—	25,—
	ab 10	—	—	—	—	—	—	—	12,13	—	—	—	—	23,75
MediQuick GmbH Postfach 11 48, 4518 Bad Laer 1	1-9	27,30	2,95	1,37	—	—	19,—	59,—	9,90	—	—	—	—	19,90
	ab 10	—	—	(pro Paar)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
pro praxis GmbH Industriegebiet, 7836 Bahlingen	1-9	27,50	3,40	67,50	—	—	—	66,60	2,20	12,80	—	25,40	—	—
	ab 20	—	—	—	—	—	—	(50 Paar)	—	11,52	—	22,86	—	—
	ab 50	—	—	—	—	—	—	—	1,98	—	—	—	—	—
Schmidt Medizintechnik, Postfach 165, 7057 Winnenden	1-9	23,50	2,20	62,—	16,50	49,90	19,90	49,90	1,79	—	12,90	—	22,50	—
	ab 10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Händereinigungsmittel

Händler	Menge	Preis pro Flasche incl. MwSt. in DM									
		Braunosan H-Plus	Lifosan soft	Primassept M	Eseemsoft	Esemtan 2000	Sebamed flüssig	Mucaderma Waschlöt.	Sebamed compact 150 g	Sebamed flüssig 500 ml	Apura Seifencreme 8 x 750 ml
ÄS Ärzte-Service (Adressen siehe Einmalhandschuhe)	1 l	29,60	16,53	38,99	21,77	21,77	—	—	—	—	62,70
	5 l	109,44	63,84	—	—	—	—	—	—	—	—
	10 l	—	—	336,30	170,94	170,43	—	—	—	—	—
CEDIP GmbH	1 l	—	13,50	—	—	—	—	—	—	—	78,40
	5 l	—	58,—	—	—	—	—	—	—	—	—
Dr. Hagen GmbH	1 l	32,35	14,85	34,67	—	—	18,95	—	3,58	10,95	—
	5 l	119,55	—	—	—	—	—	—	—	—	—
HWV R. Blome GmbH	1 l	25,85	11,50	28,90	16,50	16,50	19,—	—	3,90	11,80	51,90
	5 l	95,45	52,95	—	—	—	—	—	—	—	—
	10 l	—	—	263,20	131,90	131,90	—	—	3,90	—	—
Adolf Haverkamp	1 l	29,—	14,95	33,95	17,50	17,50	—	—	—	—	47,—
	5 l	99,—	56,—	—	—	—	—	—	—	—	—
	10 l	—	—	275,—	142,—	142,—	—	—	—	—	—
Jordan Gamma	1 l	—	—	31,93	18,81	18,81	19,30	—	3,97	11,97	—
	10 l	—	—	312,13	144,69	161,15	—	—	—	—	—
MediQuick GmbH	1 l	29,90	13,20	25,90	14,90	13,90	16,95	12,85	3,90	10,50	—
	5 l	102,90	52,50	—	—	—	—	56,90	—	—	—
	10 l	—	—	237,—	119,—	119,—	—	—	—	—	—
pro praxis GmbH	1 l	29,80	15,80	28,80	17,80	19,80	—	—	—	—	—
	5 l	104,80	58,80	—	—	—	—	—	—	—	—
	10 l	—	—	234,80	144,80	144,80	—	—	—	—	—
Schmidt Medizint.	1 l	26,50	11,90	27,50	16,90	16,90	18,50	13,90	3,60	11,50	59,—
	5 l	95,50	49,90	—	—	—	—	64,50	—	—	—
	10 l	—	—	249,—	129,90	129,90	—	—	—	—	—

Quelle: Arzt und Wirtschaft 25/86, S. 39/40

Ebenbeck's Zeugen dementieren nicht

Die Redaktion des FORUMs sieht sich veranlaßt, aufgrund der gegen den Kollegen Ebenbeck in der ZM Nrn. 4 und 5 (1987) erhobenen Vorwürfe und Diffamierungen, ein Schreiben des Kollegen Ebenbeck an den Hauptgeschäftsführer der KZBV, Dr. Tiemann, zu veröffentlichen.

Ergänzend hierzu gab Kollege Ebenbeck gegenüber der FORUM-Redaktion folgende Stellungnahme ab:

1. Es ist nachweisbar unrichtig, daß "eine Rückfrage bei den Autoren" (ZM Nr. 4, S. 329) des Modellversuchs zur Erhöhung der Leistungs- und Kostentransparenz nach § 223 RVO ergab, daß irgendwelche von mir angegebenen Zahlen dementiert wurden.

Weder der Bearbeiter des Modellversuchs noch das Projektteam hat bei der sog. "Rückfrage" der KZBV eine derartige Aussage gemacht.

2. In der ZM Nr. 5, S. 451, wird erneut die unwahre Behauptung aufgestellt, bei einer "Rücksprache mit den Autoren" seien Zahlen dementiert worden, wobei in dieser ZM-Ausgabe fast vollständig der Brief des Dr. Tiemann an den Bundesverband der Betriebskrankenkassen abgedruckt wird. Es ist bemerkenswert, daß ein angehender Jura-Professor mit derartigen unwahren Behauptungen den Eindruck zu erwecken sucht als hätten "Ebenbecks Zeugen dementiert". Von einer Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung sollte man eigentlich erwarten können, daß sie sich noch soviel Anstand erhalten hat, fairerweise auch mein Antwortschreiben auf den Brief des Dr. Tiemann zu veröffentlichen.

3. Von den in der ZM Nr. 5 abgedruckten Zitaten auf S. 452 habe ich kein Wort zurückzunehmen.

Mit den angefügten sog. Kommentaren hat sich die "ZM" auf das Niveau des "Freien Zahnarztes" begeben, was allerdings zu bedauern ist. Die "Gleichschaltung" Freier Verband - Bundeskassenzahnärztliche Vereinigung ist zum Schaden aller Zahnärzte perfekt.

Dr. Ebenbeck

Gerd Ebenbeck
Dr. med. dent.

Privat:
Hochweg 25
8400 Regensburg
Telefon 0941/23943

8411 Brennbach/Schwaig
Telefon 09484/443

Kassenzahnärztliche
Bundesvereinigung
z. Hd. Herrn Dr. B. Tiemann
Universitätsstr. 73

5000 Köln 41

Regensburg, 05.02.1987

Sehr geehrter Herr Dr. Tiemann,

dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen liegt ein Schreiben vor, in dem Sie mir in meiner Funktion als Beratungszahnarzt des BdB vorwerfen, falsche Zitate bezüglich der Qualität zahnärztlicher Leistungen referiert zu haben.

Die von Ihnen beanstandeten Zahlen stammen aus der "Zahnärztlichen Initiative zur Änderung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Qualitätskriterien" des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde, die wir der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung im August 1986 vorgelegt haben und zu der Sie sich bisher weder gegenüber dem DAZ noch gegenüber dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung zu einer Stellungnahme bequemen konnten.

Ich muß deshalb davon ausgehen, daß es Ihnen in Ihrem Schreiben an den BdB lediglich darum geht, mich beim Bundesverband der Betriebskrankenkassen unglaubwürdig zu machen und zu diskreditieren.

Stil und Inhalt Ihres Schreibens lassen kaum andere Motive erkennen. Darüber hinaus legt die Tatsache, mit welcher Häufigkeit und Aggressivität die KZBV und insbesondere der Freie Verband Deutscher Zahnärzte auf meine Ausführungen reagiert, den Verdacht nahe, daß ein besonders wunder Punkt zahnärztlicher Berufspolitik getroffen wurde.

Die Haltung der KZEV, "keinen spezifischen Handlungsbedarf" zu erkennen, die unverblümete Drohung, daß ein "Tätigwerden des Vertragspartners" dazu geeignet sei, "unsere Beziehungen empfindlich zu stören", ist als traditionelle Defensivtaktik zu beurteilen.

Auf die angesprochene Qualitätsproblematik bei kassenzahnärztlichen Leistungen wird wie üblich nicht eingegangen.

Ihrer Kritik begegne ich im einzelnen:

1. Das angebliche Zitat einer Arbeit von Prof. Kerschbaum, nach dem "bei über 50 % aller Überkronungen Karies zurückgelassen wird", ist nicht belegt, entspringt einer Fehlinterpretation und wird deshalb auch nicht weiter behauptet. Ich bedaure ausdrücklich diese als wissenschaftlichen Befund deklarierte Aussage und habe auch gegenüber Herrn Prof. Kerschbaum diese Interpretation korrigiert.

Eigene Befunde und Erfahrungen bei der Abnahme von Kronen zeigen jedoch, daß Restkaries und/oder nicht entfernte alte Füllungen als methodischer Fehler, Sekundärkaries als Folge von technischen Mängeln der künstlichen Kronen als Hauptursachen für den Mißerfolg dieser Therapie anzusehen sind.

Diese Erfahrungen werden gestützt durch von Kerschbaum zitierte Untersuchungen von Schwartz und Mitarbeitern (in ZM 20/86, S. 2315).

2. Der nicht ohne gewisse Selbstzufriedenheit gegebene Hinweis auf die "Verweildauer von Kronen und Brückenprothesen" geht hingegen völlig an der hier relevanten Qualitätsdiskussion vorbei.

Kerschbaum und Gaa verweisen in ihrer Studie "Longitudinale Analyse von feststehendem Zahnersatz privatversicherter Patienten" ausdrücklich darauf, daß "der Grad der Funktionstüchtigkeit der Restaurationen nicht Gegenstand dieser Untersuchung war".

Die aufgrund dieser Studie (ergänzt in ZM 20/86, S. 2315) geschätzte "Halbwertszeit für Kronen- und Brückenersatz von 15 - 25 Jahren" ist nicht geeignet, Rückschlüsse auf qualitative Aspekte dieser Restaurationen zu ziehen, sondern bestenfalls Vorteile gegenüber anderen Versorgungsformen nachzuweisen.

Darüber hinaus halte ich es für fragwürdig, diese an ausschließlich privatversicherten Patienten gewonnene Beobachtung auf die Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung zu übertragen.

"Verweildauer" und "Zeitspanne der Funktionstüchtigkeit" sind weder identisch noch uneingeschränkt "valide Maßstäbe für den Erfolg". Diese oberflächliche Betrachtungsweise wird dem heute international üblichen Anspruch bei der Suche nach Qualitätskriterien nicht gerecht. Deshalb ist mit Recht z.B. auf den "Randschluß" als Qualitätsmaßstab zu verweisen.

3. Realistischer als die "Auswertung von Phantommodellen" (DZZ 36, S. 243, 1981) sind klinische Nachuntersuchungen. In der Studie "Zur marginalen Paßform von Kronen und Brücken" in DZZ 41, S. 1015-1019, 1986, kommt Prof. Spiekermann zu dem Ergebnis, daß "der errechnete Mittelwert für die ausgemessenen Zementspaltbreiten bei 382 μm lag (Streuungsbreite 50 - 1425 μm).

41,5 % der Kronenränder waren zu lang, 3 % zu kurz, eine Überkontur zeigten 73,6 %. Nur 28,9 % wiesen keine Konkrementablagerungen unterhalb der Kronenränder auf. 19,7 % der untersuchten Kronen konnten als den heutigen klinischen und zahntechnischen Möglichkeiten entsprechend und damit als korrekt gestaltet eingestuft werden.

Rechnet man den Zementrandspalten die Randdicke der Kronenränder hinzu, so standen die Kronenränder im marginalen Bereich im Mittelwert um 0,5 mm ab. Die Kronenrandgestaltung stellt sich also in der Praxis als deutlich ungünstiger dar, als sie von wissenschaftlicher Seite für notwendig und als klinisch erreichbar angesehen wird."

4. Untersuchungen von Prof. Marxkors zum "Randschluß der Gußkronen" (DZZ 35, S. 913-915, 1980) führten zu dem Ergebnis, daß "der zervikale Kronenrand distal im Mittel 230 μm (Tangentialpräparation) bzw. 160 μm (erkennbare Grenze) abstand."
5. In diese Reihe klinischer Untersuchungen gehört auch die sogenannte Münster-Studie von Prof. Lange (Quintessenz 9/1983, S. 1741-1754), die zitiert wurde.

Danach zeigten 69 % der Füllungen zervikale Überschüsse, 78 % der Einzelkronen und 82 % der Brücken wiesen biologisch nicht akzeptable Überhänge, subgingivale Extensionen und mangelnde marginale Adaptationen auf."

Das sind klinische "Tatsachen", die von erheblicher "praktischer Bedeutung" für

- a) das subjektive Wohlbefinden unserer Patienten
- b) die Möglichkeit der Karies- und PAR-Prophylaxe
- c) die Prognose
- d) die finanzielle Inanspruchnahme der Solidargemeinschaft
- e) den Ruf unseres Berufsstandes sind.

Die als Zitat deklarierte "klinisch angestrebte Randspaltbreite von 20 - 50 μm " als von Prof. Lange angeblich verwendeter Qualitätsmaßstab wird in der oben genannten Arbeit nicht angegeben.

Sie sollten nicht den Eindruck erwecken wollen als handle es sich hier um akademische Haarspalterei.

6. Ich habe gewisses Verständnis dafür, daß Ihr berufspolitisch definierter Auftrag vorsieht, weniger schmeichelhafte Zahlen zu relativieren, als "wissenschaftsintern höchst umstritten", als "praktisch bedeutungslos" herunterzuspielen.

Dabei dürfen medizinisch-wissenschaftliche und berufsethische Dimensionen nicht auf der Strecke bleiben. "Medizin und Zahnmedizin sind Erfahrungs- und Handlungswissenschaften par excellence. Fortschritte werden häufig nach dem Prinzip "trial and error" erzielt. Nur durch die kritische Würdigung der Behandlungsergebnisse bleibt dieser Prozeß in Gang." (Kerschbaum)

Ihre Einlassung als Jurist, ich hätte als Zahnarzt die von mir zitierte Literatur nicht gelesen oder nicht verstanden, muß als arrogante Anmaßung zurückgewiesen werden.

7. Ihre Behauptung, in dem vom Deutschen Arbeitskreis initiierten, vom Bundesministerium für Forschung und Technologie geförderten "Verbundprojekt" (zwischen Klinikern und Praktikern) sei z.B. nicht beabsichtigt, eine solche Maßzahl wie "nicht größer als 50 μm " vorzuschlagen, entbehrt jeder Grundlage und ist als Wunschdenken anzusehen.

In Kenntnis der Sachlage stelle ich hiermit fest, daß der damit befaßte Beirat "Qualitätssicherung in der Zahnmedizin" diese Fragen überhaupt noch nicht erörtert hat. Die Problematik "undifferenzierter Normen" wird von dem Gremium sehr wohl gesehen werden, internationale Standards und Qualitätssicherung werden aber klare, auch metrische Beurteilungskriterien zur Evaluation zahnärztlicher Leistungen als unverzichtbar erscheinen lassen.

Von "wissenschaftlicher Seite wird seit Jahren ein Zementspalt von etwa 50 - 100 μm als klinisch erreichbar und auch als notwendig gefordert" (Spiekermann). Die Spekulation auf unverbindliche Empfehlungen wird sich nicht realisieren.

8. Die Zahlen bezüglich der §-223-Studie, also des Modellversuchs zur Leistungs- und Kostentransparenz der Voith-BKK beruhen auf der mündlichen Information eines der beteiligten Autoren vom Juni 1986.

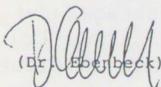
Da die Endergebnisse dieses Projekts noch nicht vorliegen, gehe ich davon aus, daß dieses Zitat korrekt wiedergegeben wurde.

Ich schließe allerdings auch auf einen sich dringend ergebenden Handlungsbedarf, da sich Auftraggeber und Projektträger bereits mit einer größer angelegten Folgestudie nach § 223 RVO befassen.

Zusammenfassend führe ich aus, daß den zahnärztlichen Körperschaften der Vorwurf gemacht werden muß, die "ureigenste Aufgabe der Zahnärzteschaft, eine qualitativ gute zahnärztliche Versorgung sicherzustellen", jahrzehntelang vernachlässigt zu haben. Epidemiologische Studien, qualitätsorientierte Nachuntersuchungen, stagnierende Morbidität belegen diese Feststellung drastisch. Mit einer beispiellosen berufspolitischen Hartnäckigkeit wird die systematische Qualitätssicherung verzögert und bagatellisiert. Der Stand der Qualitätssicherung vergleichbarer Zahnärzteschaften (USA, Schweiz, Skandinavien) wird ignoriert.

Die "äußerst schwierige Aufgabe weitergehender Definitionen" wird nicht dadurch einfacher, daß sie auf die lange Bank geschoben wird. Gemeinsam mit meinem Berufsverband warne ich davor, die berechtigten "Erwartungen" von Patienten, Gesundheitspolitikern und nicht zuletzt vieler Zahnärzte länger als "voreilig" und illusionär zu diskriminieren.

Mit freundlichen Grüßen


(Dr. Eberbeck)

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

Das Kostenerstattungssystem — ein untaugliches Mittel zur Strukturreform

Gerd Ebenbeck

Das System der Kostenerstattung, das derzeit von den zahnärztlichen Körperschaften angepriesen wird, ist kein Patiententrezept für eine Strukturreform und die notwendige Kostenentlastung des Gesundheitswesens. Bisher wurden weder von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung noch vom Freien Verband Deutscher Zahnärzte Erläuterungen dazu abgegeben, wie die Kostenerstattung abgewickelt werden soll und in welchem Rahmen sich die Eigenbeteiligung bei dieser Kostenerstattung bewegt. Außerdem ist völlig unklar, wie eine Rechnungsüberprüfung durch den Patienten durchgeführt werden kann. Auch im Kostenerstattungssystem wird weder bei jeder ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung ein Kostenvoranschlag erstellt noch wird jede Behandlungsmaßnahme gesondert abgerechnet. Eine Rechnungserstellung erfolgt erst am Ende der Behandlung. Wenn der Patient dann nach Wochen die Rechnung erhält, kann er höchstens nach subjektivem Ermessen überprüfen, ob die wesentlichen Leistungen bei ihm vorgenommen wurden, auf Kosten einwirken kann er dann nicht mehr.

Bei einer Vielzahl von Leistungen, die in ein- und der-

selben Sitzung nicht oder nicht neben anderen Leistungen abgerechnet werden dürfen, fehlen dem Versicherten zwangsläufig Kenntnisse, so daß er die Rechnung gar nicht überprüfen kann. Unwirtschaftliche Leistungen, die nicht notwendig sind oder anstelle von wirtschaftlichen Leistungen abgerechnet werden, kann der Patient ebenfalls nicht erkennen. Daraus folgt, daß dem Patienten nichts anderes übrigbleibt, als die Rechnung zu bezahlen und zur Kostenerstattung bei seiner Krankenkasse einzureichen. Selbst bei einer hundertprozentigen Kostenerstattung wird die jeweilige Krankenkasse aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen die Rechnung um die sachlich unrichtigen Beträge und um die unwirtschaftlichen Leistungen kürzen müssen und diese gehen somit zu Lasten des Patienten.

Eine Leistungs- und Kostentransparenz wird also gar nicht erreicht und die versprochenen Kosteneinsparungen schlagen in Kostenerhöhungen um und zwar um sachlich falsche und unwirtschaftliche Leistungsbeträge. Die Eigenbeteiligung der Versicherten muß gesetzlich verankert sein, sonst löst das Kostenerstattungsprinzip einen ruinösen Wettbewerb unter den Kranken-

kassen aus. Eine soziale Abstufung im System der Kostenerstattung kann nur bedeuten, daß Freiwillig-Versicherte und Besser-Verdienende höher belastet werden als Pflichtmitglieder und Rentner. Dieses Prinzip führt jedoch im Endeffekt zu einer Entsolidarisierung, da sich die bereits hoch belasteten freiwilligen Mitglieder aus der gesetzlichen Krankenversicherung zurückziehen werden. Das Prinzip der Kostenerstattung führt also bei gesamtwirtschaftlich höheren Kosten zur Aufhebung des Solidaritätsprinzips.

Mit der Einführung der Kostenerstattung wird das gesamte Prüfwesen unterlaufen. Weder Krankenkassen noch Kassenzahnärztliche Vereinigungen oder Landesverbände in den Prüfungsausschüssen haben Einfluß auf die Abrechnung der Ärzte und Zahnärzte. Da auch die Abrechnung nicht mehr über die KVen oder KZVen laufen wird, könnten die KVen bzw. KZVen insgesamt aufgelöst werden.

Da durch die Entsolidarisierung und Umorientierung der freiwillig und besser verdienenden Versicherten viele Krankenkassen und ganze Kassenarten ausscheiden werden, führt die Kostenerstattung auch zur Aufgabe des Subsidiaritätsprinzips - d.h., wenn die Krankenkassen oder Kassenarten die sozialen Risiken nicht mehr abfangen können, muß der Staat eintreten. Die Aufgabe des Solidaritäts- und Subsidiaritätsprinzips führt

zwangsläufig zum Sozialstaatsprinzip, d.h. beim Wegfall von Solidargemeinschaften muß der Staat eintreten und dies wiederum führt für alle nicht privat Versicherten zu einer staatlichen Gesundheitsversicherung. Das Kostenerstattungsprinzip führt zwangsläufig dorthin, was von den Schöpfern des Gedankens sicherlich nicht gewollt wurde.

Der Vorwurf "das Sachleistungssystem anonymisiert die Leistungsbeziehungen" wird von einer Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung erhoben, die sich seit Jahren weigert, einen transparenten EDV-überprüfbaren Krankenschein mit Datumsangabe bei jeder anfallenden zahnärztlichen Leistung einzuführen. Es wird so getan, als könne man im Sachleistungssystem das Leistungsgeschehen nicht transparent machen. Das Gegenteil ist der Fall. Das als Allheilmittel propagierte Erstattungssystem verhindert die Transparenz - der Versicherte geht zum Beispiel bei der prothetischen Versorgung ein nicht kalkulierbares finanzielles Risiko ein.

Das Kostenerstattungssystem als Steuerungselement in dieser Form zu propagieren ist ein Armutszeugnis für diese Standesführung. Es belegt, daß ein Großteil der Zahnärzte in den letzten zehn Jahren anscheinend unfähig war, mit dem Sachleistungssystem verantwortungsvoll umzugehen. Auch vor

den neuen Richtlinien mußte sich ja schließlich die Ver-
ordnung von Zahnersatz an den
Kriterien der Wirtschaftlich-
keit und der medizinischen
Notwendigkeit orientieren. Wer
hat eigentlich die Zahnärzte-
schaft gezwungen, laufend die
Indikationsgrenzen zu über-
schreiten? Dies kann man nun
wirklich nicht mit dem Schlag-
wort "Begehrlichkeit" oder mit
der angeblich "aktiven Rolle
des Versicherten im Leistungs-
geschehen" erklären.

In der Tat führen diese sog.
Reformvorschläge in eine
längst überwundene Zwei-Klas-
sen-Medizin. Die propagierte
Direktbeteiligung bei der PAR-
Behandlung würde gerade auf
diesem Gebiet, auf dem viel zu
wenig behandelt wird, einen
unverantwortlichen Rückschritt
bedeuten. In der Prothetik hat
die Beteiligung der Versicherten
an den Laborkosten das er-
trägliche Maß längst erreicht.
Durch Abdingungen wird es
vielfach überschritten, was
zur Verhinderung von notwendi-
gen Behandlungen führen kann.

Das Kostenerstattungssystem
führt also weder zu Einsparun-

gen noch stärkt es die Selbst-
verwaltung. Geschickt verpackt
in der Besorgnis um die Liqui-
dität der Krankenkassen soll
mit Festzuschüssen zu den Ma-
terial- und Laborkosten und
dem Erstattungssystem mehr
Wirtschaftlichkeit bei den
Sozialleistungsträgern Einzug
halten. Nach dem Motto "mit
dem Versicherten kommen wir
schon klar" soll der einzelne
Versicherte ohne Kenntnis des
Erstattungsbetrages jeder Ho-
norarforderung des Zahnarztes
ausgeliefert werden.

Es ist zu hoffen, daß die ge-
setzlichen Krankenversicherun-
gen die Interessen ihrer Ver-
sicherten vertreten und die
Kostenerstattung im Bereich
der Zahnheilkunde ablehnen. Es
ist aber auch zu hoffen, daß
sich innerhalb der Zahnärzte-
schaft die Erkenntnis durch-
setzen wird, daß Kostenerstat-
tung wie sie derzeit von der
Standesführung propagiert
wird, die Therapiefreiheit in
unverantwortlicher Weise ein-
schränkt.

Dr. Gerd Ebenbeck
Sedanstr. 18
8400 Regensburg

Wer schlecht gelaunt ist, arbeitet besser

Wer fröhlich ist, arbeitet vielleicht flotter, bessere Arbeiten erbringt aber
eher der Zustand der schlechten Laune, denn sie ist gekennzeichnet durch systema-
tisches Denken. Im Zustand der guten Laune wird die Sachlichkeit von intuitivem
Denken immer mehr verdrängt, fanden Psychologen der Universität Gießen heraus.
Offensichtlich sei es auch so, daß der derzeit schlecht Gelaunte so gezielt
denkt, daß seine gute Laune zurückkehrt und er dann wieder richtig flotte Arbeit
leisten kann.

Eine gute Adresse in Stade



**Dental-Werkstätten
Stade**

GmbH · Am Schäfersteig 15 · 2160 Stade · Telefon (0 41 41) 6 30 51 / 52

Der Patient als Kontrolleur?

— Über Sinn und Unsinn von Patientenbefragungen zur kassenärztlichen Abrechnung

H.-W. Hey

Vorab: Die Idee, Patienten danach zu befragen, welche Behandlungen denn während der letzten Arztbesuche durchgeführt worden sind, ist sicher nicht der Ausdruck eines grundsätzlichen Mißtrauens der Krankenkassen gegenüber der Ärzteschaft. Vielmehr sei daran erinnert, daß in der Vergangenheit immer wieder Ärzte und Zahnärzte das Vertrauen, auf dem die Abrechnung kassenärztlicher Leistungen mittels Krankenschein noch immer basiert, mißbrauchten und sich, zum Teil in großem Stil, durch betrügerische Falschabrechnungen bereichert haben. Da wurden z.B. Hausbesuche bei Verstorbenen dokumentiert, alte Füllungen für neue ausgegeben oder eine Zahnsteinentfernung als systematische PAR-Behandlung abgerechnet.

Selbstverständlich erzeugten solcherlei Praktiken nicht nur bei den Krankenkassen ein Klima des Mißtrauens gegenüber allen Ärzten. Die staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen mit entsprechender Resonanz in den Medien zogen auch die unvermeidlichen Verallgemeinerungstendenzen in der Bevölkerung nach sich: Die Ärzte und die Zahnärzte als Beutel-

schneider und Gebührenartisten.

Es war nur folgerichtig, daß die Krankenkassen nach Instrumenten suchten, mit denen man den Ärzten auf die Finger schauen kann. Und es war naheliegend, dies über den Patienten zu tun. So begann man, Art und Umfang der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen nachzufragen. Bei "konkreten" Leistungen wie dem Hausbesuch oder der systematischen Parodontalbehandlung erscheint dies ja auch praktikabel und - wie die Erfahrung gezeigt hat - durchaus erfolgversprechend. Ob nur Zahnstein, eventuell sogar durch die Helferin, entfernt wurde oder ob in mehreren Sitzungen "mit Betäubungsspritze am Zahnfleisch geschnitten und genäht wurde" - diese Frage vermag auch ein schlichter Patient sicher zu beantworten.

Wäre es bei dieser Art Patientenbefragung durch Krankenkassen und kassenärztliche Vereinigung (!) geblieben, so hätte man wohl kaum Einwände dagegen erheben können. Doch da Erfolge beflügeln, wurde versucht, das Instrument auf breiterer Basis einzusetzen:

So verschickte 1985 eine Bremer Krankenkasse an 48.000 Patienten einen Fragebogen mit der Aufforderung, den Grund von Arztbesuchen (Diagnose) anzugeben sowie Art und Umfang aller in Anspruch genommenen kassenzahnärztlichen Leistungen zu dokumentieren. Da man sich die Sache so einfach wie möglich machen wollte, war darauf verzichtet worden, dem Fragebogen eine ärztliche Gebührenordnung beizulegen oder irgendwelche anderen Informationen, mit deren Hilfe der Patient hätte feststellen können, welche Leistungen gegenüber der Krankenkasse abgerechnet werden können und wie diese - für Laien verständlich - definiert sind. Wie sich herausstellte, gingen nämlich manche Patienten davon aus, daß die telefonische Beratung eines Patienten durch den Arzt eigentlich keine Leistung sei und somit auch nicht dokumentiert werden müsse. In einem anderen Fall hatte eine Patientin ihren Gynäkologen gebeten, neben der Schwangerschaftskontrolle doch bitte auch noch das entzündete Bein anzusehen (Thrombophlebitis) und ihr eine Salbe dafür aufzuschreiben. Da sie annahm, Untersuchung des Beines und Rezeptur seien kostenfreie Serviceleistungen, unterließ sie natürlich die entsprechende Eintragung auf dem Fragebogen. So kam es, daß der - sehr gewissenhaft und gründlich arbeitende - Gynäkologe bei der Krankenkasse in Verdacht geriet, diese Leistung und mehrere (telefonische) Bera-

tungen (die eine davon betraf ein 45-minütiges nächtliches Gespräch wegen psychischer Komplikationen bei einer Risikoschwangerschaft) der Krankenkasse unrechtmäßig berechnet zu haben. Nachfragen klärten zwar diese Mißverständnisse auf; zurück blieb in diesem Fall jedoch ein nachhaltig gestörtes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patientin. In vielen anderen Fällen kam es zum Behandlungsabbruch, ja sogar zu juristischen Schritten von Ärzten gegen Patienten, von denen sie sich verleumdet fühlten. In manchen Fällen beklagten sich Patienten über ihre Krankenkasse, von der sie sich mißbraucht fühlten. Dies und die Tatsache, daß unter dem Strich nur 18 Fälle übrigblieben, in denen dem Arzt betrügerische Falschabrechnung nachgewiesen wurde, führten zum Abbruch der gesamten Fragebogenaktion. Natürlich hätte es die Krankenkasse keine Mühe gekostet, sich bei den fälschlich beschuldigten Ärzten mit einem freundlichen Schreiben zu entschuldigen oder zumindest um Verständnis zu bitten - unter Sozialpartnern keine unbillige Erwartung. Doch auch dies unterblieb. So hinterließ die großangelegte Aktion schließlich nur einen großen Haufen zerschlagenes Porzellan: Patienten, die sich von ihrer Krankenkasse in eine Auseinandersetzung Ärzteschaft/Krankenkassen hineingezogen fühlen und sich nun einen anderen Arzt suchen müssen; Ärzte, die sich verleumdet fühlen, und

Krankenkassenfunktionäre, die wegen 18 Fällen Abrechnungsbetrug ein Vielfaches an finan-
ziellem Aufwand investiert und
sich obendrein Ärger mit Ärz-
ten und Patienten eingehandelt
haben.

Gerade an diesem konkreten
Beispiel zeigt sich erneut,
wieviel besser es wäre, wenn
die (natürlich notwendigen!)
Kontrollen kassen(zahn)ärztlicher
Leistungen dort stattfinden,
wo sie weder das Arzt/Pa-
tientenverhältnis noch die
Praxisorganisation belasten:
in den Computern der KVen und
KZVen. Mit Hilfe der hier
langfristig gespeicherten Ab-
rechnungsdaten, die einem von
Vertretern der Ärzteschaft und
der Krankenkassen paritätisch
besetzten Prüfungsausschuß
vorzulegen sind, können die
meisten Fragen bezüglich der
diagnostischen und therapeuti-
schen Logik sowie auch der
Richtigkeit der Abrechnung be-
antwortet werden. Für den
zahnärztlichen Bereich hat der
DAZ im FORUM Nr. 14, III/86
dieses Vorgehen beispielhaft
erarbeitet (Initiative zur Än-

derung der Wirtschaftlich-
keitsprüfung nach Qualitäts-
kriterien).

Es wird höchste Zeit, daß sich
die Krankenkassen intensiver
mit dem Gesamtkomplex Abrech-
nung befassen. Unkontrollierte
Akzeptanz aller abgerechneten
Leistungen ist hier ebenso un-
angebracht wie spektakuläre
Aktionen in der Öffentlich-
keit. Gefragt ist vielmehr ein
Instrumentarium in der Hand
kompetenter Prüfungsausschüs-
se, das in der Lage ist, dem
gewissenhaft arbeitenden Arzt
das leistungsgerechte Honorar
zu sichern und den Pfuscher
und Abrechnungsbetrüger aus-
findig zu machen.

Selbstverständlich darf auch
in Zukunft nicht auf die
stichprobenartige Einzelfall-
prüfung, wenn nötig mit Pa-
tientenbefragung, verzichtet
werden; doch kann dies nicht
Regel, sondern nur die Ausnah-
me sein.

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

Erkennen Sie die Weisheit des ungesicherten Lebens!

Denken Sie mehr daran, den Erfolg des gegenwärtigen Tages zu sichern und Mißer-
folge am gegenwärtigen Tag auszuschalten, als eine absolute Absicherung der Zu-
kunft anzustreben.

Die Zukunft ist sicher unsicher. Für die Zukunft gilt: "Glück ist das Fehlen von
Unglück!" Den gegenwärtigen Tag jedoch können Sie sichern. Für ihn gilt häufig -
nach Charlie Chaplin -: "Glück ist eine Frage der Organisation!" Kommende Tage
sorgen für sich selber. Sie haben das auch zu tun! Jeder Tag ist ein neuer Be-
ginn.

Pater peccavi!!

Kai Müller

Die nachfolgende Glosse bezieht sich auf die im ARTIKULATOR Nr. 18 (dem Organ der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin) geäußerten Kritik an der DAZ-"Initiative zur Änderung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Qualitätskriterien."

"Zweifel an der eigenen Unzulänglichkeit" (der Artikulator 18, 1986; "Überwinden wir das verfluchte Mittelmaß!") sind seit je die starke Seite unserer Kollegen vom VDZ gewesen. Die oben zitierte Stilblüte war in einem Artikel zu finden, der endlich die Wahrheit über den DAZ ans Licht gebracht hat: bei diesem Verein handelt es sich um die fünfte Kolonne des "FVDZ"! Täuschungsmanöver nützen nichts mehr - nur ein rasches Geständnis kann unsere Lage noch retten. Hier ist die ganze Wahrheit:

Der Begriff "Qualitätssicherung" wurde von uns mit Bedacht aus dem amerikanischen Sprachgebrauch übernommen. Bewußt übersehen haben wir dabei, daß "quality assurance" eigentlich Qualitätsversicherung heißen müßte. Die semantische Analyse dieses Begriffs zeigt auf, daß es eigentlich die Patienten sind, die sich gegen mangelnde Qualität versichern müßten. Damit ist auch der Beweis erbracht, daß eine Organisation wie die American Dental Association sich weit außerhalb der Begrifflichkeiten stellt, die eine demokratische Zahnheilkunde (was im-

mer das sein mag) definieren. Wir wissen ja auch, daß es die ADA verstanden hat, sich beträchtliche Geldmittel der "Kellogg Foundation" (sic!) für ihre eigenen Marketing-Zwecke unter den Nagel zu reißen. Diese Mittel werden hauptsächlich dazu verwandt, schon die jungen und ungeformten Zahnmedizinstudenten insofern systemstabilisierend zu verbiegen, daß ihnen der schamlose Begriff der Qualitätsversicherung wie selbstverständlich zur inneren Richtschnur werden muß. Ein Abgrund von Watergate-Dimensionen tut sich auf. Es blieb dem DAZ vorbehalten, diesen Begriff in diesem unserem Lande an den Logen wachsender DAG-treuer Pförtner vorbei in die Chefetagen der Ministerien und Verbände zu schleusen. Wen nimmt's wunder, wenn der "Artikulator" hierfür die Parabel des "trojanischen Pferdes" bemühen muß?

Wir bekennen auch die Todsünde der Inadäquanz. Freilich ist unsere letzte Initiative in Sachen Qualitätssicherung nicht dazu geeignet, den hilflosen Kassen bei der Suche nach den "skrupellosen und intelligenten Geschäftemachern und Porschefahrern" zu helfen,

die sich "im Dschungel des Systems von Einzelleistungen meist besser auskennen, als die Kontrolleure." Vielleicht wäre es uns gelungen, mit dem raffinierten Plot durchzukommen, daß die Zahnärzte selbst am besten wissen müssen, wem man wie auf die Finger schauen und im Zweifelsfalle hauen sollte. Aber seit Boehnisch für den "Artikulator" schreibt, ist es halt nicht mehr so einfach. In Wahrheit geht die Qualität doch die Zahnärzteschaft nichts an - die Patienten übrigens auch nicht! Wer zahlt denn den ganzen Klumpatsch? Na ...? Eben! Und deshalb - "richtig wäre es doch, wenn diese Funktion in die Hände derjenigen kommt, die diese Leistungen zu vergüten haben. Und das sind nun mal die Krankenkassen." Wir bitten hiermit die Krankenkassen um Verzeihung! Haben wir doch ihre jahrzehntelangen Bemühungen um Qualitätskontrolle, ihre pausenlos vorgetragenen Anläufe, ihr zähes Ringen um mehr Behandlungsqualität listig zu unterlaufen getrachtet. (Literaturverzeichnis über das Thema: "Der vergebliche Kampf der Krankenkassen um mehr Behandlungsqualität" aus Platzgründen beim Verfasser) Eines hat der "Freie Verband" dem VDZ allerdings voraus - er hat als erster den konspirativen und desinformatorischen Charakter der sog. Beratertätigkeit des DAZ bei bestimmten Verbänden des feindlichen Lagers erkannt und beim Namen genannt. Mehr Wachsamkeit, Genossen!

Womit wir beim nächsten Vergehen wären - fehlendes Bunkergefühl! Es unterläuft uns immer wieder der Lapsus, daß wir bei der Auseinandersetzung mit Sachfragen die Position des FVDZ außer acht lassen. Da helfen auch ziselierte Scheinangriffe auf Personen und Positionen dieser reaktionären Restgruppe nichts! Es kann und darf nicht angehen, daß demokratisch zahnmedizinische Herzen oder Hirne in irgendeiner Sache (ich sage nur - würg! - Einzelleistungsvergütung, Freiberuflichkeit) zu Aussagen gelangen, die der "Freie Verband" gemacht hat, oder machen könnte. Man kann in solchen Fällen doch wenigstens das Maul halten! Wie soll denn eine Solidarität im oppositionellen Lager hergehen, wenn's am fundamentalen fehlt? Wir bitten um eine angemessene Strafe! Wie wäre es z.B. mit der knallharten Anwendung des doppelt degressiven Punktwerts gegenüber jedem DAZler, der es versäumt, sich wenigstens sprachlicher Versatzstücke, wie "demokratisch" oder "fortschrittlich" zu bedienen, wenn er öffentlich zu standespolitischen Fragen Stellung nimmt? Was, Gunther - wär doch was??

Es wird wohl wieder nix werden mit der Nestwärme für den DAZ. Die einen wie die anderen lassen sich nicht täuschen. Profilierungssucht, Merkantilismus, Besserwisserei, Nestbeschmutzerei sind halt auch Eigenschaften, die unserer Zahnärzteschaft - ob frei oder

fortschrittlich - schon übel in die Nase gehen müssen. Mit der Bitte um allfällige Richtungsangaben zur Umkehr bereit, in Sorge,

Kai Müller
demissionierter Altpräsident
Hauptstr. 26
8031 Seefeld

Kollektive Vorbeugungsprogramme in der Schule und der Einsatz von teilzeitlich angestellten Schulzahnpflegehelferinnen (SZPH) - Stand nach 20 Jahren

Seit Anfang der siebziger Jahre bis 1985 entschieden sich 400 Gemeinden in 17 Kantonen der Schweiz, Hausfrauen als Schulzahnpflegehelferinnen teilzeitlich einzusetzen. Z.Zt. betreuen 900 SZPH etwa 200.000 Kinder (1/4 aller Schweizer Schüler). Sie übernehmen sämtliche Aktionen in den Schulen (6 angeleitete Zahnbürstübungen pro Jahr mit einem Fluoridpräparat, Vermittlung präventiven Wissens).

Der Einsatz von Schulzahnpflegehelferinnen hat sich als sehr erfolgreich, ökonomisch und zukunftsweisend gezeigt. Bei einer vollamtlich angestellten Prophylaxegehilfin betragen die Kosten für einen Schulbesuch je

Kind Fr. 2.50. Bei einer SZPH sind hingegen pro Kind nur Fr. 0.80 bis 1.- anzusetzen. Die Wirksamkeit von SZPH auf die Zahngesundheit wurde durch Erhebungen in einer Anzahl Gemeinden statistisch vielfach belegt.

"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."

Magri, F., Marthaler, T.M., Scherer, R., Bandi, A. und Schreiber, A.: Schweiz. Mschr. Zahnmed. 96, 1225 (1986)

Hüten Sie sich vor dem strategischen Kardinalfehler der "Übersversicherung"

Übersversicherung ist die Zerstörung der Gegenwart für den vergeblichen Versuch, die Zukunft völlig abzusichern. Ruinieren Sie sich nicht die Gegenwart zugunsten der Zukunft.

Leben Sie nicht jetzt schlecht, um es später vielleicht besser zu haben. Arbeiten Sie sich jetzt nicht tot, um später gut leben zu können. Laufen Sie nicht jetzt mit der Gesundheit dem Geld hinterher, um später mit dem

Geld der Gesundheit hinterherlaufen zu müssen.

Scheitern Sie nicht jetzt bei Ihren Aufgaben, nur weil Sie keine Mittel aus der strategischen Reserve für die Unterstützung der gegenwärtigen Offensive freigeben wollen.

Versäumen Sie nicht jetzt das in Ihrer Ehe, was Sie in ferner Zukunft dann so hervorragend machen wollen.

Arzt und Wirtschaft 22/86, S. 38

Qualitätssicherung in USA

Computer Applications for Peer Review and Quality Assurance in Dental Care. Adaptation of Pace for Dentistry.

Organisation: California Foundation for Dental Health (CFDH)
Daniel F. Gordon, DDS, Principal Investigator,
Ronald G. DeVincenzi, DDS, Co-Investigator, G.
Ryge, L. Stein

- Hintergrund -

Im letzten Jahrzehnt gab es zwei Entwicklungen, die das Gesundheitswesen stark beeinflusst haben: Verbraucherschutz-Bewegungen und der Trend zu größeren staatlichen Eingriffen. Die Zahnärzte haben darauf mit dem Bemühen um effektive und verfeinerte Wege der Qualitätskontrolle reagiert, um so der Verantwortung gegenüber den Patienten gerecht zu werden und um behördliche Kontrollprogramme überflüssig zu machen.

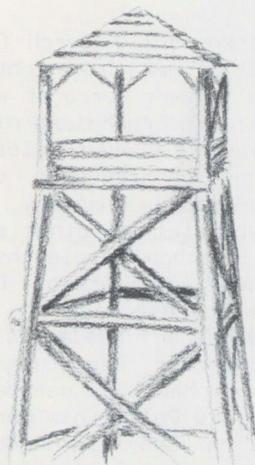
Im Mittelpunkt dieser Bemühungen standen Methoden berufständischer Kontrollen, die fair, zuverlässig, objektiv und kostengünstig sind. Dabei lag das Hauptproblem darin, diejenigen Kollegen zu identi-

fizieren, deren Leistungen einer Kontrolle bedürfen. Zur Zeit werden Zahnärzte in zweierlei Weise überprüft: 1. Als Folge von Beschwerden unzufriedener Patienten oder von Kollegen, die mit den Leistungen des jeweiligen Kollegen nicht zufrieden waren. 2. In wahllosen Überprüfungen durch die Versicherungsträger.

Beschwerden von Patienten und Kollegen bringen jedoch nur einen Teil der Fälle ans Licht, die zu überprüfen wären, und auch erst nachdem reichlich schlechte Arbeit verrichtet worden ist. Stichprobenartige Überprüfungen sind nicht kostengünstig. Ein neu zu entwickelndes Verfahren sollte also umfassend und dabei stets kostengünstig sein.

Achten Sie auf den
Unterschied

in der Flexibilität



Wählen Sie Dentalinstrumente aus besonders korrosionsbeständigem, hochwertigem Karbonstahl (Immunity Steel) mit dreifacher Hitzebehandlung, aufs sorgfältigste von Hand geformt, geschliffen und poliert,



dann besitzen Sie ein Arbeitsmittel von hervorragender Balance, ausgewogener Form und präziser Verarbeitung, gepaart mit einem Maximum an Flexibilität, Formbeständigkeit, Härte und Lebensdauer.

Wir bürgen dafür

Hu-Friedy®

Bernard Quétin GmbH
Postfach 1380
6906 Leimen bei Heidelberg
Telefon (0 62 24) 7 10 50
Telex 4 66 612 hufrd

Verlangen Sie Perfektionsinstrumente für Ihre Präzisionsarbeit!
Fordern Sie unser umfangreiches Informationsmaterial an!

- Sichtungsverfahren durch Computer -

Man hat versucht, Auffindungsmerkmale zu entwickeln, tracer (computergerechte Schlüssel für bestimmte Behandlungsabläufe), um aus den jeweiligen Praxisunterlagen Rückschlüsse auf die erbrachte Qualität zu ziehen. Der Versuch erscheint lohnend. Ein ideales System könnte vielleicht die umfassende Daten- und Informationsammlung der Krankenversicherer benutzen und per Computer entschlüsseln. Solche Daten können aus den folgenden Gründen nützlich sein:

- Bestimmte Behandlungsmaßnahmen sollten, falls ordnungsgemäß erbracht, mehrere Jahre in ihren Ergebnissen überdauern.
- Erneute, neue oder erweiterte Behandlung eines schon behandelten Zahnes läßt vermuten, daß die Erstbehandlung nicht befriedigend ausgeführt wurde. Daher kann die Behandlungsgeschichte eines Zahnes Rückschlüsse auf die fachliche Kompetenz des behandelnden Arztes ermöglichen. Voraussetzung ist, daß ein genügend großer Corpus von Daten über diesen behandelnden Arzt angeboten wird.
- Für eine Reihe von Behandlungsschritten bestehen innerhalb der Zahnärzteschaft einheitliche und klare Definitionen.
- Diese Behandlungsschritte sind mit Kennnummern ver-

schlüsselt und können somit auch als Vergleichscorpus einem Computer als Daten eingegeben werden.

Qualitätskontrolle durch Computer ist bisher noch nicht in größerem Rahmen versucht worden, weil die Ergebnisse nicht mit einer standardisierten klinischen Untersuchung verglichen werden konnten. Das Instrumentarium zu einer solchen klinischen Vergleichsuntersuchung lag nicht vor. Diese Situation hat sich nun mit der Entwicklung standardisierter klinischer Bewertungsmethoden und Maßstäbe geändert. 1977 hat die California Dental Association (CDA) ein Handbuch zur klinischen Qualitätskontrolle und zur beruflichen Leistungsbewertung von Zahnärzten herausgebracht ("Quality Evaluation for Dental Care"). Dieses Handbuch ist seitdem zur kollegialen Vergleichskontrolle in ganz Kalifornien verwendet worden und hat sich dabei als sachgerecht und zuverlässig erwiesen. Es gibt genaue Anweisungen, wie Patienten zu untersuchen sind und nach welchen Bewertungsmaßstäben und Qualitätsbezeichnungen die zahnärztliche Leistung einzustufen ist, bezogen auf 15 zahnärztliche Behandlungsschritte, die klar definiert und gründlich praxiserprobt sind. Von den so beschriebenen Bewertungsmethoden wurde im klinischen Teil dieser Untersuchung in keinem Fall abgewichen.

- Ziele -

Diese Untersuchung will folgende Fragen beantworten:

- Gibt es Behandlungsmuster, die gute von schlechten Zahnärzten unterscheiden und die in einem vorläufigen "Grobraster" von Computern erfaßt werden können?
- Kann man Computerprogramme entwickeln, die diese Art der Information aus den zahnärztlichen Abrechnungsdaten entnehmen können?
- Erweist es sich als kostengünstig, Zahnärzte so zu überprüfen und die gewonnenen Ergebnisse durch eine begrenzte Anzahl klinischer Untersuchungen zu untermauern?

- Methoden -

Der California Dental Service (CDS) hat in seiner Datenspeichereinrichtung eine Gruppe von 150.000 bis 200.000 Patienten, deren Behandlungsgeschichten seit 1971 gespeichert worden sind. Diese Patienten wurden auf der Basis von Einzelabrechnungen durch ein breitgefächertes Spektrum von Allgemein- und Spezialisten aus Los Angeles und Orange County versorgt.

In einem ersten Durchgang wurden diese Patienten aus der Gesamtheit der vom CDS in den Jahren 1971 bis 1976 gespeicherten Versicherungsansprüche herausgelöst. Es handelte sich um 316.112 Rechnungen für

1.484.354 verschiedene Behandlungsmaßnahmen.

Im nächsten Durchgang wurden alle Patienten aussortiert, bei denen der behandelnde Zahnarzt aufgrund besonderer Codierungen nicht identifiziert werden konnte.

Die Daten aller Patienten unter 13 Jahren wurden entfernt, um nicht die Behandlung von Milchzähnen in der Statistik zu verwerfen. Es verblieben die Unterlagen von 1.531 Zahnärzten. Diese konnten alle bestimmt werden, und es konnten ihnen die Behandlungsgeschichten der einzelnen Patienten zugeordnet werden.

Zum Zweck des Datenschutzes wurden die Namen von Patienten und Zahnärzten verschlüsselt.

Um eine größere Zuverlässigkeit bei den Nachuntersuchungen und somit bei den späteren Ergebnissen zu erlangen, wurden von den Nachuntersuchungen alle diejenigen Zahnärzte ausgeschlossen, die

- mit weniger als 20 Patienten vertreten waren,
- nicht wenigstens 10 der ausgewählten 15 Behandlungsmaßnahmen durchgeführt hatten und die
- die alle Patienten weniger als 10 Monate behandelt hatten.

Es verblieben die Krankengeschichten von mehr als 100.000 Patienten, die von 1.212 Zahnärzten in Süd-Kalifornien be-

handelt worden waren. Diese Zahnärzte wurden dann nach bestimmten tracer eingeordnet, die häufige und frühzeitige Wiederholungen oder radikalen Wechsel von Behandlungsmaßnahmen anzeigten. Es ging dabei um Maßnahmen, die normalerweise fünf oder mehr Jahre "halten" sollten. Als Ergebnis dieses Durchgangs konnten dann die Zahnärzte je nach ihrer "Rückfall-Häufigkeit" eingestuft werden.

- Auswahl der tracer -

Verschiedene Expertengruppen wurden zur Festlegung dieser tracer beratend hinzugezogen: Die Arbeitsgruppe zur Qualitätsüberwachung der CDA, andere zahnärztliche Berufsgruppen aus Kalifornien, Versicherungsgesellschaften und Dienstleistungsunternehmen.

Unter diesen Voraussetzungen wurden die ersten tracer gewählt, indem sie sich auf Behandlungsabläufe stützten, die

- bei sachgerechter Diagnose und Therapie durch einen guten Zahnarzt mindestens fünf Jahre "halten" würden,
- unter den Zahnärzten einheitlich und eindeutig zum Zweck der Aufzeichnung definiert waren,
- häufig genug durchgeführt worden waren, um klare Vergleichsergebnisse bei der Nachuntersuchung zu erbringen,
- in der Behandlungsgeschichte der einzelnen Patienten früh

genug auftauchten, um sicherzustellen, daß genügend Zeit verstrichen war, um den Behandlungserfolg zu überprüfen,

- vom Computer erfaßt und ausgewertet werden konnten,
- durch klinische Untersuchungen auf der Basis der CDA Guidelines zuverlässig rücküberprüft werden konnten.

Die folgenden Behandlungsabläufe wurden in dieser Untersuchung für die Erstellung der tracer verwendet:

- "Kronen": Einsetzen einer Vollguß- oder Metall-Keramik-Krone mit nachfolgender Extraktion, Neuanfertigung der Krone, Einsetzen einer Füllung aus Amalgam, Zement oder Composite, Anfertigung einer Brücke
- "Restauration I": Zwei- oder dreiflächige Amalgam-Restauration mit anschließender Wurzelbehandlung, Extraktion oder erneuter zwei- oder dreiflächiger Restauration
- "Restauration II": Zwei- oder dreiflächige Restauration mit nachfolgender Anfertigung einer Krone
- "Restauration III": Zement-, Kunststoff- oder Composite-Restauration mit nachfolgender Wurzelbehandlung oder Extraktion
- "Wurzelbehandlung": Wurzelbehandlung, der sich eine Extraktion oder erneute Wurzelbehandlung anschließt

Der erste tracer bestand aus den folgenden vier Elementen: "Kronen", "Restauration I",

"Restauration II" und "Wurzelbehandlung".

Ein zweiter tracer bestand aus: "Kronen", "Restauration I" und "Restauration III".

Unter Anwendung dieser tracer wurden die Zahnärzte der Untersuchungsgruppe nach der Häufigkeit solcher "Nachbehandlungen" in vermutlich "gute" und vermutlich "schlechte" eingeteilt. Nach dieser Einteilung wurde ein repräsentativer Querschnitt von Patienten solcher "guten" bzw. "schlechten" Zahnärzte zu klinischen Untersuchungen geladen. Sie sollten die Fähigkeit der tracer erweisen, gute oder schlechte zahnärztliche Behandlungen aufzuzeigen.

- Klinische Untersuchungen -

Diese Untersuchungen wurden nach Maßgabe der CDA Guidelines durchgeführt. Mit den Untersuchungen wurden erfahrene Allgemein Zahnärzte aus drei verschiedenen Zahnärztereinigungen betraut. Sie hatten spezielle Erfahrungen auf dem Gebiet der kollegialen Selbstkontrolle und waren von ihren Vereinigungen für diese Untersuchung nominiert worden. Sie wurden für dieses Projekt noch besonders ausgebildet. Diese Vorbereitung befaßte sich mit der Überprüfung der Gebißsituation sowie der Differenzierung von zufriedenstellenden und nicht akzeptablen Leistungen. Bei allen Bewertungen, die unterhalb von "ausgezeich-

net" blieben, gaben die Gutachter die Gründe für den Bewertungsabstrich an. Jeweils zwei Gutachter arbeiteten zusammen. Jeder machte eine eigene Bewertung, wonach dann alle Abweichungen erörtert und schließlich in eine absolut übereinstimmende Beurteilung eingingen.

Alle jemals an einem Patienten durchgeführten Behandlungsmaßnahmen wurden von den Gutachtern bewertet. Es wurde kein Versuch gemacht, festzustellen, welcher von gegebenenfalls mehreren Zahnärzten jeweils die Behandlung vorgenommen hatte. Der gegenwärtige Zustand des Patienten wurde beurteilt ohne Rücksicht darauf, wieviel Zeit seit einer bestimmten Behandlungsmaßnahme verstrichen war.

Um etwaige Voreingenommenheit zu vermeiden, wurde den Gutachtern keinerlei Hinweis gegeben, ob es sich um Patienten "guter" oder "schlechter" Zahnärzte handelte. Alle an dem Projekt beteiligten Personen, die über diese Informationen verfügten, hatten keinerlei Kontakt mit den Patienten.

- Datenschutz -

Bevor CDS seine Daten für diese Untersuchung freigab, wurden allen Zahnärzten und Patienten falsche Kennnummern zugewiesen, um den Datenschutz sicherzustellen. Nur durch den CDS war eine Entschlüsselung

möglich. Die Identität der betroffenen Zahnärzte wurde sowohl den Gutachtern als auch den übrigen am Projekt Beteiligten vorenthalten. Alle Patienten, die zu einer klinischen Untersuchung bereit waren, gaben durch schriftliche Zustimmung die Verwendung ihrer Daten frei.

- Analyse der Daten -

1. Anhand der Daten wurden die Zahnärzte unter Anwendung der tracer auf alle Krankengeschichten der von ihnen behandelten Patienten nach Qualität geordnet.
2. Eine entsprechende Rangordnung wurde auf der Basis der klinischen Nachuntersuchungen erstellt.
3. Die Korrelation dieser beiden Ergebnisse wurde untersucht.

Für den tracer I ergab sich eine Korrelation von 0,538. Die Korrelation für den tracer II war 0,543.

Die Analyse der Daten ergibt eine relativ große Streuung. Dafür gibt es vermutlich zwei Hauptgründe:

- Es wurden mehr "schlechte" als "gute" oder "befriedigende" Zahnärzte überprüft. Dadurch muß es zu einem Ungleichgewicht kommen.
- Der Corpus der verwendeten Daten ist zu klein, da erst seit sieben Jahren diese Daten gesammelt wurden und die Einladung von Patienten ein

unbefriedigendes Echo fand. Zudem erwies sich die Durchführung der klinischen Untersuchungen als schwierig und kostenintensiv. Darüber hinaus gab es noch eine Verwechslung bzw. falsche Zuordnung von Patienten und Zahnärzten nach der Entschlüsselung der Codes.

Angesichts dieser Schwierigkeiten erscheinen die Korrelationskoeffizienten doch recht eindeutig.

- Ergebnisse -

Klinische Untersuchungen wurden bei 646 nach dem Zufallsprinzip bestimmten Patienten von 65 durch den Computer bestimmten Zahnärzten durchgeführt. 35 (53,8 %) dieser Zahnärzte waren vom Computer der oberen Hälfte der 1.531 Zahnärzte zugeordnet worden. Von ihnen gelangten 353 (54,6 %) Patienten in die Untersuchung.

30 (46,2 %) Zahnärzte gehörten laut Computer zu den unteren 25 % der insgesamt erfaßten Zahnärzte. Von diesen wurden 293 (45,4 %) Patienten untersucht.

Aus diesen 65 Zahnärzten wurden 34 für eine genauere Analyse ausgewählt, weil sie die folgenden Kriterien erfüllten:

- neun oder mehr ihrer Patienten waren nachuntersucht worden,
- 150 oder mehr ihrer Behand-

lungsmaßnahmen waren überprüft worden,

- sie waren per tracer unter die oberen 50 % oder unter die unteren 25 % eingeordnet worden.

Von den Gutachtern wurden 8.225 Einzelbewertungen durchgeführt, von denen 476 sich auf den Allgemeinzustand bezogen und somit als relativ subjektiv zu gelten haben, während die übrigen 7.749 objektive Bewertungen der einzelnen Behandlungsmaßnahmen darstellen.

Bei der Festlegung der Rangliste legten die Gutachter ihre eigene Berufserfahrung im Hinblick auf die Gewichtung der einzelnen Faktoren zugrunde. Dabei war der ausschlaggebende Faktor bei der Einordnung fast gleichrangiger Zahnärzte die größere oder kleinere Zahl von Negativbewertungen, die Anzahl der schlecht versorgten Patienten und der allgemeine dentale Zustand der Patienten eines Zahnarztes.

Unter den verbliebenen 34 Zahnärzten wurden mehrere Ranglisten auf der Basis unterschiedlicher beruflicher Leistungskriterien erstellt. Die Zahnärzte, die regelmäßig unter den ersten bzw. letzten zehn dieser Ranglisten erschienen, wurden dann noch zusätzlich herausgelöst und untereinander gewichtet.

- Verhältnis der Rangordnungen nach Computer-Erfassung und

klinischer Untersuchung -

Die tabellarischen Auflistungen zeigen, daß die Einordnung der Zahnärzte ganz falsch sein kann, wenn sie sich lediglich nach einer Kategorie ausrichtet. Effektive tracer (Auffindungsmerkmale) müssen immer aus einer Kombination mehrerer Kategorien bestehen.

Unter Zugrundelegung des tracer I gehören von den zehn besten Zahnärzten (nach den klinischen Untersuchungsergebnissen) acht auch zur besseren Hälfte der computer-bewerteten Zahnärzte.

Von den zehn schlechtesten Zahnärzten wurde nur einer irrtümlich per Computer unter die "guten" Zahnärzte eingereiht.

Bei Anwendung des tracer I wurden sieben der nach den klinischen Untersuchungsergebnissen als schlechteste zehn Zahnärzte bezeichneten auch tatsächlich unter die unteren 15 % (von 1.531) eingeordnet.

Die Aufklärungsquote der "schlechten" Zahnärzte betrug bei Verwendung des tracer I 90 %, wenn es um das untere Drittel der nach der klinischen Untersuchung Bewerteten ging.

Bei Anwendung des tracer II wurden acht der schlechtesten zehn Zahnärzte auch per Computer unter die unteren 15 % eingeordnet. Eine 90%ige Übereinstimmung der Klassifizie-

zung wurde erreicht, wenn es um die Zuordnung zum unteren Viertel entsprechend der nach der klinischen Untersuchung gefundenen Rangordnung ging.

- Die Zuverlässigkeit der tracer unter Berücksichtigung des Alters der gespeicherten Daten -

Je häufiger Behandlungsmaßnahmen wiederholt werden müssen, desto stärker ist die Tendenz zu Nivellierung. Es steht zu erwarten, daß je mehr Behandlungsmaßnahmen im Laufe der Zeit notwendig werden, auch gute Zahnärzte häufiger mit Wiederholungsmaßnahmen rechnen müssen. Im Laufe der Zeit treten Materialschäden auf, unabhängig von der technischen Ausführung. Eine Datensammlung über einen längeren Zeitraum würde daher auch eine höhere Aussagegenauigkeit der tracer ergeben.

Es steht zu erwarten, daß im Laufe der Jahre eine qualitative Einstufung von Zahnärzten in eine übermäßige, d.h. im Mittelbereich exzessive Gaus'sche Verteilungskurve übergehen wird, da die Mehrheit zu mittleren Qualitätsstufen tendiert. Man kann theoretisch davon ausgehen, daß das Datenmaterial noch nicht "alt" genug ist, um die tatsächliche Verteilung innerhalb der Zahnärzteschaft wiedergeben zu können.

Ein Zahnarzt mag z.B. innerhalb dieser Rangordnung "ab-

steigen", je nachdem wie lange seine Universitätsausbildung zurückliegt, wieviel Fortbildung er betrieben hat, ob er krank gewesen ist etc. Forschungsprojekte, die diese Faktoren untersuchen, wären für die zahnmedizinische Qualitätssicherung von großer Wichtigkeit.

Die Gründe für eine Wiederholungsbehandlung können von Patient zu Patient ebenso verschieden sein wie der jeweilige konkrete Anlaß. Es ist interessant zu wissen, bei wievielen Patienten solche Wiederholungsbehandlungen durchgeführt wurden, nachdem sie einen Behandlerwechsel vornehmen mußten, da ihr Zahnarzt sich zur Ruhe gesetzt hatte, verstorben war oder den Wohnort verlassen hatte.

Von Nutzen wäre es, wenn untersucht würde, wie Behandlungsunterlagen und Daten für den einzelnen Patienten gesammelt und gespeichert werden, damit für diesen Bereich vereinfachte Computerprogramme entwickelt werden könnten, die dann die hauptsächlichen Problemfelder datenmäßig erfassen würden. Bevor tracer entwickelt und als zuverlässig betrachtet werden können, müßte festgelegt worden sein, wie lange eine bestimmte Behandlungsmaßnahme "normalerweise" in ihrem Ergebnis Bestand haben sollte. Für weitere Studien auf diesem Gebiet ist es wichtig, daß Datensammlung und -speicherung zu diesen Fragen gewährleistet ist.

Es scheint, daß Computer kostengünstig und sinnvoll als eine erste Grobraster-Stufe bei der kollegialen Qualitätskontrolle eingesetzt werden können, wenn Behandlungsdaten für jeden Patienten verfügbar gemacht werden. Derzeitige Untersuchungsmethoden, die mit Stichproben arbeiten, konzentrieren sich unzureichend auf die Problemfelder. Es werden Mittel aufgewendet, Patienten von Kollegen zu überprüfen, deren Leistungen tadellos sind, was nicht dazu beiträgt, die Qualität der zahnärztlichen Versorgung allgemein und für den einzelnen Patienten zu verbessern. Eine Voruntersuchung per Computer liefert ein einfaches und kostengünstiges Verfahren, mit dem die Kollegen identifiziert werden können, deren Leistungen deutlich vom Durchschnitt abfallen. Eine solche Identifizierung mit anschließenden korrektiven Maßnahmen in diesem spezifischen Bereich käme am ehesten der zahnärztlichen Versorgung der betroffenen Patienten zugute.

Bei Anwendung des tracer II könnte ein Versicherungsträger 75 % von der Überprüfung ausschließen und zugleich 80 % der Zahnärzte identifizieren, die dringend einer Überprüfung bedürfen. Der Versicherer könnte auch 90 % aller Zahnärzte ausschließen und immer noch eine "Treffsicherheit" von 50 % erwarten. Bei einer stärkeren Eingrenzung der Fragestellung nach der Leistungsqualität in bestimmten Teilbe-

reichen könnten präzise Leistungsbilder zur Verfügung gestellt werden.

- Schlußfolgerungen -

- Man kann Computer zur Erstellung von Grobrastern zur Qualitätskontrolle einsetzen, vorausgesetzt, daß speicherbare Daten gesammelt werden.
- Man kann tracer entwickeln, die jeder für sich oder auch kombiniert mit unterschiedlicher Genauigkeit eine Voraussage der Qualität zahnärztlicher Leistungen erlauben.
- Durch den Einsatz von Computern kann man sich bei klinischen Nachuntersuchungen auf die Patienten beschränken, bei denen eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine qualitativ minderwertige Versorgung besteht. Das macht diese Form der Qualitätskontrolle kostengünstig.
- Die tracer, die in dieser Studie verwendet wurden, ergaben eine hohe Vorhersagegenauigkeit bei der Identifikation schlechter Zahnärzte.
- Es besteht eine Korrelation zwischen der Vorhersagegenauigkeit und der Prozentgrenze, die für die Beurteilung festgesetzt wird: Je größer der Kreis der zu Beurteilenden gezogen wird, desto genauer erfolgt die Unterscheidung zwischen guten und schlechten Zahnärzten.
- Das CDA-Handbuch ist sowohl

für die klinische Qualitätskontrolle geeignet als auch für die Computeranalyse von Patientenaufzeichnungen.

- Die in diesem Beitrag beschriebenen Verfahrensweisen können als Muster dienen, nach denen weitere Normbeschreibungen für verschiedene zahnärztliche Behandlungsabläufe entwickelt werden können.

Nachtrag:

Bei dem vorstehenden Artikel handelt es sich um eine Übertragung aus dem Englischen. Die Übersetzung erfolgte weitgehend in engster Anlehnung an den Originaltext. An einigen Stellen wurde eine sinnfällige Zusammenfassung vorgenommen, um eine bessere Übersichtlichkeit zu erreichen. Auf die Wiedergabe der Tabellen wurde verzichtet.

B. Bornemann
L. Albers

A N H A N G

ENDGÜLTIGE RICHTLINIEN

Computereinsatz im Rahmen zahnärztlicher Behandlungsmethoden

Die folgenden Richtlinien werden zur Überprüfung zahnärztlicher Behandlungsmethoden empfohlen. Dieses Verfahren ist (kosten-)günstiger als die Untersuchung einzelner aus dem Rahmen fallender Behandlungsarten.

Eine Überprüfung ist angezeigt:

bei herausnehmbarem Zahnersatz (ZE)

1. wenn nach Eingliederung von totalem oder partiellem oberem ZE innerhalb von fünf Jahren eine Neuanfertigung notwendig wurde.
2. wenn nach Eingliederung von totalem oder partiellem unterem ZE innerhalb von fünf Jahren eine Neuanfertigung notwendig wurde.
3. wenn ein Patient nach Eingliederung von totalem ZE, Immediatersatz oder ZE-Neuanfertigung drei Jahre lang keinen Zahnarzt besuchte.
4. wenn nach Eingliederung von partiellem ZE innerhalb eines Jahres drei oder mehr Restaurationen notwendig wurden.
5. wenn nach Eingliederung von partiellem ZE innerhalb eines Jahres PAR-Behandlung, Extraktionen, Erweiterung, Reparatur oder Wurzelbehandlungen durchgeführt wurden.

6. wenn innerhalb von 18 Monaten vor Eingliedern von partiellem ZE oder aufwendigem Teilersatz keine Präventivmaßnahmen ersichtlich waren.
7. wenn nach Eingliedern von Teilersatz oder aufwendigem Teilersatz innerhalb von 18 Monaten keine Präventivmaßnahmen durchgeführt wurden.
8. wenn einem Patienten unter 30 Jahren totaler oberer und/oder unterer ZE eingesetzt wurde.
9. wenn nach Einsetzen von Overdenture innerhalb des darauffolgenden Jahres im selben Kiefer fünf oder mehr Zähne endodontisch behandelt wurden.
10. wenn nach Einsetzen von totalem oder partiellem ZE innerhalb der ersten sechs Monate Korrekturen durchgeführt wurden.
11. wenn nach Einsetzen von temporärem oberem ZE innerhalb von 18 Monaten keine definitive Versorgung erfolgte.
12. wenn nach Einsetzen von temporärem unterem ZE innerhalb von 18 Monaten keine definitive Versorgung erfolgte.

bei festsitzendem Zahnersatz

13. wenn innerhalb von 18 Monaten vor Einsetzen von festsitzendem ZE keine Präventivmaßnahmen ersichtlich waren.
14. wenn nach Einsetzen von festsitzendem ZE innerhalb von 18 Monaten keine Präventivmaßnahmen durchgeführt wurden.
15. wenn nach Einsetzen von temporärem Teilersatz innerhalb von 18 Monaten kein definitiver Teilersatz oder eine feste Brücke eingegliedert wurde.
16. wenn nach Einsetzen einer Brücke innerhalb von fünf Jahren eine Neuanfertigung erfolgte.
17. wenn nach Einsetzen einer Brücke innerhalb von fünf Jahren eine Reparatur erforderlich wurde.

bei Wurzelbehandlungen

18. wenn nach einer Wurzelbehandlung innerhalb von zwei Jahren eine erneute Wurzelbehandlung oder die Extraktion desselben Zahnes durchgeführt wurde.
19. wenn nach Stiftaufbauten innerhalb von zwei Jahren Extraktion oder Wurzelbehandlung durchgeführt wurden.

20. wenn innerhalb von sechs Monaten vor einer Wurzelbehandlung eine Restauration durchgeführt wurde.

bei Restaurationen

21. wenn auf eine medikamentöse Einlage innerhalb eines Jahres nicht eine endgültige Restauration, Wurzelbehandlung oder Extraktion folgte.
22. wenn nach einer Aufbaufüllung innerhalb von 18 Monaten keine gegossene Restauration eingesetzt wurde.
23. wenn einem Patienten über 16 auf einen permanenten Zahn eine Stahlkrone eingesetzt wurde.
24. wenn ein durch Gußrestauration versorgter Zahn innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten bis zu zwei Jahren nach Einsetzen der Restauration wurzelbehandelt oder extrahiert wurde.
25. wenn nach Legen einer Amalgamfüllung innerhalb eines Zeitraumes von einem Monat bis zu zwei Jahren eine Wiederholung der Füllung erfolgte.
26. wenn eine Kompositefüllung innerhalb von zwei Jahren durch eine neue Komposite- oder Amalgamfüllung ersetzt wurde.
27. wenn drei- oder vierflächige Füllungen innerhalb von sechs Monaten durch Stahlkronen ersetzt wurden.

bei Oralchirurgie

28. wenn nach einer Fraktur innerhalb von sechs Monaten keine Röntgenaufnahme angefertigt wurde.
29. wenn nach Excision eines Knochentumors innerhalb von drei bis 15 Monaten keine Röntgenaufnahme angefertigt wurde.
30. wenn zwei Jahre vor einer Extraktion, Incision oder Excision keine Röntgenaufnahme angefertigt wurde.

bei PAR-Behandlungen

31. wenn eine PAR-Behandlung bei einem Patienten unter 25 Jahren durchgeführt wurde.
32. wenn bei umfassender Neugestaltung der Okklusion in den drei Jahren davor keine vollständige Röntgenuntersuchung stattfand.

33. wenn innerhalb eines Jahres mehr als vier abgeschlossene PAR-Behandlungen durchgeführt wurden.
34. wenn mehr als einmal innerhalb von drei Monaten Scaling oder Wurzelglättung durchgeführt wurden.
35. wenn nach chirurgischer PAR-Behandlung innerhalb von drei Jahren mehr als drei Extraktionen erfolgten.
36. wenn innerhalb von drei Jahren nach chirurgischer PAR-Behandlung totaler ZE notwendig wurde.
37. wenn in den zwei Jahren vor chirurgischer PAR-Behandlung keine röntgenologische Untersuchung durchgeführt wurde.
38. wenn innerhalb von 18 Monaten nach chirurgischer PAR-Behandlung kein Recall erfolgte.

bei Vorsorgemaßnahmen

39. wenn innerhalb eines Jahres in mehr als vier Quadranten eine Versiegelung der Zähne durchgeführt wurde.
40. wenn eine Versiegelung bei einem Patienten unter sechs Jahren durchgeführt wurde.
41. wenn eine Versiegelung bei einem Patienten über 16 Jahren durchgeführt wurde.
42. wenn 'andere Präventionsmaßnahmen' (Ernährungsberatung, Mundhygieneanweisung und Vorbeugeübungen) mehr als viermal innerhalb eines Jahres durchgeführt wurden.
43. wenn mehr als viermal im Jahr Prophylaxemaßnahmen durchgeführt wurden.

Christiane Albers

Ein Ausspruch von Macmillan lautet:

Konservativ sein heißt: Sich von der Richtigkeit einer Neuerung zu überzeugen, bevor man sie anerkennt.



PUCK * DOSE



Die neue PUCK-Dose von UNITEK.

*Zur sicheren Aufbewahrung
der Zahnsperre
Ihrer kleinen Patienten.*

Noch immer gehen viele Zahnsperren durch Unachtsamkeit verloren oder werden von ihren kleinen Trägern beschädigt. UNITEK hat daher eine neue Aufbewahrungsdose für herausnehmbare Kfo-Geräte entwickelt – die Puck-Dose. Ihre kleinen Patienten sind von Design und Aufmachung der Puck-Dose begeistert. Der kleine Igel ist ihnen auf Anhieb sympathisch. Die Handhabung der neuen Puck-Dose ist denkbar einfach und dennoch sicher.

In der neuen Puck-Dose von Unitek sind viele Vorteile vereint:

- * Stabiles Behältnis (machen Sie den Crack-Test und stellen Sie sich auf die Dose)
- * Einfach zu handhabender Sicherheitsverschluß
- * Doppelöse für Tragekordel als zusätzliche Sicherung gegen unbeabsichtigtes Aufklappen
- * Belüftungsöffnungen
- * Verwendung lebensmittelzugelassener Farb- und Kunststoffe
- * Ansprechendes Design
- * Drei gängige Farben rot, blau, grün.

In der neuen Puck-Dose von UNITEK sind Kfo-Geräte und Zahnsperren sicher aufgehoben. Sie sind geschützt vor Schmutz, Staub oder Fall. Puck-Dosen sind ideal für ihre kleinen Patienten.

UNITEK®

inter-UNITEK GmbH
Postfach 16 29 · 8032 Gräfelfing · Tel. 089/85 50 39

Bitte senden Sie uns
 30 Puck-Dosen sortiert in den Farben
 Blau und Grün für DM 69,50 zuzügl. MwSt.
 Name: _____
 PLZ/Ort: _____
 Straße: _____
 Tel.: _____
 Unterschrift: _____
 inter-UNITEK GmbH
 Postfach 16 29
 8032 Gräfelfing

Erfahrungsbericht nach 3jähriger Anwendung von Palladium-Silber-Legierungen

H. Pönnighaus

"Man kann von einer positiven Erfahrung mit einer Legierung sprechen, wenn die Legierung seit mehr als zwei Jahren mit mehr als 1.000 Einheiten im klinischen Einsatz ist und keine Mitteilungen über Mängel und Schäden bekannt sind." (10)

Diese Kriterien haben wir in unserer Praxisgemeinschaft in den letzten Jahren erfüllt. Wir möchten mit dieser Veröffentlichung unseren Erfahrungsbericht geben und damit einen Beitrag zur Beurteilung der Palladium-Silber-Legierung leisten.

Unzufriedenheit mit den ab 1981 empfohlenen sogenannten Sparlegierungen, den edelmetallreduzierten Gold-Palladium-Legierungen, die wir seit 1978 zögernd, aber stets mehr und mehr verwendeten, ließ uns nach Alternativen suchen.

Zwar gefielen uns die positiven Eigenschaften der seit 1968 auf dem amerikanischen Markt erschienenen goldreduzierten Legierungen, wie

1. Wirtschaftlichkeit (durch eine etwa 30%ige Verringerung des Goldgehaltes)
2. Geringeres spezifisches Gewicht (etwa 20%),
aber uns mißfielen unter anderem

1. Verfärbungsneigung (Anlaufen)
2. Schwierige Verarbeitung (Sprödigkeit)
3. Vielfalt der Legierungstypen (Unübersichtlichkeit)

Das Studium der amerikanischen Literatur (1, 2, 3) - die Amerikaner sind uns wegen anderer Versicherungsgrundlagen ihrer Patienten auf diesem Gebiet um einige Jahre voraus -, stieß uns auf das 1974 aus der Taufe gehobene Palladium-Silber-System, das durch die Zulegierung von Indium und Zinn "abgerundete" Eigenschaften erhält.

Diese Verbindung ist bis heute das in Amerika am meisten verwertete System. Der hohe Edelmetallgehalt (80-90%) dieses Systems sollte auch bei uns Anerkennung finden. Es darf nicht mit den bei uns auf dem Markt gewesenen Silber-Palladium-Legierungen (z.B. Palliag) und deren Neigung zum "Anlaufen" verwechselt werden.

Wichtige Hinweise und detaillierte Eigenschaften werden in der kürzlich erschienenen Arbeit von Hohmann (4, 5, 6) und Siebert und Reuling (11) gegeben. Es wird darauf hingewiesen, daß die nicht zufällige Zusammensetzung der Legierung mit knapp 60 Gewichtsprozent

Palladium, 30 Gewichtsprozent Silber und 10 Gewichtsprozent Zinn und Indium die eindeutig besseren Eigenschaften als die neuerdings "silberfreien" Legierungen besitzt.

"Diese Palladium-Silber-Legierungen sind aufgrund einer ganz anders begründbaren Zusammensetzung von Natur aus schon aufbrennfähig, also eine echte Universallegierung, die für alle zahnärztlichen Gußobjekte, in Sonderfällen selbst für Modellguß verwendbar ist. Dieser Legierungstyp darf nach den hochgoldhaltigen Legierungen als die zweitbeste Versorgungsmöglichkeit angesehen werden. In Ländern mit hohem Lohnniveau und hohen Kosten für die Fertigungsmittel ist er noch vor den schwieriger zu verarbeitenden edelmetallfreien Legierungen zur Zeit die kostengünstigste Alternative. In den USA sind Palladium-Silber-Legierungen zur Zeit mit mehr als 40 Prozent Marktanteil die herausragenden Edelmetallgußwerkstoffe.

Auf den europäischen Märkten, speziell in der Bundesrepublik, wurden Palladium-Silber-Legierungen bisher nicht in entsprechendem Maße propagiert. Dies geschah einerseits nicht, weil die Kostenträger bereit waren, sich mit einer Goldreduzierung zufriedenzugeben, andererseits weil 1981, als die Goldreduzierung eingeführt wurde, die Entwicklung der gegen Silber unempfindlichen Keramiken gerade erst ab-

geschlossen und von daher die Kenntnis über die allgemeine Anwendbarkeit der Palladium-Silber-Legierungen noch nicht verbreitet war. Ein nicht zu unterschätzendes Hindernis für das Bekanntwerden der positiven Eigenschaften von Palladium-Silber-Legierungen ist natürlich die ständige Verwechslung mit Silber-Palladium-Legierungen (z.B. Palliag) und deren Neigung zu Anlauffarben."

Die Anbieter (Handelsmarken) von Palladium-Silber-Legierungen Pd 60 Ag 30 Sn In sind folgende:

- Argen (Argicraft 2)
- Bremer Goldschlägerei (Bego Pal S)
- Cendres & Metaux (Actual)
- Degussa (Pors-on 4)
- Durand-Girard (DG 73)
- Elephant (Orion Virgo)
- Hafner (Pangold Keramik)
- Heraeus (Albabond)
- Howmedica (Micro-Band A 35)
- Jelenko (Jelstar)
- Johnson & Johnson (Bak on SP)
- Ney (Tempo)
- Wieland (Simidur S 1)
- Williams (Will Ceram Wi)

Wir verarbeiteten seit Anfang 1981 kurzzeitig Simidur S 1, noch kürzer Simidur S 2 (silberfrei) von Wieland und seit Mai 1981 verarbeiten wir fast ausschließlich Albabond (Heraeus).

Fast alle unsere prothetischen Edelmetall enthaltenden Arbeiten von der Keramikverblend-

krone über Kunststoffverblendbrücken bis zur teleskopierenden Konusarbeit werden mit dieser universellen Legierung problemlos gegossen, verarbeitet und inkorporiert.

Auf Besonderheiten, die wir in labortechnischer und klinischer Hinsicht erfahren haben, möchten wir hier und an anderer Stelle hinweisen (8, 9).

1. Die "Grün-Einfärbung" durch Silber bei aufbrennkeramischen Arbeiten soll sich bei Verwendung von fünf Keramik-Massen verhindern lassen, die wir aus der Werbung in aktuellen Fachzeitschriften gefunden haben: 1. Luxor (Zahnfabrik Bad Nauheim), 2. Shademat (De Trey), 3. Ducera (Dental-Werkstoff-GmbH), 4. Biodent-BMK (De Trey) und 5. Vivodent Metallkeramik/TS (Ivoklar).

Erstere benutzen wir seit 2 1/2 Jahren, die zweite probieren wir mit Erfolg seit Januar 1986.

2. Die materialspezifische Haftreibungszahl μ ergibt nach unseren Erfahrungen einen idealen Konvergenzwinkel zwischen 5 Grad und 6 Grad bei Konuskronen.

Da die Industrie bisher 5-Grad-Konus-Fräser und Ausarbeitungssteine nicht lieferte, behelfen wir uns mit Prototypen von 5 Grad der Fa. Komet und jetzt auf dem Markt befindlichen von Heraeus.

Die Innenkonuskronen von 5

Grad wird bei normal festen Zähnen vor der Modellation der Außenkrone fast auf Hochglanz poliert. Bei Zähnen des Lockerungsgrades II verwenden wir die üblichen 6-Grad-Fräser. Ob 5,5-Grad-Fräser tatsächlich als universelles Werkzeug einzusetzen sind, konnten wir bisher nicht prüfen, da man uns ein solches Werkzeug bisher nicht liefern konnte.

3. Die Eigenschaften der Palladium-Silber-Legierungen eignen sich gut für die Außenkonusarbeiten mit in einem Stück gegossenem Basisteil in Leicht-Bauweise oder auch für Brückenglieder.

4. Die Eigenschaften der Palladium-Silber-Legierungen eignen sich gut für die von uns entwickelte "modifizierte Silizium-Beschichtung." (9)

5. Die klinische Verträglichkeit gegen verschiedenste Metalle in einem Milieu hat bisher zu keinen erkennbaren Beschwerden geführt. (Ein positiver Epikutan-Test auf Chrom-Kobalt-Molybdän und Gold-Palladium-Legierung ergab einen negativen auf Palladium-Silber. Die allergische Patientin verträgt seit einem Jahr diese Arbeit in Palladium-Silber, was als Einzelfall jedoch nicht aussagekräftig ist.)

Zu den widersprüchlichen Aussagen des Allergie-Problems möchten wir zusammenfassen, daß bei allen Dentallegierungen Allergien auftreten können. Sie sind um so seltener, je korrosionsbeständiger die Legierungen sind; es sind grundsätzlich die herausgelösten Metall-Ionen, die Allergien verursachen, nicht die Legierung an sich. (12)

Hält man die Anzahl der verschiedenen Metalle gering oder verwendet für alle prothetischen Arbeiten ein und dasselbe Metall, was heute sowohl mit Palladium-Silber- oder NEM-Legierungen möglich ist, verringert man eine wichtige sensibilisierende Substanz. Wenn dann noch auf jegliche Lötung durch Verkleben der verschiedenen Teile (Kambabloc, Bego) verzichtet werden kann, so halten wir auch das so "berühmte" Cadmium der Mundhöhle fern.

Da eine Allergisierung auch eine Frage der Häufigkeit und Dauer des Kontaktes mit den entsprechenden Stoffen ist, besitzen die Palladium-Silber-Legierungen gegenüber allen anderen den Vorteil, daß bisher keinerlei Gebrauchsgegenstände aus diesem Material hergestellt sind, außer den Kontaktwerkstoffen in der Raumfahrttechnik (NASA, Telstar). (7)

Zusammenfassung:

Die physikalischen Eigenschaften wie Festigkeit, geringes

spezifisches Gewicht, etwas geringere Wärmeleitfähigkeit, gute labortechnische Verarbeitung (ohne zusätzliche Anschaffungen), geringe Kosten, gute klinische Verträglichkeit machen die Palladium-Silber-Legierung zum jetzigen Zeitpunkt zum Mittel der Wahl.

Die "Soll-Verordnung" zum 1.4.1986 ist nach unseren Erfahrungen weder ein Risiko für den Zahntechniker, noch für den Zahnarzt, noch für den Patienten. Zu aller Wohl kommt das der Kostenträger.

Literatur:

- (1) Classification and definition of alloys used for casting subtrales for porcelain veneering. Council of Dental Materials, Instruments and Equipment. J Amer Dent Ass 103, 755 (1981).
- (2) Classification system for cast alloys. Council of Dental Materials, Instruments and Equipment. J Amer Dent Ass 109, 838 (1984).
- (3) Hodge, R.J.: The corrosion resistance of gold and base metal alloys. In: Valega, T.M., Alternatives to gold alloys in dentistry. National Institute of Dental Research, Bethesda 1977.
- (4) Hohmann, W.: Edelmetallgüßwerkstoffe in der Zahnheilkunde. Welche Vorteile bringt der Silbergehalt? Dent Labor XXXIII, 1649 (1985).

- (5)
Hohmann, W.: Benötigt die Zahnheilkunde Standardwerkstoffe oder standardisierte Prüfverfahren? Dent Labor XXXIV, 69 (1986).
- (6)
Hohmann, W.: Was sind Palladiumbasisstoffe? Welche Legierungen sind empfehlenswert? Zahnärztl Mitt 8, 909-912 (1986).
- (7)
Hohmann, W.: Pers. tel. Mitteilung 3.6.1986.
- (8)
Pönnighaus, H.: Ein Plädoyer für die Konuskronen (erscheint demnächst).
- (9)
Pönnighaus, H.: Modifizierte Silanisierung (erscheint demnächst).
- (10)
Schwickerath, H.: NEM-Legierungen im Kreuzfeuer der Kritik. Dent Magazin 2, 43 Mai/Juni 1986.
- (11)
Siebert, G. und N. Reuling: Dentale Legierungen. Dtsch Zahnärztebl 5, 476-490 (1986).
- (12)
Weiss, J.: NEM-Legierungen im Kreuzfeuer der Kritik. Dent Magazin 2, 42 Mai/Juni 1986.

Dr. Helmut Pönnighaus
Brückenstr. 13
5580 Traben-Trarbach

Zur marginalen Paßform von Kronen und Brücken

An 81 humanen Ober- und Unterkieferpräparaten wurden 63 Einzelkronen und 35 mehrgliedrige Brückenkonstruktionen nachuntersucht. Zur Auswertung kamen die Mesial- und Distalflächen von 142 Überkronen Zähnen. Die Beurteilung der Kronenrandverhältnisse wurde mittels eines Hellfeld-Auflicht-Mikroskopes vorgenommen.

Bei 80,3% der Flächen konnten Tangential-, bei 16,5% Hohlkehlen- und bei 3,2% Stufenpräparationen festgestellt werden. Der Zemenspalt betrug im Mittel 382 µm (Streuungsbreite 50 µm bis 1425 µm).

45,1% der Kronenränder waren zu lang und 31% zu kurz. 19,7% der Fälle wie-

sen einen exakten Kronenrand auf. 73% der Kronenränder waren überkonturiert, 2,5% unterkonturiert. Eine korrekte Kronenrandgestaltung lag bei 23,9% vor.

Bei 71,1% der untersuchten Flächen ließen sich unterhalb der Kronenränder Konkremente nachweisen.

Die Kronenrandgestaltung in der Praxis weicht deutlich von der wissenschaftlich als erreichbar angesehenen ab. Die Ursache liegt nach Ansicht des Autors in der ungenauen Darstellung der Präparationsgrenze.

Spiekermann, H.: Dtsch Zahnärztl Z 41, 1015 (1986)

Praxis des Hydrokolloidabdrucks

Andreas Körtgen

Im DAZ-Forum 14, S. 169-172 erschien ein Artikel über den Hydrokolloidabdruck, der namentlich nicht gekennzeichnet war und offensichtlich von den angeführten Dental-Firmen verfaßt wurde. Zwangsläufig erscheint dadurch diese lobenswerte Methode für die Augen des Zahnarztes in etwas schrägem Licht. Die angeführten Punkte 1-16 des "Ablauf(s) für Abdruck mit Hydrokolloid" sind meiner Meinung nach eher geeignet, den viel geprüften Praktiker in seinem Vorurteil von der "zu komplizierten Methode" zu bestärken und von jeglichem Ansatz, sie in seiner Praxis einzuführen, gründlich abzuschrecken.

Ich selbst nehme seit 3 1/2 Jahren bei jeder Präparation ausschließlich Hydrokolloidabdrücke. Es sind einige Vereinfachungen der Prozedur möglich, ohne die hervorragenden Ergebnisse zu mindern. Ich möchte behaupten, daß gerade in der einfachen und zuverlässigen Handhabung ebenso entscheidende Vorteile liegen, wie in der unübertroffenen Exaktheit der Resultate.

1. Die Anschaffungskosten sind geringer als dargelegt, da man nur ein einzelnes Kochbad (Boiler) braucht für Kochen und Aufbewahren der Materialien. Das dritte Bad für die

Vorbereitungstemperatur für den Abdruck ist völlig unnötig (s.u.).

2. Außerdem braucht man die doppelwandigen Löffel. Von jeder Größe (4 UK + 4 OK) genügen zwei Stück, da sofort ausgegossen werden muß, und die Löffel daher schnell wieder zur Verfügung stehen; schließlich Kühlschlauch und Anschluß an der Einheit.

3. Bei einer supragingivalen Präparation genügt ein wesentlich dünnerer Faden (z.B. Surgident Retraktionsfaden Nr. 2) als üblich, wenn er nicht sogar ganz entfallen kann. Er wird unterhalb der Präparationsgrenze (Hohlkehl) gelegt und kann in der Regel während des Abdrucks verbleiben.

4. Das Präparationsgebiet wird wie üblich mit Watterollen trocken gelegt. Auch Hydrokolloid verträgt keinen Unterwasserabdruck, sondern allenfalls eine geringe Restfeuchtigkeit.

5. Nachdem die Helferin ein letztes Mal die Temperatur des Wasserbades genau kontrolliert hat (69 °C; 68-71 möglich), wird der ausgewählte Löffel mit dem dickfließenden Material aus der Tube (bei mir heavy body II) beschichtet, an den Kühlschlauch fertig angeschlossen und auf dem Tray ab-

gelegt. Dort bleibt er und kühlt ab, bis das Spritzenmaterial appliziert wird. Es besteht keine Eile. Das Material ist gutmütig und nimmt ein paar Grade mehr oder weniger nicht krumm.

6. Anders das dünnfließende Spritzenmaterial, welches durchaus auf kürzestem Wege aus dem Wasserbad zum Mund gebracht werden sollte. Die Spritze wird dabei aufgeschraubt (wasserdichter Verschluss ist nötig). Bevor ich den präparierten Stümpfen näheretrete, gebe ich eine kurze Portion auf meinen linken Handrücken, um eine letzte Temperaturkontrolle zu haben. Die einzige Gefahr ist eine zu hohe Temperatur. Im ersten Moment darf es schmerzhaft heiß sein, dann aber sofort akzeptabel (auch den Patienten muß man natürlich auf den ungewohnt warmen Abdruck vorbereiten).

7. Allein durch den Austritt unter Druck durch die sehr engen Spritzenkanülen kühlt das Material genügend ab, um verträglich zu sein. Es wird ohne abzusetzen (die Kanüle wäre sehr schnell verstopft von kalt erstarrtem Material) um und über die Stümpfe gegeben. Bisher war eine volle Spritze immer ausreichend.

8. Während ich den bereitgelegten Löffel aufsetze, dreht die Helferin das Kühlwasser an. Bei relativ hoher Ausgangstemperatur kann dies schon etwas früher geschehen.

Der Löffel wird zügig in Position gebracht (auch das "heavy" Material ist sehr nachgiebig), dann völlig entlastet und von mir selbst festgehalten.

9. Nach vier Minuten (bei sehr großem Löffel 4 1/2) ist der Abdruck erhärtet. Der große Vorteil des Hydrokolloids: Kein Anmischen, keine Mischfehler, keine Dosierfehler, keine Gefahr zu alter Materialien! - Es wird totsicher fest.

Der Abdruck wird mit einem Finger buccal unterstützt und gerade, betont ruckartig gelöst (langsame Dehnungen vermeiden), entnommen und kontrolliert. Die Kontrolle ist wegen der feuchten Oberfläche etwas schwieriger. Den Abdruck nicht trockenblasen, nur abspülen und sofort in die im Labor bereitstehende Kalium-sulfatlösung legen! In seltenen Fällen können sogar kleine abgerissene Teile (z.B. Interdentalsepten) einfach vorsichtig wieder angesetzt werden. Sie sind nicht wie beim Silikon gedehnt, verformt und dann erst gerissen.

11. Ist der Abdruck allerdings unbrauchbar (tatsächlich nur denkbar, wenn nicht genügend Masse an den Zahn gekommen ist), kann er sofort innerhalb der nächsten Minuten wiederholt werden, denn

- a) die Fäden liegen noch (s.o.) und
- b) das Material für den nächsten Abdruck liegt ge-

brauchsfertig im Wasserbad. Eine solche Wiederholung war aber in 3 1/2 Jahren keine 15-mal notwendig.

12. Der Hauptnachteil des Hydrokolloids ist vielleicht die Notwendigkeit, sofort (ideal nach ca. 30 Minuten) ausgießen zu müssen. Oft haben bei mir die Abdrücke aber auch schon über Nacht und sogar übers Wochenende in ihrer Kaliumsulfatlösung gelegen und trotzdem keine für mich erkennbar schlechteren Ergebnisse geliefert. Nur einmaliges Ausgießen ist möglich, weil das Hydrokolloid noch auf dem Gipssokkel auszutrocknen beginnt.

13. Mein weiteres Vorgehen: Ausgießen mit vakuumangerühr-

tem Fuji-rock im Model-tray-Verfahren (schnell und einfach), Sägen, Freifräsen bis < 1 mm vor Präparationsgrenze und restliches Freilegen mit Skalpell, Anzeichnen und Einartikulieren - alles durch mich selbst. Das Labor erhält die Modelle fertig im Artikulator. Meine angezeichnete Präparationsgrenze wünsche ich bei der Ablieferung der fertigen Arbeit im wesentlichen wiederzufinden. Auf dem so gewonnenen Modell kann ich die Paßgenauigkeit wesentlich besser kontrollieren als im Mund, trotz weitestgehend supragingivalem Randverlauf.

Dr. Andreas Körtgen
Gräfin-Pheda-Str. 14
2983 Nordseebad Suist

Betrifft: Compliance

Ist der Arzt unter Zeitdruck, wird er Schwierigkeiten haben, dem Patienten die medizinischen Zusammenhänge seiner Erkrankung und die daraus resultierende Pharmakotherapie zu erläutern.

Der verärgerte Patient - er mußte z.B. lange warten und wurde obendrein von einer Mitarbeiterin unfreundlich behandelt - zeigt je nach Temperament wenig Neigung zum Zuhören oder reagiert auf die Erläuterungen des Arztes mit bewußter Skepsis.

Je unpersönlicher, d.h. für den Patienten offenkundig schematisiert,

der Praxisablauf ist, desto schwerer fällt es dem Arzt, Individualbetreuung glaubhaft zu machen.

Bei längeren Pausen zwischen Untersuchung und Therapiegespräch, deren organisatorische Notwendigkeit er nicht nachvollziehen kann, fühlt sich der Patient vernachlässigt.

Störungen während des Gesprächs, sei es das Hereinreichen der Unterlagen des nächsten Patienten, seien es telefonische Rückfragen des Personals, mindern die Konzentration auf beiden Seiten.

Die Praxisgründung 10/86, S. 12

Amalgam

— heutige Möglichkeiten und offene Wünsche

Dieser Beitrag wurde auch der ZM angeboten und mit der Begründung: "... die Luft ist derzeit so dick ..." abgelehnt. Gemeint war wohl der Satz auf S. 65 erste Spalte Mitte: "... Füllungen (noch?) als Sachleistungen ohne finanzielle Diskussion ausgeführt werden können ..."

Als unerwartete Nebenreaktion bei der Herstellung einiger Amalgam-Chargen kam es kürzlich zur Entstehung von Formaldehyd. Die hierdurch entstandene Toxizität wurde rasch erkannt und eliminiert. Darüber hinausgehende Vorbehalte oder gar Vorurteile diesem bewährten Füllungsmaterial gegenüber sind rational nicht zu begründen und sollen hier nicht weiter behandelt werden.

Die Indikation zur konservierenden Zahnbehandlung und gleichzeitig Vermeidung oder zumindest erheblichen Verzögerung prothetischer Maßnahmen sollte neu überdacht werden. Einige Untersuchungen hatten in den letzten Jahren bestürzend schlechte Langzeitergebnisse für Kronen hervorgebracht. Im Gegensatz dazu publizierte jetzt Kerschbaum, die von ihm repräsentativ untersuchten Kronen hätten durchschnittlich 16 Jahre gehalten; Überkronungen seien somit als langfristig wirtschaftlich anzusehen. Nur - und dies ist Kerschbaum entgegenzuhalten - schien sein einziges Beurteilungskriterium die Verweildauer der Kronen im Munde zu sein. Diese Auswahl erscheint mir fragwürdig, wenn man sich verinnerlicht, wie die denk-

würdige Reihe von Kronen und Brücken mit weit überstehenden Rändern, sicherlich (fast?) ausschließlich eingegliedert durch unseren berüchtigten Kollegen "Ali Olocko", notorisch dem Parodontium zusetzt. Ich glaube, daß in unserem Fachgebiet "Zahnheilkunde" eine absolute Priorität der Wertigkeit besteht oder zumindest bestehen sollte zugunsten derjenigen Gewebe oder Gewebsanteile, die die Kaukraft von den Kauflächen der Zähne in den zahntragenden Knochen einleiten können:

Verlust von Parodontalgewebe ist irreparabel!

Befindet sich aber erst einmal eine güldene Arbeit im Munde des Patienten, so kehrt sich oft bewußt oder unbewußt diese Priorität um: Beim Patienten, weil er keinesfalls bald erneut für die Behandlung der gleichen Zähne Geld bezahlen will, beim Behandler, weil er die Mangelhaftigkeit seiner eigenen erbrachten Leistung nicht eingestehen mag, oder aus Kollegialität die anderenorts eingegliederte "Versorgung" nicht so heftig anprangern will. So kann sich eine Eigendynamik des Zahnersatzes entwickeln, die zu un-

verantwortbar langen Verweildauern im Mund führt.

- Patient: "Diese Krone können Sie mir aber doch noch erhalten?!"
- Zahnarzt: "Nun ja, sie wackelt ja noch nicht sehr ..."

Mit dem schließlichen Ende einer solcherart "erhaltenen" Krone verliert der Patient dann auch zugleich den Pfeilerzahn. Genauso birgt Ausflickerei an und unter Inlays die große Gefahr unentdeckter Restkaries.

Ganz anders die Situation bei Kariesverdacht an oder unter Füllungsrestaurationen: So lange diese (noch?) als Sachleistungen ohne finanzielle Diskussionen ausgeführt werden können, wird jeder verantwortungsgemäß arbeitende Kollege die Füllung entfernen, sich somit für Diagnose und Therapie Sicherheit verschaffen, um dann den Defekt erneut zu versorgen.

Zur Bewertungssituation: Die Honorierung für umfangreiche Amalgamrestaurationen ist durch Einführung der Position "F4" und der Abrechenbarkeit von parapulpären Stiften zwar insgesamt besser geworden; die Chance zu wirklicher Gerechtigkeit wurde aber vertan: So bedeutet z.B. bei einer klassischen m-o-d-Kavität eine zusätzliche "Krallen" nach buccal oder lingual keine nennenswerte Erhöhung des Aufwandes. Deutlich schwieriger wird die Arbeit erst, wenn ein oder mehrere ganze Höcker plastisch

ersetzt werden. Dies kann aber auch bereits dann der Fall sein, wenn bei der gültigen Lesart nur eine "F3" zur Abrechnung gelangen kann, z.B. occlusal-buccal-distal. Mehr Gerechtigkeit und höheren Schutz vor Mißbrauch böte folgende Einteilung:

- F1 - einflächige Flg.
- F2 - zweiflächige Flg.
- F3 - drei- und mehrflächige Flg.
- F4 - Flg. mit Ersatz eines ganzen Höckers
- F5 - Flg. mit Ersatz mehrerer ganzer Höcker

Unter die letztgenannte Position fielen dann also auch die sog. "Sozialkronen", bei denen tiefzerstörte Zähne endodontisch versorgt und z.B. um einen "Radix-Anker" herum komplett plastisch wiederaufgebaut werden. Nach meinen Beobachtungen nehmen derlei "Kompromißbehandlungen", zumal bei sozial schwachem Klientel, deutlich zu. Sie verstoßen auch nicht mehr gegen die Regeln der Kunst, da neuerliche Fortschritte auf dem Materialsektor inzwischen erlauben, derlei Versorgungen nicht mehr als Lösungen auf Zeit, sondern als dauerhafte Rekonstruktion anzusehen.

Klinische Erfahrung hatte gezeigt, daß auch bei ausschließlicher Verwendung von "Non-Gamma-2"-Amalgamen die Langzeit-Erfolgsquoten je nach Präparat sehr unterschiedlich ausfielen. Auch bei guter Politur und Mundhygiene kam es

zu Verlust des Glanzes, Dunkelgefärbung und Korrosionserscheinungen. Einen wirklichen Durchbruch auf diesen Gebieten brachte erst die Beimengung von Palladium.

Dieses Amalgam behält seinen Glanz auf Dauer. Ich sehe in der Verwendung dieser Amalgamsorte drei wesentliche Vorteile:

1. Größere Haltbarkeit durch hohe Korrosionsfestigkeit
2. Verbesserte Motivation der Patienten, die Zähne zu pflegen (graue oder schwarze Füllungen verleiten eher zu hygienischer Nachlässigkeit)
3. Zu den zunehmend bei Kronen und Brücken angewandten Silber-Palladium-Legierungen besteht nahezu keine elektrische Potentialdifferenz. Die "neuralgischen Kontaktpunkte" entfielen somit.

Leider ist das so beschriebene Amalgam erst von einem Anbieter erhältlich, nur in Kapseln und noch sehr teuer (Valiant Blend von De Trey).

Bei der Amalgamverarbeitung gibt es zwei sehr unterschiedliche Anwendungsmöglichkeiten:

1. Kleinere Kavitäten, durchaus auch mehrflächige, jedoch bei eindeutigen und leicht beherrschbaren Verhältnissen in Okklusion und Artikulation. Das hierfür erforderliche Amalgam sollte schnell abbinden und die zur Matrizenabnahme erforderliche

derliche Kantenfestigkeit erhalten, es soll danach sofort schnitzbar sein.

2. Ein anderes Amalgam sollte zum Einsatz kommen bei großen Kavitäten, bei occlusal schwierigen Verhältnissen, bei plastischer Rekonstruktion ganzer Höcker. In diesen Fällen sollte eine Matrize gewählt werden, die vor Einbringen des Füllungsmaterials in Okklusion und Artikulation adjustiert werden kann. Hier hinein sollte ein Amalgam kondensiert werden, das eine längere Abbindezeit und einen größeren Verarbeitungsspielraum aufweist. Nach Einbringen des Füllungsmaterials mit leichtem Überschuß kann der Patient durch Zubeißen und leichte Artikulationsbewegungen das erforderliche Kauflächenrelief vorformen. Die Füllung kann so bei noch angelegter Matrize nach funktionellen Gesichtspunkten geschnitzt und in der Okklusalfäche fertig ausmodelliert werden.

Für letztere Arbeitsweise bot der Dentalhandel noch keine gut geeignete Matrizenart an, so daß ich mir die Matrize meiner Wünsche selbst konstruierte und patentrechtlich sichern ließ (vgl. ZM 8/85, S. 802).

Die Hochschulen zeigten lebhaftes Interesse, die angesprochenen Dental-Produzenten machten z.T. große Versprechungen, ließen jedoch eine Serienproduktion nicht zu.

Hierzu zeigen sich jetzt außerhalb der traditionellen Dentalbranche erfolgversprechende Alternativen: Man arbeitet dort auch mit weit geringeren Gewinnspannen:

Die jetzt lieferbaren Handelsformen des Amalgams sind:

1. Einmalkapseln aus PVC mit vordosierten Amalgam- und Quecksilber-Anteilen.
Vorteil: Unproblematisch in idealer Konsistenz angemischtes Amalgam.
Nachteil: Viel PVC-Müll, zudem quecksilberhaltig (Sondermüll!).
2. Tabletten mit Dosiergerät.
Vorteil: Gleichmäßig gutes Mischungsergebnis, kein Müll.
Nachteil: Dispenser nie wirklich dicht, Gefahr der Hg-Intoxikation.
3. Caplets, Folienverpackung für vordosierte Amalgam- und Quecksilberanteile in wiederverwendbarer Kapsel.
Vorteil: Gutes Mischungsergebnis, wenig Müll.
Nachteil: Folienverpackung nicht sicher (viele Versager).
4. Offene Feilung für Verwendung in Mischautomaten, z.B. Dentomat
Vorteil: Kein Müll, keine Intoxikation.
Nachteil: Probleme schwankender Konsistenz durch Entmischung der Feilungspartikel, auch trotz Rührwerk.

Wünsche an die Industrie

Trotz einiger guter Erfahrungen mit reinen "Kugelamalgamen" (z.B. Oralqy) kann dieser Typus wegen seiner besonderen Empfindlichkeit gegenüber Verarbeitungsschwankungen nicht ohne Vorbehalte empfohlen werden. Sicher gibt es bei vielen Kollegen die Neigung, aus Kostengründen bei eingeschränkten Indikationen und geringen Liegezeiten auch auf ein Billig-Amalgam zurückzugreifen (z.B. bei Milchzahnfüllungen), doch muß diesem Ansinnen der Mehraufwand vielfacher Bevorratung entgegengehalten werden. Es sollten

- nur noch Gamma 2 - phasenfreie Mischamalgame mit Palladiumzusatz Verwendung finden.
- Amalgam-Mischautomaten angeboten werden, deren Vorratsbehälter für die Feilung dem Gerät entnommen werden kann. Diese Feilungskapseln müßten so ausgeformt sein, daß durch gelegentliches manuelles Schütteln eine gleichmäßige Durchmischung der unterschiedlichen Feilungsanteile gewährleistet bliebe.
- aus ökologischen Gründen auf Dauer keine Kapseln oder Tabletten/Dispenser-Systeme mehr angeboten werden.
- sonst identische Amalgamsorten sowohl schnellhärtend als auch mit verzögerter Abbindung angeboten werden.
- die Hersteller bei entsprechendem großen Umsätzen zu einer Preiskalkulation zurückfinden, die dem sozialen Stellenwert der Amalgamfüll-

lung entspricht und somit auch in Zeiten schlechterer Honorierung der Zahnärzte eine hochwertige Zahnerhaltung er-

möglicht.

Dr. Till Ropers
Alter Marktplatz 4
2162 Steinkirchen

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

UMWELT

INFORMATIONEN

UMWELT

Amalgame im Abwasser

Bisher werden jährlich etwa zehn Tonnen Amalgam, das bei der Erneuerung von Füllungen abgesaugt wird, in die kommunalen Abwässer eingeleitet. Die dadurch verursachte Umweltbelastung, insbesondere durch das darin zu etwa 50 Prozent enthaltene Quecksilber, führte dazu, daß Überlegungen zur Abscheidung von Amalgam in der Praxis angestellt wurden.

In Schweden gibt es eine Vorschrift darüber; in der Bundesrepublik ist die Gesetzgebung zurückgestellt worden.

Der Grund dafür ist in der Tatsache zu sehen, daß nach den schwedischen Vorschriften nur etwa zehn Prozent des anfallenden Materials zurückgehalten werden. Diese relativ schlechte Ausbeute wird durch die Begrenzung der Filtertechnik verursacht. In Deutschland sind Zentrifugen in Er-

probung, die einen wesentlich höheren Wirkungsgrad aufweisen. Von seiten der Behörden wurden deshalb bis zum Abschluß von Voruntersuchungen keine Verordnungen erlassen, da man sich am technisch Machbaren orientieren will.

Die Hersteller von Dentalgeräten gehen mittlerweile von sich aus dazu über, Abscheideanlagen einzubauen. Dem Käufer muß jedoch klar sein, daß diese Abscheider bei allen Herstellern die zu erwartenden Werte nicht erfüllen und eine spätere Nachrüstung erforderlich sein wird.

Ab September 1986 werden auch die Speifontänen der Fa. Ultradent mit Abscheidern ausgerüstet, wobei auf diesen Punkt ausdrücklich hingewiesen wird, was leider bei den Produktinformationen anderer Hersteller häufig übersehen wurde.

Zahnärztl. Praxis 12/86, S. 478

Der erste AIDS-Patient

Am 17. November 1986 erschien gegen 10 Uhr in unserer Praxis ein etwas zurückhaltender, treuherziger, junger Mann zur Zahnbehandlung. Während der Untersuchung fragte er, ob unser Arzt schon angerufen habe - wegen der "toten Zähne" - ob man die entfernen müsse?

Ich stellte also den telefonischen Kontakt mit Herrn Dr. M. her und ließ in der Zwischenzeit von unserer Zahnarzthelferin, Frau H., die notwendigen Röntgenaufnahmen anfertigen. Der Kollege war etwas überrascht, weil Herr G. schon so schnell einen Termin bekommen hatte, gar schon auf dem Behandlungsstuhl saß, denn schließlich hatte er ja mit mir vor Behandlungsbeginn über den Patienten sprechen wollen.

"Wissen Sie, der Herr G. ist bei mir in psychotherapeutischer Behandlung, wegen Suicid-Gefahr, er hat da was ganz Schlimmes" - und sehr zögerlich: "er bat mich, es Ihnen ja nicht zu sagen, aber es muß ja wohl doch sein! Bei Herrn G. wurde vor wenigen Monaten entdeckt, daß er Aids hat, und er befürchtet, daß ihn deswegen kein Zahnarzt behandeln würde." - "Uff", sagte ich, "das hätte ich aber ein bißchen früher wissen müssen, eine Helferin fummelt gerade in seinem Mund herum, um Röntgenaufnahmen anzufertigen." Dr. M.: "Ich hatte ja keine Ah-

nung, daß er bei Ihnen so schnell einen Termin ... (zahlreiche Entschuldigungen)."

Nach dem Telefonat ging ich in den Raum, wo Frau H. gerade die Röntgenaufnahmen entwickelt hatte und zog mir demonstrativ Handschuhe an. Ich bat sie, dasselbe zu tun und in diesem Raum alles zu desinfizieren, was sie seit Anfertigung der Röntgenaufnahmen angefaßt hatte. Dann erst sollte sie mir ins Behandlungszimmer zu Herrn G. nachfolgen. Als sie mich fragend ansah, hielt ich den Finger an meinen Mund, um anzudeuten, daß ich jetzt nicht darüber sprechen könne. Ich hatte vermeiden wollen, daß durch unbedachte Äußerungen, sowohl im Büro wie unter den Patienten, Unruhe einträte.

Als ich zu Herrn G. zurückkehrte, bemerkte dieser natürlich meine Handschuhe und sah mich erwartungsvoll an, sagte aber nichts. Ich erklärte ihm nun ganz selbstverständlich, daß ich mit Dr. M. über seine beherdeten Zähne gesprochen habe und zeigte ihm diese auf den Röntgenaufnahmen. Ich empfahl deren Entfernung, da sie die körpereigene Infektionsabwehr, also das Immunsystem schwächen würden. Die verlorenen Zähne könne man ohne weiteres durch Brücken wieder ersetzen. Als er dann wis-

sen wollte, ob ich bereit sei, die Zahnbehandlung vorzunehmen, bejahte ich dieses und betonte nochmals, daß er sich solche, das Immunsystem belastende Zähne nicht leisten könne. - Die Katze war aus dem Sack! - Ich bat ihn sodann, mich für weitere Besprechungen privat anzurufen.

Frau H. hatte sich nicht mehr im Sprechzimmer blicken lassen. Was war geschehen?

Als sie mich beobachtet hatte wie ich so demonstrativ die Handschuhe anzog, war ihr eine böse Ahnung gekommen, die sie unfähig machte, sich wieder in die Nähe des Patienten zu begeben - denn, sie hatte, was ich nicht wußte, an jenem Zeigefinger, mit dem sie immer wieder in die Mundhöhle gegriffen hatte, eine Verletzung. Bei der anschließenden Besprechung sparten ihre Kolleginnen nicht mit Vorwürfen gegen den "verdreckten" Patienten und gegen den "unverantwortlich trügen Dr. M."

Da meine Beschwichtigungsversuche (verständliche Angst des Patienten) und mein Hinweis, daß bis dato eine Übertragung durch Speichel noch nirgends beschrieben worden sei, die Ängste nicht ausräumen konnte, telefonierte ich mit verschiedenen kompetenten Ärzten und Aids-Beratungsstellen. Deren einhellige Meinung lautete: "Übertragung durch Speichel bisher nicht bekanntgeworden!" Allgemein erhielten wir aber den Rat, aus forensischen

Gründen einen HIV-Test sofort und einen weiteren Test in acht Wochen vornehmen zu lassen. Damit sollte geklärt werden, ob bereits vorher eine Auseinandersetzung mit dem Virus stattgefunden hatte und festgestellt werden, ob nun neuerdings eine Infektion eingetreten sei.

Nach der Blutabnahme bei unserem "Betriebsarzt" mußte ich die keineswegs zu Hysterie neigende Mitarbeiterin nach Hause entlassen, da sie einem Nervenzusammenbruch nahe war.

Die erforderlichen Zahnextraktionen wurden bei dem an Aids erkrankten Patienten unter folgenden Vorsichtsmaßnahmen vorgenommen:

1. Behandlungstermine am Schluß der Vormittags- oder Abendsprechstunde, um auch ein Zusammentreffen mit Frau H. zu vermeiden.
2. Verwendung möglichst vieler Einwegartikel (Saugkanülen etc.).
3. Abdeckung des Patienten mit einem großen Plastikumhang, in welchen nach der Behandlung der angefallene Müll eingewickelt werden konnte.
4. Abdecken der Arbeitsflächen mit festem Traypapier.
5. Benutzung von Einweghandschuhen und Mundschutz.
6. Abwurf benutzter Watterollen etc. in einen Einweg-

becher.

7. Handschuhwechsel zur Reinigung und Desinfektion des Instrumentariums und des Behandlungsraumes.

Diese Maßnahmen mögen dem einen oder anderen übertrieben erscheinen, aber ich halte sie deswegen für angebracht, als ich mich als Praxisinhaber verpflichtet fühle auch auf mögliche irrationale Ängste meiner Mitarbeiterinnen einzugehen - nach dem bayerischen Motto: "Nix gwiaß woäß ma net!" Wie sehr die Angst, sich bei Herrn G. angesteckt zu haben, unserer zwar vorsichtigen, aber unhysterischen Frau H. in den Knochen steckte, möchte ich zum Abschluß meines Berichtes beschreiben:

Als Frau H. am 22.01.1987, während der Arbeit die Mitteilung unseres "Betriebsarztes" erhielt, daß auch der ausschlaggebende zweite HIV-Test keinerlei Auseinandersetzung mit dem Aids-Erreger ergeben hatte, brach diese fast in Tränen aus. Neun Wochen hatte sie in der schrecklichen Ungewißheit verbracht, eventuell ein Opfer dieser Seuche geworden zu sein. In der Mittagspause, bei einem Glas Sekt,

berichtete sie uns über die vergangenen neun Wochen in ihrer Familie: Weder ihrem Mann noch ihren beiden jugendlichen Kindern hatte sie von ihrem Problem erzählt. Sie selbst war sich aber dennoch wie eine Aussätzige vorgekommen, denn sie vermied jeglichen körperlichen Kontakt, trank nicht mal mehr aus dem Glase ihres Mannes, der zusehends den Eindruck gewann, neuerdings mit einer Nonne verheiratet zu sein, ohne daß er von seiner Frau dafür eine plausible Erklärung erhalten hatte. So brauten sich erhebliche Gewitterwolken zusammen. Die innerfamiliären Spannungen seien fast unerträglich geworden. Am schlimmsten allerdings sei die letzte Woche gewesen, die Zeit nach der zweiten Blutentnahme. Als dann endlich das Ergebnis vorlag, und sie mit der Familie ihre "Wiederauferstehung" feiern konnte, plagte sie immer noch der Gedanke, daß ihre Familie auf sie eindringen würde, ihren Beruf an den Nagel zu hängen. Dies war aber bis dato nicht der Fall!

Unsere Konsequenz aus dieser Sache: Ein Aushang im Wartezimmer:

DIE ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG VON
A I D S - P A T I E N T E N
LEHNEN WIR NICHT AB!

Lassen Sie uns aber nicht im unklaren über diese Erkrankung, um die notwendigen hygienischen und organisatorischen Maßnahmen (Termine außerhalb der regulären Sprechzeiten) treffen zu können. Machen Sie sich nicht mitschuldig an der Ausrottung eines behandlungswilligen Zahnbehandlungs-Teams.

(Name i. d. Red. bekannt)

Fortbildung

oder: Was ist der § 10 Abs. 1 Ziff. 3 des Kammergesetzes wert

M. Witte

Nach vielfachen Anfragen von Kollegen der Bezirksstelle Oldenburg, warum nach vierjähriger, erfolgreicher Fortbildungsreferententätigkeit ein Rückzug erfolgte, sollen im folgenden die Beweggründe zu diesem Schritt dargestellt werden.

Im Februar 1985 veröffentlichte das Niedersächsische Zahnärzteblatt Planungen des Fortbildungszentrums in Hannover, "die Fortbildung des ZFN den Kollegen "vor die Tür" zu bringen. Eine zwingende Maßnahme, die bei einem Flächenstaat wie Niedersachsen einfach erforderlich ist."

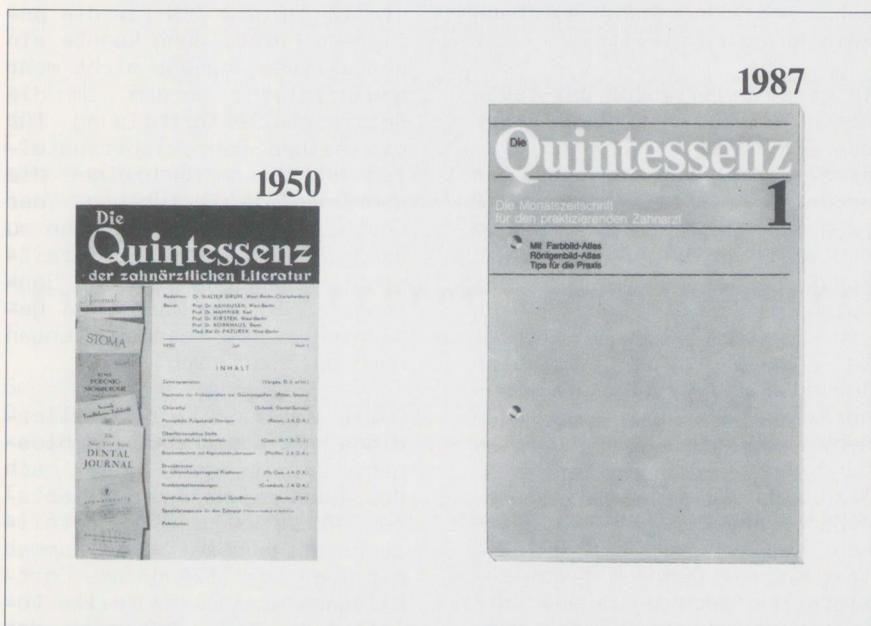
Diese Forderung wurde gerade in Oldenburg mit attraktiven Fortbildungskursen (Referenten: Prof. Lange, Prof. Marxkors, Prof. Engelhardt) und Notfallkursen verwirklicht. Die Planungen für einen Orthodontie-Kurs mit Prof. Diedrich waren bereits abgeschlossen, als das Referat Fortbildung der Zahnärztekammer Niedersachsen mitteilte, daß die Abhaltung von Kursen mit begrenzter Teilnehmerzahl und Erhebung von Gebühren gegen § 10 Abs. 1 Ziff. 3 des Kammergesetzes für die Heilberufe vom 30.5.1980 verstoße. "Sollte das Bedürfnis der Durchführung von Kursen und Seminaren in Ihrem Bereich bestehen und

die Nachfrage es zulassen, werden Sie gebeten, sich mit dem technischen und Verwaltungsdirektor des ZFN ... in Verbindung zu setzen, um eine periphere Veranstaltung des ZFN in Ihrem Bereich zu planen."

In einem Antwortschreiben an das Referat Fortbildung wurde deutlich Widerspruch gegen den Vorwurf des Verstoßes des Kammergesetzes und der Berufsordnung erhoben. § 10 Abs. 1 Ziff. 3 des Kammergesetzes für die Heilberufe beinhaltet folgenden Wortlaut: "Es ist Aufgabe der Kammern, für die berufliche Fortbildung der Kammerangehörigen Sorge zu tragen." Ziff. 11 210 der Berufsordnung besagt: "Der Zahnarzt ist verpflichtet, durch Fortbildung seine Fachkenntnisse dem jeweiligen Stand der Wissenschaft anzupassen."

Anläßlich der 1. Sitzung des Fortbildungsausschusses mit den Fortbildungsreferenten der Bezirksstellen der Zahnärztekammer Niedersachsen am 8.5.1982 wurde die Frage gestellt, ob Bedenken gegen die Veranstaltung von Fortbildungskursen auf Bezirksebene bestehen. Die Antwort war ermutigend, solche Planungen zu verwirklichen. Eine Durchsicht der vom Vorgänger gesammelten Einladungen zu Fortbildungs-

AM GUTEN PRINZIP HAT SICH NICHTS GEÄNDERT!



Es ist schon eine erstaunliche Tatsache, wie weit DIE QUINTESSENZ, die von dem damaligen Chefredakteur Dr. Walter Drum 1950 erstmals den deutschen Zahnärzten vorgestellt wurde, in vielen inhaltlichen Grundprinzipien der Fachzeitschrift DIE QUINTESSENZ von heute entspricht.

Redaktionelles Ziel war und ist es, in den einzelnen wissenschaftlichen Sektionen dem praktizierenden Zahnarzt regelmäßig einen präzisen und umfassenden Überblick über die wichtigsten Fortschritte und Entwicklungen in seinem Fach zu vermitteln.

H heute wie damals ist es unser oberstes Ziel, die wissenschaftliche Fachliteratur unseres Hauses durch eine Vielzahl ausgereifter Ideen und ihre vorbildliche Umsetzung immer weiter zu verbessern. So sind wir innerhalb der letzten vier Jahrzehnte zum zuverlässigen Partner der internationalen Zahnmedizin geworden.

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

An diesem guten Prinzip hat sich nichts geändert!

Quintessenz

Berlin - Chicago - London - São Paulo - Tokio

veranstaltungen in den Bezirksstellen des Kammerbereichs Niedersachsen zeigte, daß die Ankündigung eines Kurses mit begrenzter Teilnehmerzahl und Kursgebühr durchaus kein Novum darstellte.

In einem Brief wurde der technische und Verwaltungsdirektor des ZFN davon in Kenntnis gesetzt, daß in Oldenburg das Bedürfnis nach der Durchführung von Kursen und Seminaren besteht, und aufgefordert, die Vorstellungen des ZFN für die Durchführung dezentraler Kurse und Seminare zu präzisieren. In Anbetracht der erwähnten Ankündigung im NZB war mit einer schnellen Antwort zu rechnen.

Nach drei Wochen kam ein "Zwischenbescheid", der schon ahnen ließ, daß die Schubladen leer waren. Demnach beabsichtigte der technische und Verwaltungsdirektor, sich mein Schreiben an das Fortbildungsreferat zu besorgen und sich in Kürze wieder zu melden.

Nachdem dieses Schreiben einen Monat unbeantwortet blieb, erfolgte eine Anmahnung der Vorstellungen des ZFN für die Durchführung dezentraler Kurse und Seminare. Drei Wochen später sicherte der Bezirksstellenvorsitzende in einem Gespräch zu, bei der Problemlösung behilflich zu sein. Es vergingen weitere zwei Monate ohne Antwort des technischen und Verwaltungsdirektors des ZFN.

Die Geduld war im Übermaß strapaziert, so daß ein Rücktritt als Fortbildungsreferent den einzig konsequenten Schritt bedeutete. Ohne Vorstellungen des ZFN für die periphere Fortbildung konnte ein attraktives Angebot nicht mehr gewährleistet werden. Um die Bezirksstellenfortbildung für ein halbes Jahr sicherzustellen und einem Nachfolger die nahtlose Weiterführung der Fortbildungsveranstaltungen zu ermöglichen, wurde die Bereitschaft bekundet, die von September 1985 bis März 1986 geplanten fünf Veranstaltungen noch durchzuführen.

Damit war der Vorgang allerdings noch nicht abgeschlossen. Bereits zwei Tage nach dem Rücktrittsschreiben setzten Aktivitäten des Fortbildungsausschusses der Kammer ein. Der Vorsitzende des Fortbildungsausschusses teilte telefonisch mit, daß sich der Ausschuß in drei Tagen mit der peripheren Fortbildung beschäftigen werde (sieben Monate nach Ankündigung der Planungen im NZB). Eine Woche nach der Sitzung des Fortbildungsausschusses informierte der Vorsitzende über das Arbeiten an einer neuen Fortbildungsordnung und kündigte das seit nunmehr über vier Monate ausstehende Schreiben des technischen und Verwaltungsdirektors an.

Nach sechs Wochen ging das nicht mehr erwartete Schreiben des Direktors ein. Der Brief

beinhaltete die Feststellung, daß sich die Situation seit dem Zwischenbescheid nicht verändert habe. "Leider hatten sich die Vorstellungen innerhalb des Fortbildungsausschusses, des Vorstandes und des ZFN noch nicht konkretisiert, so daß ich kein konkretes Konzept vertreten konnte. ... In der Zwischenzeit tagte unser Fortbildungsausschuß. Er verabschiedete die entsprechenden Richtlinien für die Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen und gab somit den Weg zu konkreten Gesprächen mit den Fortbildungsreferenten frei."

Sechs Wochen später teilte der Direktor telefonisch mit, daß keine Widerstände mehr gegen die Durchführung eines Notfallkurses bestehen (warum sollten nach Verabschiedung der Richtlinien noch Widerstände vorhanden sein?). Abschließend machte der Direktor dem als DAZ-Mitglied bekannten Referenten das wohl kaum ernstgemeinte Angebot, an der peripheren Fortbildung mitzuarbeiten.

Nach einer Woche ging erneut ein Brief des technischen und Verwaltungsdirektors ein. Der DAZ hatte zwischenzeitlich ein Wählerhandschreiben zur Kammerwahl verschickt und in diesem die Btx-Aktivitäten des Direktors kommentiert, der folgendermaßen reagierte: "Ich bin nicht der Auffassung, daß diese geistigen Ergüsse die Basis einer sinnvollen Zusammenarbeit darstellen. ... Mei-

ne bisherige Einstellung zum DAZ war loyal und ich akzeptierte bislang Argumente einer Gruppe von Kollegen, die auch das Recht haben, sich zu artikulieren, solange dabei die Wege kollegialer Zusammenarbeit nicht verlassen und die Fakten wahrheitsgemäß recherchiert werden." Die Entscheidung über eine Zusammenarbeit im Rahmen der peripheren Fortbildung sollte nun von einem Gespräch zwischen dem Adressaten und dem Bezirksstellenvorsitzenden abhängig gemacht werden. Zu diesem Gespräch ist es nicht gekommen.

Der Notfallkurs fand übrigens tatsächlich statt - unter alleiniger Regie des ZFN und mit groß aufgemachter Anknüpfung im NZB. Aus Hannover reiste eine Sachbearbeiterin des Referates Fortbildung nach Oldenburg an, um die Teilnahmebestätigungen auszuhändigen. Sollte diese Prozedur Bestandteil der neuen Fortbildungsordnung sein, so bedürfen sie einer dringenden Nachbesserung. Oder ist hierfür eine besondere Kompetenz aus Hannover erforderlich?

Mittlerweile füllt der beschriebene Vorgang einen Aktenordner mit Schriftverkehr und Gesprächs-/Telefonnotizen. Nach Ziff. 16 010 der Berufsordnung ist der Zahnarzt seinen Kollegen gegenüber zu rücksichtsvollem Verhalten verpflichtet, aber offensichtlich nur auf dem Papier.

Die Fortbildung ruht in Olden-

burg seit nunmehr acht Monaten. Es stellt sich abschließend die Frage, inwieweit ein Verstoß gegen § 10 Abs. 1 Ziff. 3 des Kammergesetzes für die Heilberufe vorliegt: "Es ist Aufgabe der Kammern, für

die berufliche Fortbildung der Kammerangehörigen Sorge zu tragen."

Dr. Manfred Witte
Oldenburger Str. 36a
2905 Edewecht

PRAXIDENT[®]

ZE-Gesamtpaket DM 12 000,—

(inkl. Planung, Mehrkostenberechnung,
Rechnungsverwaltung, PC mit Festplatte,
Drucker u. MwSt.)

**Jetzt
auch
KFO!**

Wir sind stark in Bayern!



Entwicklung und Betreuung aus einer Hand
geeignet für MS-DOS PC's, mehrplatzfähig
Ergänzungen: Privat-Liquid., Quartals-Abrechnungen,
Buchhaltung, Eigenlabor, Textprogramm

KFO-System DM 15 000,— (inkl. Geräte)

h & k Datenverarbeitung

A.-Bruckner-Str. 43, 8520 Erlangen, Tel. 091 31/3 1437

Versorgt in alle Ewigkeit

Der Computer-Tomograph war das erste Großgerät, das auf breiter Front Einzug in die Praxen hielt. 160 CT haben Kassenärzte in der Bundesrepublik gekauft, allein 44 in Bayern. Eine Unterversorgung mit diesem Gerät konnte der bayerische Planungs-Ausschuß nur noch im Main-Spessart-Kreis feststellen, dagegen arbeiten allein in München 18 CT (!) zuviel. Überversorgung gibt es auch bei Linksherzkatheter-Meßplätzen. In Oberbayern sind 15 Geräte zuviel installiert (zwei davon ambulante), in Unterfranken sieben. Und selbst bei Linear-Beschleunigern ermittelte der Ausschuß ein Übersoll von 15 Geräten in ganz Bayern.

Status 24/86, S. 10

Den eigenen Ast absägen

— Angst vor einer erfolgreichen Prophylaxe

H. Brosch

In einem anderen Land ist die präventive Zahnheilkunde bereits in die Jahre gekommen, sodaß der erste Lehrstuhlinhaber für dieses Fach vor kurzem emeritiert wurde, während wir diesbezüglich - nun ja - ein entwicklungsfähiges Land sind.

Auch bei uns sind in der Theorie die Grundlagen der Prophylaxe genügend bekannt (die Säulen: Ernährungsberatung, Mundhygiene, Fluoridzufuhr; die notwendigen Beteiligten: Zahnärzte, Krankenkassen, staatliche Stellen und als letztes die Patienten selbst). Mit der Lupenbrille gesehen finden Fortschritte statt; auch die Zahnärzte gestehen endlich den Vorrang der Gruppenprophylaxe vor der Individualprophylaxe ein; und praktischerweise finden immer, immer noch und immer wieder Feldversuche, Aktionen und Experimente statt, die Bewiesenes beweisen und außerdem den Betroffenen helfen.

Die fehlende Effektivität wird von offiziöser zahnärztlicher Seite schon mal zugegeben: Wir haben lauter Generale, aber keine Soldaten. Das sind dann aber noch Igelgenerale, die sich in Ackerfurchen (auch Ausschüssen und Landesarbeitsgemeinschaften) verdeckt hal-

ten, um eventuell zu gegebener Zeit rufen zu können: "Ich bün all do", um als die stachelige Spitze des Fortschritts und Erfolgs erscheinen zu können, ohne sich je bewegt zu haben. So bissig (*difficile est satiram non scribere*) könnte man Erscheinungen auf diesem Gebiet kommentieren:

Wenn sich der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger aus dem Ausschuß für Jugendzahnpflege (DAJ) zurückzieht (er war mit DM 10.000,-- nach der KZVB mit DM 12.000,-- der zweitgrößte Beitragszahler), so verfallen die Krankenkassenverbände in Aktionismus, nicht für die Jugend und nicht für die Zahnpflege, sondern um den freigewordenen Vertreterposten im Vorstand. Es wird ihm doch nicht der Verband der Arbeiterersatzkassen (mit DM 150,-- Beitrag) nachfolgen; nur Ruhe, es wird schon der bereits austarockte Verband der Angestelltenkrankenkassen werden.

Hatten wir früher verständlicher Weise gewünscht, daß die Jugendzahnärzte in der Schule nicht vordringlich auf Karies untersuchen sollten, sondern wegen des geringen Personalstandes eher Motivation und Information als praktische

Prophylaxe bieten sollten, so hatten wir nicht gedacht, daß die Bayerische Staatsregierung im Jahre 1986 den Jugendzahnärzten den Zutritt zu den Klassenzimmern verwehrt und nur mehr Beratung der Schulleitung, der Lehrer und der Eltern zuläßt.

Seit Januar 1984 gibt es den Zusammenschluß von Zahnärzten und Krankenkassen zur bayerischen Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit für die Prophylaxe für Kindergärten und Schulkinder. Laut König (1) betreuten 1985 700 Zahnärzte in 60 Arbeitskreisen 75.000 Kinder in 1.357 Kindergärten, außerdem seien 1.200 Schulzahnärzte in Teilzeitbeschäftigung tätig (sic!).

Damit haben die niedergelassenen Zahnärzte in Bayern entgegen jeglichem Vermögen die volle Verantwortung übernommen und den Staat von dessen "nur subsidiär übernommenen Aufgabe" entlastet.

Die Gründe für das schleppende Vorwärtskommen und für die oben angeführten "Erfolge" der niedergelassenen Zahnärzte sind offen erkennbar: Angst, daß einerseits Kompetenz aus der Hand gegeben werden könnte und daß andererseits Behandlungskapazität verlorengehen könnte. Deshalb versuchte Hillemeier (2), der Bayerische Staatsminister des Innern auf dem Bayerischen Zahnärztag 1986 zu beschwichtigen: "Es wäre natürlich vermessen und unreal anzunehmen, daß durch

die Effekte dieser Prophylaxe die kurativen Aufgaben des Zahnarztes entfallen."

Auch hier muß nun der Ehrlichkeit willen widersprochen werden. Erfolgreiche Prophylaxe bedingt weniger zahnärztliche Behandlung. Es genügt z.B. in den Niederlanden für 3.250 Einwohner ein Zahnarzt, auch wegen der besseren mundhygienischen Verhältnisse; und nicht zugelassene holländische Zahnärzte drängen über die deutsche Grenze; sie sind kurzfristig noch durch mündliche und schriftliche Prüfung der deutschen Krankenkassenbestimmungen aufzuhalten.

In Basel kann sich wegen der gut organisierten Schulzahnpflege und wegen der Trinkwasserfluoridierung zeitweilig kein Zahnarzt neu niederlassen (3).

Das von Karikaturisten oft benutzte Bild vom Absägen des eigenen Astes, auf dem man sitzt, trifft also auf die Zahnärzte, die eine erfolgreiche Prophylaxe betreiben, durchaus zu. Die Ängste der niedergelassenen Zahnärzte und ihrer Standesvertreter sind in einem gewissen Sinne berechtigt und sollten ernst genommen werden; sie sind zu ernst, um totgeschwiegen zu werden und zu ernst, um nur hämisch abgetan zu werden. Das Umsteigen auf andere Behandlungstätigkeiten kann meiner Meinung nach längerfristig auch keinen Ersatz bringen.

Wenn FESSLER 100 Jahre Behandlungskapazität bei den Parodontalerkrankungen der Bundesbürger fiktiv errechnete, so kann dies nicht die große Ersatzmöglichkeit sein; es lassen sich ja nicht alle und es sollen (je nach Mitarbeit) ja auch nicht alle PAR-Erkrankten einer Therapie zugeführt werden, und andererseits dürfte bei den nachkommenden Patienten die Prävention vor die Behandlung treten, wenn die Mundhygiene durch Prophylaxeprogramme verbessert wird.

So bleibt nur übrig, die Zahl der Zahnärzte, und zwar schon beim Einstieg in die Universität geringer zu halten; da die Erfolge ja nicht plötzlich eintreten, sind solche notwendigen Änderungen einplanbar. Bei all diesen Schwierigkeiten bleibt aber aus höherer ethischer Einstellung die Forderung nach dem Vorrang für die Prophylaxe bestehen, wenn auch offen erkannte Ängste nur eine leichtere innere Umstellung ermöglichen.

Suchen Zahnärzte Umwege, um sich an dieser Notwendigkeit vorbeizumogeln, verlieren sich die Krankenkassen in verwaltungstechnischen Aktionen, geben die staatlichen Stellen die Verantwortung ab; so kann man nur noch hoffen, daß die Betroffenen selbst aktiv werden und ihr Recht einfordern und durchsetzen, wobei sie aber zunächst einmal informiert sein müssen. Eine Begebenheit am Rande läßt mich da hoffen:

Es handelt sich um eine epidemiologische Untersuchung über den Erfolg gruppenprophylaktischer Maßnahmen im Landkreis Stormarn (5). Im Rahmen eines Experiments sollten Kinder mit Prophylaxeprogramm zusätzlich mit und ohne Fluoridgaben mit Kindern ohne Prophylaxeprogramm verglichen werden; dies war jedoch nicht möglich, weil 31,8 % der Eltern ihren Kindern in der Vergleichsgruppe von selbst Fluoridtabletten gaben und weil Eltern und Erzieherinnen im Kindergarten gar nicht einsehen wollten, warum ihre Kinder in das als erfolgreich erkannte Mundhygieneprogramm nicht einbezogen werden sollten. Erzieherinnen führten im Einvernehmen mit den Eltern für die Kinder das Programm auf eigene Initiative durch.

So kann (muß?) man sich selbst helfen.

Dr. Hannes Brosch
Ammerseestr. 6
8027 Neuried

Literaturverzeichnis:

1. Dr. Hermann König, Präsident der Bay. Landes Zahnärztekammer, Eröffnungsrede zum Bay. Zahnärztetag 1985
2. Dr. Karl Hillermeier, Grußwort zum Bay. Zahnärztetag, 9.5.1986
3. Dr. W. Büttner, Leiter der Schulzahnklinik in Basel, mündliche Mitteilung

4. Prof. Dr. Ansgar Fessler, damaliger Vorsitzender der Dt. Gesellschaft für Parodontologie, Einleitung zum Colloquium Parodontologie International am Bay. Zahnärztetag 1984, nicht veröffentlicht.

5. Prof. Dr. H.-J. Gülzow et alii: Milchzahnkaries bei Kindern aus Stormarner Kindergärten zwei Jahre nach Einführung gruppenprophylaktischer Maßnahmen, DZZ 42, 44 (1987)

ERNENNUNGEN:

Prof. Dr. Willi-Eckhard Wetzel wurde vom Hessischen Minister für Wissenschaft und Kunst zum Leiter der Abteilung Kinderzahnheilkunde am Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Justus-Liebig-Universität in Gießen ernannt.

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

Vermeiden Sie Panik und Hysterie

Lassen Sie sich nicht von trivialen Ereignissen erregen oder umwerfen. Denken Sie bei solchen Ereignissen immer an den "KK-Wert", (den Kleinkariertheits-Koeffizienten). Es gibt übrigens eine Hypothese, die besagt, daß Frauen weniger Kleinkariert sind als Männer. Die letzten Beweise sind hier jedoch noch nicht erbracht.

Strahlen Sie Ruhe und Souveränität aus. Bringen Sie die Hektik aus Ihrem Verhalten heraus. Beschließen Sie, sich nicht von Ihren Emotionen überfahren zu lassen. Erregen Sie sich nicht. Achten Sie auf Ihren Gesichtsausdruck, Ihre Gestik und Ihre Sprechweise. Verhalten Sie sich ruhiger und bedachtsamer. Sprechen Sie ruhiger.

Arzt und Wirtschaft 24/86, S. 16

Leserbrief

Betr.: "Breitenwirksame Gruppenprophylaxe findet nicht statt",
DAZ-FORUM Nr. 15 (1986), S. 241 f.

Sehr geehrter Herr Dr. Witte,
erlauben Sie, daß ich aus meiner Sicht der Dinge Stellung zu dem
o.e. Aufsatz beziehe.

Schon die Überschrift halte ich für falsch. Wenn Sie geschrieben
hätten "Breitenwirksame Gruppenprophylaxe findet nicht genügend
statt", könnte ich dem Statement zustimmen. Aber die Behauptung,
daß in der Bundesrepublik Deutschland keine breitenwirksame
Gruppenprophylaxe stattfindet, das ist schon starker Tobak!

Die im "Weißbuch Zahnärztliche Prophylaxe" aufgeführten Modell-
regionen zeigen ja auf, daß regional breitenwirksame Prophylaxe
erfolgreich praktiziert wird, nur reicht das natürlich nicht,
diese Modelle müssen größere Verbreitung finden.

Wir sind der Meinung, daß die Gruppenprophylaxe von "unten", von
der Region her, aufgerollt werden muß. Regionale Spezialitäten
können dabei besser berücksichtigt werden. Ein anderer Weg
scheint uns nicht möglich. Aus Ihren pejorativen Bemerkungen zu
den Modellregionen wird ersichtlich, daß Sie die Gruppenprophy-
laxe in einem Schritt flächendeckend in der Bundesrepublik
Deutschland einführen wollen. Oh heiliger Zentralistikus. Die
Absicht ist honett, allein die Wirklichkeit sperrt sich. Alles
oder nichts scheint die Devise des DAZ in dieser Frage zu sein.

Dazu brauchen Sie zunächst einmal ein Bundesjugendzahnpflegege-
setz etc. etc. Der BDZ hat dies alles schon versucht. Vielleicht
ist der DAZ als die gewichtigere Organisation in dieser Frage
erfolgreicher.

Sie beklagen, daß es bisher in der Bundesrepublik Deutschland
keine repräsentative epidemiologische Untersuchung zum Zahnge-
sundheitszustand der Bevölkerung gibt. Richtig. Nur wird diese
Klage auch im "Weißbuch Zahnärztliche Prophylaxe" (s.S. 57) ge-
führt. Auch in dieser Frage sind BDZ/KZBV seit Jahren aktiv,
bisher von den Ministerien aber immer wieder abgeblitzt worden.

Als "Lichtblick" im Weißbuch werten Sie die Ausführungen von
Herrn Dr. Fichtner. Das ist nicht verwunderlich, wenn Sie eine
staatliche Jugendzahnpflege präferieren. Herr Dr. Fichtner will
für 200 Millionen DM eine flächendeckende hauptamtliche Jugend-

zahnpflege garantieren. Wir halten diese Zahl für äußerst utopisch - weil zu diesem Preis nicht zu realisieren.

Aber selbst wenn man davon ausgeht, daß diese Zahl realistisch ist, dann zeige man uns doch den Weg, wie man staatliche Stellen dazu bewegen kann, diese 200 Millionen DM lockerzumachen. Tatsache ist, daß der Staat sich gerne aus der Aufgabe der Jugendzahnpflege zurückzieht; Kosten sparen ist die Devise.

Sobald die Landesarbeitsgemeinschaften im subsidiär verstandenen Sinne aktiv werden, um die "Heerscharen" der Prophylaxe aufzufüllen, zieht sich der Staat zurück, eine Entwicklung, die der BDZ nie gewollt hat und die er mit aller Macht zu verhindern sucht.

Will man die Prophylaxe in unserer Republik voranbringen, bleibt nur der steinige Weg, regional etwas zustande zu bringen. Maximalforderungen helfen da wenig. Der DAZ dagegen scheint nach dem Motto zu verfahren: Wenn sich die Idee blamiert, um so schlimmer für die Wirklichkeit.

Ich wäre Ihnen sehr verbunden, wenn Sie meine Replik im DAZ-FORUM veröffentlichen würden.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Jost Bauch

Anmerkung der Redaktion

Im Gegensatz zu den Gepflogenheiten unserer Standespresse veröffentlicht das DAZ-FORUM Leserbriefe ohne sinnverfälschende Kürzungen. Wir wünschen uns, daß diese Praxis auch bei unserer Standespresse Eingang findet.

Schlußwort

Es steht außer Zweifel, daß sich die Gruppenprophylaxe nicht in einem Schritt flächendeckend realisieren läßt. Von einer Devise des DAZ alles oder nichts kann nicht die Rede sein.

Schon 1982 forderte Böhme die Kollegenschaft auf, Verantwortung in der Jugendzahnpflege zu übernehmen und stellte das in Rheinland-Pfalz seit einigen Jahren erprobte "Obleutekonzept" vor (Zahnärztl Mitt 70, 1376 (1982)). "Der mit zahnärztlicher Gründ-

lichkeit und Sorgfalt erarbeitete organisatorische Leitfaden zu diesem Konzept ist vom Jugendzahnpflegereferenten der Bezirkszahnärztekammer Pfalz, dem Kollegen Klaus-Dieter Hellwege erarbeitet worden und beim Planungsstab für Öffentlichkeitsarbeit erhältlich."

Das Konzept steht seit nunmehr fünf Jahren. Inwieweit wurde versucht, es vehement flächendeckend in die Tat umzusetzen?

Die Ergebnisse von Stormarn verlangen zweifellos größte Anerkennung. Wenn aber nach fünf Jahren nur in einem Landkreis über positive Ergebnisse des Obleutekonzeptes berichtet werden kann, so müssen sie als mager bezeichnet werden. Wenn Hellwege noch 1987 auf dem renommierten Winterfortbildungskongreß in Hahnenklee über die Jugendzahnpflege nach dem Obleute-/Patenschaftskonzept referieren muß, kommt der Verdacht auf, daß dieses Konzept zumindest in Niedersachsen bisher wenig Akzeptanz gefunden hat.

In Kenntnis einer Notiz über eine Sitzung des Planungsstabes, auf dessen Seite auch der Schreiber des Leserbriefes teilnahm, mit Vertretern der Zahnärztekammer Nordrhein erscheint das im Brief erkennbare Prophylaxe-Engagement höchst unglaubwürdig:

"... berichtet über die Hintergründe, die es für den BDZ sinnvoll erscheinen lassen, in Verhandlungen mit dem BDO wie in einer zweiten Phase mit dem VdAK über Empfehlungsvereinbarungen zur Prophylaxe bei Kindern und Jugendlichen zu treten. Einmal war es der Zwang, der aus der Gesundheitspolitik auf die Zahnärzteschaft zukam, wie aber auch aufgrund der Aktivitäten im Bereich der Ortskrankenkassen (WIDO-Studie).

...
Von seiten Nordrheins wandten wir hier in besonderem Maße ein, daß wir grundsätzlich gegen die Bildung von lokalen Arbeitskreisen sind, weil wir damit auch in den Zwang kommen, überall dort, wo wir gar nicht in der Lage sind, Bedarf an Obleuten zu erfüllen, dies auch offenzulegen. Fast aus allen Bundesländern wurde uns bestätigt, daß es sehr schwierig sei, in einzelnen Gebieten die Zahnärzteschaft dauerhaft für eine Mitarbeit zu gewinnen.

...
Diskussion innerhalb der Zahnärzteschaft - Prophylaxe schränkt zahnärztliche Tätigkeit in der Zukunft ein:

Solche Bedenken wurden aus verschiedensten Kammergebieten bekannt und es wurde für die Öffentlichkeitsarbeit nach innen folgende Argumentation vorgeschlagen:

- a) das Bemühen um Prophylaxe muß von seiten der Zahnärzteschaft vorangetrieben werden, um die Glaubwürdigkeit sicherzustellen
- b) durch die Prophylaxearbeit in Kindergärten wird das Milchgebiß erst behandlungsfähig, die Kapazität wird damit im Be-

- handlungsumfang erweitert und erschlossen
- c) durch die Forderung des zweimal jährlichen Vorsorgebesuches wird ein verstärktes Aufsuchen von Zahnarztpraxen erreicht
 - d) mit der Prophylaxe erschließt sich der Zahnarzt ein ärztlich-medizinisches Arbeitsgebiet
 - e) Gruppenprophylaxe in Kindergärten ist die Basis für die Durchsetzung der Individualprophylaxe und sichert deren Erschließung."

Abschließend bleibt zu hoffen, daß ein Weißbuch III nicht nur der zahnärztlichen Imagepflege dient und sich zu einem "Renner auf dem publizistischen Meinungs-Markt" (Zahnärztl Mitt 77, 231 (1987)) entwickelt, sondern tatsächlich mit positiven Ergebnissen der breitenwirksamen Gruppenprophylaxe aufwartet. Beim Weißbuch II konnte das DAZ-FORUM noch nicht in den elitären Kreis der Zeitschriften und Publikationsorgane aufgenommen werden, die eine positive Resonanz herbeiführten. Warten wir ab bis zum Weißbuch III. m.wi.

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

Betrifft: Compliance

In die Compliance-Steuerung können und sollen auch die Mitarbeiterinnen insofern einbezogen werden, als der Arzt bestimmte Aufgaben der Patientenführung nach folgenden Überlegungen und nach Abstimmung mit den Helferinnen delegiert:

Viele Patienten, insbesondere solche mit geringer Schulbildung, sind gegenüber den Mitarbeiterinnen unbefangener und offener. Sie sind im Dialog mit Nichtakademikern eher bereit, Fragen zu stellen oder um Erläuterung zu bitten, wenn sie etwas nicht verstanden haben.

Information und Beratung durch die Helferinnen lassen sich zeitlich großzügiger einplanen als das Arztgespräch.

Der Patient wird das Beratungsgespräch sicher meistens als zusätzlichen "Service" anerkennen, nimmt man sich doch offensichtlich viel Zeit. Darüber hinaus kann ein Gesprächskontakt mit der Mitarbeiterin, der über den üblichen stereotypen Informationsaustausch hinausgeht, Spannungen vorbeugen, die sich immer wieder zwischen Patient und Personal ergeben.

Die Praxisgründung 10/86, S. 15

Bemerkungen zu unserem Kinästhetik-Wochenende

(siehe Forum Nr. 15)

Ganz im Zeichen der Ganzheitlichkeit stand das Wochenendseminar "Zur Wiederentdeckung und Entfaltung funktionalintegrierender, feinmotorischer Fähigkeiten". Schon mit dem Antritt der langen Anfahrt, durch Schnee und Eis in die Wingst bei Cuxhaven begann (für die Beifahrer) der Ausstieg aus dem grauen, eingefahrenen Alltag. Und am Ziel dann sogar richtige Berge (64m ü. NN).

Durch Reinhard Nagel wurden wir dann zu den merkwürdigsten Dingen angeleitet. Mit geschlossenen Augen durch einen Raum gehen (alle 12 Teilnehmer auf einmal!). In Gedanken die Zehen einzeln kreisen lassen ohne sie zu bewegen, die eigenen Arme/Beine von jemand anderen ganz liebevoll hin und her bewegen lassen.

Zwischendurch durften wir dann immer wieder auf unserer Decke liegen und staunend die Veränderungen wahrnehmen, die sich in unserem Körper ergeben hatten. Oder hatten wir uns selber, aktiv, und doch ohne die Anstrengung und Zielgerichtetheit, die wir sonst gewohnt sind, verändert?

Auch die beiden Abende liefen anders ab als erwartet. Wir

redeten kaum noch über Punkte/werte/Einzelleistungsvergütungen und ähnliche zahnarztrollen-spezifische Themen, sondern unterhielten uns wie "normale" Menschen.

Reinhard Nagel kam auch unserem Bedürfnis nach theoretischem Background entgegen:

Erich Fromm: Die Kunst des Liebens

Fritjo F. Capra: Wendezeit, Bausteine für ein neues Weltbild

Robert M. Pirsig: Zen und die Kunst ein Motorrad zu warten

(Eigene Empfehlung: Eugen Herrigel: Zen in der Kunst des Bogenschießens) seltsam, seltsam!!

Insgesamt ein "anderes" Seminar. Wir haben alle etwas mehr über uns erfahren. Wir durften die anderen Gruppenmitglieder an unseren Bewegungsmustern teilhaben lassen und erfuhren etwas mehr über unsere Gruppenmitglieder. Wir lieben uns und unsere Gruppenmitglieder mit unseren Stärken und Schwächen etwas mehr. Und hoffen, daß dieses Gefühl noch etwas anhält.

Kinästhetik kann auch süchtig machen.

j.b.

Viel Geld für wenig Schutz (III)

Berufsunfähigkeit – ein oft unterschätztes Risiko

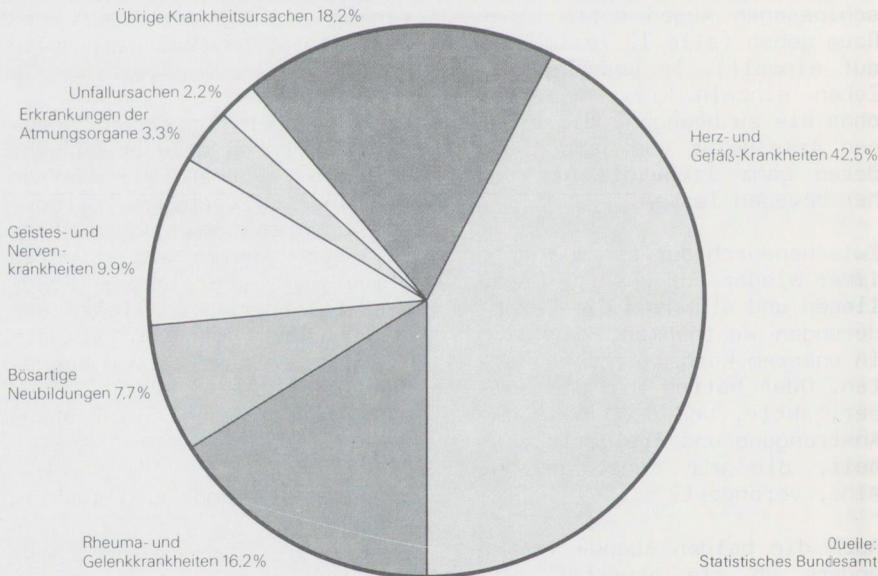
Die Vollkaskoversicherung für das neue Auto, die Feuerversicherung für die teure Praxiseinrichtung – für die sinnvolle Absicherung dieser Risiken ist man durchaus bereit, Geld auszugeben. Hier hat man eine konkrete Vorstellung einer möglichen Schadensursache und -höhe.

Das größte Risiko eines Freiberuflers ist jedoch der Verlust seiner Arbeitskraft. Aber – sich Krankheit oder Unfall vorzustellen, ist nicht angenehm und wird gerne verdrängt. Der plötzliche Todesfall wird

schon meist abgesichert, sei es zur Versorgung der Familie oder auf Verlangen der Banken bei entsprechenden Finanzierungen. Für den Fall der Berufsunfähigkeit verläßt man sich zumeist auf die Ärzteversorgung oder hat einen kleinen Zusatz bei einer Lebensversicherung.

Betrachten wir die Ursachen für die Berufsunfähigkeit, so fällt besonders der relativ kleine Anteil der Unfälle auf und die eminente Bedeutung der verschiedenen Krankheitsformen.

Ursachen für Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten



Welche Summen stehen monatlich zu Ihrer Verfügung, wenn eine Erkrankung zur Berufsaufgabe zwingt?

Ein Beispiel aus der täglichen Erfahrung:

Zahnarzt A, 46 Jahre, Arthrose, Rente von der Ärzteversorgung monatlich 2.200 DM, aus privater Versicherung monatlich 500 DM, zwei Kinder im Gymnasium, hohe Belastungen aus Hausbau, die bei vorherigem hohen Einkommen durch Steuervorteil tragbar waren.

Zwei Zahlen sind erforderlich, um einen Status festzustellen.

1. Welchen Betrag brauchen Sie, um Ihren Lebensstandard zu halten oder um unbedingt nötige Ausgaben abzudecken?
2. Welcher Betrag steht aus folgenden Quellen zur Verfügung?
 - a) Ärzteversorgung (Voraussetzung Praxisaufgabe)
 - b) private Berufsunfähigkeitsversicherung (auch als Zusatz zu Lebens- oder Rentenversicherung)
 - c) Vermögenserträge

Bei diesen Beträgen ist auch zu berücksichtigen, daß sie zum Teil steuerpflichtiges Einkommen sind und der Staat noch seinen Anteil möchte.

Eventuelle Krankentagegeldversicherungen beenden ihre Leistungsdauer mit Eintritt der Berufsunfähigkeit.

Ist nun nach langem Rechnen und Abwägen der Betrag gefun-

den, der zur Deckung des ermittelten Bedarfs fehlt, so gibt es einige Möglichkeiten, diesen sinnvoll und preiswert zu versichern:

- die "selbständige" BU-Versicherung
- die BU-Zusatzversicherung zu Kapital- oder Risikolebensversicherungen oder zu Rentenversicherungen.

Ohne den Rat eines versierten unabhängigen Versicherungsmaklers ist es schwierig, aus dem fast unübersehbaren Angebot von Tarifen, Bedingungswerken, Erläuterungen, Dynamik-Modellen etc. den optimalen Versicherungsschutz zu finden.

Insbesondere gibt es nur zwei Gesellschaften, die sich in den Bedingungen deutlich positiv von allen anderen Gesellschaften abheben.

Aus Platzgründen seien nur vier Prüfkriterien genannt:

1. Verzichtet die Versicherungsgesellschaft ausdrücklich - abgesehen von Berufsunfähigkeit durch Kriegseinwirkungen und absichtlicher Selbstverletzung - auf alle sonstigen möglichen Ausschlüsse?
2. Überläßt die Versicherungsgesellschaft die Auswahl des Arztes, der den Grad der Berufsunfähigkeit feststellt, allein dem Versicherten, d.h. respektiert sie die freie Arztwahl?
3. Verzichtet die Versicherungsgesellschaft darauf, dem Versicherten bestimmte

Heilmaßnahmen aufzuerlegen, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern?

- 4. Verzichtet die Versicherungsgesellschaft darauf, den Versicherten auf einen anderen Beruf oder eine Tätigkeit zu verweisen, die aufgrund seiner Erfahrung oder Ausbildung ausgeübt werden kann?

nicht Sinn dieses Beitrages sein, das Problem erschöpfend zu behandeln.

Wie bisher bietet Ihnen der DAZ an, Ihre bestehenden Verträge zu prüfen sowie Sie bei auftauchenden Problemen zu beraten.

Bitte benutzen Sie dazu den folgenden Abschnitt.

Diese Liste ließe sich lange fortsetzen. Es kann jedoch

Herbert Richthammer
Versicherungsmakler VMV



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

8400 Regensburg

Ich bitte um Überprüfung meiner Berufsunfähigkeitsversicherung; Kopien der Policen liegen bei.

Ich bitte um Beratung zum Abschluß einer optimalen Berufsunfähigkeitsversicherung.

Name:

Anschrift:

Tel.-Nr. für evtl. Rückfragen:

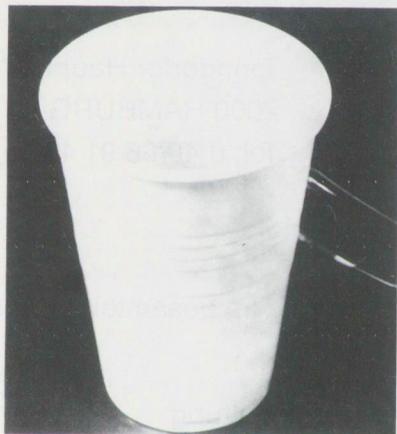
Dies ist der Katalog,
mit dem Zahnärzte
viel Geld sparen



Überzeugen Sie sich von unserer Leistungsfähigkeit:

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

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



Also: Sofort kostenlosen Katalog anfordern.

Prophydent GmbH



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

Haben Sie Probleme mit oder in Ihrer PRAXIS

- Erweiterung
- Übersiedlung
- Neuniederlassung
- Planung
- Finanzierung
- Innenarchitektur

dann kommen Sie am besten gleich zu uns



PHARMADOR

GmbH & Co Dentalhandels KG

Schwanthalerstr. 32
8000 MÜNCHEN 2
Tel. 0 89/59 45 47

Tonndorfer Hauptstr. 77
2000 HAMBURG 70
Tel. 0 40/66 91 43

Garantiertes Servicenetz im gesamten
Bundesgebiet

Konkurrenzlose Preisgestaltung
**garantiert niedrigere Servicekosten bei
Reparaturanfall**
hoher Rücknahmepreis Ihres Altgerätes.

Ihr Partner für die Zukunft



Zum Tode verurteilt in den USA

Z.B. Charles Brooks jr.

Der 40jährige Charles Brooks wurde am 7. Dezember 1982 durch eine tödliche Injektion hingerichtet. Er starb auf einer Operationsbahre im Gefängnis von Huntsville, Texas. Zwei Ärzte waren bei der Exekution anwesend. Einer der beiden Ärzte soll geäußert haben, daß er die Injektion nicht selbst verabreicht habe, die

tödliche Droge jedoch seinem Medikamentenbestand entnommen, das medizinische Personal bei der Handhabung der Injektion beraten und die Herzschläge des Gefangenen bis zu dessen Tod überwacht habe. Am Hinrichtungstag injizierte einer der medizinischen Assistenten eine tödliche Dosis Natrium Thiopental, während ein Arzt den zum Tode Verurteilten durch einen Ein-Weg-Spiegel beobachtete. Fünf Minuten später hörte der Arzt die Herztöne Brooks' mit einem Stethoskop ab und erklärte, daß die Injektion noch einige Minuten länger verabreicht werden müsse. Sieben Minuten, nachdem die Spritze gesetzt worden war, erklärte der Gefängnisarzt Charles Brooks für tot.

**amnesty international setzt sich weltweit
uneingeschränkt für die Ächtung und Abschaffung der Todesstrafe ein.**

Die Todesstrafe verletzt das Recht auf Leben. Trotzdem ist sie in 145 Staaten der Welt noch im Gesetz verankert. Als einzige westliche Industrienation verhängen und vollstrecken die USA weiterhin und in zunehmendem Maße die Todesstrafe. Heute warten dort 1788 Menschen in den Todeszellen.

amnesty international braucht auch Ihre Unterstützung. Schreiben Sie an Ihre amerikanischen Kollegen und wenden Sie sich gegen die Mitwirkung von Medizinern bei der Vollstreckung der Todesstrafe.

(z.B. American Medical Association, Dr. James Sammons, Executive Vice-President, 535 North Dearborn Street, Chicago, IL 60610, USA)

Weitere Informationen:

Spendenkonten:

ai

amnesty international
Sektion der Bundesrepublik
Deutschland e.V.
Heerstr. 178, 5300 Bonn 1

Postgiro Kto.-Nr. 224046-502
(BLZ 37010050)
BKD-Duisburg Kto.-Nr. 30000
(BLZ 35060190)

amnesty international

amnesty international ist sehr wohl bekannt, daß andere Staaten die Todesstrafe ebenso häufig oder häufiger anwenden. Ausgewählte Staaten stehen als Beispiel, sie sollen nicht besonders angeprangert werden.

Besuchen Sie unsere monatlichen Studiengruppen- treffen!

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

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

Der DAZ (Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde) stellt sich vor:

Berufsverband	Der DAZ ist ein parteipolitisch unabhängiger Verband für Zahnärzte in freier Berufsausübung. Der Erhalt der Freiberuflichkeit und der Therapiefreiheit sind wichtige Ziele seiner berufspolitischen Tätigkeit.
Aufbau	Die Mitglieder des DAZ sind, soweit geographisch möglich, in unabhängigen regionalen Studiengruppen zusammengeschlossen. Die eigenständigen Studiengruppenaktivitäten werden von der DAZ-Geschäftsstelle koordiniert, welche somit Bindeglied zwischen dem Verband und den Einzelmitgliedern ist.
Studiengruppen	Die Studiengruppen bieten regelmäßige praxisnahe Fortbildungsveranstaltungen und Gesprächsabende an. Neben der Diskussion aktueller Berufsprobleme und standespolitischer Fragen wird der offene kollegiale Gedankenaustausch gepflegt.
Informationen	Über die örtlichen Aktivitäten werden die Mitglieder durch regelmäßige Rundschreiben ihrer Studiengruppenvorsitzenden informiert. Überregional gibt der DAZ viermal jährlich die Zeitschrift "FORUM" mit Fortbildungsberichten und Informationen zur Standes- und Berufspolitik heraus.
Serviceleistungen	Der DAZ bietet seinen Mitgliedern Serviceleistungen in folgenden Bereichen an: <ul style="list-style-type: none">- Informationen zu Versicherungs- und Finanzierungsfragen- Hilfestellung bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Begutachtungen- Beratung zur Assistentenausbildung- Beratung bei Praxisneugründung

- Standespolitik Standespolitik muß sich aus der Kollegenschaft heraus entwickeln. Der DAZ setzt sich ein für:
- Abschaffung der rigiden Zensur in den Medien der Körperschaften zur Entfaltung von Meinungsvielfalt
 - Verringerung der Gräben zwischen Zahnärzten, Zahntechnikern und Krankenkassen
 - zukunftsorientierte Perspektiven statt kurz-sichtiger finanzieller Forderungen als Grundlage zahnärztlicher Gesundheitspolitik
 - Beibehaltung des Sachleistungsprinzips als Grundlage der Therapiefreiheit
- Qualität Die zahnärztliche Behandlungsqualität muß gesichert werden, um die Therapiefreiheit und die Einzelleistungsvergütung zu erhalten. Der DAZ fordert daher:
- eine vernünftige, an Qualität orientierte Wirtschaftlichkeitsprüfung der KZVen
 - die Entwicklung und Einführung von Qualitätssicherungsprogrammen von Kammern und KZVen
 - Effizienzanalysen
- Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe Breitenwirksame Vorbeugemaßnahmen in Kindergärten und Schulen sind zwingend erforderlich. Der DAZ fordert:
- bundesweit einheitliche Regelungen durch Jugendzahnheilkundegesetze
 - Ausbildung und Einsatz von qualifiziertem Personal
 - finanzielle Anreize der Versicherten für regelmäßige Kontrollen
 - Verkauf von fluoridiertem Kochsalz
- Delegation Die zahnärztlichen Hilfsberufe können mehr leisten als in ihren Berufsbildern beschrieben ist. Der DAZ fordert daher eine Erweiterung und Anpassung der Kompetenzen bei:
- Prophylaxe und Hygieneaufklärung
 - Ernährungsberatung
 - Behandlungsassistenz
- Zahnärztliche Ausbildung Der DAZ fordert eine Reform des Zahnmedizinstudiums mit folgenden Veränderungen:
- Schwerpunktverschiebung von der prothetisch-technischen zur prophylaktisch-konservierenden Seite
 - Verkürzung der vorklinischen Ausbildung bei gleichzeitiger Verlängerung des klinischen Studiums
 - Einbindung qualifizierter Praktiker in den Ausbildungsbetrieb.

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 16

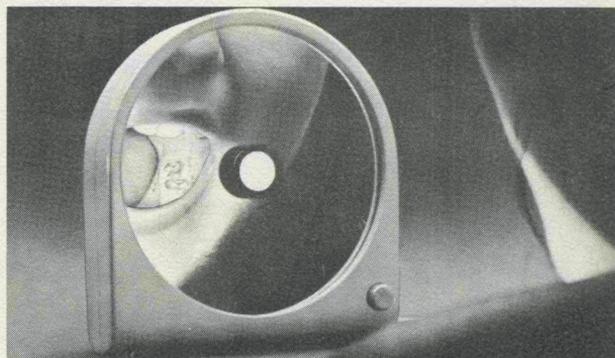
Unerlässlich für die perfekte Mundhygiene: Der Punktlicht- Spiegel



Der Punktlichtspiegel schließt in der präventiven Zahnheilkunde eine echte Lücke: Er erfüllt die Forderungen namhafter Wissenschaftler, die den Einsatz von beleuchteten Prophylaxe-Spiegeln zur täglichen, systematischen Mundhygiene kompromißlos vorschreiben.

Für Praxis und Patient!

Als Hand-, Stand-, Wand- und Reisespiegel zu verwenden, daher besonders gut geeignet für Kontaktlinsenträger und für Kosmetik.



Vergrößernd, mit blendungsfreier, präzis fokussierter Lichtquelle, verstellbare Linse, technisch perfekt und robust, daher absolute Betriebssicherheit, funktionell einwandfreie und einfache Handhabung.

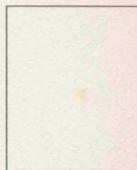


PROFIMED GmbH
Kaiserstraße 18 · 8200 Rosenheim 2
Tel. 0 80 31/140 49

ABSENDER:

Tel. _____

ANTWORTKARTE



Deutscher Arbeitskreis
für Zahnheilkunde
(DAZ)

Lindenschmitstr. 44
8000 München