



forum

Herausgegeben vom Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde

NR. 17

6. Jahrgang – 2. Quartal 1987

Die Fakten auf den Tisch!

Abschaffung des Sachleistungssystems

Prophylaktische Realitäten

Die Freiheit der zahnärztlichen Standespresse

Erfahrungen mit den ZE-Richtlinien

ENDODONTIE

– Neues aus der Literatur für Sie gelesen
von H. Wichert –

Computer



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 Hauptmerkmale der »LUDWIGS TECHNIK«

Die Ludwigs Technik

erzielt einen totalen Unterkieferabdruck höchstmöglicher Präzision. Nach einem solchen Abdruck angefertigte Prothesen garantieren optimale Funktionstüchtigkeit.

Die Ludwigs Technik

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

Die Ludwigs Technik

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

Die Ludwigs Technik

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

Die Ludwigs Technik

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

Die Ludwigs Technik

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

Die Ludwigs Technik

reduziert das sonst übliche Nachschleifen von Druckstellen an der eingliederten Prothese auf ein Minimum. Dies führt ebenfalls zu erheblicher Zeitersparnis.

Die Ludwigs Technik

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

* VFA = Vor-Funktions-Abdruck

Wünschen Sie nähere Informationen, so schreiben Sie uns, oder rufen Sie uns einfach an:

bivico,

Niederlassung:

Postgasse 3, 7090 Ellwangen, Telefon (07961) 54066

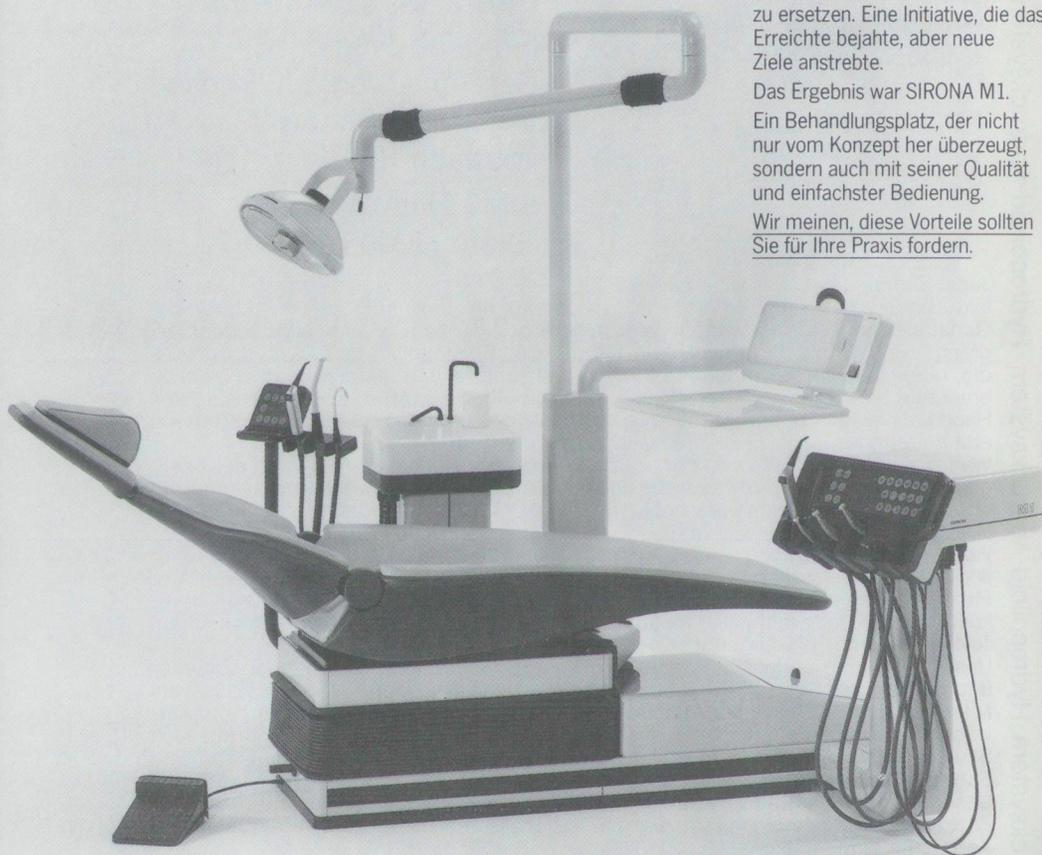
SIEMENS

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

Inhalt:

FORUM Nr. 17, 6. Jg.
2. Quartal 1987

Editorial	101
- und fast noch ein Editorial	103
Die Fakten auf den Tisch	106
Rückblick	112
Abschaffung des Sachleistungssystems	113
Noch einmal: Sachverständigengutachten - der DAZ korrigiert die Stellungnahme von KZBV/BDZ	117
Prophylaktische Realitäten	120
Die Freiheit in der zahnärztlichen Stan- despresse ist immer die Freiheit der Gleichgesinnten	124
Erfahrungen mit den ZE-Richtlinien	128
Keine Ahnung? - Zum gesundheitspolitischen Programm der Grünen	140
Spitzenhonorar für Weltmeisterarbeit?	143
ENDODONTIE INFORMATIONEN UND BUCHBESPRECHUNGEN	
Computer - der teuerste muß nicht der beste sein	178
	99

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.

HYPO BANK

Bayerische Hypotheken- und Wechsel-Bank
Aktiengesellschaft

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

Die HYPO.
Eine Bank – ein Wort.

Editorial

Der „Streik“ – Volltreffer oder Eigentor?

Haben wir uns nicht schon immer gewünscht, eine große Presse zu bekommen, in aller Medien Munde zu sein? Jetzt ist es gelungen: headline in der Süddeutschen Zeitung, BDZ-Pillwein an erster Stelle der ARD-Nachrichten, KZBV-Frank im ZDF-Heute; die Zahnärzteschaft in den Tagesthemmen, im Heute-Journal, in allen großen Blättern und in der Regenbogenpresse.

Doch so gewaltig die Aufmachung, so verheerend war der Inhalt der Presseberichte. Dabei hatten sich BDZ, KZBV und Freier Verband alles so schön ausgedacht: Wir sagen einfach, es ginge uns nicht um's Einkommen, sondern um die Patienten und die Behandlungsqualität und wir sprechen auch nicht von einem Streik, sondern von Informationsveranstaltungen.

Dummerweise faßte aber niemand die Aktion so auf, wie sie gedacht, sondern so, wie sie gemeint war: Bundesarbeitsminister Blüm: "Eine Unverschämtheit und ein Verfall sozialstaatlicher Sitten." "Eine grobe Rechtswidrigkeit" (Arbeitsministerium Nordrhein-Westfalen). "Daß die Aktion ein Flop werden müßte, war vorauszusehen" (Süddeutsche Zeitung). "Den Zahnärz-

ten geht es natürlich nicht um die Behandlungsqualität, sondern um ihre Einkommen" (2. Programm BR, Die Welt am Morgen). Und ein Patient: "Wie kann sich ein Berufsstand so ungeschickt verhalten und sich selbst in ein so schlechtes Licht rücken?" Dem kann man nur zähneknirschend zustimmen.

Dieser Streik, mit oder ohne Gänsefüßchen, war das falsche Mittel zur falschen Zeit - kein Volltreffer, sondern ein weiteres Eigentor der Zahnärzteschaft. Die Aktion hat uns keinerlei Vorteile, ja nicht einmal einen Achtungserfolg gebracht, sondern uns noch mehr als bisher der sozialen Verachtung ausgesetzt und den Karikaturisten eine Gelegenheit mehr gegeben, dem Zerrbild des raffgierigen Schnellplombierers ein weiteres hinzuzufügen.

Wie soll es jetzt weitergehen? Nach dem Willen des Freien Verbands, so der Bayerische Vorsitzende Gutmann, sind Klagen vor dem Bundesverfassungsgericht, Personalentlassungen, Investitionsstopp und Dienst nach Vorschrift angesagt. Dies alles sind Reaktionen statt Aktionen, Kampf statt Konzept, also das gleiche, was unsere Berufsvertreter bereits seit

mehreren Jahrzehnten tun. In einem anonymen Rundschreiben wird sogar gefordert: "Wir müssen unsere heilige Kuh, unsere Patienten, schlachten - es geht nur gegen die Patienten, genauso wie es für diese gegen die Zahnärzte geht."

Wenn das tatsächlich alles ist, was zahnärztliche Berufspolitik der Öffentlichkeit zu bieten hat, so ist das, was jetzt in der Presse über uns zu lesen war, erst ein müder Anfang.

Und was sind die Alternativen? Konzepte, die uns (langfristig) helfen können, wieder mit dem Rücken von der Wand wegzukommen, werden vom DAZ

seit Jahren vorgeschlagen, von den Körperschaften aber rundweg ignoriert. Wir müssen dem amerikanischen Vorbild folgen (ZM 10/87, S. 1112) und den Ansprüchen der Öffentlichkeit offen entgegengehen, die Selbstkontrolle verbessern, unsere eigenen wirtschaftlichen Ansprüche auf gesamtgesellschaftlich gerechtfertigte Relationen beschränken, und vor allem: gegenüber Staat, Krankenkassen und Patienten mit offenen Karten und realistischen Zahlen auftreten. Ich bin mir sicher, daß dies in den Augen vieler Kollegen Spinnereien und Utopien sind, doch dies wäre ärztliche Berufspolitik und nicht Rabaukentum.

hawehe

– und fast noch ein Editorial

Sehr geehrter Herr Jung,

am Schluß meines Briefes vom 27.02.1987 an Herrn Minister Blüm (den Sie dankenswerterweise beantwortet haben) habe ich vor dem Ausverkauf der Freiheit unserer Berufsausübung durch Verschleuderung zahnärztlicher Autorität durch einen Teil unserer Standesvertreter gewarnt.

Nach den Erfahrungen der vergangenen Woche erneuere ich diese Warnung.

Der DAZ hat in den letzten Jahren erfahren, mit welcher selbstherrlicher Arroganz einige zahnärztliche Standespolitiker im Freien Verband diejenigen Entwicklungen und Veränderungen blockiert haben, die der Zahnheilkunde in Deutschland ein ihren Kosten entsprechendes Niveau und Ansehen gesichert hätten.

Wir befürchten nun, daß Feldgeschrei und Säbelrasseln dieser Standespolitiker und ihres Apparates eine Stimmung in Ihrem Hause erzeugt haben, die einen ungunsten Einfluß auf die Arbeit des Sachverständigenrates und auf den Referentenentwurf der GO-Z genommen haben könnten.

Es wäre verhängnisvoll, wenn die Arbeit eines Ministeriums die sachliche Ebene verließ und sich trotz aller Anfeindungen nicht freimachen könnte von kollektiven Aversionen. Dabei gehören weit mehr als die Hälfte aller Zahnärzte dem Freien Verband vermutlich aus gutem Grund nicht an.

Keinem Kollegen, der ordentliche Zahnheilkunde zu einem angemessenen Honorar erbringen will und kann, darf die Basis dazu entzogen werden. Wenn Sie das Besitzstandsdenken nennen (ZM 11/87, S. 1252), dann ist das auch sozialer Besitzstand unserer Bevölkerung.

Die GO-Z ist eine Leistungsbeschreibung der gesamten Zahnheilkunde. Sie zum Kostendämpfungsinstrument des Finanzministers umzufunktionieren, wäre ein grobes Mißverständnis. Dabei steht außer Frage, daß auf anderer Ebene dringend über Mechanismen nachgedacht werden muß, wie Fehlentwicklungen unangemessener Honorargestaltung gegengesteuert werden kann. So liegen der Zahnärzteschaft seit Jahren unsere Vorschläge zur Erarbeitung von Qualitätsnormen und Qualitätssicherungsmaßnahmen auf dem

Tisch. Sie sind noch nicht perfekt und bedürfen der Diskussion. Sie sind aber eine Alternative zu den pauschalierenden Heckenschnitten der neuen GO-Z, die wir nach so langer Beratungszeit aus einem Ministerium einer konservativ-liberalen Regierung nicht für möglich gehalten hätten. Der DAZ steht hoffentlich außerhalb des Verdachts, Gruppenegoismus und Schulter-schlußmentalität zu propagieren. Die Aktivitäten der letzten Wochen aus Ihrem Hause fördern aber eine Solidarisierung der Kollegenschaft auf einer emotionalen Ebene, die der Lösung der anstehenden Probleme nicht dienlich ist.

Eine Politik, die auf einen groben Klotz einen groben Keil setzt, ist eine schlechte Politik. Wir bitten Sie, die leisen Stimmen im Getümmel nicht zu überhören.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Roland Ernst
1. Vorsitzender des Deutschen
Arbeitskreises für Zahnheilkunde



*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

Die Fakten auf den Tisch!

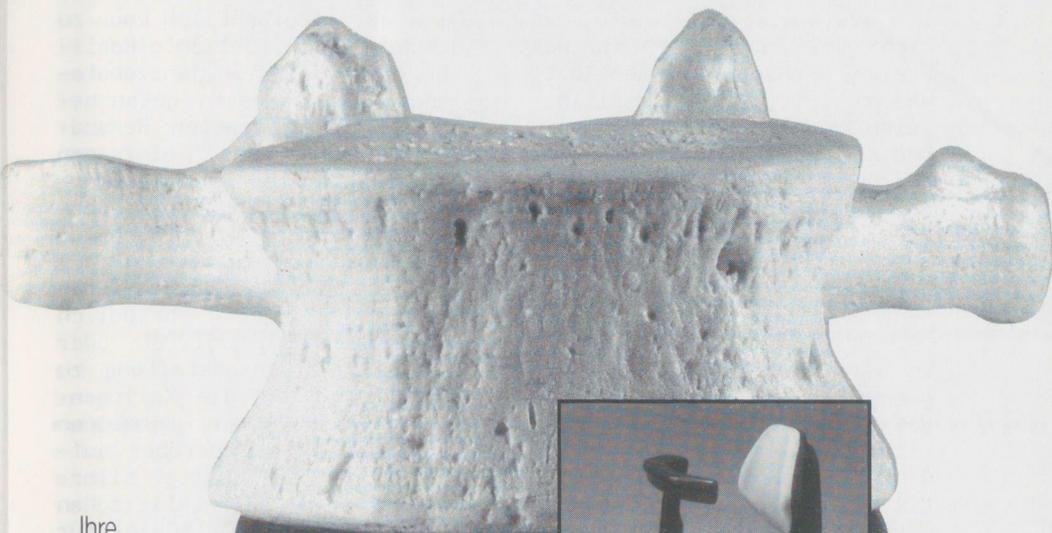
H.W. Hey

Die Berufspolitik des Freien Verbands Deutscher Zahnärzte, wegen der totalen Ämterverfälschung auch automatisch die Politik der Körperschaften, hat die Zahnärzteschaft in die völlige sozialpolitische Isolation geführt. Die fragwürdige Vorlage einer neuen Gebührenordnung für Zahnärzte durch das Bundesarbeitsministerium sowie das Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sind - mit allen drohenden Konsequenzen - das Ergebnis jahrelanger zahnärztlicher Aggressionen, Herausforderungen und Verschleierungen. Ein Ausweg aus diesem Dilemma eröffnet sich nur durch eine tatsächliche geistige Wende der Kollegenschaft.

Erinnern Sie sich? Nur einen Lacherfolg erntete "die" Zahnärzteschaft in der Öffentlichkeit, als vor Jahren Dr. E. Knellecken (Funktionär des Freien Verbandes und Chef der KZV Nordrhein) für den Kassenarzt einen durchschnittlichen Stundenlohn von DM 5,68 errechnete. Etwas später ließ es sich die gleiche KZV nicht nehmen, eine Art gentlemen's agreement mit der Zuckerindustrie vertraglich zu vereinbaren. Doch dies waren nur Charaden in dem berufspolitischen Possenspiel, mit dem die Körperschaften, vor allem aber

der Freie Verband, das Ansehen der Zahnärzteschaft während der letzten Jahre auf einen nie dagewesenen Tiefpunkt gebracht haben. Es dürfte wohl kaum noch ein Stück sozialpolitisches Porzellan geben, das nicht zertrampelt wurde: dem Patienten wurde statt Aufklärung und Motivation der Vorwurf zuteil, seine Begehrlichkeit für Zahnersatz habe die Zahlungsfähigkeit der Krankenkasse ruiniert. Letztere avancierten vom Sozialpartner zum Klassenfeind, vom "Gegner", dem man mit allen Mitteln des "Kampfes" entgegentreten müsse. Noch druckfrisch sind die Äußerungen des FVDZ-Vorsitzenden Dr. Gutmann, "der Freie Verband sei die militante, die kämpfende Abteilung, das Schwert der Zahnärzte" (Bayrisches Zahnärzteblatt 5/87, S. 7). Vom gleichen Kollegen stammt auch der Begriff von der "Verelendung" des Berufsstandes. Der rüde Rausschmiß honoriger niedersächsischer Kollegen, die sich dem Diktat der FVDZ-Führung nicht bedingungslos unterwerfen wollten (FORUM 10, S. 119) sowie die bundesweite Diffamierungskampagne gegen den Kollegen Ebenbeck wegen dessen GO-Z-Entwurf (die Zahnärzte könnten sich glücklich preisen, wenn dieser Vorschlag auch nur annähernd Realität geworden wäre). - Alles dies zeigte immer wieder,

UNITEK setzt Maßstäbe. Mit dem Ergo-Dental[®]-Stuhl



Ihre Bandscheiben liegen uns am Herzen.

Einen Stuhl zu schaffen, der jeder noch so extremen Bewegung des Behandlers folgt und dabei die Wirbelsäule entlastet, war das Ziel unserer Konstrukteure. Die überzeugende Lösung ist der ERGO-Dental Stuhl. Beim „free-float-System“ des ERGO-Dental Stuhles passen sich Sitzfläche und Rückenlehne jeder Bewegung des Sitzenden an. Die Wirbelsäule wird damit entlastet.



ERGO-Dental Stuhl
Modell MC 550
mit Fußring und
Armstütze.

Polster und Rückenlehne sind anatomisch-funktional geformt. Das sichert Bewegungsfreiheit und vermeidet Wärmestaus.

Gönnen Sie Ihren Bandscheiben etwas Gutes: den ERGO-Dental Stuhl.

UNITEK[®]

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

Der ERGO-Dental Stuhl interessiert mich.
 Schicken Sie mir ausführliches Informationsmaterial.
 Ich wünsche eine persönliche Beratung.

Name: _____
PLZ/Ort: _____
Straße: _____
Tel.: _____

daß jeder Kollege als vaterlandsloser Geselle und Verräter verunglimpft wird, der nicht voll auf der Linie des Freien Verbands argumentiert. War zu Zeiten der sozialliberalen Koalition Herr Ehrenberg und das "Linkskartell" aus Sozialdemokraten und DGB an allem zahnärztlichen Übel schuld, so ist nun der christdemokratische Arbeitsminister für unsere Einkommens- und Ansehensverluste verantwortlich (s. auch Artikel "Rückblick"). Es wäre doch immerhin denkbar gewesen, daß die Zahnärzteschaft bei der Schelte für Patienten, Krankenkassen und Regierung auch etwas Selbstkritik beigesteuert hätte - doch weit gefehlt: aus dem standeseigenen Blätterwald tönten jeweils nur peinliches Eigenlob, Erfolgsmeldungen von durchgreifenden Prophylaxeerfolgen und weltmeisterlichem Therapieniveau. Schwer zu glauben für jeden, der die zahnmedizinische Ausgabenentwicklung der Krankenkassen während der letzten Jahrzehnte dem - nahezu unverändert - schlechten Mundgesundheitszustand der Bevölkerung gegenüberstellte.

Spätestens dann, als eine der Konsequenzen aus dieser Schiefelage, nämlich die 15%-Abwertung von Prothetikleistungen, 1986 zur Anwendung kam - spätestens dann hätte man bei den Körperschaften mit einer Effektivitätsanalyse des gesamten kassenzahnärztlichen Leistungsgeschehens beginnen müssen, um sich (wenn's schon kriegerisch sein muß) für die

nächsten Auseinandersetzungen ausreichend zu munitionieren. Denn es ist eigentlich kaum zu glauben, doch schlichte Realität, daß die KZVen jahrzehntelang nichts anderes getan haben als die gesamten Behandlungsdaten jedes einzelnen Kassenzahnarztes als Treuhänder der Krankenkassen zu verwahren. Niemals wurde auch nur der Versuch unternommen, anhand der einlaufenden Daten Fehlentwicklungen bezüglich der Behandlungsqualität oder der Liquidationsgestaltung zu analysieren und die Kollegenschaft oder den einzelnen Zahnarzt gezielt darüber aufzuklären. Dies hätte allerdings einen selbstkritischen Ansatz erfordert - zuviel für einen Berufsstand, für den Geschlossenheit wichtiger ist als Professionalität. In diesem Zusammenhang muß es auch als schwerwiegender Fehler der Standesführung gewertet werden (hier: der KZV Stuttgart), sogar die Mitwirkung an der BMA-Studie zur Leistungs- und Kostentransparenz (§ 223 RVO) verweigert zu haben. Weiterhin ist es unglaublich, daß die vernünftigen Vorschläge des DAZ fast zehn Jahre lang aus reiner Überheblichkeit von der Standesführung ignoriert wurden. Wäre auch nur ein Teil dieser Zielsetzungen ("Grundsätze und Empfehlungen zur kassenzahnärztlichen Versorgung") in die offizielle Standespolitik eingeflossen, so hätte die Glaubwürdigkeit dieses Berufsstandes heute einen wesentlich höheren Stellenwert.

Immer wieder erwies sich die Standesführung als unfähig, den zahnärztlichen Berufsstand in die sozialpolitische Verantwortung zu integrieren. Statt agieren erfolgte so auch 1986 wieder nur reagieren, statt Analyse Aggression: neben den alten Kriegserklärungen an die Krankenkassen wurde zum Abbau von Praxispersonal aufgerufen und den Patienten mit Behandlungsboykott gedroht - schlimmer noch: man werde sie in Zukunft schneller, schlechter und schmerzhafter behandeln. Und schließlich mußte noch ein FVDZler nachschieben, die Zahnärzte sähen sich einer Art moderner Judenverfolgung ausgesetzt.

Wer solcherart Berufspolitik betreibt, muß sich nicht wundern, wenn die Neigung unserer Sozialpartner zu Gesprächen oder Verhandlungen mehr und mehr verkümmert und die Ministerialbürokratie, sogar die der eigenen politischen Couleur, ihre Kontakte auf den Verordnungs- und Gesetzgebungsweg zu beschränken beginnt.

Permanentes Eigenlob und die Verteufelung unserer Sozialpartner durch den Freien Verband, verbunden mit ständigen Appellen an die Kollegenschaft, nur eng zusammenzustehen - alles dies hat uns keinen Schritt weiter, sondern nur immer tiefer in die sozialpolitische Isolation gebracht. Das jahrelange Klageglied von zahnärztlicher Existenzangst verbunden mit

exzessiver Liquidationsgestaltung (sie blieb natürlich auch dem Bundesarbeitsministerium nicht verborgen!) hat dazu geführt, daß die Öffentlichkeit kaum mehr Notiz von unseren Anliegen nimmt, und zwar - das ist das schlimmste - unabhängig davon, ob diese berechtigt oder vorgetäuscht sind. Wie es anders gehen könnte, zeigt ein aktueller Bericht: in den Zahnärztlichen Mitteilungen ist nachzulesen (ZM 10/87, S. 1.113), was wir vom DAZ seit Jahren fordern und was in den USA das Ansehen der Zahnärzteschaft aufgebaut hat: "Selbstkontrolle ..., sich selbst an die Spitze von Veränderungen stellen statt auf Vorschläge von anderen zu reagieren ..., den Ansprüchen der Öffentlichkeit entgegengehen ... etc. etc."

Wann um alles in der Welt werden sich unsere Standespolitiker bequemen, diese Selbstverständlichkeiten zu akzeptieren und umzusetzen? Wer die sozialpolitische Struktur unseres Berufsstandes kennt und seine Entwicklung während der letzten Jahrzehnte verfolgt hat, der muß befürchten, daß sich nichts ändern wird: so lange die ewig gestrigen Frontkämpfer wie H.H. Bieg und J. Herrmann bestimmen, was gemacht und gesagt wird - sie tun dies ja nicht nur im Freien Verband, sondern, da alle Körperschaften mit FVDZlern besetzt sind, in den Kammern und KZVen - so lange wird das "Programm" der deutschen Zahnärzteschaft so aus-

sehen:

- * Ausstieg aus dem Sachleistungssystem (= Abschaffung des Krankenscheins, also auch der KZVen)
- * Ablehnung jedweder Art von Leistungskontrolle und Transparenz
- * Ablehnung von Honorarabgrenzungen und damit Schutz derjenigen Kollegen, die täglich daran arbeiten, das Image des Zahnarztes als Beutelschneider zu verfestigen (s. Artikel "Spitzenhonorar für Weltmeisterarbeit?")
- * Verhinderung breitenwirksamer Prophylaxe durch Verzicht auf einen personell und sachlich angemessen ausgestatteten öffentlichen zahnärztlichen Gesundheitsdienst sowie Verhinderung des Einsatzes von Hilfspersonal in Kindergärten und Schulen (s. auch Artikel "Prophylaktische Realitäten")
- * Dazu noch ein aktueller Beitrag des Herrn Bieg (BZB 5/87, S. 10): "Die Ziele der Zahnärzteschaft müssen sein, den Sachverständigenrat unglaubwürdig zu machen."

Ausstieg, Ablehnung, Verhinderung, Diffamierung - wem dies als Programm eines medizinischen Berufsstandes genügt, der möge getrost weiter den Freien Verband und seinen Vorstand unterstützen.

Immerhin scheint sich jetzt ein Silberstreif am Horizont zu zeigen: erstmals brachten bei einer FVDZ-Landesversammlung in Bayern (BZB 5/87, S. 10 ff) ein paar Kollegen (Aigner, Dr. Zedelmaier, Dr. Lindhorst) den Mumm auf, dem schneidigen Vorsager Bieg zu widersprechen. Ein Anfang? Schön wär's. Doch ist zu befürchten, daß, sollten sich tatsächlich neue berufspolitische Denkansätze in den Körperschaften entwickeln, sie für die Bewältigung der akuten Probleme zu spät greifen werden. Denn wenn wir auch nur im Ansatz aus der Nur-Abwehr-Position herauskommen wollen, müssen wir unseren Sozialpartnern und der Gesellschaft in Zukunft etwas mehr bieten als starke Sprüche.

Zuallererst - und das ist das einzige, was uns Zahnärzten kurz- und mittelfristig helfen kann - ist es nötig, Wunschenken und Rambo-Mentalität aufzugeben und die Fakten - und nichts anderes als diese - auf den Tisch zu legen. Nur die Bereitschaft zu ernsthafter Analyse, zu Offenheit, Selbstkritik und Transparenz kann uns die Seriosität wiedergeben, die wir bitter nötig haben, um bei jedweden Verhandlungen überhaupt ernst genommen zu werden. Besonders für die Bewältigung der beiden augenblicklichen Hauptprobleme, die Forderungen des Sachverständigengutachtens (FORUM 16, S. 14 ff) und den Entwurf der neuen GO-Z, sind gerade diese Kriterien vonnöten:

Aber: bei allem grundsätzlichen Verständnis für Reaktionen des Bundesarbeitsministeriums auf aggressives Standesverhalten geht es nicht an, die gesamte Zahnärzteschaft mit einer einschneidenden und nicht gerade leistungsfreundlichen Gebührenordnung zu bestrafen. Schließlich gibt es mehr als 20.000 Zahnärzte, also die Hälfte des Berufsstandes, die mit dem Freien Verband (sicher aus gutem Grund) nichts zu tun haben. Auch diesen Kollegen - ebenso wie allen anderen, die effektive und zeitgemäße Zahnheilkunde betreiben - steht ein Anspruch auf leistungsgerechtes Honorar zu. Verwehrt man es ihnen, so sind die Folgen für Motivation und Qualitätsbewußtsein in der Kollegenschaft unabsehbar.

Was GO-Z und BEMA anbetrifft, so könnte die Zahnärzteschaft die Forderung nach erneuter 15-prozentiger Absenkung der Prothetikgebühren mit unserem Angebot zum chronologischen Krankenschein und zum Einstieg in ein Qualitätssicherungssystem abwehren (s. auch Artikel "Noch einmal: Sachverständigengutachten ..."). Definierte Leistungsqualität gegen gesichertes Honorar - dies wäre ein seriöses Angebot der Zahnärzteschaft. Und natürlich: statt prophylaktischem Schatzenboxen ernsthafte breiten-

wirksame Basisprophylaxe in Kindergärten und Schulen unter effektiver Beteiligung der Zahnärzte im öffentlichen Gesundheitswesen (selbstverständlich mit Behandlung - welcher Kollege sollte sich sonst für diesen Job interessieren?); und selbstverständlich mit Beteiligung von Hilfspersonal wie in der Schweiz. Weiterhin müssen neue Versuche unternommen werden, die Fluoridprophylaxe aus dem grünen Giftschrank herauszuholen. Und warum kann eine zahnärztliche Körperschaft nicht einmal einen Prozeß gegen ein Süßwarenunternehmen führen und/oder zusammen mit den Krankenkassen ein Verbot des Süßigkeitenverkaufs in Schulen durchsetzen? Und ... und ... und ...

Wenn Seriosität und sozialpolitisches Verantwortungsbeußtsein das berufspolitische Denken bestimmen, werden der Zahnärzteschaft wieder eine Fülle von Zielsetzungen offenstehen, die dem Berufsstand auch in Zukunft eine stabile Basis geben können. Der DAZ wird jeden Versuch zur Verwirklichung solcher Ansätze unterstützen.

Anschrift des Verfassers:

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

Der DAZ wendet sich gegen eine „Verniedlichungskampagne“ des Zuckerkonsums, wie sie in den letzten Jahren mit massivem Einsatz der Werbemedien von der Zuckerindustrie veranlaßt wurde. Bezeichnend ist, daß als Zielgruppe vor allem die Kinder angesprochen werden.

DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983

Rückblick

H.W. Hey

Betreff: Schwierigkeiten mit dem Bundesarbeitsminister

Ab und zu ist es ganz interessant, in einem alten FORUM zu blättern. In der Nr. 3/1983, vor der vorletzten Bundestagswahl also, findet sich auf Seite 8 folgende Passage:

"... Kein 'Weg zur Wende' (Gutmann) also, wenn Wunschenken den Blick für die Realitäten trübt, hier ebenso wie in der Standespresse, die augenblicklich offen und versteckt glauben machen will, die Zahnärzteschaft müßte nur durch Unterstützung der 'rechten' Partei zur politischen Wende beitragen, um alle Wünsche erfüllt zu bekommen. Doch von welchem Politiker kann im Ernst erwartet werden, daß er sich die sozialpolitisch fragwürdigen Förderungen einer wohlstuierten Minderheit zu eigen macht und daran die Finger verbrennt - einer Minderheit, die nur etwa

1/1000 aller Berufstätigen ausmacht? Es ist ein Irrtum zu glauben, daß die Haltung der Unionsparteien gegenüber unserem Berufsstand sich wesentlich von der der sozialliberalen Koalition unterscheidet; dies kann nicht sein, weil es hier nicht um politische Zuneigung geht, sondern u.a. um die Verteilung real und politisch begrenzter Mittel der Sozialversicherungen. Auch eine konservative Regierung wird uns nicht aus der angeblichen 'Unfreiheit und Einengung' befreien. Es wird aber interessant sein, welcher politischen Partei sich der Freie Verband zuwenden wird, wenn seine Vorstellungen auch bei der neuen Regierung nicht den gewünschten Anklang finden."

Anschrift des Verfassers:

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

Der DAZ fordert weiterhin das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten auf, die einseitige Unterstützung der Wirtschaftsvereinigung Zucker zu überdenken. Es ist völlig unverständlich, daß sich ca. ein Drittel der Mitarbeiter des Ministeriums damit beschäftigt, über Möglichkeiten der Förderung des Zuckerrübenanbaus und der zuckerverarbeitenden Industrie nachzudenken.

DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983

Abschaffung des Sachleistungssystems

Till Ropers

Der Trend

Dr. Götzke und Dr. Wick stellten die von ihnen entwickelten wirtschaftlichen Analyse-Programme "Trend" und "Status" vor. Nach Eingabe aller mitbestimmenden Faktoren - die größtenteils recht genau vorhersehbar sind - errechnet sich für die Kollegenschaft ein schwindelerregender wirtschaftlicher Abstieg. Wir vom DAZ haben die Zahlen und die Variablen untersucht: Die Berechnungen stimmen!

Die viel schlechter werdende Ertragslage wird zu einer Welle von Pleiten führen: Die erste Kollapswelle wird diejenigen Kollegen treffen, die der Versuchung zum "Steuern sparen" nicht widerstanden haben, mit Bauherren-Modellen, Schiffsbeteiligungen und Ölbohrungen. Ihnen allen fehlt bei geringer werdenden Gewinnen trotz gut laufender Praxis die Liquidität. Sicher ist es nicht Aufgabe eines Sozialversicherungssystems, abstürzende Spekulanten aufzufangen. Der Trend macht aber deutlich, daß danach auch die "braven" Kollegen nur auf Grund der direkt praxisbezogenen Kostenentwicklung gefährdet sind.

Die Glaubwürdigkeit

Das Jahresgutachten 1987 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen besichert uns wenig schmeichelhafte Aussagen über die zahnmedizinische Versorgung.

Empört und sicherlich nicht zu Unrecht monieren unsere berufsständischen Körperschaften, daß ihre Fachkompetenz von den Sachverständigen bewußt übergangen worden ist. Dies kann allerdings nicht erstaunen, denn unsere Körperschaftsfunktionäre haben ihre Glaubwürdigkeit größtenteils selbst verspielt: Erinnern wir uns, daß in Niedersachsen "der Zahnärzteball festlicher Höhepunkt der Ballseason war", daß offiziell von der Kammer dazu eingeladen wird, mal eben für 5.000,- Mark zu den Pyramiden zu jetten, daß wir in der Tagesschau mit ansehen müssen, wie Minister Blüm von demonstrierenden Zahnärzten körperlich bedrängt wurde, daß über eben diese "Demo" in unserem überparteilichen Körperschaftsblatt "NZB" selbstgerecht und scharfmacherisch berichtet wurde, mit der zynischen Schlußfrage: "Wer behandelt eigentlich Herrn Blüm?"

Die aufwendige Reaktion der Körperschaften (man berüht sich selbst der "Professionalität") ist erneut von der völligen Überschätzung der eigenen Möglichkeiten geprägt: Ein Schlüsselthema für unsere künftige Berufsausübung, die Qualität, wird auf S. 113 des von KZBV und BDZ herausgebrachten Kommentierungsbuches in einer Weise abgehandelt, die mangelnde Einsichtsfähigkeit beweist.

Die Qualitätsfrage

Hatte die KZBV im Gleichklang mit dem

"Freien Verband" bisher die absurde Position vertreten, daß "die vorherige Prüfung bei prothetischen Leistungen im Heil- und Kostenplan zur Qualitätssicherung absolut ausreichend sei" (ZM 2/85, S. 104), so wird jetzt in einer reinen Verweildauerstudie, die über die Beschaffenheit und Güte der Kronen überhaupt nichts aussagt, der Beweis für Qualitätsarbeit gesehen. Die zitierte Untersuchung von Kerschbaum (ZM 20/1986, S. 2315 ff.), wird hier als "die aktuellste Untersuchung" zur Qualitätsforschung der Zahnärzte in der Bundesrepublik apostrophiert. Weniger "aktuelle" werden deshalb nicht mit erwähnt, weil es sie nicht gibt. Es soll sie nach dem Willen der Machthaber in der zahnmedizinischen Berufspolitik auch nicht geben: Der Beauftragte des "Freien Verbandes" für Wirtschaftsfragen, Dr. Götzke, meint dazu: "... daß einige Zahnärzte die Qualitätsfrage hochspielen, um damit den ohnehin brechenden wirtschaftlichen Ast, auf dem der zahnärztliche Berufsstand sitzt, möglichst vorher noch abzusägen." (Presseseminar des FVDZ in München). Dabei wissen die Verantwortlichen genau, daß dies nur Ablenkungsversuche sind, daß die üblicherweise von Zahnärzten erbrachte Qualität durchaus verbesserungswürdig ist.

H.H. Bieg, Chefideologe des "Freien Verbandes", schreibt: "Was sollen überhaupt Therapiestandards und Qualitätsnormen, wenn man von seiten der Sozialpolitiker und der Krankenkassen nicht im entferntesten daran denkt, den damit verbundenen Aufwand zu bezahlen?" (Der Freie Zahnarzt 2/87, S. 30). Bieg weiß also um die Qualitätsmängel, macht deren Behebung aber von besserer Honorierung abhängig, wogegen viele sorgfältige Zahnärzte in Einklang mit der Rechtsauffassung der

Krankenkassen durch ihre tägliche Arbeit beweisen, daß hohe Qualität auf der Basis des jetzigen Honorarniveaus durchaus zu erbringen ist. Der Mengenentwicklung ist aber nicht Herr zu werden über eine rein mengenorientierte Wirtschaftlichkeitsprüfung, da sie denjenigen, der viel Gutes tut, genauso bestraft wie denjenigen, der viel Schlechtes tut.

Besonders solange Honorardeckelungen drohen, heißt das, daß der Pfuscher, der 20mal pro Stunde eine einflächige Füllung zur Abrechnung bringt, die Honorarquelle für den sorgfältig arbeitenden Kollegen mit wenigen großen Füllungen pro Stunde leersaugt. Das Mengenproblem ist nur durch konkrete Erkennung und Nichthonorierung unakzeptabler Qualität zu beherrschen. Der DAZ hat aufgezeigt, daß dieser Weg ohne Kollegenschnüffelei mittels moderner Datenverarbeitung gangbar ist.

Dies ist auch den Krankenkassen bekannt, und es hat von dieser Seite schon erste Versuche gegeben, von außen in die Zahnmedizin hinein zu kontrollieren. Wir können diese unguete Entwicklung nicht verhindern. Wir sollten ihr aber unbedingt dadurch zuvorkommen, daß wir in freier Körperschaftlicher Selbstverwaltung hausintern auf diesem Gebiet für Ordnung sorgen - und damit auch unsere Verhandlungsposition und unser Image verbessern.

Dies hat zur Folge: Die insgesamt abgerechnete Menge wird kleiner. Die Einzelleistung bleibt bezahlbar. Unsere Patienten werden besser versorgt.

Das Sachleistungssystem

Das Gegenrezept von KZBV und "Freiem Verband" heißt: Das vorhandene System zerstören, Sachleistung und Krankenschein abschaffen. Der niedersächsische Landesvorsitzende des "Freien Verbandes", Schirbort, hat inzwischen einsehen müssen, daß seine unverblümete Forderung nach Abschaffung des Krankenscheines bei der Kollegenschaft großes Entsetzen ausgelöst hat. Schirbort: "Die Leute kleben an ihrem Krankenschein." Ehrlich war diese ursprüngliche, harte Formulierung schon, denn: Abschaffung der Sachleistung bei formalem Fortbestand des Krankenscheins istbarer Etikettenschwindel, welche wortreichen Umschreibungen man sich hierfür auch immer ausdenken mag.

In der Konsequenz bedeutete das für den Praktiker:

1. Beendigung der Therapiefreiheit, die innerhalb des Sachleistungssystems besteht.
2. Für jede vergütungsfähige Maßnahme - auch im konservierend-chirurgischen Bereich - muß ein Verkaufsgespräch geführt werden.
3. Große finanzielle Unsicherheit durch alle Risiken der individuellen, privaten Rechnungsabwicklung mit dem Patienten.
4. Bürokratische Mehrbelastung der Praxen durch Rechnungs- und Mahnwesen.
5. Große Umsatzeinbußen in den Sozialpraxen, da auch viele notwendige Maßnahmen von den weniger begüterten Patienten nicht vorfinanziert werden können.

Diese Art "Bewältigung des Mengenpro-

blems" wird also voll zu Lasten der Versorgung der Bevölkerung herbeigeführt, was eindeutig dem Sicherstellungsauftrag der zahnmedizinischen Versorgung widerspricht. Daran ändert auch der Hinweis auf "Sozialverträglichkeit" und "Härtefallregelungen" nichts, da diese Hintertüren stets als diskriminierend empfunden werden und abschreckende Wirkung haben. Zudem wird gefordert: "Begrenzung der Versicherungspflicht auf sozial Schutzbedürftige." Hier soll also eine Solidargemeinschaft der Armen geschaffen werden, die folgerichtig nur über einen stets leeren gemeinsamen Topf verfügen kann: So droht die Zwei-Klassen-Medizin! Kalkulierte man dagegen ein, daß der Staat in seiner sozialen Schutzfunktion zur Auffüllung dieser "Armenkasse" in Anspruch genommen würde, hieße das für die Sozialpraxis: Einstieg in die Verstaatlichung.

Nur die kleine Anzahl überwiegend prothetisch ausgerichteter Großpraxen, die schon jetzt die Kariestherapie überwiegend mit Teilkronen durchführt und unter Umgehung der Kassen "abdingt", könnte - auch mengenmäßig - weitermachen wie bisher. Man hat dort auch sicher längst einen Computer, der die bürokratische Mehrbelastung auffängt. Wer - wie der Kollege Bieg - auf seine RVO-Zulassung längst verzichtet hat, dem können die Sozialpraxen und ihr Klientel ja ruhig gestohlen bleiben.

Die Berufspolitik der Körperschaften unter der Federführung des "Freien Verbandes" verfolgt eine Linie für die elitären Großpraxen und eindeutig gegen die Interessen der vielen Sozialpraxen, die die Versorgung sicherstellen sollen. Die wirtschaftliche Zukunft der Zahnmedizin sieht

gewiß nicht rosig aus; läßt man aber den "Freien Verband" weiter gewähren, wird viele Sozialpraxen nach Abschaffung des Sachleistungsprinzips der finanzielle Niedergang sofort, und nicht - wie von Götzke und Wick vorhergesagt - erst in acht Jahren treffen.

DAZ blauäugig?

Wenn der DAZ nun gerade den vielen Zahnärzten, die sorgfältig ihre Pflicht tun und von berufspolitischem Gezänk nichts wissen wollen, dringend nahelegen muß, mitzuhelfen, daß der "Freie Verband" gestoppt wird, versucht man uns jetzt Blauäugigkeit (also zwar guten Willen, aber fehlende Kompetenz) zu unterstellen. Götzke: "Sie haben ja keine Ahnung, in welchen Kategorien bei den Spitzenverbänden der Krankenkassen gedacht wird!" Irrtum! Verkehrte Einschätzung der Sachlage ist in der Spitze des "Freien Verbandes" schon oft deutlich geworden: Schon wiederholt ist ein moderater KZBV-Chef dem Wunsch des "Freien Verbandes" nach mehr Härte und Kompromißlosigkeit geopfert worden. Kaum im Amt mußten die nachgeschobenen Scharfmacher ganz schnell erkennen, daß mit Kompromißlosigkeitsideologie in den Verhandlungen mit den Krankenkassen, aber auch gar nichts zu gewinnen ist. Diese Läuterung zum Pragmatiker hat Ze-

delmayer erfahren, auch bei Schad kündigt sie sich an.

In den letzten Ausgaben der "ZM" war eine in Methode und Stil einmalige Vernichtungskampagne gegen den Kollegen Ebenbeck zu finden. Formaler Anlaß: Er hatte sich in einer Veröffentlichung über Behandlungsqualität eines Zitatfehlers schuldig gemacht, in der Sache jedoch nichts Verkehrtes geschrieben. Dieser Vorgang wurde von den "ZM" zu besagter Kampagne aufgebaut. Hierüber möge sich jeder selbst ein Urteil bilden.

Dieser Kollege Ebenbeck sitzt für den DAZ im Zentrum der Entscheidungsfindung als beratender Zahnarzt beim Bundesverband der Betriebskrankenkassen.

Der DAZ hält diese Beratungstätigkeit nicht für verräterisch, sondern für beispielhaft, um das Arbeitsklima zwischen den entfremdeten, aber aufeinander angewiesenen Vertragsparteien endlich wieder normalisieren zu können.

Nebenprodukt für den DAZ: Wir wissen, in welchen Kategorien dort gedacht wird.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Till Ropers
Alter Marktplatz 4
2162 Steinkirchen

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

Noch einmal: Sachverständigengutachten

– Der DAZ korrigiert die Stellungnahme

von KZBV/BDZ

H.W. Hey

Am 22.02.1987 haben KZBV/BDZ ihre Stellungnahme zum Jahresgutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen vorgelegt. Diese Stellungnahme enthält auf S. 217 bzgl. der DAZ-"Initiative zur Änderung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Qualitätskriterien" zahlreiche Verdrehungen, Verschleierungen und Unwahrheiten, die der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde nicht unwidersprochen lassen kann.

So wird behauptet, "die zahnärztlichen Berufsorganisationen haben in der Vergangenheit stets eine allein an Durchschnittswerten orientierte Wirtschaftlichkeitsprüfung abgelehnt. Sie sind nach wie vor der Auffassung, daß die Einzelfallprüfung die geeignetste Methode der Prüfung ist." Tatsache ist jedoch, daß sich die Wirtschaftlichkeitsprüfung in den allermeisten Fällen allein an Durchschnittswerten orientiert hat. Es wurde im Gegenteil, z.B. vom Prüfungsausschuß bei der KZV Bayern, sogar ausdrücklich abgelehnt, eine Einzelfallprüfung durchzuführen, "da man

dies dem Zahnarzt und dem Patienten nicht zumuten könnte." (Originalton) Es ist bezeichnend für die Argumentation der zahnärztlichen Körperschaften, daß auf S. 217 der Stellungnahme weiterhin festgestellt wird, daß "Einzelleistungsprüfung in der Prüfwirklichkeit nur sehr unvollkommen durchgesetzt werden könnte", jedoch nicht gesagt wird, wem gegenüber man dies durchzusetzen versucht hat. Viel eher muß davon ausgegangen werden, daß Einzelleistungsüberprüfungen (mit körperlicher Untersuchung des Patienten) unterblieben sind, um dem Kollegen möglicherweise unangenehme Ergebnisse zu ersparen. Es ist erschreckend, mit welch fadenscheinigen und z.T. einfach falschen Argumenten die Ablehnung des DAZ-Vorschlages begründet wird. Die augenblicklich praktizierte Wirtschaftlichkeitsprüfung bewertet lediglich durchschnittliche Quantität. Unsere Empfehlung basiert dagegen auf der Auswertung durchschnittlicher Verhältnisse der verschiedenen zahnärztlichen Leistungen zueinander (konservierend-chirurgische, prothetische und pa-

odontologische Maßnahmen). Mit Hilfe dieser Relationen, die statistisch weitgehend aus bereits vorliegendem Datenmaterial gewonnen werden könnten, lassen sich ohne körperliche Untersuchung des Patienten wichtige Erkenntnisse bzgl. der Logik und Effektivität und damit auch der Qualität zahnärztlicher Behandlungsmaßnahmen ableiten. Für alle Fälle, in denen auf diese Weise Auffälligkeiten zutage treten, sieht auch unser Vorschlag die Einzelfallprüfung anhand der Originalunterlagen des Zahnarztes vor sowie, wo dies sinnvoll erscheint, auch die zusätzliche körperliche Untersuchung des Patienten.

Die Feststellung von KZBV/BDZ, daß "sich jede Form der pauschalen Überprüfung verbietet", ist uns völlig unverstänlich, da alle KZVen seit Jahrzehnten nicht anders als pauschal überprüfen.

ad 2)

Die Behauptung, das augenblicklich praktizierte Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung berücksichtigte bereits Qualitätsdimensionen zahnärztlicher Leistungsfolgen, muß in Anbetracht permanenter gegenteiliger Erfahrungen erheblich in Zweifel gezogen werden. Wiederholungsleistungen, z.B. in der Füllungs-therapie, können, wenn überhaupt, nur zufällig aufgefunden werden, da es praktisch keine quartalsübergreifenden Einzelfallprüfungen gibt. Ebenso wenig hat ein Zahnarzt,

der prothetisch, aber nicht parodontologisch tätig ist, keinerlei Beanstandungen zu befürchten.

ad 3)

KZBV/BDZ kann der Vorwurf nicht erspart werden, die DAZ-Initiative nicht vollständig gelesen zu haben. Auf S. 10 des Papiers sind wörtlich alle Konsequenzen aus unseren Empfehlungen dargelegt, nämlich Beratungen, stichprobenartige Einzelfallprüfungen von Patienten sowie, falls keine Änderung des Therapieverhaltens zu beobachten ist, Regreßforderungen und eventuell obligatorische Vor- und Nachbegutachtungen besonders bei prothetischen Versorgungen.

ad 4)

Der DAZ-Vorschlag hindert keinen Zahnarzt daran, eine notwendige prothetische Mindestversorgung auch bei Patienten durchzuführen, die parodontologische Vorbehandlungen möglicherweise ablehnen oder die nötige Mundhygiene vermissen lassen. Sofern besondere Gründe für individuelle oder abweichende Behandlungsmaßnahmen gegenüber dem Prüfungsausschuß angeführt werden können, sehen wir keinerlei Notwendigkeit zu Regreßmaßnahmen.

ad 5)

Der Vorwurf, "aus ausländischen Erfahrungen keine Lehren gezogen zu haben", ist unsinnig, da es kein vergleichbares Abrechnungs- und Prüfwesen kassenzahnärztlicher Leistungen im Ausland gibt und also

auch keine entsprechenden Auf-
findungskriterien. Allerdings
wurden Inhalt und Geist der
quality evaluation of dental
care der Californian Dental
Association in unsere Vor-
schläge einbezogen - unseres
Wissens die umfassendste und
konkreteste Veröffentlichung
zur Feststellung von Quali-
tätskriterien zahnärztlicher
Leistungen.

Schließlich: Die Forderung
nach dem chronologischen zahn-
ärztlichen Behandlungsschein
ist nicht allein deshalb ver-
werflich, weil sie von den
Krankenkassen erhoben wird.
Der Deutsche Arbeitskreis für
Zahnheilkunde steht als zahn-
ärztlicher Berufsverband auf
dem Standpunkt, daß die Trans-
parenz kassenzahnärztlicher
Behandlungstätigkeit und die
qualitativ orientierte Wirt-
schaftlichkeitsprüfung ohne
die Daten aus einem chonologi-
schen Behandlungsschein auf
Dauer nicht zu realisieren
sind. Wir halten die Einfüh-
rung eines solchen Kranken-
scheins nicht nur aus diesen

Gründen für wichtig, sondern
auch um der Glaubwürdigkeit
unserer Professionalität wil-
len für wünschenswert.

Der Stellungnahme von KZBV/BDZ
verdeutlicht erneut die star-
ken emotionalen Widerstände
gegen Datenerhebungen und Qua-
litätssicherungsmaßnahmen, die
im Bereich der ärztlichen Ver-
sorgung und im Ausland bereits
selbstverständlicher Standard
sind. Art und Inhalt der Stel-
lungnahme zeigen weiterhin,
wie wenig die Neigung der
zahnärztlichen Körperschaften
ausgeprägt ist, sich mit
Empfehlungen ernsthaft ausein-
anderzusetzen, die nicht vom
allmächtigen "Kampfverband",
dem Freien Verband Deutscher
Zahnärzte, stammen. Zur Dis-
kussion von Qualitätssiche-
rungssystemen der Zahnheilkun-
de sind jedoch nicht Emotionen
vonnöten, sondern nüchterne
Analyse und konstruktive Mit-
arbeit.

Im Auftrag des Vorstandes des
DAZ
Dr. Hanns W. Hey

**Zur Förderung des Kostenbewußtseins bei Behandlern und Patienten empfiehlt der DAZ, in re-
gelmäßigen Abständen (aber mindestens einmal jährlich) einen detaillierten und allgemeinver-
ständlichen Ausdruck der entstandenen Kosten für medizinische und zahnmedizinische Be-
handlung an die Versicherten zu versenden. Dies soll einerseits die Patienten für die Kosten sen-
sibilisieren, und ihnen andererseits Übersicht und durchaus auch Kontrolle über die von Arzt
und Zahnarzt abgerechneten Leistungen ermöglichen. Nachdem ohnehin Krankenscheinheft
und andere Mitteilungen an die Versicherten versandt werden, dürfte der erforderliche Auf-
wand sich in Grenzen halten, da ja sämtliche dieser Daten sowieso erfaßt werden.**

DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983

Prophylaktische Realitäten

M. Witte

Stellungnahme des DAZ zu den Abschnitten 4.1 und 5.2 des Jahresgutachtens 1987 des Sachverständigenrates

Das Jahresgutachten 1987 des Sachverständigenrates der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen wurde von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem Bundesverband der Deutschen Zahnärzte e.V. in einer Stellungnahme auf das Heftigste kritisiert. Dabei bedarf das Gutachten nach Ansicht des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde insbesondere in den Abschnitten

4.1 Präventiver Bereich (386-396) und

5.2 Verbesserung der Gesundheitsberatung und Prophylaxe (409-419)

einer positiven Würdigung.

Ergänzend machen wir folgende Anmerkungen:

1.

In einer Befragung nach der Kariesmorbidität insbesondere in der Bundesrepublik konnten vier von neun Experten nach eigenen Beobachtungen keinen Kariesrückgang feststellen (1). Vier Teilnehmer gaben einen schwach ausgeprägten und lokal begrenzten Kariesrückgang an.

"Die meisten Befragten waren

der Meinung, daß im Unterschied zum Ausland ein umfangreiches, klar konzipiertes staatliches Gesamtkonzept mit wissenschaftlicher Begleitung zur Prophylaxe in der Bundesrepublik fehle. Im Ausland existierten medizinische und zahnmedizinische Programme zur Gesundheitsaufklärung, in die Kindergärten, Schulen, Mütterberatungsstellen und die Medien mit einbezogen wären. Aus Tradition gäbe es in der Bundesrepublik eine Zahnmedizin, die auf kurativer Basis ohne Prophylaxe bestehe. In anderen Staaten wäre die Vorbeugung mehr und schon länger betont, um Kosten für Zahnersatz einzusparen. Die Mehrzahl der heute tätigen Zahnärzte wäre an den deutschen Universitäten gar nicht in der zahnärztlichen Prophylaxe ausgebildet worden. Präventive Leistungen würden in vielen anderen Ländern besser honoriert, so daß für die Zahnärzte ein höherer finanzieller Anreiz zu prophylaktischen Arbeiten bestehe. Unsere Gebührenordnung sei dahingehend überholt. Im Ausland werde der Patient an zahnärztlichen Kosten beteiligt und bei erfolgreicher Prophylaxe finanziell entla-

stet."

2. Schon 1982 forderte Böhme (Vorsitzender des Ausschusses für Vorbeugende Zahnheilkunde der Bundeszahnärztekammer) die Kollegenschaft auf, Verantwortung in der Jugendzahnpflege zu übernehmen, und stellte das in Rheinland-Pfalz seit einigen Jahren erprobte "Obleutekonzept" vor (2). Das Konzept steht seit nunmehr fünf Jahren. Die Ergebnisse von Stormarn verlangen zweifellos größte Anerkennung. Wenn aber nach fünf Jahren trotz erheblichen Werbeaufwandes nur in einem Landkreis über positive Ergebnisse des Obleutekonzeptes berichtet werden kann, muß es als gescheitert bezeichnet werden.

3. Das Weißbuch Zahnärztliche Prophylaxe berichtet, daß für das Jahr 1986 den Kammern 8179 niedergelassene Zahnärzte als Obleute für die Kindergartenbetreuung "gemeldet" sind (3). Was als Erfolg der Gruppenprophylaxe dargestellt werden sollte, nimmt sich bei 30018 niedergelassenen Zahnärzten eher bescheiden aus.

In keinem Kammerbereich werden Kleinkinder im Alter von drei bis sechs Jahren flächendeckend betreut. In seltensten Fällen erfolgt eine Betreuung von Schülern der allgemeinbildenden und berufsbildenden Schulen. Eine wissenschaftliche Begleitung der gruppenprophylaktischen Maßnahmen wird nur in den Kreisen Heilbronn

und Stormarn, in den Städten Berlin und Göttingen und in den Bereichen Nordrhein, Pfalz und Westfalen-Lippe vorgenommen.

4. Als effektiv, zukunftsweisend und besonders kostengünstig zeigte sich in der Schweiz im Rahmen kollektiver Vorbeugungsprogramme der Einsatz von teilzeitlich angestellten Schulzahnpflegehelferinnen (SZPH) (4). Seit Anfang der siebziger Jahre bis 1985 entschieden sich 400 Gemeinden in 17 Kantonen der Schweiz, Hausfrauen als Schulzahnpflegehelferinnen teilzeitlich einzusetzen. Zur Zeit betreuen 900 SZPH etwa 200000 Kinder (1/4 aller Schweizer Schüler). Sie übernehmen sämtliche Aktionen in den Schulen (sechs angeleitete Zahnbürstübungen pro Jahr mit einem Fluoridpräparat, Vermittlung präventiven Wissens). 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 1,00 anzusetzen. Die Wirksamkeit von SZPH auf die Zahngesundheit wurde durch Erhebungen in einer Anzahl Gemeinden statistisch vielfach belegt.

5. In einer Studie über den "Einfluß der Prophylaxe auf die Behandlungsbedürfnisse" kommt Hefti (5) zu dem Schluß, daß die kariesprophylaktischen Maßnahmen in der Schweiz nach

20 Jahren eine Kariesreduktion von 50 bis 70 % zur Folge hatten. Sie konnten allerdings kaum eine Verbesserung der Zahnfleischgesundheit herbeiführen. Für den Bereich der Parodontologie wird ein stark zunehmendes Arbeitsvolumen angenommen, das zwar von Dentalhygienikerinnen übernommen werden könnte. Die Anzahl der DHs reicht allerdings nicht aus, so daß "die Zahnärzte in Zukunft selbst zum Prophylaxeinstrument greifen" müßten.

6.

Bedenken gegen das Bonus-Malus-System äußerte der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde bereits in seinen "Grundsätzen und Empfehlungen zur Kassenzahnärztlichen Versorgung" (6). Der Zahnarzt, der in einem Bonus-Malus-System den Mundhygieniezustand des Patienten zu bewerten hat, kommt bei der Testierung einer schlechten Mundhygiene in eine "Denunziantensituation", die das Patienten-Arzt-Verhältnis beeinträchtigen kann. Gerade der Zahnarzt, der Gefälligkeitstestate erteilt, wird für eine Prophylaxesitzung bevorzugt vom Patienten aufgesucht, so daß bei einem Bonus für prothetische Leistungen ein Kostendämpfungseffekt kaum zu erwarten ist.

Wir fordern die Aufnahme präventiver Maßnahmen in den Kassenzahnärztlichen Leistungskatalog. Um Kosten- und Leistungstransparenz zu schaffen, sollten die individualprophylaktischen Maßnahmen auf dem Kostenerstattungsweg ohne Di-

rektbeteiligung des Versicherten honoriert werden.

7.

Ganz bedenklich erscheinen Forderungen der KZBV nach der Direktbeteiligung des Patienten an der systematischen PAR-Behandlung. Zur Zeit stehen Parodontalleiden und Sanierung in einem großen Mißverhältnis. In einer Untersuchung von 11305 Hamburger Patienten wiesen nur 2,8 % der Probanden ein völlig gesundes Zahnfleisch auf (7). Eine umfangreiche Behandlung des Parodonts war bei 44,2 % angezeigt. Trotz einer hohen Morbidität werden nur ca. 0,7 % der 20- bis 60-jährigen systematisch parodontal behandelt (8).

Es ist zu erwarten, daß eine Direktbeteiligung im Rahmen der systematischen PAR-Behandlung die Relation zwischen Leiden und Sanierung weiter verschlechtern würde. Eine epidemiologische Untersuchung des Parodontalzustandes bei 45- bis 54-jährigen Berliner Probanden ergab: "Die Motivation der Befragten zur Zahnerhaltung schien zunächst groß. Knapp 90 % gaben an, ein- bis zweimal jährlich den Zahnarzt zur Kontrolle aufzusuchen. 83,9 % wollten ihre Zähne möglichst lange erhalten wissen und dafür auch eine langwierige Behandlung und Mehrkosten in Kauf nehmen (9). Bei konkreter Fragestellung ergab sich jedoch ein anderes Meinungsbild: Es wollten zwar immer noch 80 % relativ viel Zeit aufwenden, sowohl für die

Behandlung als auch für das Recall, aber über 70 % lehnten Mehrkosten für eine aufwendige Parodontalbehandlung über 500 DM ab, 60 % würden selbst bei erklärter Notwendigkeit einer chirurgischen Parodontalbehandlung nicht zustimmen ..."

8.

Auch bei verbesserter zahnärztlicher Ausbildung auf dem Gebiet der Parodontologie, Einsatz von qualifiziertem Hilfspersonal und Veränderung der vertraglichen Regelungen über die Behandlung von Parodontopathien ist bei einem nicht unerheblichen Teil der Patienten eine systematische Parodontalbehandlung aufgrund unzureichender mundhygienischer Mitarbeit nicht zu verantworten. Ohne Mitarbeit des Patienten führt die Behandlung zum Mißerfolg und belastet die Solidargemeinschaft unnötig.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde betont, daß die Ausführungen des Sachverständigenrates für den Bereich Prophylaxe den richtigen Weg weisen und hofft auf eine Realisierung im Rahmen einer Strukturreform des Gesundheitswesens.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Manfred Witte
Oldenburger Str. 36a
2905 Edewecht

Literatur:

1. Grönich, Th. und Nippert, R.P.: Die Entwicklung der Kariesmorbidität in der Bun-

desrepublik Deutschland aus der Sicht zahnmedizinischer Experten. Zahnärztl. Welt 96, 52 (1987)

2. Böhme, P.: Die Jugendzahnpflege gehört in unsere zahnärztliche Obhut. Zahnärztl. Mitt. 70, 1376 (1982)

3. Bauch, J.: Weißbuch Zahnärztliche Prophylaxe. Schriftenreihe der Bundeszahnärztekammer 2-86

4. Magri, F., Marthaler, T.M., Scherer, R., Bandi, A. und Schreiber A.: Kollektive Vorbeugungsprogramme in der Schule und der Einsatz von teilszeitlich angestellten Schulzahnpflegehelferinnen (SZPH) - Stand nach 20 Jahren. Schweiz. Mschr. Zahnmed. 96, 1225 (1986)

5. Hefti, A.: Einfluß der Prophylaxe auf die Entwicklung der Behandlungsbedürfnisse. Schweiz. Mschr. Zahnmed. 96, 1314 (1986)

6. Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde: Grundsätze und Empfehlungen zur kassenzahnärztlichen Versorgung. Dienerstr. 20, 8000 München

7. Neuhaus, I.: Hamburg: Kaum ein Gebiß mit gesundem Zahnfleisch. Zahnärztl. Mitt. 76, 2438 (1986)

8. Frentzen, M.: Parodontologische Aspekte in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Zahnärztl. Mitt. 76, 1266 (1986)

9. Hohlfeld, M. und Bernimoulin, J.-P.: Teilergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung des Parodontalzustandes bei 45- bis 54-jährigen Berliner Probanden. Dtsch. Zahnärztl. Z. 41, 619 (1986)

Die Freiheit in der zahnärztlichen Standespresse ist immer die Freiheit der Gleichgesinnten

Till Ropers

Der voranstehende Aufsatz "Abschaffung des Sachleistungssystems - Ausstieg aus der programmierten Pleite?" wurde von der DAZ-Pressestelle mit folgendem Text an die Medizinjournalisten versandt:

"Den Zahnärzten steht eine wirtschaftliche Talfahrt ins Haus. Die vom "Freien Verband Deutscher Zahnärzte" beherrschten berufsständischen Körperschaften wollen angesichts neuerlicher Kürzungsbegehren die Liquidität der Krankenkassen dadurch gewahrt wissen, daß das Prinzip der Sachleistung und die Einbindung in die Reichsversicherungsordnung abgeschafft werden.

Der beiliegende Aufsatz "Abschaffung des Sachleistungssystems - Ausstieg aus der programmierten Pleite?" wurde ursprünglich nur zur Information der zahnärztlichen Kollegenschaft geschrieben. Es ist davon auszugehen, daß die vom gesetzlichen Auftrag her eigentlich zwingend überparteilichen Körperschaften eine Veröffentlichung in ihren Publikationsorganen verhindern werden."

Die Vermutungen über die Veröffentlichungspraktiken der Standespresse waren mehr als berechtigt. Zwar schrieb die Pressestelle der Niedersächsischen Zahnärzte im Ton moderat und bedauernd, jedoch in der Sache knallhart. Es pflegt sich übrigens der Präsident

der Zahnärztekammer Niedersachsens, wird er darauf angesprochen, den einen oder anderen Aufsatz zu veröffentlichen, dahinter zu verstecken, daß dies in der Befugnis des Redaktionsausschusses läge. Der Redaktionsausschuß andererseits kann nicht entscheiden gegen die Weisungen des Dienstherrn, nämlich des Präsidenten der Zahnärztekammer Niedersachsens. Der verantwortliche Redakteur, Herr Wiesinger, schrieb auf die Zusendung des Manuskriptes:

"Sehr geehrter Herr Ropers, mit Schreiben vom 29.3. haben Sie mir Ihr Manuskript "Abschaffung des Sachleistungssystems ..." mit der Bitte zugeschickt, dieses im NZB zu veröffentlichen. Leider hat der Redaktionsausschuß in seiner Sitzung am 27. April beschlossen, von einer Veröffentlichung abzusehen. Es tut mir leid, daß ich Ihnen keinen günstigeren Bescheid zukommen lassen kann."

Die Zahnärztlichen Mitteilungen dagegen, Organ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie der Bundeszahnärztekammer, somit also zwingend überparteilich und neutral, fanden zu wesentlich entlarvenderen Worten:

"Sehr geehrter Herr Dr. Ropers, wir bestätigen den Eingang Ihres Manuskriptes ; es scheint zwar von der

Kostendämpfung leicht gemacht

Wir zeigen Ihnen den Weg _____

CoronaDental

Zahntechnisches Labor

Corona-Dental-Handels GmbH

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

Telefon

(089) 4 31 30 08 / 09

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

SAE



Überschrift her ein Beitrag zur Frage "Sachleistung - Kostenerstattung" zu sein, in Wirklichkeit ist es jedoch eine Rundum-Abrechnung mit der offiziellen Berufspolitik, zu der der DAZ in Opposition steht.

Wir lehnen eine Veröffentlichung ab. Nach unserer Meinung liest sich der Beitrag an vielen Stellen genau wie das, was Sie anderen vorwerfen: Polemik und Radikalität in der Sprache (z.B. "Armenkasse", "Linie für elitäre Großpraxen", "Systeme zerstören", "Etikettenschwindel", "Kompromißlosigkeitsideologie", "Vernichtungskampagne"). Was würden Sie tun, wenn in Ihrer Zeitschrift ein extremer Vertreter der "anderen Seite" mit einem so aggressiven Text und unter einer irreführenden Überschrift veröffentlicht werden wollte?"

Der unterzeichnende Redakteur Friel hat also bereits völlig verinnerlicht, daß er zum Büttel des Freien Verbandes degeneriert ist. Das Blatt, für das er seinen Namen hergibt, ist de jure immer noch überparteilich und Mitteilungsblatt für alle Zahnärzte. Seine Ablehnungsgründe, die er freimütig aufführte, träfen völlig zu, handelte es sich bei den "ZM" um das Organ des Freien Verbandes. Der DAZ mit seinem eigenen Publikationsorgan "Forum" kann sich durchaus vorstellen, akzentuierte Darstellungen von Gegenpositionen abzdrukken. Dies ist eine Frage des journalistischen Stils. Er behält sich selbstverständlich aber das Recht vor, Manuskripte, die seiner Meinung nach völlig unqualifiziert sind, nicht zu

veröffentlichen. Dieses Recht, aus Parteilichkeit ungenehme Manuskripte nicht drucken zu wollen, würden wir dem Mitteilungsblatt des Freien Verbandes, "Der Freie Zahnarzt", auch jederzeit konzedierte haben. Herr Friel muß sich allerdings daran erinnern lassen, daß sein Blatt, die ZM, formaljuristisch noch keineswegs gleichgeschaltet ist. Der DAZ stellt formaljuristisch für die Bundeskörperschaften nicht etwa "die andere Seite dar", sondern nur eine Facette der vielschichtigen zahnärztlichen Berufspolitik. Hierüber zu berichten, wäre de jure eine der wesentlichsten Aufgaben der zahnärztlich-körperschaftlichen Standespresse, wesentlich vordringlicher jedenfalls als die bereitwillig abgedruckten Publikationen über lohnende Ferenziele und kaufenswerte Luxuslimousinen.

De facto - ausgewiesen durch diesen Brief des Redakteurs Friel - ist aber das Blatt "ZM" tatsächlich degeneriert zur reinen Hofberichterstattung für den Freien Verband. Innerberufliche Opposition darf es nach dem Diktat des Freien Verbandes im Mitteilungsorgan der Körperschaften offensichtlich nicht mehr geben. Aber selbst die letzte, den liberalen Anschein erweckende Facette des Standesjournalismus liegt bereits unter Beschuß: Im Publikationsorgan des Freien Verbandes "Der Freie Zahnarzt" war erst kürzlich zu lesen, daß der Herr Meenzen die praktizierte Form

der Presseschau in den ZM bereits als zu weich und nachgiebig empfand.

Die Rubrik in den ZM "Die andere Meinung", worin bisweilen liberale bis kritische Journalisten aus den allgemein publizistischen Medien veröffentlicht werden, wird jetzt auch bereits als zu abweichlerisch gezeibelt und läuft somit Gefahr, vom de facto herrschen-

den Freien Verband bald beerdigt zu werden.

Sollte die hier zuständige Rechtsaufsicht wieder einmal eingeschlafen sein, werden wir vom DAZ sie wohl wieder einmal wecken müssen.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Till Ropers
Alter Marktplatz 4
2162 Steinkirchen

EIN BEITRAG ZUR MEINUNGSFINDUNG IN DER SPITZE DES FVDZ

Hier: Schirbort (Vors. FV Nieders.) diskutiert mit Schneider (KZV-Vors. Hessen) ("oder wie er auch immer heißen mag")

"Mit dieser Darstellung der politischen Realität zielte der KZVH-Vorsitzende auf die Auslösung einer intensiven Diskussion ab, die sich dann auch ergab. Vorher wies Schneider aber auch noch auf folgende Fakten hin:

Die Preisangabe des Sachleistungsprinzips könnte rechtlich den Sicherstellungsauftrag der KZVen in Frage stellen und zu Direktverträgen zwischen Kassen und Ärzten bzw. Zahnärzten führen. Nicht nur der Bundesverband der Ortskrankenkassen fordere das, auch die "Fünf Weisen" sähen in Direktverträgen eine Möglichkeit, die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu beeinflussen. Was das bedeute, wisse man aus der Zeit vor 1933.

Weiterhin müsse bedacht werden, daß der einzelne Zahnarzt bei Einführung des Kostenerstattungssystems den korporativen Schutz in der KZV verlieren könnte und daß den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet werden könnte, wieder Zahnärzteleambulatorien einzurichten; der Sicherstellungsauftrag sei nämlich mit der Untersagung der Neueinrichtung von Krankenkassen-Ambulatorien verknüpft gewesen. Schließlich könnten einzelne zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen evtl. von Ärzten übernommen und als Sachleistung abgerechnet werden, wodurch ein nur im zahnärztlichen Bereich eingeführtes Kostenerstattungsverfahren umgangen würde.

Insgesamt werde, nach Einschätzung Schneiders, das freiberufliche Risiko einer zahnärztlichen Praxis bei Einführung eines reinen Kostenerstattungsverfahrens deutlich steigen. Das widerspreche jedoch nicht seiner positiven Einstellung zu den Vorschlägen der Zahnärzteschaft. Allerdings müßten die Probleme auch auf Landesebene diskutiert und die Diskussionsergebnisse an die KZBV weitergeleitet werden."

Erfahrungen mit den ZE-Richtlinien

L. Albers

Am 1. April 1986, also vor etwas mehr als einem Jahr traten die Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche kassenzahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen in Kraft. Obwohl es bereits seit 1967 entsprechende Richtlinien gab und diese auch mehrere Änderungen erfahren haben, zuletzt 1977 und 1981, war es wohl das erste Mal, daß die Betroffenheit des einzelnen Zahnarztes offensichtlich wurde und zu einer intensiven Auseinandersetzung mit diesen "ZE-Richtlinien" führte.

Schon der Umfang der Richtlinien zeigte die Bedeutung dieser mit einigen Schwierigkeiten entstandenen Behandlungsregeln auf. Erst recht deutlich wurde sie durch die nachgelieferten Erläuterungen der KZVen und durch das "Gemeinsame Rundschreiben" der Spitzenverbände und der KZBV vom Juni 1986. Für die Veröffentlichung der gesamten Richtlinien vom 16. Juni 1970 reichten den Zahnärztlichen Mitteilungen (Nr. 14/1970) noch eineinhalb Seiten, diesmal war es schon zweckmäßig für Text, Rundschreiben und Anleitungen einen speziellen Ordner anzulegen.

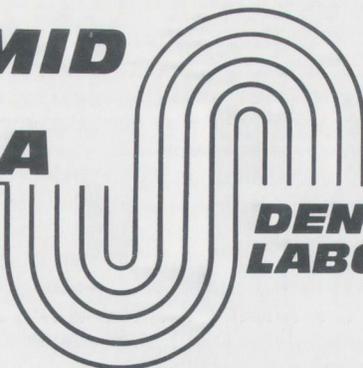
- Grundlagen -

Die neuen Richtlinien bedeuteten natürlich nicht nur einen quantitativen, sondern mehr noch einen qualitativen Neuansatz. Mehrere Gesetzesänderungen der Vergangenheit hatten die Grundlagen der Richtlinien verändert und somit ihre Neufassung erzwungen (ausführlich bei H. Pohl: Die neuen Zahnersatz-Richtlinien, ZM 18/1986).

Gleichgewichtig waren jedoch die politischen Intentionen der Vertragspartner. Sie hofften, mit Hilfe der Richtlinien ihre Positionen festzuschreiben und die Weichen für die Zukunft zu stellen. Die zahnärztlichen Berufsvertreter versuchten das Kunststück, die Therapiefreiheit des einzelnen Zahnarztes unangetastet zu lassen und gleichwohl festzulegen, was unter einer "ausreichenden" Versorgung zu gelten habe. Der Stellenwert dieses therapeutischen Rahmens wurde dadurch unterstrichen, daß wiederholt betont wurde, damit sei eine "strikte Grenze" definiert worden.

Die Krankenkassen ihrerseits waren darauf bedacht, daß die Versorgung ihrer Mitglieder ausschließlich entsprechend den medizinischen Erfordernissen sichergestellt wurde. Sie

SCHMID UND PAULA



**DENTAL
LABOR**

Qualität
und
Ästhetik

ist das Ergebnis unserer präzisen Arbeit.
Dafür stehen unsere Namen

Gerhard Schmid
Calle Hoffmann
J. Hübner
Karg Doris
Bettina Schneider
Maria Lutz
Sieglinde Zistler
Stoke Michaela
Gerald Peter
Rafaela Serski
Alex Kallmann
Daniel
Kaufke
Luisa Wilhelmi
Renée Grindel
Werner Kallmann
Alber, J.
Lips Anita
Schwimmer Margit
Grindel

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

fürhten den Begriff der vollwertigen kassenzahnärztlichen Versorgung in unsere Vertragstexte ein. Ging es bisher nur darum, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu therapieren, so soll dies nun auch zu einem vollwertigen Ergebnis führen. Nach Pöhl ändert der neue Begriff an den rechtlichen Grundlagen gar nichts. Da die Justitiare der Krankenkassen dies mit Sicherheit anders sehen, kann durchaus vermutet werden, daß hiermit ein Betätigungsfeld für künftige Juristengenerationen eröffnet wurde.

Die ausdrückliche Festschreibung, daß die kassenzahnärztliche Versorgung in jedem Fall vollwertig sein muß, kann als (verhandlungstechnischer) Preis der Zahnärzte dafür angesehen werden, daß die Abdingungsmöglichkeit jetzt von allen Krankenkassen akzeptiert und vertraglich vereinbart worden ist. Daß damit neue Probleme entstehen können, mögen zwei Überlegungen verdeutlichen: Eine vollwertige prothetische Versorgung ist zumindest diejenige, die der Richtlinie Nr. 3 entspricht, d.h. die die Funktionstüchtigkeit des Kauorgans wiederherstellt bzw. ihre Beeinträchtigung verhindert. Nun gibt es aber zweifellos Situationen, in denen eine das Gebiß stabilisierende prothetische Versorgung bewußt nicht angestrebt wird, oder z.B. wegen der mangelhaften hygienischen Gegebenheiten nicht in Frage kommen kann (R. Nr. 6). Der

weitere Gebißverfall wird sozusagen in Kauf genommen, die "unterwertige Versorgung" ist die logische Konsequenz aus der mangelnden Kooperationsbereitschaft des Patienten. Es wird gut sein, die Dokumentation der Behandlungsfälle auch unter diesem Aspekt zu überdenken.

Lag bei der zuvor beschriebenen Konstellation die Entscheidung immerhin noch beim Zahnarzt, so ist diese praktisch aufgehoben, wenn finanzielle Gesichtspunkte den Patienten zwingen, sich mit einer reduzierten oder nur teilweisen Versorgung seines Kauorgans zu begnügen. Eine "unterwertige Versorgung" weil es Löcher im sozialen Netz gibt?

- Akzeptanz -

Werden Richtlinien schon von der Sache her nicht gerade begeistert aufgenommen, so wurde die Akzeptanz in diesem Fall durch die unmittelbar zuvor als Verschärfung gedachten, von der KZBV einseitig herausgegebenen Leitlinien noch erheblich vermindert. Durch dieses Nebeneinander zweier "Linien" ging für so manchen der Überblick gründlich verloren. Der Ärger über dieses Durcheinander sitzt tief, Vorurteile über "die da oben" erhielten neue Nahrung. Die Richtlinien sind zweifellos negativ besetzt, sie werden überwiegend als Reglementierung empfunden. Vermeintliche oder tatsächliche fachliche Unge-

reimtheiten stützen diese Aversion.

- Bindungswirkung -

Eine der Hauptfragen ist zweifellos, welche Einengung der einzelne Zahnarzt bei seinen therapeutischen Bemühungen durch die Richtlinien erfährt. Von den zahnärztlichen Standesvertretern wird als Ausweichmöglichkeit die Abdingung nach Paragraph 182 c Abs. 5 der RVO empfohlen. Sie führt zu einer Erhöhung des privaten Kostenanteils für die Patienten. Die soziale Verträglichkeit dieser Regelung ist umstritten.

Eine zweite Überlegung richtet sich auf den Paragraphen 368 p Abs. 1 der RVO. Mit ihm hat der Gesetzgeber 1981 erstmalig den Begriff der "in typischen Fällen" ausreichten Versorgung geprägt. Dieser Begriff wird wiederholt in den Richtlinien verwandt. Daraus ergeben sich natürlich sofort zwei Fragen: 1. Was sind typische Fälle? 2. Wenn es typische Fälle gibt, welches sind dann die untypischen Fälle?

Die KZBV sah denn auch von Anfang an in dieser Formulierung eine Zumutung, weil "die falltypische Beschreibung des Versorgungsniveaus anhand von Modellen im Hinblick auf die Vielfalt individueller prothetischer Versorgungsmöglichkeiten und -notwendigkeiten unmöglich ist." So zutref-

fend diese Aussage auch ist, sie befreit nicht davon, möglichst einvernehmlich, d.h. ohne die Bemühung von Gerichten, zu einer Klärung der Frage zu kommen, welche Fälle denn als offensichtlich untypisch zu gelten haben. Es kann dabei nicht um den Versuch gehen, gleichsam alle Ausnahmesituationen beschreiben zu wollen. Es wäre jedoch hilfreich, wenn von den Vertragspartnern der Ausnahmecharakter in einigen Fällen ausdrücklich definiert werden könnte. Dabei wäre zu denken an die Fälle mit Unterzahl von Zähnen, bestimmte ausgeprägte Dysgnathien sowie Wanderungen von Zähnen aus "natürlichen" oder orthodontischen Gründen. Darüber hinaus kann es ohne Zweifel berufsbedingte Gründe geben, die eine bestimmte Ersatzform für den einen ausschließen oder für einen anderen fordern.

So ist ja auch bei der Auflistung der Indikationen für Brückenersatz ausdrücklich festgelegt: "Eine Brücke ist in der Regel angezeigt, wenn herausnehmbarer Zahnersatz die Berufsausübung beeinträchtigen würde." (R. Nr. 14d)

- Grenzen -

Die Furcht vor einer Aufweichung der "strikten Grenzen" hindert die Standesvertreter daran, in dieser Frage um eine Klärung bemüht zu sein. Das Kieferorthopädie-Urteil des Bundessozialgerichts aus den

frühen siebziger Jahren sollte jedoch ein warnendes Beispiel dafür sein, wie durch Richterspruch auch ein vermeintlich feingesponnenes Netz sich in nichts auflösen vermag.

Durch die Neuregelungen sind in besonderer Weise auch die Gutachter in eine schwierige Situation gekommen. Daß ihre Tätigkeit auch vorher schon zuweilen nicht besonders komfortabel war, dürfte bekannt sein. Durch die gemeinsamen Hinweise ist festgelegt, "die Krankenkasse muß den Heil- und Kostenplan begutachten lassen, wenn die Behandlungsplanung über den Richtlinien liegt." Das besagt doch, der Gutachter soll feststellen, ob eine medizinische oder eine persönliche (?) Begründung vorliegt, die ein Überschreiten der Richtlinien rechtfertigen kann.

Dies wird in einem speziellen Fall noch einmal ausdrücklich auf Seite 9 des Gemeinsamen Rundschreibens festgestellt: "Mehr als vier Verbindungselemente je Kiefer werden als in typischen Fällen nicht notwendig bezeichnet und können nur in besonderen Ausnahmefällen abgerechnet werden. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, ist durch einen Gutachter zu überprüfen."

- Sparabsicht -

Neben der jetzt definierten Obergrenze für die Zahl der Verbindungselemente bei Kombi-

nationsarbeiten (R. Nr. 36) sind es die Einengung der Verblendgrenze (R. Nr. 25) sowie die faktische Einführung von Festzuschüssen im Bereich der Materialkosten, die den Zielvorstellungen besonders entgegenkommen, die mit diesen Neuregelungen verbunden worden sind: "Mit der Änderung der Zahnersatz-Richtlinien verfolgen die KZBV und die Spitzenverbände der Krankenkasse das Ziel, daß besonders aufwendige Formen des Zahnersatzes, die das Maß des Notwendigen überschreiten, nicht zu Lasten der Krankenkasse gehen." (Gemeinsames Rundschreiben, S. 12).

Auch in dieser Formulierung wird der Interessenunterschied der Vertragspartner sichtbar. Die zahnärztlichen Standesvertreter möchten "aufwendigen" Zahnersatz aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen entfernt sehen, die Krankenkassen möchten die Therapie ausschließlich durch die "Notwendigkeit" bestimmt wissen.

Es sind jedoch nicht nur die Eingrenzungen bei bestimmten Versorgungsarten, die zu Einsparungen führen werden, sondern auch die deutlicher als bisher niedergelegten Kriterien und Bedingungen, die an eine prothetische Versorgung geknüpft sind (R. Nr. 8 u. 9). Hierbei kommt sicherlich auch der erheblich gesteigerten Zahl der Begutachtungen eine Bedeutung zu.

- Fachliche Wertung -

Zunächst einmal ist es eigentlich als ziemlich beschämend zu bezeichnen, wenn die Zahnärzte sich eine ganze Reihe von Selbstverständlichkeiten vorhalten lassen müssen. So z.B.: Ein neuer Ersatz ist nicht angezeigt, wenn der alte noch funktionstüchtig ist (R. Nr. 4). Die Versorgung mit Zahnersatz umfaßt auch die Unterweisung in Gebrauch des Zahnersatzes (R. Nr. 5). Ob Zahnkronen angezeigt sind, ergibt sich aus dem klinischen und röntgenologischen Befund ... (R. Nr. 20). Die Sinnfälligkeit dieser wie mancher anderer Sätze erschließt sich - wenn überhaupt - nur den Juristen. So auch: Zum Zahnersatz gehören die erforderlichen Halte- und Stützvorrichtungen (R. Nr. 26). Verblockte Kronen gelten als Einzelkronen ... (Gem. Rundschreiben S. 11).

- Verfahrensregeln -

Auf Drängen der um die strikte Grenzziehung besorgten zahnärztlichen Landesvertreter ist es zu einer Begründungspflicht bei drei Versorgungsarten gekommen: 1. Bei mehr als zwei Verbindungselementen je Kiefer (Geschiebe, Teleskope etc.), 2. bei mehr als vier Einzelkronen je Kiefer und bei mehr als drei Einzelkronen je Frontbereich (!), 3. bei Brücken zum Ersatz von mehr als fünf Zähnen.

Diese Begründungsverpflichtungen bedeuten nicht nur eine

lästige Komplizierung des Antragsverfahrens, sondern sie sind zugleich auch Ausdruck des Mißtrauens in die Seriosität der Zahnärzte. Denn eigentlich sind die Richtlinien hinreichend deutlich: Zahnersatz ist angezeigt, wenn ein Zahn oder mehrere Zähne fehlen oder zerstört sind und wenn dadurch die Funktionstüchtigkeit des Kauorgans beeinträchtigt ist oder beeinträchtigt zu werden droht, z.B. durch Zahnwanderung, -kipfung (R. Nr. 4). Und: Der Zahnarzt soll Art und Umfang des Zahnersatzes nach den anatomischen, physiologischen und hygienischen Gegebenheiten des Kauorgans bestimmen (R. Nr. 6).

Wann Kronen angezeigt sein können, ist detailliert in der Nr. 21 der Richtlinien beschrieben. Wenn es dem Bundesausschuß endlich gelänge, eine zweckmäßige und eindeutige Definition des für die Befundangabe auf dem Heil- und Kostenplan zu verwendenden Buchstabens "w" zu vereinbaren, könnten Begründungsverrenkungen ohnehin entfallen. Der bisherige Begriffsinhalt "erkrankter aber erhaltungswürdiger Zahn" ist viel zu vage und es wird daher auch entsprechend großzügig mit diesem "w" umgegangen. Die Definition müßte lauten: "Überkronungsbedürftiger, erhaltungswürdiger Zahn". Ein solcher Befundeintrag, per Unterschrift bestätigt, würde für sehr viel mehr Klarheit sorgen und Begründungen bei Einzelkronen überflüssig machen.

- Einzelne Problempunkte -

K. Lehmann, Marburg, hat auf einer Gutachtertagung in Stuttgart ausführlich zu den einzelnen Punkten der Richtlinien Stellung bezogen (veröffentlicht in ZWR Nr. 1 und 2, 1987). Da es deutschen Hochschullehrern im allgemeinen nicht leichtfällt, sich in "Kassendinge" einzumischen, kann dieser Beitrag durchaus als erstaunlich gelten. Er ist es jedoch auch vom Inhalt her; meines Wissens gibt es keine vergleichbare Erörterung der Richtlinien unter fachlichen Gesichtspunkten.

So kommt Lehmann zu dem Facit: "In einigen wesentlichen Punkten kann den Richtlinien aus fachlicher Sicht nicht zugestimmt werden. Zudem schränken einige Regelungen die Therapiefreiheit des Kassenzaharztes ein." Es erscheint mir in hohem Maße lohnend, die Problematisierung der einzelnen Richtlinien-Punkte nachzuvollziehen und zu bedenken.

Die Nr. 9 b besagt, daß pulpato-tote Zähne mit einer röntgenologisch nachweisbaren Wurzelfüllung versorgt sein müssen, die mindestens bis in das apikale Drittel reichen soll. Lehmann ist der Ansicht, daß Ausnahmen davon gegeben sein können. Man muß wohl in Rechnung stellen, daß die Komplexität der Einschätzung wurzelgefüllter Zähne in den Richtlinien nur schwer aufzufangen ist (Anamnese, röntgenolog. Befund der apikalen

Zone). Mir scheint, die Verwendung des Hilfsverbs "sollen" trägt dem hinreichend Rechnung.

Mit der Nr. 10 wird bestimmt, daß in der Regel eine endgültige Versorgung anzustreben ist. Lehmann bemängelt, daß damit die (totale) Interimsprothese nicht die Regelversorgung darstellt. Er kritisiert, daß den Patienten eine zahnlose Zeit zugemutet würde oder aber eine Immediatversorgung, die nach einem halben Jahr "repariert" werden müßte. Die unter der Nr. 11 aufgeführten Gründe für eine mögliche Interimsversorgung, nämlich "insbesondere bei fehlenden Frontzähnen und zur Sicherung der Bißlage", sind Lehmann nicht ausreichend. Er weist zu Recht darauf hin, daß in allen Fällen, in denen eine funktionelle Vorbehandlung erfolgen muß, zunächst nur eine provisorische Versorgung möglich ist.

Da ich die Ansicht Lehmanns, eine unterfütterte (Immediat-) Prothese sei eine minderwertige Prothese, nicht teile, sehe ich auch in diesen Regelungen nicht die gleiche Problematik. Allerdings dürfte klar sein, daß in einem höheren Prozentanteil als bei Teilersatz im Zusammenhang mit der Anfertigung von totalem Zahnersatz eine Interimslösung verbunden sein kann. So mag beim Totalersatz strittig bleiben, was als Regel und was als Ausnahme zu gelten hat.

Einen Widerspruch sieht Lehmann darin, daß mit der Nr. 12 nur die Verwendung klinisch erprobter und gesundheitlich unschädlicher Materialien zugelassen ist, daß aber durch die Nr. 12 a die Palladium-Basis-Legierung zum Regelmaterial erklärt wird und bestimmte edelmetallfreie Legierungen zugelassen werden. Dazu fällt einem Praktiker nur ein, sich von den Hochschulen mehr Forschungsergebnisse zu diesem Problemkreis zu wünschen.

Lehmann sieht durch die Vorschrift der Nr. 13, daß Brückenglieder der ersten und/oder zweiten Molaren (hinzuzufügen ist: im Unterkiefer) in der Regel als Schwebeglieder gestaltet werden sollen, die Therapiefreiheit eingeschränkt. Gleichfalls eine Einschränkung der Therapiefreiheit ("die meine Zustimmung nicht finden kann") erblickt Lehmann in der Regelung der Nr. 15, welche die Zahl der im Höchstfall durch Brückenglieder zu ersetzenden Zähne auf acht begrenzt.

In den Regelungen zur Indikation von Brückenersatz (Nr. 14, 15, 16) sind nach wie vor einige Unklarheiten enthalten (s.a. Pohl ZM 18/86, S. 1984). Deutlich dürfte aber doch die Intention sein: Kleine Seitenzahn-lücken und Frontzahn-lücken von bis zu vier fehlenden Schneidezähnen sind in der Regel durch Brücken zu versorgen. Größere Seitenzahnbrücken können als singuläre Versorgungen in Betracht kommen.

Ggf. müßte vor allem auch unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit begründet werden können, weshalb der Brückenersatz und nicht der abnehmbare bzw. kombinierte Zahnersatz erforderlich ist.

Erstmalig wird durch die Nr. 16 eine Obergrenze bezüglich der möglichen Brückenglieder festgelegt (auf acht), was in diesem Punkt auch eine begründete Ausnahme nicht zuläßt. Daß eine solche Festlegung nach dem zuvor Gesagten notwendig ist, ist nicht erkennbar. Mir scheint dadurch eher mehr Verwirrung als Klärung geschaffen worden zu sein.

Einschränkungen der Therapiefreiheit sieht Lehmann ebenfalls in der Regelung, daß Freieinglieder nur bis zur Prämolarenbreite und unter Einbeziehung von mindestens zwei Pfeilerzähnen angezeigt sind (R. Nr. 17). Gleiches gilt seiner Ansicht nach für die Regelung, daß Brücken nicht angezeigt sind bei ungenügender parodontaler Belastbarkeit und solchen Leiden, die das parodontale Gewebe ungünstig beeinflussen (R. Nr. 19 a). In beiden Fällen hält Lehmann es für erforderlich, daß dem behandelnden Zahnarzt die Möglichkeit eröffnet wird, von dieser Regelung abzuweichen.

Der für alle schmerzlichste Einschnitt durch die neuen Richtlinien ist zweifellos mit der Festlegung der Verblendgrenze erfolgt. Hierzu macht

Lehmann die absolut treffende Feststellung: "Die in Nr. 25 der Richtlinien vorgenommene Einschränkung der Verblendungen ... stellt eine reine Maßnahme zur Kostendämpfung dar. Sie geht an der Tatsache vorbei, daß Verblendungen prinzipiell dort indiziert sind, wo Zahnflächen sichtbar sind ..."

In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, daß Patienten mit einem Anspruch auf einen höheren Zuschuß zu den Material- und Laborkosten praktisch keine Möglichkeit haben, durch Mehrzahlungen zu einer akzeptablen Ästhetik ihres Ersatzes (Verblendung der unteren zweiten Prämolaren) zu kommen. Mit diesem Wunsch müßten sie nämlich ihren Status als besonders zu Unterstützende insgesamt aufgeben und könnten nur den normalen Zuschuß erwarten. Es wird so getan, als ob die jetzt erfolgte Grenzziehung auf einer medizinischen Grundlage beruhe und nicht eine ziemlich willkürliche nach rein finanziellen Gesichtspunkten getroffene Entscheidung darstellt.

Um so erstaunlicher ist, daß Lehmann dann die Indikation für "feinmechanische Verankerungselemente" an eben diese Verblendgrenze gekoppelt sehen möchte. Die Erörterung der Indikation für Attachments ausschließlich unter dem Aspekt der Ästhetik verkürzt die Problematik in unzulässiger Weise und läßt die Nr. 35 der Richtlinien unberücksichtigt. Diese

knüpft die Indikation für den kombinierten Zahnersatz einschließlich der Verbindungselemente an eine statisch und funktionell günstigere Retention. Dieses ist auch sinnvoll so formuliert, denn Mehraufwand sollte nicht nur mehr Komfort, sondern auch ein Mehr in funktioneller Hinsicht ergeben.

Eine Regelung, der Lehmann gleichfalls nicht zustimmen kann, ist in Nr. 27 enthalten. Dort heißt es, daß bei Teilprothesen in der Regel eine parodontal abgestützte Modellgußprothese angezeigt ist. Dazu führt er aus: "Die Lagerung der Teilprothese ist ausschließlich von der Topographie des Lückengebisses und der parodontalen Wertigkeit der noch vorhandenen Zähne abhängig. Wenn auch im Vergleich zu den abgestützten Prothesen seltener, kann dennoch z.B. im stark reduzierten Lückengebiß die schleimhautgetragene Prothese indiziert sein." Mir scheint, daß diesen Überlegungen in dem vorhandenen Text hinreichend Rechnung getragen wird, die beschriebene Versorgungsart also durchaus möglich ist.

In diesen Zusammenhang gehört auch die Nr. 28 der Richtlinien. Sie legt fest: Bei einem Restgebiß ohne parodontale Abstützungsmöglichkeit ist in der Regel eine Kunststoffprothese ohne aufwendige Halteelemente angezeigt. Mit dieser Aussage (die im übrigen keineswegs neu ist) erklärt sich

Lehmann nicht einverstanden. Seiner Ansicht nach sei allgemein bekannt, daß derartige Prothesen im reduzierten Lückengebiss in kürzerer oder längerer Zeit zum Verlust der Klammerzähne führen. In diesen Fällen habe sich die "teleskopierende Totalprothese" bewährt.

Nach meinem Verständnis wollten die Autoren der Zahnersatz-Richtlinien mit der Nr. 28 die Fälle beschreiben, bei denen die parodontalen Verhältnisse und/oder die Stellung der Restzähne eine Abstützung - in welcher Form auch immer - nicht mehr zulassen. So ist eine Erörterung der Indikation teleskopierender Abstützungen bei Prothesen (auch Totalprothesen) nicht in diesem Zusammenhang zu führen. Die Regelung erscheint durchaus schlüssig.

- Anforderungen -

Welche Kritikpunkte wären über diese Auflistung hinaus noch erörterungsbedürftig? Welche Überlegungen sind für die Zukunft anzustellen?

Für den allgemeinen Teil der Richtlinien wäre ein Passus einzufügen, der die Notwendigkeit einer umfassenden Planung deutlich machte. Aus unterschiedlichen Gründen werden prothetische Versorgungen vielfach nur sektoral geplant und ausgeführt. Es kann durchaus gewichtige Gründe geben, weshalb Therapieschritte zu

unterschiedlichen Zeiten ausgeführt werden, es müßte jedoch zum Zeitpunkt der definitiven prothetischen Planung einerseits die Vorbehandlung abgeschlossen und andererseits ein Gesamtversorgungskonzept erkennbar sein.

Im Zusammenhang mit der Indikation von Brückenersatz sollte klargestellt sein, daß Weisheitszähne für die Berechnung der fehlenden Zähne ohne Belang sind. Eine Brücke vom Eckzahn auf den zweiten Molaren - nach Nr. 15 b kann sie angezeigt sein - ist häufig prognostisch eher günstiger, wenn der Weisheitszahn fehlt. Da in einem solchen Fall allerdings vier Seitenzähne fehlen, wäre nach dem Text der Richtlinien eine Brücke im Rahmen der Verträge nicht mehr ausführbar.

Um der zunehmenden Zahl von kieferorthopädisch vorbehandelten Patienten (z.B. durch Vierer-Extraktionen) gerecht zu werden, ist es erforderlich, eine Regelung zu treffen, die die tatsächliche Stellung eines Zahnes im Gebiß als entscheidend herausstellt.

Durch die Nr. 22 ist festgelegt, daß Überkronungen nicht angezeigt sind bei Zähnen, die auf Dauer ohne Antagonisten bleiben. Diese Regelung ist fachlich nicht akzeptabel. In der Konsequenz bedeutet dies, gegen das in diesen Richtlinien formulierte Ziel einer prothetischen Versorgung zu verstoßen, nämlich die Beein-

trächtigung des Kauorgans zu verhindern. Die Überkronung und Verbindung mit dem benachbarten Zahn stellt eine Methode dar, um die Elongation eines antagonistischen Zahnes mit ihren schädlichen Folgen zu verhindern. Lehman diskutiert diese Problematik nur im Hinblick auf die Weisheitszähne. Daß dabei die Entfernung des antagonistischen Zahnes zweckmäßig ist, kann als Regel gelten. Ganz anders ist die Situation jedoch, wenn es sich z.B. um den zweiten Molaren handelt.

- Schluß -

Nach einem Jahr mit den neugefaßten Richtlinien ist deutlich geworden, daß trotz etlicher Unklarheiten und offensichtlicher Mängel ein Arbeiten mit ihnen möglich ist. Sicher ist es sinnvoll, über die Problematik der einzelnen Regelungen nachzudenken. Dabei wird deutlich, daß noch immer erhebliche Spielräume geblieben sind, um zu individuellen, den einzelnen Patienten gerecht werdenden Lösungen zu gelangen. Es war für den behandelnden Arzt schon immer von ausschlaggebender Bedeutung, die Besonderheit des einzelnen Falles zu erfassen

und umzusetzen. Im Zweifel muß dieses deutlicher herausgestellt werden als es in der Vergangenheit notwendig war.

Darüber hinaus ist die Erkenntnis wichtig, daß die Richtlinien wie in der Vergangenheit auch zukünftig Veränderungen erfahren werden. Man muß besorgt sein, daß fachliche Gesichtspunkte immer stärker von sozialpolitischen und juristischen zugedeckt werden.

Wie in der Medizin insgesamt, so sind auch bei der prothetischen Versorgung in erster Linie die individuellen medizinischen und persönlichen Umstände entscheidend für die Therapie. Die Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche kassenzahnärztliche Versorgung sind dabei keineswegs eine Institution, die gleichsam über allem steht (allenfalls liegen sie neben uns). Sie stellen Orientierung und Rahmen dar; mit ihnen soll eine vollwertige Versorgung erreicht und keinesfalls behindert werden.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Lutz Albers
Brakmannsweg 1
2900 Oldenburg

§ 368 p

- (1) Die Bundesausschüsse beschließen die zur Sicherung der kassenärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken, insbesondere über die Einführung neuer Untersuchungs- und Heilmethoden, die Gewährung ärztlicher Sachleistungen, die Versorgung mit Zahnersatz, die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln, die Verordnung von Krankenhauspflege, die Verordnung von Maßnahmen nach § 182 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe e sowie die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit. Die Richtlinien über die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln haben Arznei- und Heilmittel so zusammenzustellen, daß dem Arzt der Preisvergleich und die Auswahl therapiegerechter Verordnungsmengen ermöglicht wird.

In den Richtlinien über die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sind auch Art und Umfang der in typischen Fällen ausreichenden zweckmäßigen und wirtschaftlichen Form der Versorgung einschließlich der zahntechnischen Leistungen, insbesondere durch Modelle, zu beschreiben.

- (2) Die von den Bundesausschüssen beschlossenen Richtlinien sind dem Bundesminister für Arbeit vorzulegen. Er kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die für die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung notwendigen Beschlüsse der Bundesausschüsse nicht zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministers für Arbeit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, so erläßt der Bundesminister für Arbeit die Richtlinien.
- (3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Verbände der Krankenkassen haben in ihre Satzungen Bestimmungen aufzunehmen, nach denen die in Absatz 1 genannten Richtlinien von ihren Mitgliedern beachtet werden sollen.

Wenn weitere dirigistische Eingriffe des Staates vermieden werden sollen, ist es unerlässlich, daß Ärzte, Zahnärzte, Pharmaindustrie, Krankenhäuser und Versicherte ihren jeweiligen Beitrag zur Begrenzung des Kostenanstiegs leisten. Das Zusammenwirken von Globalsteuerung durch Gesetzgeber und Selbstverwaltung, die Wirtschaftlichkeitsdisziplin der Leistungserbringer und das Kostenbewußtsein der Versicherten müssen zunehmen. Der Grundgedanke des KVKG, die sog. einnahmeorientierte Ausgabenpolitik, entspringt sozialen Notwendigkeiten und muß fortgesetzt werden. Das Konzept, die Kostendämpfung grundsätzlich in die Verantwortung der Selbstverwaltung von Krankenkassen und Kassenärzten bzw. -zahnärzten sowie weiterer Beteiligter zu legen, hat sich im großen und ganzen bewährt. Wichtig ist dabei jedoch, den Spielraum der Selbstverwaltung so groß wie irgend möglich zu lassen. Nur dadurch kann die erreichte Beitragssatzstabilität weiter erhalten werden.

Keine Ahnung?

– Zum gesundheitspolitischen Programm der Grünen

H.W. Hey

Es wäre ja wirklich fabelhaft, wenn jemand die große, realisierbare Zukunftsperspektive aufzeigen könnte, um Auswege aus der verfahrenen Situation im Gesundheitswesen zu eröffnen. Vom grundsätzlichen politischen Ansatz her könnte man den Grünen so etwas ja zutrauen. Doch spätestens dann, wenn diese Partei Konkretes, Programmatisches verkündet, muß Ernüchterung die hohen Erwartungen verdrängen. Wer sich mit den aktuellen gesundheitspolitischen Forderungen der Grünen beschäftigt, kann leicht den Eindruck gewinnen, dieses Programm sei mal eben beim munteren Plausch in geselliger Runde entstanden, mit wenig Sachkenntnis, vor allem aber ohne Berücksichtigung sozialpolitischer Historie.

Wer die Einführung von Pauschalhonoraren fordert, muß wissen, daß es diese (vor und nach dem Krieg) bereits gab. Sowohl die "Kopfpauschale" als auch Komplexhonorare (z.B. für die "Füllung mit Vorbehandlung") haben zur Krankenschein-Sammelleidenschaft vieler Kollegen geführt und dazu, den Leistungskomplex zeitmäßig und qualitativ zu minimieren. Die Einzelleistungsvergütung hat demgegenüber den großen Vorteil, jede einzelne (Teil-)

Leistung justitiabel zu machen, erst recht dann, wenn man für sie eine definierte Mindestqualität vorschreibt, wie der DAZ dies seit Jahren fordert.

Auch die grüne Forderung nach einer Einheitsversicherung hat kaum Vorteile, jedoch viele Nachteile: zum einen dürfte die demokratische Kontrolle bei einer Einheitsversicherung noch schwieriger sein als bei der gegliederten Krankenkasse. Es muß befürchtet werden, daß die individuellen Gegebenheiten und Interessen der Versicherten bei einer Einheitsversicherung nicht mehr in dem Maß wie bisher berücksichtigt werden. Da die Einheitsversicherung keine Mitglieder werben muß, dürfte die Motivation zu Beratungs- und Aufklärungsarbeit noch geringer sein als bei der gegliederten KV. Eine Einheitsversicherung würde weiterhin aufgrund der ausufernden Administration zur Bildung eines kaum mehr kontrollierbaren und überschaubaren Verwaltungsmonsters führen. Außerdem darf nicht verkannt werden, daß gerade auch die Konkurrenzsituation in der gegliederten KV dazu beigetragen hat, die Beiträge der Versicherten so günstig wie möglich zu gestalten.

Was die Forderung nach Begrenzung der Ärzteeinkommen auf DM 120.000,-- angeht, so erscheint es mir ziemlich pubertär, zumindest aber weltfremd, davon auszugehen, daß man damit die medizinische Versorgung der Bevölkerung verbessern kann. Abgesehen davon, daß eine solche Maßnahme in einer freien Marktwirtschaft, isoliert auf einen Berufsstand angewendet (oder wer sollte sonst noch einen Einkommensdeckel verpaßt bekommen - die Juristen vielleicht, Apotheker etc.), verfassungsrechtlich völlig indiskutabel sein dürfte, so kann die Konsequenz aus einer solchen Maßnahme nur die sein, daß diejenigen, die vorher mehr verdient haben, weniger tun werden (also eine Art Dienst nach Vorschrift), während die anderen, die weniger Einkommen hatten, versuchen werden, ohne wesentliche Leistungssteigerung dasselbe Einkommen zu erreichen. Aus der vorgesehenen Obergrenze würde so in kurzer Zeit eine Art Einkommenssoll. Nein - gute ärztliche und zahnärztliche Arbeit muß leistungsgerecht honoriert werden, weil z.B. der Landarzt, der viel arbeitet (tagsüber, nachts und vielleicht noch am Wochenende), da kein anderer Kollege verfügbar ist, dafür auch mehr verdienen muß. Qualifizierte Leistung, allerdings nur diese, darf nicht honorar- oder mengenmäßig beschränkt werden, sonst geht über kurz oder lang die Motivation zur Qualität verloren.

Schließlich: die Forderung nach Zulassung von Heilpraktikern zu den gesetzlichen Krankenkassen. Wäre es nicht besser, man würde Homöopathie und andere "sanfte" Heilmethoden in die ärztliche Ausbildung integrieren statt Homöopathen ohne gründliche naturwissenschaftliche und klinische Ausbildung als Kassenärzte zweiter Klasse zuzulassen? Es muß doch realistischerweise befürchtet werden, daß Heilpraktiker, die zu festen (natürlich niedrigeren als privat berechneten) Kassensätzen arbeiten, die Leistungen ebenso häufig verordnen werden wie die Kassenärzte und daß die Tugend der Heilpraktiker, sich mehr Zeit für das Patientengespräch zu nehmen, innerhalb des Kassensystems sehr bald auf der Strecke bleiben würde.

Alles in allem erscheinen die Forderungen der Grünen realitätsfern und von einem naiven Radikalismus geprägt. In dieses Bild paßt auch die Einstellung dieser Partei gegenüber jeder Art von Fluoridierung zur Kariensprophylaxe. Der grüne Standpunkt, man könne Karies allein durch Ernährungslenkung verhindern und mit Fluoridierungsmaßnahmen würde man die Kinder vergiften, hat bereits jetzt zu einem deutlichen Rückgang der Kindergartenprophylaxe (und zwar aller Prophylaxemaßnahmen) geführt. Die Bundesrepublik ist durch diese mundgesundheitsverhindernde Einstellung im internationalen Ver-

gleich (Schweiz, Skandinavien, USA, Kanada) noch weiter zurückgefallen und muß als kariesthesprophylaktisches Entwicklungsland eingestuft werden.

Fazit: Die Grünen als Elefanten im Porzellanladen der Gesundheitspolitik? Zu schade für eine Partei, die so viele Hoffnungen auf bessere Konzepte, auch und gerade im sozialen Bereich, geweckt hat.

Hoffnungsvolle, bessere Konzepte im Gesundheitswesen lassen sich jedoch nur unter Berücksichtigung negativer Erfahrungen der Vergangenheit entwickeln - vor allem aber auf der Grundlage fundierter Sachkenntnis.

Anschrift des Verfassers:

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

Krankheiten haben ihre Ursachen, und Gesundheit hat dort keine Chance, wo die äußeren Bedingungen krank machen. Gesundheitspolitik ist deshalb heute in erster Linie Umweltpolitik.

Der DAZ fordert die gesetzlichen und organisatorischen Voraussetzungen für breitenwirksame Karies- und Parodontalprophylaxe zu schaffen, also vor allem ein - seit langem überfälliges - Bundesrahmengesetz für Jugendzahnheilkunde. DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983

SPARECKE

Reparatur einer Rö-Schürze

Eine Alternative zur herkömmlichen Reparatur einer Rö-Schürze über ein Dentaldepot bietet folgendes Vorgehen:

1. Beschaffung von Kunstleder (Kosten im Sonderangebot für 1 m x 1,6 m betragen DM 10,--)
2. Sattler repariert Rö-Schürze mit Kunstleder (Zeitaufwand 1 Tag, Kosten DM 30,--)

Der Kostenvoranschlag eines Dentaldepots ergab DM 285,-- (incl. Leihgebühr für eine Rö-Schürze)!

m.w.

Spitzenhonorar – für Weltmeisterarbeit?

H.W. Hey

Der nachfolgend geschilderte Fall mag die Frage beantworten helfen, ob es denn wirklich nur an den Krankenkassen, den Gewerkschaften und der Regierung liegt, daß die Zahnärzteschaft so schlechte Karten hat:

Ein Kollege stellt einem Patienten, Mitglied der DAK, den folgenden Heil- und Kostenplan auf:

Zähne 16 und 47 sollen jeweils Onlays erhalten (2 x 20d, 2 x 19b, 2 x 18b, 2 x 41a und 3 x 40 zuzüglich § 5/2) für DM 1.997,--. Beide Zähne haben Lockerungsgrad III und Taschentiefen von 6 - 9 mm mit profundem interradikulären Knochenabbau.

Die Zähne 13 und 15 sind ebenfalls hochgradig gelockert (III), Taschentiefen 5 - 7 mm; trotzdem wird eine Metallkeramikbrücke beantragt (und genehmigt).

Weiterhin wird die Erneuerung der einzigen wirklich festen Brücke im Oberkiefer von 24 nach 27 beantragt (zwar auch hier progredienter Parodontalabbau, Taschen 4 - 6 mm, aber keine röntgenologisch sichtbaren Kronenrandspalten), nur weil die Kronenränder bukkal leicht überstehen und die

Zahnhäule (allerdings beschwerdefrei) nicht bedecken. Auch hier wird die beantragte Metallkeramikbrücke (mit separaten Keramik-Mehrkosten) genehmigt.

Schließlich wird auch für 37 eine neue Krone beantragt und genehmigt, obwohl man diesen Zahn fast mit zwei Fingern extrahieren kann.

Zusätzlich zu den Vertragssätzen und Laborkosten für diese Arbeiten werden nun noch funktionsanalytische Maßnahmen (nur diese!) für DM 2.750,-- berechnet (84b, 64, 59, 11, 13b, 64, 88, 50, 27 je 1 x, 98a (2 x)). Funktionstherapeutische Maßnahmen werden nicht beantragt.

Was passiert, wenn sich der Patient dieser Behandlung für insgesamt knapp DM 9.000,-- unterzieht und der Zahnersatz innerhalb von zwei Jahren entfernt werden muß oder einfach in der Semmel stecken bleibt? Ich nehme an, das ist dann ein sogenannter schicksalhafter Verlauf.

Anschrift des Verfassers:

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

ENDODONTIE

Nach der mehrmaligen Änderung der Gebührenordnung hat die Endodontie in wirtschaftlicher Hinsicht eine erhebliche Aufwertung erfahren. Das Interesse des deutschen Kassenzaharztes an der Endodontie hat sich sehr gesteigert. Im gleichen Zuge hat das Angebot der Dentalindustrie an Material, Instrumenten, Pharmazeutika und maschinellen Hilfsmitteln zugenommen. Für den praktischen Zahnarzt mit seinen vielfältigen Aufgaben ist es schwierig sich hier zurechtzufinden und nur das zu erwerben, was er auch voll einsetzen kann.

Die folgenden Beiträge stellen vorwiegend einen Querschnitt der Veröffentlichungen der letzten Jahre aus dem Journal of Endodontics, International Journal of Endodontics, "Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology" dar. Die Auswahl erfolgte nach meiner endodontischen Erfahrung und hat einen Schwerpunkt bei den neuen maschinellen Hilfsmitteln, wie z.B. Canal Finder, Ultraschallgeräten und Schallgeräten (Sonic Air von Micro Mega), die die alte Giromatic ablösen sollen. Ich habe alle beschriebenen Geräte in meiner Praxis getestet und meine Erfahrungen sind bei der Bewertung der Veröffentlichungen eingeflossen.

Ich hoffe, daß das Studium der folgenden Seiten dem endodontisch interessierten Zahnarzt hilft, bei kürzerer Arbeitszeit die Erfolgsstatistik seiner "Wurzelbehandlung" zu erhöhen.

Heinz Wichert

INFORMATION

Kassen- und Privatabrechnung der endodontischen Behandlung

Seit 1985 erfuhr die bis dahin hoffnungslos unterbewertete Kassenzahnärztliche Bezahlung der endodontischen Behandlung eine erhebliche Aufwertung, ohne jedoch den Arbeitsaufwand, Fortbildungskosten und Kosten für maschinelle Hilfsmittel bei der Aufbereitung von engen und gebogenen Kanälen entsprechend zu honorieren.

Die GO-Z vom 18. März 1965 benachteiligt zahnerhaltende Maßnahmen und soll jetzt den geschaffenen Tatsachen der gesetzlichen Krankenkassen angegliedert werden. Die vorgesehenen Honoraranhebungen sind meiner Meinung nach zu gering, einen Zahnarzt der sich konsequent für die Erhaltung der Zähne einsetzt, entsprechend zu honorieren.

Behandlungsbeispiel VDAK-Kasse

Zeitaufwand, Abrechnungsmöglichkeiten, Punkte und Bezahlung

Patient K.W., 16 Jahre, Zahn 36, VDAK Kasse

08.11.82 Behandlungsdauer 15 min.

Patient kommt unangemeldet mit Schmerzen beim Kauen

Kofferdam anlegen	bMf	12	8
34, 35, 37 + 36 -	ViPr	8	8
36 periapikale Ostitis	Rö2	Ä 925a	8
36	Trepl	31	10
36 Ledermixpaste, Watte, Guttapercha und Provis	Med	34	6
		15 min.	40

15.11.82 Behandlungsdauer 30 min.

Patient ist schmerzfrei, 30 min. Behandlungszeit ist eingeplant

Kofferdam anlegen (Helferin)	bMf	12	8
36 Leitungsanästhesie	L1	41a	16
36 4 Kanäle: 2 distal, 2 mesial	4 WK	30	120
36 Meßaufnahme: Länge d.b. 20, d.l. 19, m.b. 19, m.l. 19	Rö2	925a	8
36 Kanalspülung mit H ₂ O 3 %, Hypochlorid 2 %, Zitronensäure 10 %, Kochsalzlösung	-	-	-
36 Ledermixpaste, Watte, Guttapercha und Provis	Med	34	6
		30 min.	158

03.12.82 Behandlungsdauer 45 min.

Patient ist schmerzfrei

Kofferdam anlegen (Helferin)	bMf	12	8
------------------------------	-----	----	---

36 Hypochlorid 2 %, Zitronensäure 10 %, Kochsalzlösung	-	-	-
36 b.d. Guttapercha, Rest Titanstift Größe 25 AH 26	4 WF	35	60
36 Radixanker über H.-K.-Plan		18a	55
36 Heliosit 35 mod	F3	13c	38
36 Kontrollaufnahme	Rö2	925a	8
	45 min.		169
Gesamtbehandlungszeit	90 min.		367

Punktwert VDAK $1,343 \times 367 = 661,93$

Liste über die Verbrauchsmaterialien der oben erläuterten endodontischen Behandlung

Verbrauchsmaterial zum einmaligen Gebrauch:
Leitungs- und intraligamentäre Anästhesie:

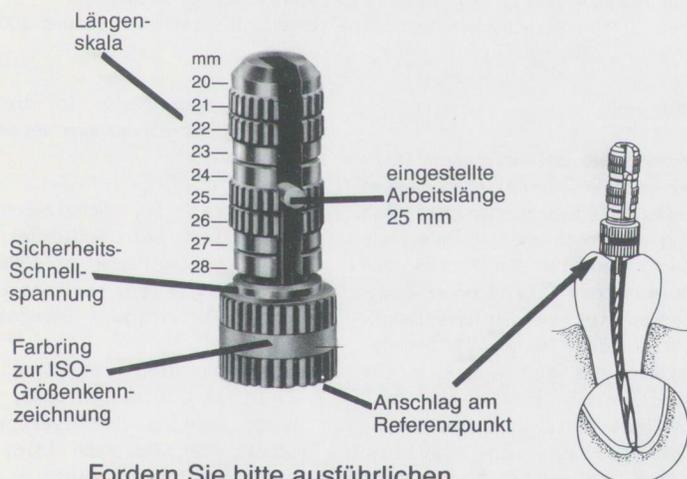
2 x Injektionsnadel je 0,15 DM	0,30 DM
2 x Carpule je 1,35 DM	2,70 DM
3 x Speichelsauger, je Sitzung 0,10 DM	0,30 DM
3 x Umhang, Trayunterlage, je Sitzung 0,40 DM	1,20 DM
3 x Kofferdam und Napkins, je Sitzung 1,40 DM	3,20 DM
Chloroform	0,50 DM
Jod	0,80 DM
Alkohol	0,50 DM
H ₂ O 3 %	1,-- DM
Zitronensäure 10 %	1,50 DM
Natriumhypochlorid 2 % je Kanal und Sitzung 0,50 DM	2,00 DM
Ledermixpaste je Kanal und Sitzung 0,80 DM	6,40 DM
sterilen Schaum- und Zellstoff	1,80 DM
2 x Provis je Sitzung 0,20 DM	0,40 DM
Papierspitzen	0,80 DM
10 beschädigte Wurzelkanalinstrumente	49,35 DM
Guttaperchaspitzen	8,20 DM
2 Titanstifte	3,50 DM
Röntgentasche	1,20 DM
2 Doppelröntgenbilder	1,25 DM
Wurzelfüllmaterial AH 26	2,75 DM
Karteikarte, Endodontieblatt	1,75 DM
Kunststoff-Füllung	1,30 DM
Materialkosten Radixanker über Heil- und Kostenplan	
Einmalspritzen, Einmalkanülen, Schaumstoff- und Wattepellets, Desinfektionsmittel etc. pauschal	3,-- DM
	95,70 DM

NEU

Das Meßgriff-System 2000

Optimale Sicherheit für die erfolgreiche
Wurzelkanalbehandlung

- ohne Meßblock
- mit integriertem Stop
- für auswechselbare Instrumente
- alle Arbeitslängen in einem Instrument
 - 16-20 mm = molar
 - 20-28 mm = regulär



Fordern Sie bitte ausführlichen
Prospekt für Meßgriff-System 2000 an.

Es ergibt sich somit Tarif (Bema 87) 661,93 DM abzüglich Verbrauchsmaterial 95,70 DM = 566,23 DM. Von diesem Betrag muß ich zusätzlich bestreiten: Personalkosten, Raum- und Gerätekosten, Aufwendung für Fortbildung, Rücklagen für Betriebskapital und mein Einkommen als Zahnarzt vor Steuern.

Behandlungsbeispiel BUGO 1965 6-fach

Zahn 28, 4 Kanäle, Behandlungszeit 105 Minuten

Bugo Ä Nr. 1		10,50 DM
Bugo Z Nr. 12	3 x	36,-- DM
Bugo Z Nr. 8a		28,-- DM
Bugo Z Nr. 29	Zahn 28	24,-- DM
Bugo Z Nr. 32	4 x Zahn 28	120,-- DM
Bugo Z Nr. 34	3 x Zahn 28	54,-- DM
Bugo Z Nr. 35	4 x Zahn 28	120,-- DM
Bugo Z Nr. 106		42,-- DM
Bugo Ä Nr. 925a	3 x	63,-- DM
Materialkosten für zwei Goldstifte für Wurzelfüllung an 28 nach § 2/2		20,-- DM
		<hr/> 517,50 DM

Der Zahn wurde als Pfeiler für eine Brücke von 23-25-28 verwendet.
Die Kosten für die Verbrauchsmaterialien liegen hier zwischen 80 und 100 DM.

Zusammenfassung:

In Anbetracht des umfangreichen Zeitaufwandes und der erheblichen Kosten ist die Bezahlung der endodontischen Behandlung von engen und gebogenen Kanälen sowohl nach dem Tarif BEMA 1986 als auch nach der BUGO 1965 6-fach-Satz unterbewertet und die Bewertungsätze müßten meiner Meinung nach angehoben werden; das gilt besonders für die augenblicklich entstehende BUGO 1988. Auf jeden Fall angehoben werden müssen die Gebühren der "Sonstigen Kostenträger". Es werden zum Beispiel von der Postbeamtenkrankenkasse für die Nr. 33 Wurzelkanalaufbereitung 14,40 DM bezahlt. Schließlich müßten auch unterschiedliche endodontische

Behandlungsmethoden in die Gebührenordnung mit einbezogen werden.

Literatur:

Schreiber, S., Schulz-Bongert, J., Zahnverlust kein Schicksal, Kern und Birner Verlag Frankfurt 1986
Abrechnungsmappe der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns, München 1987
Verkaufskataloge der Firmen: Berthold Klein GmbH, Postfach 6340, 7800 Freiburg; Dentina Dentalvertriebsgesellschaft mbH, Postfach 1316, 7750 Konstanz; Braitsch & Plessing, Arabellastr. 23, 8000 München 81; Hager & Werken GmbH, Pulverweg 10, 4100 Duisburg; Ubert GmbH & Co KG, Postfach 103729, 3500 Kassel

Ultraschall in der Endodontie: eine Produktinformation

Um erfolgreiche Endodontie durchzuführen, muß der endodontisch tätige Zahnarzt zuerst den Wurzelkanal ausschachten, formen, reinigen und desinfizieren und dann den Kanal möglichst gegen die Mundhöhle, die Kanalwand und das periapikale Gewebe abdichten. Zur Erleichterung dieser schwierigen und zeitaufwendigen Endodontie bietet die Industrie mehr oder weniger wirksame Geräte an.

Martin und Cumingham in Nordamerika und Kasai und Osada in Japan haben Ultraschallgeräte für die endodontische Behandlung entwickelt.

Allgemeine Richtlinien zum Aufbereiten und Spülen von Wurzelkanälen mit Ultraschall

1. Nicht benützen, wenn Patient oder Zahnarzt einen Herzschrittmacher tragen.
2. Bei Verwendung von Desinfektionsmittel als Spüllösung ist Kofferdam obligatorisch.
3. Mit den Feilen darf nur in der Einstellung Endo gearbeitet werden, sonst werden sie beschädigt oder zerstört.
4. Wegen erheblicher Hitzeentwicklung ist immer auf bestmögliche Flüssigkeitszufuhr zu achten.
5. Da Natriumhypochlorid auf Metall sehr korrosiv reagiert, soll eine Konzentration über 1 % vermieden werden. Nach Gebrauch muß das Gerät 20 sec. mit Wasser durchgespült werden.
6. Vor Einsatz des Gerätes muß mittels Röntgenbild oder elektronisch die Wurzelkanalanatomie und die Arbeitslänge ermittelt werden. Bei Überinstrumentierung wird das Foramen apikale rasch beträchtlich erweitert.
7. Bis zur Iso-Größe 15 muß mit konventionellen Handfeilen aufbereitet werden.
8. Bei gebogenen Kanälen müssen die Feilen entsprechend der Kanalanatomie vorgebogen werden.
9. Reamer und Hedstroemfeilen dürfen nicht benutzt werden.
10. Feilengrößen können entgegen den

Herstellerangaben nicht übersprungen werden, im Gegenteil muß nach jeder Feilengröße mit Handinstrumenten nachgearbeitet werden, um die nächste Größe einsetzen zu können.

11. Eine wirksame Wurzelkanalspülung und Desinfektion kann bereits bei Iso-Größe 15 bis zur Feilenspitze = Arbeitslänge und durch die stattfindende Kavitation auch unzugängliche Räume erreichen.

In der Bundesrepublik Deutschland erhältliche Ultraschallgeräte zur endodontischen Behandlung

1. Cavi-Endo (Endosonic System, hergestellt von Dentsply International Inc., York, PA. Importeur Fa. De Trey Konstanz). Für das Kombigerät Zahnreinigung und Wurzelkanalaufbereitung gibt es Feilen der Iso-Größe 15 (29 mm lang), 20 (25 mm) und 25 (25 mm) lang und Diamanten Größe 35 (28 mm) und 45 (29 mm). Die Instrumente werden in einem Winkel von 100° an dem Endohandstück befestigt. Vor Inbetriebnahme ist ein Wasser-, Druckluft- und Stromanschluß notwendig. Die Desinfektionslösung kann über einen Zusatztank von 90 ml, der nach dreiminütigem Gebrauch leer ist, angewendet werden.
2. Piezotek mit Piezomatic P 2 (Fa. Sate-

lec-Suprason, Frankreich; deutsche Niederlassung: Satelec^R GmbH, Erkrath). Das Gerät kann laut Hersteller Zahnstein entfernen, mit Phosphatzement befestigten Zahnersatz entfernen, Amalgam verdichten, Wurzelkanäle mit Guttapercha im Sinne einer lateralen Kondensation füllen und Wurzelkanäle aufbereiten. Zur Wurzelkanalaufbereitung gibt es Feilen der Iso-Größe 10 und 25 (25 mm lang). Diese bilden mit dem Handstück einen Winkel von 115°. Das Gerät ist nach Druckluft-, Wasser- und Stromanschluß betriebsbereit. Der Zusatztank (70 ml) für ein Desinfektionsmittel ist nach ca. drei Minuten leer. Die Temperaturerhöhung beträgt bei der Aufbereitung der Wurzeloberfläche im Oberkiefer bis zu 36 °C und im Unterkiefer bis zu 22 °C.

3.

Enac OE - 3 JD mit integriertem 500 ml Flüssigkeitsbehälter (Fa. Osada Electric Co., Japan; Importeur Dentalvertriebsgesellschaft mbH, Göttingen). Der Hersteller empfiehlt das Gerät zur Kühlung mit Kochsalzlösung für die Chirurgie, Zahnreinigung, Entfernung von Zahnersatz, Wurzelkanalfüllung. Für die Wurzelkanalaufbereitung können preiswerte K-Feilen aller Hersteller in den Iso-Größen 15 bis 50 in individueller Länge in dem Endo-Halter befestigt werden. Der Winkel Halter-Fei-

le ergibt 90° und 110°. Das Gerät hat einen integrierten 500 ml Flüssigkeitstank und benötigt einen Wasser- und Druckluftanschluß. Weitere Funktionen des Gerätes bleiben hier unbesprochen.

Zusammenfassung:

Die Aufbereitung von Wurzelkanälen mit Ultraschallgeräten bringt wegen der zusätzlichen Nacharbeitung mit Handinstrumenten wenig Vorteile gegenüber der Handaufbereitung. Die Desinfektion und Spülung bis zur Arbeitslänge von Wurzelkanälen bereits von der Iso-Größe 15 bringt überragende Vorteile gegenüber anderen Spül- und Desinfektionsmethoden.

Das Osada-Enac-Gerät ist wegen des 500 ml Tanks, der Einsatzmöglichkeiten von Kerr-Feilen aller Hersteller der Iso-Größe 15 bis 50 und den beiden Ansätzen von 90° und 110° trotz des Preises (ca. 5.000,-- DM) gegenüber ca. 4.000,-- DM) den anderen Geräten, was die Wurzelkanalaufbereitung, Desinfektion und Spülung betrifft, vorzuziehen.

Literatur beim Verfasser.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Heinz Wichert
Untere Bahnhofstr. 25
8034 Germering

Der DAZ fordert die alljährlichen zahnärztlichen Schuluntersuchungen durch einen zweimal im Jahr stattfindenden Prophylaxeunterricht zu ersetzen. Diese Maßnahme, vom jugendzahnärztlichen Dienst und niedergelassenen Zahnärzten durchgeführt, könnte ohne umfangreiche organisatorische Vorbereitungen und ohne nennenswerte weitere Kosten ab sofort realisiert werden.

DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983

Endodontie mit ultraschallaktivierten Feilen - das synergistische Ultraschall-System

Die Anwendung von Ultraschallenergie kombiniert mit den traditionellen Bestandteilen der Endodontie zum Entfernen von nekrotischem Gewebe und Spülung mit Elementen aus den Bereichen Ultraschall, Biologie, Chemie und Physik kann für die Endodontologie den Beginn eines Zeitalters der Biotechnologie bedeuten.

Die Auswirkungen sind voneinander getrennt und wirken dann zusammen und beeinflussen sich gegenseitig, was zum Aufbau des synergistischen Ultraschallsystems der Endodontologie führte. Mit der automatisierten Ultraschalltechnik kann der Behandler das Wurzelkanalsystem schnell und gründlich reinigen, spülen, desinfizieren und formen.

Material

Ultraschall, als mechanische Energieform wird von einem piezoelektrischen keramischen Gerät auf eine an einem Handstück befestigte K-Feile übertragen. Dieses Handstück besitzt eine Vorrichtung, durch die Spülflüssigkeit fließt und dann entlang der Feile bis zur Feilenspitze in den Kanal gelangt. So kann der Zahnarzt aus dem Kanal nekrotisches Gewebe entfernen und ihn gleichzeitig spülen, säubern und desinfizieren. Diese Verbindung von Entfernen nekrotischen Gewebes mittels Ultraschallenergie und aktiviertem Spülen führt zu möglichen Verbesserungen beim Säubern und Desinfizieren des Kanals.

Aufbereitungstechnik mit ultraschallaktivierten Feilen

Die Aufbereitung des Wurzelkanals für den endgültigen Verschluß besteht aus vier unterschiedlichen, doch wechselseitigen und voneinander abhängigen

Schritten: mechanische Entfernung von verhärtetem und weichem Gewebe innerhalb des Kanalsystems, chemisches Entfernen von nekrotischem Gewebe, Desinfektion und schließlich Formen des Kanalsystems zur Aufnahme des Verschlußmaterials.

1. Mechanisches Entfernen von nekrotischem Gewebe

Ultraschallaktivierte Feilen scheinen beim Entfernen von Dentin innerhalb des Kanals wirkungsvoller als Handfeilen zu sein. Mit Hilfe der energiegeladenen Ultraschallwellen entfalten sie beim Schneiden ihre volle Wirkung und der Kanal wird dreidimensional geformt und die Oberfläche der Kanalwand überaus glatt, wodurch die Wurzelfüllung mit Guttapercha als Verschluß vereinfacht wird.

Ultraschallaktivierte Feilen ermöglichen die Aufbereitung der Kanäle mit Instrumenten geringerer Größe. Sie leiten hervorragend Ultraschallenergie und benötigen beim Schneiden nur leichten Druck. Das beständige Durchfließen der Spülflüssigkeit und die anhaltende vibrierende Bewegung führen zur Selbstreinigung, wodurch ein Verstopfen verhindert, die Desinfektion unterstützt und gleichzeitig nekrotisches Gewebe im Kanal entfernt wird. Die Instrumente können bei gebogenen Kanälen leicht dem entsprechenden Kanalverlauf vorgebogen werden und auch die Halbstenbildung vermeiden. Die Feilenbewegung besteht hauptsächlich in einer "Vor-Zurück-Bewegung", um so viel Dentin wie möglich zu entfernen. Mit einer "Rundumbewegung" kann man einen glatten, kegelförmigen Kanal schaffen, der sowohl zum Säubern als auch zum Verschließen als optimal angesehen wird.

Die Bewegung von einer Seite zur anderen, auch "laterale Bewegung" genannt, führt zu einer Ultraschallaktivierung der Spülflüssigkeit und verbessert somit ihre Desinfektions- und Säuberungseigenschaften.

2. Chemische Entfernung von nekrotischem Gewebe

Eine gründliche Säuberung des Wurzelkanalsystems kann nur durch Ausspülung oder chemisches Entfernen nekrotischen Gewebes erfolgen. Endodontie mit Ultraschall benützt das System des ständigen Durchfließens von so viel Spülflüssigkeit im Zusammenspiel mit den Feilen, um einen besonders sauberen Kanal zu erhalten. Das erreicht man durch einen separaten Flüssigkeitsbehälter, der über das Handstück die Feile mit Flüssigkeit versorgt. Die mit Ultraschallenergie geladene Feile leitet und aktiviert die Spülflüssigkeit durch mechanische Vibrationsbewegungen. Dies führt zu dem Haupteffekt des Ultraschalls: Kavitation. Das nekrotische Gewebe wird in den Flüssigkeitsstrom gespült und dann durch starkes Absaugen entfernt.

Die Auswertung von Querschnitten, die mit der Hand aufbereitet wurden und die Beurteilung der Ultraschalltechnik zeigt die überlegene Säuberungsmöglichkeit, wenn Ultraschall-Technologie zum Entfernen nekrotischen Gewebes aus dem Kanal angewandt wird. Nekrotisches Gewebe in mechanisch unerreichbaren Kanalverzweigungen kann oft durch Ultraschall-Behandlung entfernt werden. Die sog. Schmierschicht wird verringert und die Zahnbeinröhren werden freigelegt.

Durch das andauernde starke Durchspülen und Absaugen entsteht innerhalb des Wurzelkanals ein Zustand, der mit einem "Ultraschallbad" vergleichbar ist. Dadurch wird die Entfernung nekrotischen Gewebes aus allen Teilen

der umfangreichen Wurzelkanalmorphologie durch Hydrodynamik ermöglicht, und die physikalische Verträglichkeit der aktivierten Spülflüssigkeit verbessert. Die Verbindung von ständig aktivierter Spülflüssigkeit mit den ultraschallaktivierten Feilen schafft ein vieldimensionales synergistisches System, das zu einem sauberen Wurzelkanalgebilde führt.

3. Desinfektion der Wurzelkanalmorphologie durch Ultraschall

Das chemische Entfernen nekrotischen Gewebes durch ultraschallaktivierte Feilen mit Desinfektionsmittel (z.B. 1 % Natriumhypochlorit) wird auf zweifache Weise erreicht: Der dauernde starke Flüssigkeitsstrom wirkt mit der keimtötenden Wirkung des ultraschallaktivierten Desinfektionsmittels zusammen. Die mechanische Ausspülung mit der energiegeladenen Flüssigkeit kombiniert mit der Kavitation entfernt die Ansammlung von nekrotischem Gewebe und Bakterien auf physikalische Weise. Das ist die wirksamste Methode zur Wurzelkanal-desinfektion. Die chemische Aktivität wird vermehrt, beschleunigt und verbessert durch die Bewegung, die akustische Strömung und die Kavitation.

4. Formgebung des Wurzelkanals

Korrektes Formen des Wurzelkanals wird gleichzeitig während des mechanischen Entfernens des nekrotischen Gewebes erreicht. Die ideale Kanalform für den dreidimensionalen Verschluss ergibt sich durch die Bewegungen der ultraschallaktivierten Feile, nämlich vor und zurück, rundum und von einer Seite zur anderen.

Zusammenfassung

Die Benützung von Ultraschallwellen in der Endodontie bringt dem endodon-

tisch tätigen Zahnarzt beim mechanischen und chemischen Entfernen von nekrotischem Gewebe, bei der Desinfektion des Wurzelkanals und bei dessen Gestaltung erhebliche Vorteile. Voraussetzung dafür ist eine Behandlungsweise nach modernen endodontischen Richtlinien und das sehr genaue Befolgen der Gebrauchsanweisung des verwendeten Gerätes.

Aus: Pathways of the pulp, herausgegeben von Cohen, S., Burns, R., The C.V. Mosby Company, St. Louis Toronto 1984. Verfasser: Martin, H., Cunningham, W., S. 197-200.

Anmerkung:

Howard Martin, Professorial Lecturer in Endodontics, Georgetown University School of Dentistry, Washington D.C., war maßgeblich an der Einführung des Ultraschalls in die Endodontie beteiligt und hat das Gerät "Cavi Endo", Fa. De Trey, entwickelt. Inzwischen ist durch viele Veröffentlichungen umfangreiche Kritik an den euphorischen Behandlungsberichten von Herrn Martin besonders über die Kanalerweiterung bei engen gebogenen Kanälen geübt worden, wobei die überragende Bedeutung der Desinfektion, Spülung und der Entfernung der sog. Schmier-schicht der ultraschallaktivierten Feilen im Zusammenspiel mit Natriumhypochlorit unbestritten ist.

K-Flex

K-FLEX ist ein neuartiges Wurzelkanalinstrument, das kompromisslos optimale Schneidefähigkeit mit unerreichter Flexibilität verbindet. Die Schneideflächen führen bis zur Spitze des Instruments.

K-FLEX erleichtert dank seines einzigartigen, patentierten rhombusförmigen Querschnitts die Wurzelkanalaufbereitung.

Das kompromisslose Instrument bietet ein Optimum an Schärfe, Flexibilität, Bruch-sicherheit, Pulpen-transport



Kerr

KERR GmbH
Liststraße 28
Postfach 21 08 48
D-7500 Karlsruhe 21
Telefon (07 21) 55 80 28
Telex 7 826 331
Telefax (07 21) 59 42 89

Untersuchungen zur Aufschließung des Wurzelkanals mittels Ultraschall

Die Aufbereitung und das Füllen von Wurzelkanälen - vor allem von Molaren - nach modernen endodontischen Gesichtspunkten ist eine der schwierigsten und zeitaufwendigsten Aufgaben für den Zahnarzt. Für diesen Zweck werden von der Dentalindustrie mehrere mechanische Hilfen angeboten. Ein neues Gerät zur Erweiterung, Formgestaltung und Reinigung ist das auf Ultraschall basierende Dentsply Endosonic System (Dentsply DeTrey). TSCHAMER hat nun mehrere Aufbereitungssysteme im Hinblick auf Entfernung von nekrotischem Gewebe und Erweiterung von Wurzelkanälen bis zur Iso-Größe 40 verglichen. Die Aufbereitungszeit war drei Minuten.

Ergebnisse:

1. Die manuell geführte Hedströmfeile hat in der Zeiteinheit den Kanal um das 2,2-fache erweitert. Verbliebene Beläge waren auch nicht durch umfangreiche Spülungen zu entfernen.
2. Die im Giromaticwinkelstück (Fa. Micro Mega) geführte Hedströmfeile hinterließ eine leicht aufgeraute Oberfläche mit anhaftendem nekro-

tischen Gewebe. Der Erweiterungsfaktor war 1,8.

3. Eine glatte Kanaloberfläche mit geringen Debridementrückständen und dem in der Untersuchung besten Erweiterungsfaktor 2,7 erbrachte die maschinell betriebene Feile vom Typ Dynatrak (Fa. DeTrey).
4. Den geringsten Erweiterungsfaktor mit 1,3 für die ultraschallgeführte Endosonic-Hedströmfeile und 1,4 für die ultraschallbetriebene Diamantfeile erzielte das Cavi Endo, jedoch waren die Kanalwände praktisch frei von Belägen und sonstigen Rückständen.

Im Gegensatz zu den anderen maschinellen Techniken ist das auf Ultraschall basierende Endosonic System von der Wirkungsweise kaum in der Lage eine Längenerweiterung insbesondere enger Wurzelkanäle zu erzielen. Der Reinigungseffekt hinsichtlich Debridement und anderen Belägen an den Kanalwänden ist hingegen allen anderen Techniken überlegen.

aus: Zahnärztliche Praxis, 37 (12): 455-458, 1986 (Tschamer, H.)

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

Wirksamkeits- und Sicherheitsprüfung von maschinellen Geräten zur Wurzelkanalaufbereitung

Maschinelle Hilfsmittel zur schnellen und angeblich besseren Wurzelkanalaufbereitung werden seit längerer Zeit angeboten. LEIF TRONSTAD und STEFAN NIEMCZYK haben die Wirksamkeit, die Schnelligkeit und die Sicherheit (Instrumentenbruch, Via Falsa, Erweiterung des Foramen apikale) von fünf verschiedenen Geräten an jeweils 40 Kunststoffblöcken mit nachgestalteten engen, weiten und gebogenen Wurzelkanälen überprüft.

Ergebnisse:

1. Giromatic (Micro Mega) mit Rispi-Feilen eignen sich sehr gut zur schnellen Aufbereitung von weiten und engen, auch gebogenen Kanälen. Vier Feilen sind gebrochen. Giromatic mit herkömmlichen Aufbereitungsinstrumenten ist nur bei weiten, geraden Kanälen geeignet, jedoch ohne Zeitgewinn.
2. Dynatrak (De Trey) geeignet zur Aufbereitung von weiten Kanälen bei langer Aufbereitungszeit. Die Arbeitslänge war schwer einzuhalten, vier Instrumente in gebogenen Kanälen gebrochen.
3. Canal Finder (S.E.T.). Das System war wirksam in jeder Kanalgestaltung bei kürzester Aufbereitungszeit. Es ergab sich kein Zwischenfall bei der Anwendung.
4. Cavi Endo (De Trey). Innerhalb der

gesetzten Zeit (900 sec.) war kein Kanal vollständig aufbereitbar, die Arbeitslänge nicht einhaltbar und drei Instrumente waren gebrochen.

5. Sonic Air 3000 (Micro Mega). Heli- und Rispi-Feilen bereiteten weite Kanäle schnell und enge gebogene Kanäle sehr langsam auf. Komplikationen sind nicht aufgetreten.

Zusammenfassung:

Giromatic Rispi, der Canal Finder und die MM Sonic 3000 waren die wirksamsten maschinellen Hilfen im Test mit den wenigsten Komplikationen. Gebogene, enge Kanäle wurden nicht begradigt und das Foramen apikale nicht erweitert. Das Canal Finder System war das wirksamste und komplikationsloseste in jeder Kanal-konfiguration bei schnellster Aufbereitungszeit. Das Ultraschallgerät Cavi Endo konnte keine Anforderung der Untersuchung erfüllen. Der Hersteller sollte vielleicht andere Instrumente entwickeln.

Abschließend ist festzustellen, daß wirksame und sichere maschinelle Aufbereitungshilfen in der Endodontie eingesetzt werden können.

Aus: Tronstad, L., Niemczyk, S.: J. of Endod. Dent. Traumatol., 1986; Volume 6.

Eine in-vitro Untersuchung über ein neuartiges maschinengetriebenes Instrumentarium zum Katheterisieren und Aufbereiten des Wurzelkanals

Nicht lege artis aufbereitete Wurzelkanäle werden mit jeder beliebigen Technik schwierig zu füllen sein. Bei engen gebogenen Kanälen neigt jede Feile - vorgebogen oder gerade - den Kanal in seiner Verlaufsform zu begradigen. Es entsteht ein uhrglasförmiger Kanal. Diese Form verstärkt sich mit zunehmender Biegung und mit zunehmender Feilengröße, besonders von Iso-Größe 30 auf 35. Einen im Querschnitt runden Kanal kann man durch keine Aufbereitungstechnik erhalten. Dreherzeugende Maschineninstrumente, wie zum Beispiel die Giro-matic bringen große Schwierigkeiten in gebogenen Kanälen.

GOLDMAN und SAKURAI haben die Aufbereitung mit dem Societe Endo Technic Winkelstück "Canal Finder" mit der Handaufbereitung an jeweils 20 extrahierten Zähnen verglichen. Zur Anwendung kamen nur gebogene Kanäle mit einem Winkel von 19 bis 53°, deren Apex für die Feile 08 durchgängig war. Der Canal Finder arbeitet mit einer Längsamplitude von 1 mm bei 500 Umdrehungen und 0,3 mm bei 1.500 Umdrehungen. Bei hohem Widerstand ist eine freie Rotationsbewegung möglich, die durch die Gestaltung der Feile entsteht.

Ergebnisse:

1. Handaufbereitung (17 Kanäle): Sämtliche Kanäle wurden begradigt, 12-mal die apikale Konfiguration verändert. In zwei Fällen ergab sich eine Stufenbildung und 10-mal eine Apexerweiterung. Die apikale Kanalveränderung hängt direkt mit dem Grad der Wurzelkanalbiegung zusammen.
2. Canal Finder (18 Kanäle): Drei Kanäle wurden unabhängig von der Kanalbiegung begradigt. Zwei Stufenbildungen und ein erweiterter Apex ergaben sich bei der Aufbereitung.

Mechanische Aufbereitung mit dem Canal Finder folgt dem Kanalverlauf von gebogenen Kanälen wesentlich besser als Handaufbereitung. Das zeigt die Überlagerung der sog. Führungsfeile und der Feile am Ende der Aufbereitung. Entgegen der Vermutung der Autoren ergab sich bei gebogenen Kanälen eine wesentlich schlechtere Säuberung und Aufbereitung des mittleren und coronalen Drittels der Wurzelkanäle.

Aus: Goldman, M., Sakurai, E., "An In-vitro Study of the Pathfinding Ability of a New Automated Hand-piece", Tufts University Department of Endodontics, Boston, Juni 1986. Veröffentlichung vorgesehen im Journal of Endodontics 1987.

Wurzelkanalfülltechniken

Um schneller und einfacher optimale Wurzelfüllungen herzustellen, werden immer wieder neue Wurzelfüllmaterialien und maschinelle Hilfsmittel entwickelt.

KLIMEK hat nun zwei neue Wurzelfüllmethoden untersucht:

1. Thermomechanische Kondensation (McSpadden-Technik mit dem McSpadden Compactor und dem von M. Tagger, Tel Aviv, entwickelten Engine Plugger)

2. Thermoplastische Injektion (Obtura System der Fa. Unitek mit einer Vorwärmtemperatur der Guttapercha von 160-200 °C, Ultrafill-System der Fa. Hygenic, Vorwärmtemperatur von 70 °C)

Ergebnisse:

1. Die Herstellung optimaler Wurzelfüllungen mit der McSpadden-Technik setzt umfangreiche Phantomarbeiten an Übungsblöcken und extrahierten Zähnen voraus. Nach konischer Aufbereitung und "noli me tangere" des Foramen apikale erhält man in der Regel in kurzer

Behandlungszeit homogene Guttaperchafüllungen einschließlich Seitenkanäle. Nachteilig sind die hohen Kosten und die Bruchanfälligkeit des Compactors und die Gefahr des Überstopfens mit dem Engine Plugger (sehr starker apikaler Druck).

2.

Auch die thermoplastische Injektionstechnik bedarf umfangreicher Phantomarbeiten. Die Länge der Füllungen ist kaum zu kontrollieren und zur Erreichung guter Ergebnisse ist oft nach Röntgenkontrolle ein ein- oder mehrmaliges Nachkondensieren notwendig.

Zusammenfassung:

Beide Methoden sind hilfreich für den endodontisch versierten Zahnarzt. Gegen die routinemäßige Einführung in den üblichen Praxisalltag sprechen die Kosten der Instrumente und Geräte (thermoplastische Injektionstechnik), die aufwendigen Phantomarbeiten und die fehlende Sichtkontrolle bei beiden Methoden.

Aus: Klimek, J., ZWR Der Zahnarzt, Vol. 96 Nr. 5, S. 448-454, 1987

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

DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983

Vergleich von fünf Wurzelkanalspülmitteln: eine elektronenmikroskopische Untersuchung

Bei der Aufbereitung von Wurzelkanälen sind zur Reinigung und Desinfektion umfangreiche Spülungen der endodontischen Räume notwendig. Man versucht auch dadurch den bei der Handaufbereitung entstehenden Schmierfilm ("smeared layer") zu entfernen.

BERG et al. haben fünf verschiedene Spülflüssigkeiten auf ihre Reinigungskraft im Hinblick auf die Entfernung des "smeared layer" untersucht:

1. Salvizol (N1, N1-decamethylene-N4, N4-decamethylene-bis-4-aminoquinaldium-diacetat), 0,5 %. Fa. Ravensburg 7750 Konstanz
2. 5,25 % Natriumhypochlorit
3. Gly-oxid und 5,25 % NaOCl
4. REDTA (Dinatriumsalz der Äthylen-diamintetraessigsäure 17 gr., cetyl trimethylamonium bromid 0,84 gr., 5N Natriumhydroxidlösung 9,25 ml, destilliertes Wasser 100 ml) Roth Intern. Ltd. Chicago
5. Kontrolllösung: sterile 0,9 % Kochsalzlösung

BERG hat 25 frisch extrahierte mittlere Schneidezähne bis zur Iso-Größe 70 l mm ad apicem aufbereitet. Die Zähne wurden vorher in fünf Gruppen je fünf Zähne aufgeteilt und jede Gruppe bei der Aufbereitung bei jedem

Instrumentenwechsel mit 0,5 ml der zugewiesenen Testflüssigkeit gespült. Nach Beendigung der Aufbereitung erfolgte eine abschließende Spülung mit 3 ml der Testflüssigkeit und nach der sorgfältigen Trocknung mit Papierspitzen die Präparation für das Elektronenmikroskop.

Ergebnisse:

1. Die Reinigung der Kanäle erfolgte durch die Spülungen gleichmäßig von der Arbeitslänge bis zum koronalen Anteil.
2. Bei geringer Vergrößerung erschienen die Kanäle jeder Testflüssigkeit oberflächlich sauber.
3. Salvizol, NaOCl mit Gly-oxid und NaOCl konnten die Schmierschicht nicht entfernen.
4. REDTA entfernte die Schmierschicht im gesamten Wurzelkanal und legte eindeutig die Dentinkanälchen frei. REDTA war die wirksamste der untersuchten Wurzelkanalspülflüssigkeiten, um die Schmierschicht ("smeared layer") zu entfernen.

Aus: A Comparison of Five Irrigating Solutions: A Scanning Electron Microscopic Study. Berg, M., Jacobson, E., BeGole, E., Remeikis, N., Journal of Endodontics Vol. 12, Nr. 5, S. 192-196, 1986.

Der Einfluß auf den pH-Wert von zwei kalziumhydroxidhaltigen Wurzelfüllpasten; Untersuchung in vitro

Seit der Einführung von Kalziumhydroxid durch Herrmann 1920 mit seiner Würzburger Inaugural-Dissertation "Calciumhydroxid als Mittel zum Behandeln und Füllen von Wurzelkanälen" wird Kalziumhydroxid bei vielen klinischen, endodontischen Situationen zur Erreichung optimaler Ergebnisse im Sinne einer konsequenten Zahnerhaltung eingesetzt.

Hierbei wirken folgende Eigenschaften des Kalziumhydroxids:

1. bakterizide Wirkung.
2. pH-Wert von 12,4 neutralisiert saures Milieu chronischer Entzündungen.
3. Gewebkontakt mit Kalziumhydroxid ergibt eine Ätznekrose, die im Zusammenspiel mit der Neutralisation und Desinfektion das Gewebe zur beschleunigten Regeneration anregt.
4. Resorption (muß für die Anwendung als endgültiges Wurzelfüllmaterial in Betracht gezogen werden).

GORDON et al. haben die Veränderungen des pH-Wertes in der Umgebung eines mit Kalziumhydroxid gefüllten Wurzelkanals von extrahierten Oberkieferfrontzähnen in vitro untersucht. Die Zähne wurden in fünf Gruppen à zehn Zähne geteilt und jeweils für eine Stunde, zwei Stunden, einen Tag, zwei Tage, drei Tage und eine Woche in eine Salzlösung mit pH-Wert von 7,2 gegeben. Die Aufbereitung der Zähne erfolgte 1 mm ad apicem bis Iso-Größe 60 unter 2,5% Natriumhypochloritspülung. Das Foramen apikale war immer für eine Iso-Feile 15 durchgängig.

Fünf Gruppen:

1. Wurzelkanal nicht gefüllt nur coronales Drittel mit Cavit.
2. Wurzelfüllung mit lateral kondensiertem Guttapercha und Sealapex (kalziumhydroxidhaltig; Fa. Kerr).
3. Wurzelfüllung mit lateral kondensiertem Guttapercha und Calciumbiotic Root Canal Sealer (kalziumhydroxidhaltig; Fa. Hygenic).
4. Wurzelfüllung mit lateral kondensiertem Guttapercha und der Wurzelfüllpaste nach Grossman (kalziumhydroxidfrei; Hauptbestandteil Zinkoxid-Eugenol; Fa. Roth Drug Company).
5. Kontrollgruppe; kein Zahn in der Salzlösung.

Ergebnisse:

1. Wurzelkanäle gefüllt mit lateral kondensiertem Guttapercha und Sealapex ergaben in der Salzlösung während der gesamten Untersuchungszeit den höchsten pH-Wert der fünf Gruppen (nach vier Stunden pH 8,34, nach einer Woche pH 7,50).
2. Die Gruppe mit CRCS hatte einen erhöhten pH-Wert nach einer Stunde (7,52) und nach vier Stunden (7,46). Nach dieser Zeit ergaben sich keine erhöhten Werte gegenüber Grossman-Zement und den Kontrolllösungen.
3. Nach drei Tagen und einer Woche sank der pH-Wert der Salzlösung mit den ungefüllten Zähnen gegenüber den anderen Gruppen deutlich ab (6,96).

Es muß nach diesen Untersuchungen bezweifelt werden, ob die pH-Veränderungen der kalziumhydroxidhaltigen Wurzelfüllpasten genügen, um auf die Umgebung einen günstigen biologischen Wechsel des vorhandenen Milieus zu verursachen.

Aus: Gordon, T.; Alexander J.: Influence in pH level of two calcium hydroxide root canal sealers in vitro, Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 61: 624-628, 1986

The Chemical Reactions of Irrigants Used for Root Canal Debridement

Um beste Voraussetzungen für eine dauerhafte Wurzelfüllung der endodontischen Hohlräume zu schaffen, sind bei der Aufbereitung und zur Desinfektion von Wurzelkanälen umfangreiche Spülungen notwendig. Dabei werden verschiedenste Lösungen in unterschiedlichsten Konzentrationen, wie zum Beispiel Natriumhypochlorit, Wasserstoffoxid, Zitronensäure, Äthylendiamintetraessigsäure (EDTA), Kochsalzlösung und destilliertes Wasser empfohlen.

BAUMGARTNER und IBAY haben untersucht, welche Menge gasförmiges Chlor als Desinfektionsmittel beim Mischen von 15 ml 5,25-prozentiger Natriumhypochloritlösung (pH 12,12) und jeweils mit 15 ml 3 % H_2O_2 (pH 3,28) oder 50 % Zitronensäure (pH 1,28) oder 15 % EDTA (pH 7,51) in einem rostfreien Stahlbehälter entsteht.

Die Wirkung von Chlorgas auf den Menschen ist bei 4 ppm bei einstündiger Einatmung ohne Schädigung. Werte darüber hinaus sollten vermieden werden. 50 ppm ergaben irreparable Schädigung

bei 1/2-stündiger Einatmung; 1.000 ppm sind nach wenigen Atemzügen tödlich (nach Mathesen Gas Data Book, Boca Raton, FC: CRC Press Inc S. 156).

Ergebnisse:

1. Natriumhypochlorit und H_2O_2 ergab keine Chlorentwicklung.
2. Bei Mischen von 5,25 NaOCl und 15 % EDTA entstand weniger als 0,5 ppm Chlorgas.
3. 3,5 ppm wurden beim Gebrauch von 5,25 % NaOCl in Verbindung mit 50 % Zitronensäure gemessen.

Genaueste Kenntnis über die verwendeten Spüllösungen und deren chemische Reaktionen sollte der endodontische Zahnarzt vor deren Einsatz haben. Lösungen mit risikoreichen Nebenwirkungen sollten nur unter größter Vorsicht mit Kofferdam und ausreichender Lüftung verwendet werden.

Aus: Baumgartner, J., Ibay, A., Journal of Endo., Vol. 13, Nr. 2; 47-51, 1987.

Apikale Undichtigkeit im Zusammenhang mit retrograder Wurzelfüllung; eine Untersuchung mit Farbstoff

Die Indikation für eine retrograde Wurzelspitzenresektion ist nach GULDENER (1982) der nicht durchgängige Kanal, extreme Wurzelkanalanatomie, die keine orthograde Aufbereitung erlaubt, der durch prothetische Restauration blockierte Kanal, die Zahnfraktur und Perforation.

VERTUCCI et al. haben verschiedene retrograde Verschlussmaterialien und -techniken auf ihre Dichtigkeit an 40 Oberkieferzähnen in vitro untersucht. Die Zähne wurden orthograd bis Iso-Größe 55 aufbereitet, 2 mm der Wurzelspitze in einem lingual-labialen Winkel von 45° abgetrennt und eine apikale untersichgehende Kavität 3 mm tief, 2 mm Durchmesser präpariert. Es erfolgte eine Aufteilung der Zähne in vier Gruppen je 10. Der verwendete Farbstoff war ein 1 % Methylenblau. Die retrograd gefüllten Zähne wurden 14 Tage bei 37° in den Farbstoff gelegt.

Ergebnisse:

1. Füllung mit kaltkondensierter Gut-tapercha. Der Farbstoff dringt im Mittelwert 6,9 mm ein, sowohl entlang der Füllung als auch durch die bei der Resektion entstandenen offenen Dentinkanälchen.

2. Füllung retrograd mit Amalgam (Dispersaloy). Die Eindringtiefe war entlang der Füllung und der Dentinkanälchen 2,77 mm.
3. Füllung retrograd mit Amalgam und zusätzlich wurde die Kavität zweimal mit Copalite (Fa. Bosworth Chicago, Importeur Fa. Speiko Münster) bestrichen. Eindringtiefe über Füllung und Dentinkanälchen 2,8 mm.
4. Füllung retrograd mit Amalgam. Die Kavität und die Abtrennungsfläche der Wurzelspitze erhielten zwei Schichten Copalite. Die Eindringtiefe war 1 mm.

Das Benetzen der apikalen Kavität mit einem Lack brachte keinen nennenswert besseren Verschluss. Das beste Ergebnis ergab die zweimalige Anwendung des Lackes an der Resektionsfläche und in der Kavität vor Einbringen des Amalgams, da dadurch offensichtlich die Dentinkanälchen verschlossen werden. Das schlechteste Ergebnis in der Untersuchung war die Füllung der Kavität mit kaltkondensiertem Gut-tapercha ohne Lack.

Aus: Vertucci, F., Beatty, G., Journal of Endodontics 12, Nr. 8, 1986, S. 231-236

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

DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983

Apical sealing efficacy of endodontic obturation techniques

Nach modernen Richtlinien durchgeführte konservative Endodontie hat eine hohe Erfolgsquote. Behandlungsmißerfolge ergeben sich aus ungenügender Aufbereitung, mangelhafter Desinfektion und unvollständiger Wurzelkanalfüllung. Unzählige Füllungsmaterialien mit Stiften wie zum Beispiel Guttapercha-, Silber-, Titan- oder Kunststoffstiften oder ohne Stift, und verschiedene Techniken werden zur vollständigen Abdichtung der endodontischen Räume verwendet.

BEATTY et al. hat in vitro die apikale Eindringtiefe von Methylenblautinte bei 122 extrahierten mittleren Schneidezähnen nach Wurzelfüllungen untersucht, um die Abdichtung von lateral kondensiertem Guttapercha mit Wurzelfüllzementmaterial (Zinkoxid-Eugenol-Paste), eines einzelnen Gut-tapercha "master cone" mit Wurzelzement (Zinkoxid-Eugenol-Zement) oder Wurzelfüllpaste (N 2) allein zu beurteilen. Die Eindringtiefe der Tinte wurde spektrophotometrisch gemessen. Die Handaufbereitung erfolgte 1 mm

bis zum röntgenologischen Apex unter Spülungen mit 5,25 % Natriumhypochlorid bis zur Kerr-Feilen-Größe 50 und nach der "Step-back"-Technik bis zur Feile 70. Die Apices waren für die Feile 15 durchgängig.

Ergebnisse:

1. Die beste Abdichtung (Eindringtiefe 1,7 mm im Durchschnitt) ergab laterale Kondensation mit Zinkoxid-Eugenol als Dichtungsmaterial, gegenüber Paste mit "master cone" (3,8 mm), nur Zinkoxid-Eugenol (4,2) und nur N 2 Wurzelfüllpaste (4,6 mm).
2. Die Methode mit dem einzelnen Gut-taperchastift in Verbindung mit einem Wurzelzement Zinkoxid-Eugenol war in der Abdichtung nur unwesentlich wirksamer, als der Zement oder die N 2 Wurzelfüllpaste allein.

Aus: R.G. Beatty, F.J. Vertucci & K.L. Zarkariasen, International Endodontic Journal (1986) 19, 237-241

NEU: RWT Endo

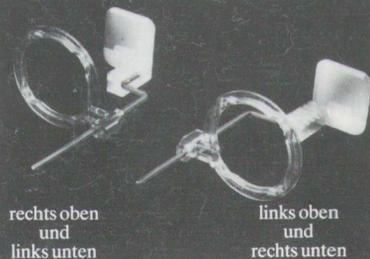
Mit diesen neuen Spezialfilmhaltern von KKD kann jetzt die Rechtwinkel-Technik auch für Kontroll-Meßaufnahmen bei Wurzelbehandlungen problemlos eingesetzt werden.



Bitte fragen Sie nach Unterlagen.

KENTZLER-KASCHNER DENTAL GMBH
D-7090 Ellwangen/J. Mühlgraben 36
Tel. 07961/3028 · Tlx. 74542 epkd d

RWT Endo Filmhalter



rechts oben
und
links unten

links oben
und
rechts unten

Eine vergleichende Untersuchung zwischen injizierbarem 70 °C Guttapercha und Silberamalgam als ein retrogrades Wurzelfüllmaterial

Retrograde Wurzelkanalfüllung ist eine international anerkannte Methode zur Erhaltung von Zähnen. Der Einsatz dieser Methode sollte jedoch nur erfolgen, wenn konservative-endodontische Maßnahmen nicht zum Erfolg führen.

Retrograde Wurzelfüllmaterialien sind Amalgam, Silberspitzen, Indium, Zinkoxid-Eugenol, Goldhämmerfüllung, Polycarboxylatzemente, EBA-Zement, Cavit, heiß- und kaltkondensiertes Guttapercha und Kupferamalgam.

ESCOBAR et al. haben elf extrahierte Oberkiefer- und Unterkieferfrontzähne 1,5 mm bis zum anatomischen Foramen apikale bis zur Feile 40 unter 2,5 % Natriumhypochloritpflüngen aufbereitet und anschließend nach Trocknung mit Papierspitzen mit Guttapercha und Grossman Wurzelfüllzement nach der lateralen Kondensationstechnik gefüllt. Dann wurde 1,5 mm der Apices entfernt und eine unterschneidende 2 mm tiefe Kl. I Kavität apikal präpariert, die dann mit zinkfreiem Amalgam gefüllt und mit Handinstrumenten kondensiert wurde.

Weitere elf extrahierte Oberkiefer- und Unterkieferfrontzähne wurden bis zur Iso-Größe 80 aufbereitet und dann

mit einer Iso-60-Nadel mit 70 °C erwärmtem Guttapercha 1,5 mm ad apicem gefüllt. Die Kavitätenherstellung für die retrograde Füllung erfolgte wie bei der ersten Gruppe und die Füllung von retrograd mit dem 70 °C Guttapercha-Injektionssystem. Die Zähne wurden sieben Tage unter Raumtemperatur in 4 % Methylenblautinte gelegt, dann vertikal durchgeschnitten und unter dem Präparationsmikroskop die Eindringtiefe der Tinte gemessen.

Ergebnisse:

Unter den Versuchsbedingungen war kein bedeutender Unterschied in der Abdichtfähigkeit zwischen dem neuen Niedrigtemperatur-Guttapercha-System der Fa. Hygenic und Silberamalgam. Im Hinblick auf die Gewebefreundlichkeit von Guttapercha wäre dies als retrogrades Füllungsmaterial vorzuziehen. Um jedoch endgültige Schlüsse zu ziehen, sind weitere Untersuchungen mit dieser neuen Technik notwendig.

Aus: Escobar, C., Michanowicz, A., Czonstkowsky, M., Miklos, L., Oral Surg. 61, Nr. 5, 1986, S. 504-507

Titel: A comparative study between injectable low-temperature (70 °C) gutta-percha and silver amalgam as a retroseal.

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

Gewebsreaktion auf unter die Haut implantierte mit AH 26 und Wurzelfüllpaste nach Grossman gefüllte Kunststoffschläuche

Sehr viele Wurzelfüllungen enthalten einen unterschiedlichen Prozentsatz an pulverisiertem Silber, wegen der sogenannten oligodynamischen Wirkung und des Röntgenkontrastes.

Dieser Silberanteil hat häufig die klinische Krone verfärbt und zusätzlich entsteht im Kontakt mit Gewebe Silbersulfid.

Bariumsulfat und Wismutsalze eignen sich in gleicher Weise als Röntgenkontrast ohne die obengenannten Nachteile des pulverisierten Silbers.

Aus dieser Überlegung heraus hat die Fa. De Trey ein silberfreies AH 26 eingeführt. Zusätzlich wurde Titanoxid entfernt.

TAGGER, M. und TAGGER, E. haben die biologischen Vorteile des silberfreien AH 26 untersucht und mit einer Zinkoxid-Eugenol-Paste (Grossman-Zement) verglichen.

Die Pasten wurden nach Herstellerangaben angemischt und in Polyäthylenschläuche von 0,5 cm Länge und Innendurchmesser von 1,19 mm eingefüllt, und je 15 Schläuche mit AH 26 und je 12 mit Grossman-Zement den Meerschweinchen in das Unterhautgewebe für zwei Monate implantiert. Es erfolgte eine Beurteilung der Abkapselung und des Entzündungsgrades.

Ergebnisse:

Wurzelkanalfüllmaterialien auf Zinkoxid-Eugenol-Basis sind nicht gewebsfreundlich. Verschiedenste Zusätze können hier eine Bedeutung in der Abwehrreaktion des Gewebes haben, je-

doch ist die Grundzusammensetzung der Füllmittel gleich. Die Tatsache, daß die Zinkoxid-Eugenol-Pasten am meisten und mit größtem Erfolg benützt werden, bedeutet nicht eine ausgezeichnete periapikale Gewebsverträglichkeit.

An der Berührungsfläche Unterhautgewebe - Zinkoxid-Eugenol-Paste ergab sich eine schwere Entzündungsreaktion, die wahrscheinlich begründet ist durch die Löslichkeit des Materials in Verbindung mit der Gewebeflüssigkeit. Die ständige Freisetzung von Fremdkörpern verhindert eine Eindämmung der Entzündung. Zusätzlich hat sich als Abwehrreaktion des Gewebes eine dicke Kapsel aus Bindegewebe gebildet.

AH 26 bildet eine geringere und physiologisch inerte Oberfläche, eine dünnere Bindegewebekapsel und im umgebenden Gewebe sind wenig Entzündungszellen zu finden. Auflösererscheinungen des Materials waren in keinem Fall festzustellen.

Der augenblickliche Trend in der internationalen Endodontie, die Menge des Wurzelfüllmaterials durch vertikale und laterale Kondensationstechniken mit Guttapercha zu verringern, scheint für das periapikale Gewebe die biologisch verträglichste Methode zu sein.

Aus: Tagger, M., Tagger, E.: Subcutaneous reactions by implantation of tubes with AH 26 and Grossman's sealer. Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol., 62: 434-440, 1986

In vitro Untersuchung über die Randabdichtung zwischen provisorischem Verschlußzement und neu gelegten Füllungen

Ein Ziel der endodontischen Behandlung ist bakterienfreie endodontische Räume zu erhalten. In einer Bestellpraxis sind zur Wurzelbehandlung besonders von Molaren meist mehrere Termine notwendig. Dabei ist der zu behandelnde Zahn zwischen den Sitzungen provisorisch zu verschließen, mit dem Ziel einerseits einen längeren dichten Randschluß zu erhalten, andererseits muß die Füllung leicht entfernbar sein.

ORAHOOD et al. haben an 60 extrahierten kariesfreien Frontzähnen und Prämolaren die Randdichtheit von zwei provisorischen Verschlußzementen, die eine nachempfundene endodontische Kavitätenpräparation in neu gelegte Amalgam- und nach der Säureätztechnik gelegte Kompositharzfüllungen verschließen, untersucht. Die in die Ka-

vität eindringende Testflüssigkeit war radioaktives Kalziumchlorit.

Ergebnisse:

Die beste Randabdichtung erreichte Zinkoxid als provisorischer Verschluß einer Kompositharzfüllung. Zinkoxid in eine Amalgamfüllung war das schlechteste Ergebnis. Gleiche Werte ergab Cavit bei gleichem Füllungsmaterial.

Von den beiden Füllungswerkstoffen zeigte nach der Säureätztechnik aufgebrauchtes Kompositharz eine wesentlich bessere Randdichtheit als Amalgam.

Aus: Orahood, I., Cochran, M., Swartz, M., Newton, C., Journal of Endodontics Vol. 12, Nr. 11, 1986, S. 523-527.

Auf lange Sicht muß und wird die Bereitstellung und der sinnvolle Einsatz von Mitteln für die präventive Zahnheilkunde die Behandlungskosten in der Zahnheilkunde stark verringern. Hierfür gilt es die vielzitierte „Begehrlichkeit“ der Patienten zu wecken und dafür zu sorgen, daß die der Zahnärzte sich in sozial vertretbaren Grenzen hält. DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

Komplikationen bei der Wurzelbehandlung

Die häufigsten Ursachen für das Scheitern einer Wurzelbehandlung sind:

1. Ein ungeeignetes Behandlungsverfahren infolge einer Fehldiagnose
2. Insuffiziente Kanalaufbereitung
3. Fehler bei der Kanalabfüllung:
 - die Ausdehnung der Abfüllung
 - der Guttaperchastift
 - die Gestalt der Kanalwände
4. Das Überfüllen mit Material
5. Die via falsa

6. Das Übersehen eines zweiten Kanals
 7. Anomalien in der Wurzelanatomie
 8. Anatomische Schwierigkeiten (Demineralisationszonen, Verkalkungen)
 9. Das Nichtvorhandensein von aseptischen Bedingungen während des Eingriffes
 10. Die Verwendung zytotoxischer Präparate
- Aus: Maquin, M., Weich, J., Severin, C.: "La reprise de traitement canalaire", Revue de Odonto-Stomatologie, Sept-Oct. 1984

DIE NÄCHSTEN KURSTERMINE VON DR. HEINZ WICHERT SIND:

18.07.1987 über DAZ Eintageskurs "Moderne Endodontie" München

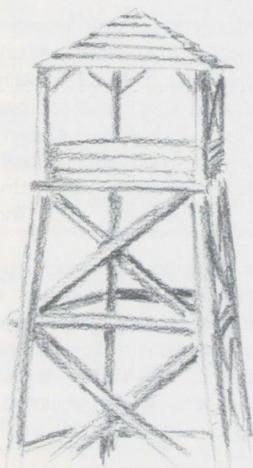
Mittwoch, 14.10.1987, 14-17 Uhr, "Moderne Endodontie und das sog. Herdgeschehen", Fallstr. 34, München

Mittwoch, 02.12.1987, 9-18 Uhr, "Praktischer Übungskurs zur Endodontie am Endo-Phantom", Fallstr. 34, München

Freitag, Samstag, 19./20.02.1988, "Moderne Endodontie", Fallstr. 34, München

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 466 612 hufrd

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

Management of posttreatment endodontic pain with oral dexamethasone: A double-blind-study

Kortison wird seit längerer Zeit bei vielen endodontischen Behandlungen als Bestandteil von Wurzelfüllpasten und als medikamentöse Einlage verwendet.

Kortison soll die schmerzhafteste akute Entzündung in eine weniger schmerzhafteste chronische Situation umwandeln.

KRASNER, P. und JACKSON, E. haben bei 50 Patienten einen bisher unbehandelten gangränösen Zahn ohne apikale Ostitis trepaniert, bis zur Arbeitslänge Iso-Größe 30, unter 2,5 % Natriumhypochloritpülungen aufbereitet und mit einem sterilen Wattepellet und Cavit ohne medikamentöse Einlage verschlossen.

Nach der Behandlung bekamen 25 Patienten sofort drei Tabletten 0,75 mg Dexamethason und weitere vier sollten in einem Abstand von drei Stunden eingenommen werden.

Die übrigen 25 Patienten erhielten Placebos.

Ergebnisse:

Zwei Patienten aus der Placebogruppe brachen den Versuch nach zwei Stunden

wegen starker Schmerzen ab und bekamen Analgetika.

Die Patientengruppe, die Dexamethason erhielt, berichtete über statistisch bedeutend weniger Schmerzen nach der Behandlung, als die Placebogruppe. In dieser Gruppe beklagten sieben Patienten einen starken Nachbehandlungsschmerz, während nicht ein Patient mit Dexamethason sich ähnlich äußerte.

In der vorliegenden Untersuchung wurde der Schmerz nach der ersten endodontischen Behandlung erheblich durch die Verordnung von oralem Dexamethason verringert. Das Risiko der Kortisoneinnahme bei sonst gesunden Patienten schien gering und annehmbar zu sein.

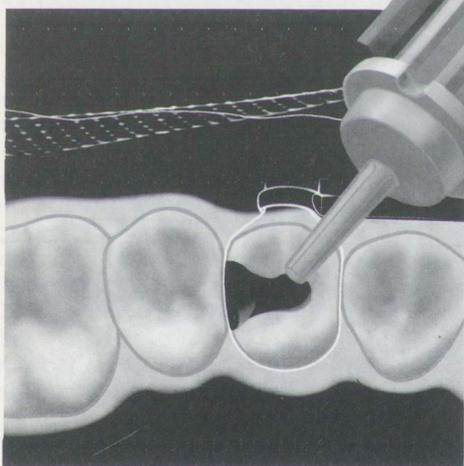
Über den Gebrauch von oral applizierten, entzündungshemmenden Medikamenten zur Schmerzverringering nach endodontischer Behandlung sollten zu den bestehenden weitere Untersuchungen folgen, denn es bleibt die Frage, ob Dexamethason routinemäßig in die endodontische Behandlung eingeführt werden soll.

Aus: Krasner, P., Jackson, E., Oral. Surg., Oral. Med., Oral. Pathol., 62: 187-190, 1986

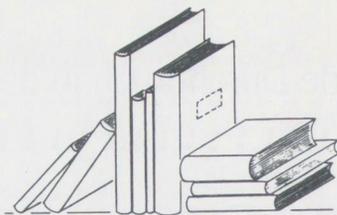
Der entscheidende Durchbruch in der Füllungstherapie.

ESPE
KETAC-[®]
SILVER

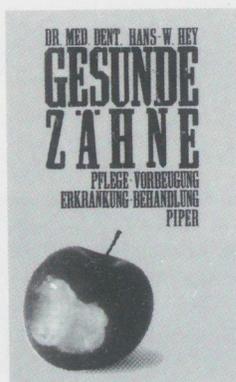
Mit der molekularen Verankerung an Schmelz und Dentin. Im verarbeitungssicheren Glas Ionomer Applic-System. Speziell für Stumpfaufbauten und Restaurationen im Seitenzahnbereich.



First Class 
SYSTEM 



FARBATLANTEN DER ZAHNMEDIZIN



Dr. med. dent. Hanns-W. Hey

GESUNDE ZÄHNE

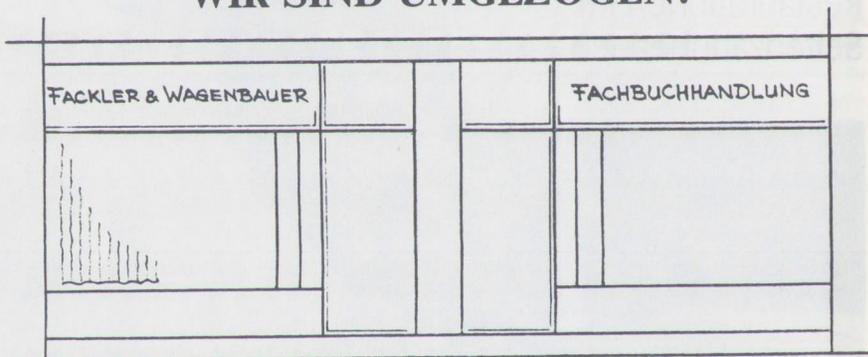
Pflege - Vorbeugung -
Erkrankung - Behandlung

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!

Buchbesprechung:

Zahnerhaltung, Praxis der Zahnheilkunde, Band 3
Zahnerhaltung II

Werner Ketterl, Herausgeber, Verlag Urban und Schwarzenberg, München, Wien und Baltimore 1987; Beiträge von H. Günther, D. Heidemann, A. Herforth, H. Horch, L. Hupfaut, W. Ketterl, G. Schmuth und U. Seichter. 327 Seiten, gebunden, ISBN 3-541-12230-3, DM 248,-- (Fortsetzungspreis DM 198,--)

Nach der Änderung des Konzepts der Reihe "Praxis der Zahnheilkunde" vom Loseblattverfahren zur Herausgabe von gebundenen Büchern ist in kurzer Zeit nach dem Band 7 Totalprothese der Band 3 Zahnerhaltung II erschienen. Der Verlag hat hier seine neue Aufmachung konsequent weiterverfolgt; das heißt ausgezeichnete Schwarzweiß- und Farbbilder, sorgfältige Zeichnungen, gute Wiedergabe der Röntgenbilder, übersichtlicher, gut gegliederter Text mit augenfreundlich großen Buchstaben, belastungsfähiges Papier und stabiler Umschlagkarton. Der Inhalt gliedert sich in Endodontie (Ketterl, 82 Seiten), Endodontie im Milch- und Wechselgebiss (Herforth u. Seichter, 38 Seiten), Frontzahntrauma (Horch, Hupfaut, Ketterl, Schmuth, 40 Seiten), Amalgamfüllung (Heidemann, 34 Seiten) und Rechtliche Fragen in der zahnärztlichen Praxis (Günther, 20 Seiten). Das Ende eines jeden Kapitels bildet ein ausführliches Literaturverzeichnis.

Nach seinem 1984 erschienenen Buch "Endodontie" folgt nun über das gleiche Thema ein weiterer Buchbeitrag von Prof.

Ketterl. Der gleiche Beitrag im Loseblattsystem, 172 erschienen, wurde teilweise überarbeitet und auf den Stand von 1985 gebracht. Die Schwäche des alten Systems, daß Neuheiten vernachlässigt werden, konnte durch die neue Aufmachung nicht überwunden werden. Es fehlt die Beschreibung des 1985 in Genf vorgestellten "Endo-Renners" Canal Finder, der gleichzeitig aufkommenden Technik der Kanalaufbereitung mit Ultraschall und die Wurzelfüllmethode mit heißer und warmer flüssiger Guttapercha. Davon abgesehen erfährt die Neuauflage eine wesentliche Verbesserung im Abbildungsmaterial und bringt einen ausführlichen Abriß über die gesamte konservative Endodontie, wobei der Teil Grundlagen der Endodontie mit 35 Seiten über Anatomie, Histologie und Pathohistologie etwas ausführlich geraten ist. Zusätzlich vermisse ich auf den fallbeschreibenden Röntgenbildern und Farbbildern dem internationalen Standard entsprechend Kofferdam und Kofferdamklammern.

Das eingehende Studium des Kapitels "Endodontie im Milch-

und Wechselgebiß" von U. Seichter und H. Herforth (in dieser Form gegenüber dem Loseblattsystem neu aufgenommen) kann nicht nur dem vorzugsweise Kinder behandelnden Kollegen empfohlen werden, sondern die hier beschriebenen Behandlungsmethoden sollten zum Rüstzeug eines jeden praktizierenden Zahnarztes gehören. Mit deutlichen Bildern und erklärenden Zeichnungen werden die Möglichkeiten aufgezeigt, die schwierige endodontische Versorgung von Zähnen mit nicht abgeschlossenem Wurzelwachstum zu meistern. Leider fehlen auch hier Kofferdam und Kofferdamklammern.

Neu hinzugekommen ist das Kapitel "Frontzahntrauma", mit dem vier namhafte Autoren eine Lücke in der Zahnerhaltung schließen. Endlich wird in der deutschen Literatur dieses Thema in kurzer prägnanter Form in der bereits besprochenen Buchqualität abgehandelt. Man findet hier auch eine Antwort auf die oft gestellte Frage: "Behandlung einer Wurzelfraktur im mittleren Drittel". Randgebiete zu diesem Thema, wie Kieferorthopädie und Prothetik sind mit einbezogen.

Das Kapitel "Amalgamfüllung" ist eine vollständige, gelungene Darstellung des Themas. Jeder konservierend tätige Zahnarzt kann an Hand dieses Beitrags die Herstellung seiner Amalgamfüllungen überprüfen und wenn nötig verbessern, um damit die Haltbarkeit

der Füllungen zu verlängern und die sog. "Herdwirkung" des Amalgams auf ein Minimum zu reduzieren oder gar zu vermeiden. In diesem Beitrag fehlt mir nur der Hinweis auf die Anwendung von sog. "Amalgamlinern" und wieder auf den Kofferdam.

Mit dem letzten Kapitel "Rechtliche Fragen in der zahnärztlichen Praxis", also nicht zur Zahnerhaltung gehörig, hat der Verlag erfreulicherweise das alte Konzept der Erörterung von Randthemen beibehalten. In diesem Beitrag werden juristische Probleme, die im Zusammenhang mit der Ausübung der Zahnheilkunde und dem damit verbundenen Umfeld vorkommen, lückenlos erörtert und er hilft nach eingehendem Studium, diese zu vermeiden.

Die Umstellung der Konzeption der 1968 erstmals erschienenen "Praxis der Zahnheilkunde" vom Loseblattsystem in zwölf gebundene Bücher, von denen jährlich drei erscheinen, halte ich durch die Qualitätsverbesserung im Hinblick auf die Abbildungen, Textdarstellung, Format, hochwertiges Papier und Umschlagkarton für gelungen. Es ist jetzt auch möglich, einzelne Bände für einen Aufpreis von DM 50,-- außerhalb eines Abonnements zu erwerben. Ich wünsche den Herausgebern und dem Verlag viel Erfolg bei der neuartigen Neuauflage der "Praxis der Zahnheilkunde".

Gerd H. Basting, Praktische Zahnerhaltungskunde
Mitautoren Susanne Graack und Mechthild Poswa-Scholzen
Quintessenz Verlags GmbH Berlin 1987

304 Seiten gebunden, 149 Farb- und 684 Schwarzweißabbildungen
ISBN 3876524903, 198,-- DM

Gerd Basting, bisher sehr gut bekannt als Mitverfasser von ausgezeichneten Videofortbildungsprogrammen wie zum Beispiel über Praxishygiene, Herstellung von Marylandbrücken etc., hat in seinem eben erschienenen Buch "Praktische Zahnheilkunde" die klassischen Themen der Zahnerhaltung, Kariestherapie, Endodontie und Parodontologie um die Themen Kariologie und "Präventive Zahnheilkunde" erweitert. Der Inhalt, dem Praxisteam bestehend aus Zahnarzt, zahnmedizinischer Fachhelferin und Zahnarthelferin zugeordnet, ist für jeden der angesprochenen gut verständlich.

Im ersten Kapitel (44 Seiten) erhalten Zahnarthelferin und ZMF einen genauen Überblick über die "Volksseuche Karies" im Hinblick auf Ätiologie und Diagnose.

Der Hauptteil des Buches zum Thema Zahnerhaltung ist die Kariestherapie (104 Seiten). In ausgezeichneter Form gelingt es hier dem Autor die gesamten Möglichkeiten der zahnerhaltenden Maßnahmen zur Wiederherstellung kariesgeschädigter Zähne aufzuzeigen.

Die von einem deutschen Autor erstmals in dieser Vollständigkeit dargestellte Kofferdamtechnik wird nach entsprechendem Studium hoffentlich bei einer kofferdamresistenten deutschen Zahnärzteschaft viele neue Freunde gewinnen. Innerhalb dieses Kapitels besticht der Abschnitt Matrizen durch Vollständigkeit und sehr gut erläuterten Text und Abbildungen. Abgesehen von der Herstellung von konfektionierten Milchzahnkronen fehlen hier andere zahnerhaltende Maßnahmen von Milchzähnen.

Das Kapitel Endodontie (48 Seiten) bringt einen gerafften Abriß über die Möglichkeiten Zähne mit irreparablen Schäden der Zahnpulpa zu erhalten, kann aber in dieser kurzen Darstellung nur ein Repetitorium und einen Denkanstoß für neue Behandlungsmethoden (Canal Finder und Wurzelfüllmethode mit flüssigwarmer und heißer Guttapercha fehlen) für den endodontisch interessierten Zahnarzt darstellen und ein Hinweis auf endodontische Spezialliteratur sein.

Der abschließende Teil über Kariesprophylaxe, Ernährung

und Mundhygiene (75 Seiten, Autoren: Graack, S. und Poswa-Scholzen M.) ist gut gelungen und kann dem Praxisteam entsprechende Spezialliteratur ersetzen. Da dieser Abschnitt gut ein Viertel des Buches ausfüllt, sollte das Thema in den Buchtitel mit einbezogen werden.

Der Text ist gut gegliedert und übersichtlich mit deutlichen Absätzen dargestellt. Die Abbildungen sind leider aus Kostengründen zu 80 % schwarzweiß und fast aus-

schließlich 6,2 x 4,3 cm groß und halbseitig dem Text direkt zugeordnet. Zur Auflockerung und damit zu ermüdungsfreiem Studium wären zwischendurch andere Bildformate angezeigt.

Das Buch ist für Zahnarzthelferin und zahnmedizinische Fachhelferin uneingeschränkt zu empfehlen, für den "praktischen" Zahnarzt kann es bis auf den Abschnitt Füllungstherapie als Repetitorium dienen.

KURSTERMIN VON DR. HEINZ WICHERT:

Samstag, 18.07.1987. 8.30 bis 18.00 Uhr
(voraussichtlich bei Fa. Fäger, Pettenkoferstr. 4, München)

"Moderne Endodontie"

Kursprogramm (u.a.): Konservative Endodontie und endodontische Chirurgie, Kofferdam (mit Video), Kanalaufbereitung (von Hand - maschinell - Ultraschallgerät - Canal Finder) (mit Video), Wurzelkanalfüllung (Füllmittel - Fülltechniken, u.a. MacSpadden-Technik) (mit Video), endodontischer Arbeitsplatz: Übersicht über Instrumente, Materialien und Geräte mit Bezugsnachweis und Preisen, Kassen- und Privatabrechnung der endodontischen Behandlung.

Jeder Teilnehmer erhält ein umfangreiches Skriptum.

Ein ausführliches Programm kann angefordert werden unter Tel.: 089/8111428.

Anmeldung erforderlich!

Beitrag: DM 150,-- (incl. Skriptum) für DAZ-Mitglieder
DM 200,-- für Nichtmitglieder

Hemisektion und Wurzelamputation

Claus Löst, Carl Hanser Verlag München, Wien 1985
154 Seiten, gebunden, ISBN 3-466-14342-4, DM 148,--

Dieses Buch wendet sich an den praktischen Zahnarzt, der jede Möglichkeit der Erhaltung der Zähne nützen will. Ein finanzieller Anreiz zur konservativen Endodontie, chirurgischen Endodontie, Hemisektion und Wurzelamputation ist durch die neue Gewichtung dieser Behandlungsmethoden bei der Gebühreneränderung 1985/86 geschaffen worden.

Die einleitenden Kapitel (Seiten 13 - 41) behandeln die Bedeutung der Hemisektion und Amputation für die Erhaltung des Kauorgans, Indikation, Kontraindikation und die endodontische Vorbehandlung.

Auf 42 Seiten wird dann ausführlich mit hervorragenden Röntgenbildern, intraoralen Fotografien, erläuternden Phantomarbeiten und Zeichnungen, das Thema des Buches ausgeführt. Der interessierte Leser ist nach dem Studium dieser Kapitel sicher in der Lage, nach entsprechender Übung an extrahierten Zähnen und chirurgischer Erfahrung, das Erklärte nachzuvollziehen.

Anschließend wird auf 14 Seiten die Restauration dieser Zähne beschrieben. Ausgezeichnet ist die Fallbeschreibung der Behandlung eines unteren Molaren nach Perforation in

die Bifurkation. Der Autor schlägt hier eine Teilung des Zahnes mit anschließender Kronenversorgung der mesialen und distalen Wurzel vor.

Der Rest des Buches beschäftigt sich mit der parodontalen (18 Seiten) und endodontalen Indikation (4 Seiten) und mit einer entsprechenden Würdigung der Hemisektion und Wurzelamputation.

Erfreulicherweise folgt am Ende ein ausführliches Literaturverzeichnis, das dem Interessierten weiteres Literaturstudium ermöglicht, und ein alphabetisches Register.

Dieses Buch ist für jeden geeignet, der alle Möglichkeiten der Erhaltung der Zähne beherrschen oder sich darüber informieren will. Die hervorragenden Schwarzweiß- und Farbbilder, sorgfältigen Zeichnungen, guten Wiedergaben der Röntgenbilder, belastungsfähiges Papier und Umschlag zusammen mit dem praxisbezogenen Inhalt, rechtfertigen den Preis des Buches.

Es bleibt der Wunsch, daß der Autor mit seinem Werk eine weite Verbreitung der Hemisektions- und Amputationstechnik unter der deutschen Zahnärzteschaft erreicht.

Die Wurzelspitzenresektionen

Peter Tetsch, Carl Hanser Verlag München, Wien 1986
176 Seiten, gebunden, ISBN 3-446-14567-2, DM 168,--

Das 1986 im Carl Hanser Verlag erschienene Buch ist für den chirurgisch interessierten Zahnarzt eine ausgezeichnete Praxisanleitung zur erfolgreichen Durchführung von Wurzelspitzenresektionen.

In der Einleitung erörtert der Autor kurz die Problematik konservativer Endodontie versus chirurgische Endodontie, wobei er der Ansicht ist, jeder osteolytische Prozeß müßte chirurgisch entfernt und einer pathohistologischen Untersuchung zugeführt werden, um ernste Erkrankungen (maligne Tumoren) auszuschließen. Er befindet sich im krassen Widerspruch zu GULDENER, SCHROEDER, GUERTSEN, LÖST, PECCHIONI, REDTENBACHER, GROSSMAN, WEINE, LANGELAND und SCHILDER, die die Meinung haben, daß nach dichter Füllung der endodontischen Räume jeglicher periapikale Prozeß ausheilt.

Das Buch behandelt mehr oder weniger ausführlich acht Themenkreise:

1. Pathologische Vorbemerkungen zu den periapikalen Infektionen
2. Indikation zur Wurzelspitzenresektion (19 Seiten)
3. Kontraindikationen
4. Wurzelspitzenresektion nach intraoperativer orthograder Wurzelfüllung. Hier werden

auch neueste Methoden, wie zum Beispiel die Aluminiumoxidkeramikstifte vorgestellt (22 Seiten).

5. Wurzelspitzenresektion mit retrograder Wurzelfüllung. Dieser Teil ist mit vier Seiten etwas kurz geraten, da diese Therapie für den praktischen Zahnarzt sehr häufig anzuwenden ist (blockierende Restaurationen, obliterierte Kanäle, Instrumentenbruch).
6. Wurzelresektionen bei Re- und Transplantationen (14 Seiten)
7. Komplikationen. Auf 19 Seiten zeigt der Autor sehr ausführlich, mit welchen Schwierigkeiten man rechnen muß.
8. Ergebnisse der Wurzelspitzenresektion. Eine interessante Statistik über die Erfolgsquote von 6.165 Resektionen ausgeführt in der Poliklinik Mainz von 1975 bis 1985, aufgeteilt nach Füllmaterial. 67 % der orthograden Zement- und retrograden Amalgamfüllungen bei Resektionen wurden als erfolgreich eingestuft.

Am Ende des Buches befindet sich ein Literaturverzeichnis mit ca. 250 Literaturstellen und ein alphabetisches Register.

Das Buch ist mit deutlichen

Schwarzweiß-, Farb- und Röntgenbildern, gut ausgeführten Zeichnungen und belastungsfähigem Papier ausgestattet. Der interessierte Zahnarzt wird sicher nach der Lektüre

des Buches seine Erfolgsquote bei Wurzelspitzenresektionen erhöhen. Die pathohistologische Untersuchung von entfernten osteolytischen Prozessen sollte routinemäßig jeder Zahnarzt veranlassen.

KURSTERMIN VON DR. HEINZ WICHERT:

Freitag, Samstag, 19./20.02.1988 jeweils 9.00-17.00 Uhr
2-Tage-Kurs Zahnärzte

"Moderne Endodontie"

Kursort: Bayerische Akademie für Zahnärztliche Fortbildung,
Fallstr. 34, 8000 München 70

Teilnehmerzahl: 30

Teilnehmergebühr: 280,-- DM

Kursprogramm:

1. Übersicht über die deutschsprachige und angelsächsische Endodontieliteratur
2. Anatomie der Zähne (Zahnlänge; Wurzelanatomie; Anzahl, Lage und Form der Wurzelkanäle)
3. Röntgendiagnostik in der Endodontie
4. Radikuläre Zyste - Granulom - periapikale Ostitis; konservative Endodontie - chirurgische Endodontie
5. "Herderkrankungen" und Endodontie
6. Wurzelkanalaufbereitung (u.a. maschinelle Aufbereitungshilfen wie Canal Finder, Sonic-Air, Ultraschallgeräte)
7. Wurzelkanalfüllmaterialien (Übersicht über Wurzelkanalfüllmittel)
8. Wurzelkanalfülltechniken (Mc Spadden, Obtura, Ultraschallgeräte, Canal Finder, laterale und vertikale Kondensation etc.)
9. Anleitung zu Phantomarbeiten
10. Endodontischer Arbeitsplatz mit Videoaufnahmen (Übersicht über die angebotenen Instrumente und Geräte mit Bezugsnachweis)
11. Endodontischer Behandlungsablauf mit Videoaufnahmen
12. Endodontie bei Milchzähnen
13. Endodontische Probleme (Perforation, Instrumentenbruch, Frakturen, verkalkte Kanäle, Überfüllung, Unterfüllung, Revision von vorhandenen Wurzelfüllungen)
14. Kofferdam
15. Endodontische Pharmakologie (Übersicht über gebräuchliche Medikamente und Desinfektionsmittel)
16. Postendodontische Versorgung
17. Kassen- und Privatabrechnung der endodontischen Versorgung

Computer

– der teuerste muß nicht der beste sein!

L. Jantzen

Es begann damit, daß ich mich zwar mit dem Schreiben von Kostenplänen und Kostenvorschlägen sowie dem Eintragen von Behandlungsdaten abgefunden hatte, jedoch mich zunehmend darüber ärgerte, daß das Sich-Neu-Hineindenken, Ausrechnen und Schreiben der Rechnungen soviel Zeit in Anspruch nahm. Die Idee, stumpfsinnige Arbeiten einer elektronischen Datenverarbeitungsanlage zu überlassen, ist nicht neu. 1980 gab es bereits etliche EDV-Anbieter für Zahnärzte.

Ein Kollege riet mir, EDV grundsätzlich in der jeweiligen Praxis zu besichtigen: Erstens solle ich den Kollegen und seine Helferinnen aushorchen, welche Vor- und Nachteile das System habe, zweitens seien die Anbieter weniger aufdringlich und hätten weniger Chancen mich mit ihrem Computerchinesisch über den Tisch zu ziehen. Ich muß hinzufügen, daß ich absoluter Computerlaie war, trotzdem aber etliche Computermessen besucht habe. Zufällig traf ich im Messerestaurant einen Computerberater – übrigens den ersten sympathischen – der bei einer großen Computerfirma aufgehört

hatte, um sich selbständig zu machen. Früher hatte er auch Zahnärzte beraten, es aber zunehmend als unanständig empfunden für jeweils 60.000,-- DM Hardware und Software zu verkaufen (1981). Er empfahl mir bereits damals auf kleinere PCs (Personal Computer) mit guten Programmen zu warten.

1985 war es dann so weit. Meine langjährige hervorragende Ersthelferin kündigte, weil sie heiraten wollte. Ich sprach mit meinem Dentalberater über meinen Kummer. Er fragte mich spontan: Wollen'S nicht einen Computer kaufen? Er hatte zufällig bei einem Kollegen eine einwandfrei arbeitende EDV-Anlage entdeckt (er kannte meine Vorgeschichte) und organisierte prompt eine Vorführung in seinem Dentaldepot. Die Vorführung geriet sehr beeindruckend, aber, ach, das Computerchinesisch schreckte mich erst einmal ab. Also machte ich mich auf, in die Praxis des Kollegen und nahm gleich meine Zweithelferin mit. Diese Vorführung hat uns dann restlos überzeugt. Wie sich nachher herausstellte, war dieser Kollege maßgeblich daran beteiligt, das Pro-

gramm zusammen mit einem Diplommathematiker und einem Diplominformatiker zu entwickeln. Ich entschloß mich sofort ins kalte Wasser zu springen. Innerhalb von 14 Tagen waren zwei 15 m lange Kabel ins Büro verlegt, ein Diskettenlaufwerk, ein Rechner mit Bildschirm und ein Epson-Drucker installiert, die über ein Netzwerk mit einem Rechner und Bildschirm, sowie einer elektronischen Schreibmaschine am Empfang verbunden waren. Ein Einführungslehrgang war nicht notwendig, da es sich um ein sogenanntes benutzerfreundliches Programm handelt. Anfängliche kleinere Probleme entpuppten sich als Bedienungsfehler: Immer dann, wenn wir uns nicht an die Bedienungsanleitung gehalten hatten.

Das Programm wurde 1979 speziell für den Arzt- und Zahnarztbereich entwickelt. Bereits 1981 wurde das Krankenscheinabrechnungsprogramm als Versuchsmodell, das erste für Mikrocomputer, in ZM vorgestellt. Auf den Dentaltagen im Frühjahr 1984 in Düsseldorf wurde dieses Zahnarztprogramm mit dem Namen PRAXIDENT von einem führenden Experten der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) in seinem Vortrag als Nummer 1 aller Zahnarztprogramme im Preis-Leistungsverhältnis bezeichnet. PRAXIDENT wurde von der KZBV im Januar 1984 bundesweit zugelassen (1986 für die neue Bema).

PRAXIDENT läuft im Moment in über 40 Praxen auf ca. 80 Rechnern. Sowohl Hardware als auch Software sind nach dem Baukastenprinzip jederzeit ausbaufähig.

Ich hatte mich entschlossen zwar mit dem Zweiplatzsystem, aber sonst möglichst klein anzufangen. So mancher Computerfreak wird vielleicht müde lächeln, wenn er hört, daß wir mit der 8000er Serie von Commodore angefangen haben. Aber die Entscheidung war richtig. Die Geräte sind sehr robust, in großen Stückzahlen hergestellt worden und haben sich außerordentlich bewährt. Hierbei können auch ohne Festplattenlaufwerk 4000 Patienten ohne Diskettenwechsel gespeichert werden. Bei diesen preiswerten Geräten erübrigen sich kostspielige (oft sogar obligatorische) Wartungsverträge.

Für das Mehrbenutzersystem PRAXIDENT A3 M benötigt man für jeden Bildschirmarbeitsplatz einen Netzwerkanschluß und einen einfachsten Rechner ohne zusätzliche Speichergeräte. Für die gesamte Anlage reichen ein Festplatten- und ein Diskettenlaufwerk aus.

Da es sich um ein echtes Rechnernetz handelt, ist PRAXIDENT mit preiswerten Rechnern leistungsfähiger, als ein Zentralrechner mit mehreren Bildschirmen und Zeitaufteilung für die einzelnen Plätze. Auch bei der Konfiguration der

Drucker bietet PRAXIDENT sowohl im Rechnernetz als auch als Einplatzsystem konkurrenzlose Vorteile. PRAXIDENT kann mehrere Drucker bedienen, z.B. Stationsdrucker bei Mehrplatzsystemen bis zu drei je Arbeitsplatz oder zentrale Drucker (z.B. schreiben von Rezept- bzw. Adressenaufklebern). Man kann selbst bestimmen, auf welchen Druckern Heil- und Kostenpläne (Einzelblatt), auf welchen Privatrechnungen (Endlos) und auf welchen Rezept-/Adressenaufkleber ausgegeben werden. Seit Frühjahr 1986 läuft PRAXIDENT auch unter dem Betriebssystem MS-DOS der IBM PCs.

Folgende Rechner können verwendet werden: IBM PC/XT/AT und alle kompatiblen PCs unter MS-DOS z.B. Tandon XPC-PCA oder Commodore PC10/PC20. Der Rechner muß ein Festplattenlaufwerk mit mindestens 10 Megabyte enthalten. Als Drucker können Epson-Drucker der Serie FX sowie baugleiche nach Rücksprache verwendet werden. Die Datensicherung erfolgt auf Disketten, bei umfangreichen Daten empfiehlt sich ein Bandkassettengerät. Beim Festplattenlaufwerk können über zehntausend Patienten gespeichert werden. Ähnlich wie der 8000er Commodore haben sich die Tandon und Commodore PCs sehr bewährt. Diese Computer der neuen Generation (16 Bit) sind inzwischen ebenso preiswert wie meine Anlage, aber wesentlich schneller und mit höherer Kapazität. Unser Epson-Drucker leistet brav seine Dienste,

als Nadeldrucker gehört er zu den wenigen, die in der Lage sind Krankenscheinaufkleber zuverlässig zu bedrucken.

Was kann PRAXIDENT?

PRAXIDENT erledigt für uns das Planen, Erstellen und Abrechnen von Heil- und Kostenplänen, das Erstellen und Abrechnen von ZE-Einzelsversorgung, die Karteiführung und das Kontrollbuch ZE, das automatische Erstellen der Eigenanteilsrechnungen für ZE, die Karteiführung und das Kontrollbuch der Privatleistung, die Privatliquidation, die Kostenvorschläge für Privatpatienten (effizient durch Kataloge oder Planung von Prothetikleistungen), die Karteiführung und das Kontrollbuch der Kassenleistungen (Kons), den Test der Kassenleistungen (Kons), die Quartalsabrechnung auf Krankenscheinaufklebern (KZBV-zugelassen).

PRAXIDENT-Kfo für den Kieferorthopäden erledigt vollständige Verwaltung der Kfo-Pläne und Behandlungen für die gesamte Behandlungsdauer, die Quartalsabrechnung für Privat und Kasse, sowie das Bestellsystem.

Beide Programmsysteme leisten darüber hinaus: Die Führung der Patientenkartei, das automatische Mahnwesen, das Kontrollbuch der Außenstände, das Textsystem für Diagnosen und Begründungen (Privat), Leistungskataloge (Privat) und

Brieftexte für das Recall-System. Das Recall-System mit Briefen oder Adressenaufklebern zur Kontrolle der Krankenscheinabgabe für Wiederbestellung von Patienten etc., das Bedrucken von Eigenbelegen, das Erstellen von Rezeptaufklebern bzw. Karteiaufklebern im Spittaformat, die behandler- und leistungsspezifische Statistik.

Die Einstellung der Punktwerte, Pauschalen, Kassenbezeichnungen, M+L-Kosten etc. ist außerordentlich einfach und kann von uns selbst durchgeführt werden.

Die Bedienung erfolgt durch Bildschirmformulare; es gibt keine ermüdenden Frage- und Antwortspiele, die nur auf den ersten Blick einfacher zu bedienen erscheinen. Bei fehlerhaften Eingaben bzw. Tippfehlern muß die Eingabe nicht wiederholt werden. PRAXIDENT positioniert den Schreibzeiger automatisch auf den fehlerhaften Eintrag.

Vielfältige Tabulatoren erleichtern es uns schnell an eine gewünschte Stelle im Bildschirm zu gelangen. Ein weiteres wichtiges Prinzip ist: Werden Eingabefelder leer gelassen, so werden diese von PRAXIDENT selbständig mit sinnvollen Daten ausgefüllt (z.B. Kassennamen, M+L-Kosten etc.).

Es gibt keine Patientennummern; die Patienten sind schnell mit ihrem Namen zu

finden. Man braucht also keine Nummernlisten zu durchsuchen oder Patienten nach ihrer Nummer zu fragen. Die Programmfunktionen werden durch einen Buchstaben abgekürzt, sie sind dadurch einfach anzuwählen und werden schnell geläufig.

Eine Info-Funktion, die an allen wichtigen Stellen im Programm aufgerufen werden kann, unterstützt die Lernphase.

Wie speichern wir die Stammdaten?

Stammdaten eines Patienten sind Name, Vorname, Geburtsdatum und ein Kennzeichen (für Zwillinge); Name und Vorname, Geburtsdatum des Versicherten, Anschrift und Telefon, Versicherungengruppe, Krankheitsart, Kassenart, Kassename, Kassenummer, Arbeitgeber, Kennzeichen für Krankenscheinabgabe, Vorrat an Berechtigungsscheinen, Recallmerkmal, Recalldatum, die Behandlernummer und ein Feld für Bemerkungen.

Nicht alle diese Daten müssen eingetragen werden. PRAXIDENT prüft aber die notwendigen Einträge. Die Stammdaten der Patienten werden in alphabetischer Reihenfolge gespeichert. Sortierkriterien sind der Nachname und das Geburtsdatum des Patienten. Es ist deshalb keine Numerierung der Patienten nötig.

Wie erstellen wir Heil- und

Kostenpläne?

Ein herausragendes Merkmal von PRAXIDENT ist die ausgereifte automatische Berechnung der Bema-Gebührenposition aus dem eingegebenen Behandlungsplan. Die Bildschirmformulare entsprechen in ihrer Gestaltung den Kassenvordrucken, daher ist keine Umgewöhnung bei der Eingabe nötig.

Bei der Vorausberechnung brauchen wir nur den Befund und den Behandlungsplan einzugeben. Es ist schon beeindruckend wie PRAXIDENT selbständig die notwendigen Bema-Gebühren ermittelt, und sie am Bildschirm anzeigt. Es ist jederzeit möglich diese zu modifizieren oder zu ergänzen.

Ist ein 01-Befund bei den konservierenden Leistungen eingegeben worden, so wird er automatisch (ohne kariös oder zerstört) übernommen. Bei totalem Zahnersatz übernimmt PRAXIDENT auch noch das Eintragen des Behandlungsplanes. Damit ist die Planung eine Sache von Sekunden.

Der zu erwartende Eigenanteil kann dem Patienten auch sofort mitgeteilt werden; PRAXIDENT übernimmt die Rechenarbeit. Alternativ zum Kassenplan kann man den Realplan erstellen und die für die Patienten anfallenden Mehrkosten berechnen und als Muster C ausdrucken lassen. Steht die Planung fest, so starten wir mit der Funktion d das Speichern des Voranschlags und das Bedruk-

ken des HKP-Formulars. Auch der geschätzte Eigenanteil wird für den Patienten noch einmal ausgedruckt. Wir können den Original-Kassenvordruck verwenden, es sind keine besonderen Endlosformulare nötig. Ähnlich geht die Bearbeitung der Originalformulare zur Versorgung von Einzelzähnen vor sich.

Wie erstellen wir Eigenanteilsrechnungen?

Wir können wahlweise für alle Patienten, bei denen Heil- und Kostenpläne abgerechnet wurden, in einem Sammellauf Eigenanteilsrechnungen drucken lassen oder dies für einen einzelnen Patienten tun. Bei jeder Rechnung werden ausgedruckt: Name und Anschrift des Patienten, Rechnungsnummer (automatisch erzeugt), Rechnungsdatum, Eingliederungsdatum, Kostenaufgliederung in Honorar und M+L-Anteil, Erstattungsauflgliederung in Kassen- und Patientenanteil, Angabe von Positionen und Goldgewicht (für Zuschüsse), vereinbarte Mehrkosten laut Muster C (Par. 182c Abs. 5 RVO), evtl. Abdingungen oder Abschlagszahlungen; freier Zusatztext (nach Wunsch), Angabe einer Zahlungsfrist (steuerbar), persönlich oder neutral gehaltener Abschluß (steuerbar). Für alle Rechnungen gilt: Die Rechnungsnummern werden von PRAXIDENT selbständig vergeben. Der Patient wird in die Liste der offenen Posten aufgenommen, manuelles

Führen von Kontrollbüchern ist nicht nötig. Auf Wunsch erstellt PRAXIDENT eine Liste der noch offenen HKP/WKP (Prothetikkontrollbuch).

Bei der Gestaltung der Rechnungen und Briefköpfe hatte ich spezielle Vorstellungen. Ich war angenehm überrascht, daß all meine Wünsche individuell verwirklicht werden konnten. Die preiswerteste Methode ist Rechnungen auf Endlospapier drucken zu lassen. Meine Rechnungen druckt PRAXIDENT auf bereits von meiner Druckerei individuell gedrucktem NCR-Papier, mit drei Durchschlägen.

Wie geben wir die Leistungen für Privatpatienten ein?

Es gibt zwei Eingabeformulare. Das erste für den Zahnbefund, das zweite für die Behandlung. Für jede Behandlung können wir das Datum, den Zahn, die Leistung, die Anzahl der Leistungen, den Sonderpreis und den behandelnden Arzt eingeben. Als Datum wird das Tagesdatum angeboten. Die Anzahl der Leistungen ist auf 1 gesetzt. Die Arztnummer wird aus den Stammdaten übernommen.

Diese Vorbesetzung erspart das Eingeben von meist gleichen Teilen einer Behandlung. Wir können sie bei Bedarf überschreiben. Die Preise der Leistungen werden der BUGO-Liste entnommen. Wollen wir für eine spezielle Leistung einen anderen Preis, so tragen wir ihn

als Sonderpreis ein. Die Leistungen geben wir nach BEMA- und BUGO-Notation ein. PRAXIDENT druckt bei der Privatliquidation die BUGO-Bezeichnungen aus (mit ausführlichem Text). 17 der insgesamt 99 möglichen Leistungen können wir auf einen Blick auf dem Bildschirm übersehen. Diesen Bereich der angezeigten Behandlungen können wir leicht ändern und damit ist die Kontrolle und das Ändern der bereits eingegebenen Leistungen problemlos.

Ein herausragendes Merkmal von PRAXIDENT ist ein individuell gestaltbares Katalogsystem. Zur schnellen Eingabe zusammenhängender Leistungen haben wir uns Leistungskataloge zusammengestellt und gespeichert und können diese Leistungseingabe schnell abrufen. Diese Funktionen lassen sich auch als Merktzettel benutzen. Der Katalog kann Leistungen enthalten, die erst mit einer einfachen Markierung als erbrachte Leistung gelten. Ansonsten werden sie nicht abgerechnet. Auch bei der Namensgebung der Kataloge können wir ohne jede Numerierung frei nach prägnanten Abkürzungen vorgehen; z.B.: Kwurz für eine komplette Wurzelbehandlung (bei Kassenpatienten nicht zugelassen).

Wie erstellen wir eine Privatrechnung?

Die Privatrechnung wird für jeden Patienten einzeln er-

stellt. Es werden die vorhandenen Privatleistungen abgerechnet. Zusätzlich können wir vor dem Ausdruck M+L-Beträge, Pauschbeträge und außervertragliche Leistungen aufnehmen und uns die Leistungen in BUGO-Notation mit Text am Bildschirm ansehen. Für die Liquidation wird der zur Privatkassenart zugehörige Faktor zugrunde gelegt und die vier Gruppen von Leistungen am Bildschirm angeboten (kons./chir, ZE/Par, KFO/Kieferbruch, Sonstiges). Diese Faktoren können unabhängig voneinander vor dem Drucken der Rechnung verändert werden.

Zusatztexte werden unter dem Rechnungsteil ausgedruckt. Wir können dort Standardtexte einer Textdatei angeben und am Bildschirm drei Zeilen freien Text eingeben. Das Erstellen von Textdateien wird durch das in PRAXIDENT integrierte Textsystem unterstützt.

Die Rechnung kann wiederholt ausgedruckt werden, danach werden die Privatbehandlungen gelöscht. Somit können wieder weitere 99 Leistungen gespeichert werden. Bei umfangreichen Leistungen kann sich die Rechnung auch über mehrere Seiten erstrecken - die Folgeseiten sind bezeichnet.

Bei jeder Rechnung werden gedruckt: Name und Anschrift des Versicherten, ggf. des Patienten, Rechnungsnummer (automatisch erzeugt), Rechnungsdatum, eine Liste der Leistungen, Rechnungsbetrag, ggf. Zu-

satztexte.

Die Liste der Leistungen besteht aus: Datum, Leistungsbezeichnung nach BUGO, Anzahl der Leistungen, erklärender Text der Leistung, Preis (entspricht damit den GOÄ-Vorschriften).

Auf Wunsch gibt PRAXIDENT eine Liste mit nicht abgerechneten Privatleistungen auf dem Bildschirm oder Drucker aus. Dabei wird auch das Datum der letzten Behandlung ausgegeben und wir können schnell die Patienten herausfinden, bei denen eine Rechnung zu schreiben ist. Kostenvoranschläge für Privatpatienten können wir genauso wie eine Privatrechnung erstellen (es werden aber keine Rechnungsnummern verteilt).

Wie werden konservierende Leistungen für Kassenpatienten eingegeben?

Es gibt hier dieselben Eingabeformulare wie bei Privatpatienten. Außer den üblichen BEMA-Leistungen sind auch BUGO-Leistungen möglich. Selbstverständlich werden Zahnflächen, notwendige Begründungen, sowie Diagnosen in Abhängigkeit der Leistungen geprüft. Bei der Eingabe einer 01- oder einer Ä1-Leistung wird der Zeitabstand zur letzten eingehenden Untersuchung oder Beratung geprüft und ggf. eine Warnung ausgegeben. Zum weiteren Überblick wird ein interner Befund mitgeführt und während der Dateneingabe das

Zahnschema des Patienten am Bildschirm angezeigt. Dort werden alle behandelten Zähne hervorgehoben. Auf dem Karteiaufkleber der Quartalsabrechnung werden sie abgehakt.

Wie erfolgt die Quartalsabrechnung?

Am Ende des Quartals übernimmt PRAXIDENT das zeitraubende Ausfüllen der Krankenscheinrückseiten durch Bedrucken von Krankenscheinaufklebern auf Endlosbahnen. Es werden die konservierenden Leistungen für jeden Kassenpatienten in den Leistungskamm eingetragen, ggf. auch im Zahnschema mit Flächenmarkierungen. Der Ol-Befund sowie Begründungen, Diagnosen etc. werden ebenfalls an den vorgeschriebenen Stellen gedruckt. Fehlerhafte Behandlungsdaten werden durch ein Bema-Kontrollprogramm und auf (preiswertem) Normalpapier gedruckt. Damit können wir noch vor der Quartalsabrechnung Korrekturen vornehmen. Bei der Quartalsabrechnung selber werden die Behandlungen des alten Quartals auf eine Sicherungsdiskette gespeichert und wahlweise auf einem zweiten Aufkleber ausgedruckt.

Über die Verwaltung von Rechnungen und Zahlungen:

Bei jedem Patienten können wir uns am Bildschirm anzeigen lassen, welche offenen Rechnungen vorhanden sind. Wir sehen, wieviel und wann zuletzt

eingezahlt wurde und ob Mahnungen erfolgten. Nach der Eingabe einer Zahlung zeigt PRAXIDENT einen Restbetrag und löscht beglichene Rechnungen. Bei unleserlichen Zahlscheinen können wir den Patientennamen auch über die Rechnungsnummer erfahren. Die erste zu setzende Rechnungsnummer (die sich automatisch um eins erhöht) konnten wir individuell bestimmen und somit PRAXIDENT an unsere bereits existierende manuelle Rechnungsverwaltung anpassen.

Das Buchhaltungsprogramm EAU (Einnahmen-Ausgaben-Übersicht, ein Zusatzbaustein) haben wir uns noch nicht angeschafft. Damit kann man die Buchhaltung der gesamten Praxis erledigen.

Mit PRAXIDENT allein kann man Zahlungseingänge überwachen. Säumige Zahler können wir nach Vorgabe eines Zeitraums in einem Sammellauf anschreiben. Die Mahnungen werden in drei Stufen verwaltet und mit individuellen Texten gedruckt. Es ist möglich, Patienten von vornherein aus dem Mahnwesen auszgliedern.

Außenstände können wir uns über die Liste aller offenen Rechnungen auf dem Bildschirm oder Drucker ausgeben lassen. Die Liste enthält Name, Rechnungsnummer, Rechnungsdatum, Restbetrag der Rechnung sowie ggf. Datum und Art der letzten Rechnung. Die Summen von Rechnungsbeträgen und Außenständen werden nur am Bildschirm ausgegeben. Diese Funktion ist

durch ein Passwort vor unbefugtem Zugriff geschützt. Es ist möglich, weitere Programmteile durch ein Passwort oder verschiedene Passworte zu schützen.

ZE-Eigenbelege druckt uns PRAXIDENT in übersichtlicher Rechnung auf einfachem Endlos-Papier. (Die grünen Formulare sind nicht zwingend vorgeschrieben.) Die Rechnungsstellung ist einfach, wir rufen einige selbsterstellte BEL-Kataloge ab.

Da wir eine Gemeinschaftspraxis sind, haben wir noch den Baustein Arztstatistik zu unserem Programm hinzugekauft. Über folgende erbrachten Leistungen können wir auf Bildschirm oder per Drucker Auskunft bekommen: Honorare der Privatrechnungen, Honorare der Eigenanteilsrechnungen, Punktsumme der Kassenleistungen (kons.), Anzahl der Kassenleistungen (kons.), gegliedert nach RVO/EKK, Zuwächse zur letzten Statistik, M+L-Salden getrennt für privat und Kasse (reicht für sechs Behandler). Da die Arztnummer bei der Eingabe von Leistungen jederzeit geändert werden kann, werden auch Urlaubsvertretungen korrekt berücksichtigt. Diese Statistikfunktion ist durch ein Passwort vor unbefugtem Zugriff geschützt.

Die Recallfunktion von PRAXIDENT ist sicher sehr nützlich, aber wir haben sie bisher immer noch nicht genützt.

186

Unabhängig von PRAXIDENT gibt es noch ein integriertes Textsystem cedi für individuelle Briefe, Atteste u.ä., die gespeichert bzw. gedruckt werden können. Es stehen alle Möglichkeiten eines modernen Textsystems zur Verfügung. Wir nutzen dieses leistungsfähige Programm mit deutschsprachigen Kommandos, wie z.B. Umbruch oder Formatieren des Randes in vielfältiger Weise für außervertragliche Leistungen und immer wiederkehrende Briefe.

Punktwerte, Privatfaktoren und Pauschalen können wir selber verwalten. PRAXIDENT ist in der Lage, Punktwerte von 79 Ersatzkassen und Faktoren von 20 Privatkassen getrennt zu verwalten; diese Werte sind bei Auslieferung auf dem aktuellen Stand und können bei Bedarf geändert werden, das gilt auch für ZE-Pauschalen. In der Stammdatenaufnahme werden diese Zahlen den einzelnen Patienten zugeordnet. Sie dienen als Grundlage für Rechnungen, können jedoch bei Rechnungserstellung modifiziert werden. Auch die Gewichtung der Gebührenpositionen, wie sie zur Schätzung der Material- und Laborkostenrechnung herangezogen werden, können individuell eingestellt werden.

Was kostet PRAXIDENT?

Beispiel 1 (eignet sich als Teillösung bzw. als Einstieg für die Einarbeitung der Hel-

ferinnen): Einplatzsystem mit Privatkarteihaltung, Privatliquidation, Mahnwesen, Recall- und Katalogsystem oder stattdessen das gleiche Einplatzsystem, jedoch mit HKP, automatischen Eigenanteilsrechnungen, Mahnwesen und Muster C: Jeweils ca. DM 12.000,-- incl. MWSt. Die Preise für einen leistungsstarken Epson-Drucker, sowie einen Commodore PC10/PC20 sind selbstverständlich darin enthalten.

Beispiel 2: Auf einer Zweiplatzanlage mit komplettem Programm, wie wir sie verwenden, die unabhängig vom Praxisbetrieb in der Anmeldung arbeitet, können die erbrachten Leistungen sofort nach der Behandlung eingegeben, sowie sämtliche Abrechnungen erledigt werden (Karteikarten-, Adressenaufkleber, evtl. HKP, Muster C, Patientendatenverwaltung); im Büro erledigen wir die Quartalsabrechnung, Liquidation, Kostenvoranschläge, sowie die übrigen Abrechnungen und die Behandlungsdateneingabe, wenn wir an zwei Bildschirmen gleichzeitig eingeben.

Diese Konstellation kostet heute DM 30.000,-- incl. MWSt. Auch hier sind zwei leistungsfähige Epson-Drucker, sowie zwei Commodore PC10/PC20/AT enthalten.

Beide Beispiele bieten die Möglichkeit über 10.000 Patientendaten zu speichern. Das dazu notwendige Festplattenlaufwerk ist in einem der

Rechner integriert, in der Regel sollte dieser in der Anmeldung oder dem Nebenraum aufgestellt werden. Die Drucker können je nach Bedarf auch anders kombiniert werden. Der zu verwendende Drucker kann vom Programm aus bestimmt werden. Bei Mehrplatzanlagen können sämtliche Programme auf jedem angeschlossenen Rechner laufen, völlig unabhängig voneinander (auch gleichzeitig). Hier sind nur zwei von vielen möglichen Einsatzarten gezeigt worden. Es ist immer möglich, statt des vorgeschlagenen Kompletprogramms, auch nur Einzelbausteine zu erwerben.

Noch eine Bemerkung zum Schluß: Es ist möglich PRAXIDENT ohne handschriftliche Karteikarteneintragungen zu verwenden. Ich persönlich bin dagegen, weil ich der Meinung bin, daß ein Stückchen individueller Kontakt zum Patienten verlorengeht (viele Patienten sind erleichtert, wenn sie hören, daß wir die Karteikarte weiterhin verwenden). Zwar bedruckt PRAXIDENT zusätzlich zu den Krankenscheinaufklebern kleinere Aufkleber mit einer Zusammenfassung aller Kons-Daten, die in eine Karteikarte eingeklebt werden könnten, jedoch müßten dann ZE- und Privatdaten wie herkömmlich eingetragen werden. Abgesehen davon ist mir die Karteikarte als Visitenkarte oder Tagebuch des Patienten wichtig. Auf dem Bildschirm kann ich keinen Unterschied zwischen Meier, Josef und Meier, Hermann feststellen. Die Karteikarten des

Meier, Josef (dick und grau) und des Meier, Hermann (dünn und weiß) sind beredt. Sicher geht etwas Zeit verloren, wenn man Behandlungsdaten zuerst auf der Karteikarte und dann im Computer eintragen muß, aber die Geschwindigkeit, mit der PRAXIDENT speichert, Heil- und Kostenpläne, Eigenanteilsrechnungen, Privatliquidationen, Adressen-, Rezept- und Karteikartenaufkleber, Krankenscheinaufkleber, Briefe, Mahnungen und die verschiedensten Listen ausdrückt, lassen

diesen kleinen Nachteil bedeutungslos werden.

Die Hardware: IBM PC/XT/AT und alle kompatiblen PCs unter MS/DOS, z.B. Tandon XPC/PCA, Commodore PC10/PC20/AT, mit Epson-Drucker der Serie FX.

Die Software: H & K-Datenverarbeitung, Anton-Bruckner-Str. 43, 8520 Erlangen, Tel.: 09131/31437.

Dr. L. Jantzen
Residenzstr. 19
8000 München 2

PRAXIDENT[®]

ZE-Gesamtpaket DM 12000,-

(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 15000,- (inkl. Geräte)

h & k Datenverarbeitung

A.-Bruckner-Str. 43, 8520 Erlangen, Tel. 09131/31437

Im Freien Zahnarzt Nr. 4/87 auf Seite 60 äußert sich der Chefredakteur Dr. Meenzen zur Apartheid-Politik in Südafrika:

"Das Zahlenverhältnis 20:4 Millionen besagt, daß, wenn morgen "one man one vote" verwirklicht würde, die Weißen als Schöpfer und Träger dieses Staates sich einer "Mehrheit" unterzuordnen hätten, die so gut wie nichts beitragen konnte und kann, als körperliche Arbeit."

"Dabei ist zu bedenken, daß die Homelands nicht etwa "Reservate" sind, sondern tatsächlich die Zonen, in

denen sich die schwarzen Stämme angesiedelt haben, ich bin dort gewesen und habe die Primitivität gesehen, in der sie dort in ihren Rundhütten selbstgenügsam leben. Um so weniger ist es mir vorstellbar, wie diese Menschen ein Staatswesen europäischen Zuschnitts übernehmen sollen, wollen (?) und können."

"... - wohin man sieht; Überall wären die Menschen froh, könnten sie leben wie die Schwarzen in SA - Stimmrecht hin, Stimmrecht her. Die Schwarzen in den Homelands wissen gar nicht, was Demokratie und Stimmrecht heißt."

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

A N H A N G - ENDGÜLTIGE RICHTLINIEN
(s. FORUM 1/87, S. 52)

Der "Anhang" schließt sich dem vorausgehenden Artikel über Qualitätssicherung in den USA an. Es handelt sich auch dabei um eine Übertragung aus dem Englischen in engster Anlehnung an den Originaltext.

DAS KESSELTREIBEN GEHT WEITER

Sie gibt es aber auch unter den Standesvertretern, was nicht mehr zu verstehen ist und was viel schlimmer ist. Diese Müller's, Meier's, Schmidt's und Schneider's - oder wie sie auch immer heißen mögen - sollten endlich erkennen, was die Stunde geschlagen hat. Sollten sie dazu nicht imstande sein, sollten sie besser abtreten, da sie die Interessen der Zahnärzteschaft nicht mehr vertreten können. Denn, es ist nicht mehr 5 vor 12, wie manche noch glauben, sondern bereits weit nach Mitternacht und finster.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen
Ihr
K.H. Schirbort
Landesvorsitzender des Freien Verbandes Niedersachsen

aus: NZB 3/87

Amalgamverbot: Schwedische Zahnärzte warnen Schwangere

Amalgam-Arbeiten sollen bei schwangere Frauen eingestellt werden.

Dies forderten schwedische Zahnärzte in einem Bericht an das Sozialministerium, das sie aufforderten, die Suche nach alternativen Zahnfüllungen so zu intensivieren, um Amalgam möglichst bald "ganz verbieten zu können".

Die Expertengruppe betonte in dem Bericht, daß das im Amalgam enthaltene Quecksilber die Plazenta-Barriere überwinde und so in den Körper des Ungeborenen gelange. Zwar gebe es, heißt es im Bericht, bislang keine klinischen Beweise für Fetal-Schäden durch Amalgam, doch sei ein Verwendungsstopp ein Gebot der Klugheit, so lange die Untersuchungen weitergingen.

Die schwedischen Zahnärzte haben damit in einem zehn Jahre dauernden Ringen um die Verwendung von Amalgam eine Kehrtwendung vollzogen. Bisher hatten sie negative Wirkungen stets bestritten. Nun betonen sie, daß die neuesten

Studien einen klaren Zusammenhang zwischen der Zahl von Amalgamfüllungen und dem Quecksilbergehalt in Gehirn und Nieren erkennen lassen. Nach der Zahnbehandlung mit Amalgam lasse sich mehrere Tage lang Quecksilber im Urin nachweisen.

Besondere Vorsicht empfiehlt die Gruppe, der neben den Zahnärzten auch Neurologen angehören, schwangeren und stillenden Frauen.

"Wir geben zu, daß wir uns bisher falsch verhalten haben", sagte Viking Falk, Abteilungsleiter der Sozialbehörde.

Obwohl der Bericht auch die Risiken unterstreicht, denen das Zahnbehandlungspersonal bei der Arbeit mit Amalgam ausgesetzt ist, lehnt die Sozialbehörde ein sofortiges Totalverbot ab. Allerdings wird der erlaubte Grenzwert für Quecksilber von 50 Mikrogramm pro Kubikmeter Luft auf 30 Mikrogramm kurzfristig gesenkt werden.

Die Zahnarzt Woche 24/87



RATISBONA-Dental

Zahn- und KFO-Technik GmbH.

Im Gewerbepark A35

8400 Regensburg

Telefon 0941/49404

KFO-Depot

*Kieferorthop. Fachdepot
Hertha Kothrade*

*Telefonnummer
0941/401688*

*Zwei gute Adressen für Zahnärzte, für die
„Kieferorthopädie“ kein Fremdwort ist, denn
die KFO ist unser „liebstes Kind“.*

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:
- 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 Jugendzahnheilkundengesetze
 - 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.

DAZ-MITGLIEDER ZAHLEN TATSÄCHLICH ZUVIEL, WENN SIE SICH MIT DER ERSTEN BESTEN KRANKEN- VERSICHERUNG BEGNÜGEN.

Ein Vergleich lohnt sich immer, denn es kommt nicht nur auf den Preis an: Entscheidend ist, welche Leistung man für seinen Beitrag erhält. Die CENTRAL bietet ein günstiges Preis-/Leistungsverhältnis. Das behaupten wir nicht nur, das beweisen wir auch. Nehmen Sie sich Zeit für ein Gespräch mit uns. Es zahlt sich aus.

CENTRAL

DIE CENTRAL IST GRUPPENVERSICHERUNGSPARTNER DES DAZ

**ICH BIN MITGLIED IM DAZ
UND MÖCHTE WISSEN,
WIEVIEL ICH MIT DER
CENTRAL SPAREN KANN.**

Hier sind meine persönlichen Daten für ein individuelles Angebot:

Name, Vorname

PLZ, Ort

Straße/Haus-Nr.

Geburtsdatum

Geb.-Dat. der Ehefrau

Zahl der Kinder

Telefon

Bitte ausschneiden und im Briefumschlag einsenden an:
CENTRAL Krankenversicherung AG,
Hansaring 40-50,
5000 Köln 1.



Liebe Eltern...


Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde
Studiengruppe München

- Putzen -

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

- Bürste -

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

- Fluoride -

Fluoridzusatz erfordert neben einer gründlichen Zahnpflege die „Härtung“ der Zähne durch Fluoride, welche in der richtigen Dosierung Fluoride gehören zu den natürlichen Bestandteilen - in der Bundesrepublik sind Fluoride (in der Milch) vorhanden.) Diese Vorsorge nach der Geburt beginnen, da Fluoride im Kiefer wachsenden Milchzähnen wird Ihr Kinderarzt vermutlich Ihnen raten zur Rachitisvorsorge verwenden. Ihr Kind mit Fluoridtabletten zu versorgen ist die tägliche Zufuhr sehr Fluoridzahnpaste.

- Flasche -

Die wichtigste Wachstumsperiode ist die Flaschennahrung keinesfalls zu vermeiden. Ihr Kind sollte sich während der ersten 6 Monate stillen müssen. Halten Sie das Kind am Arm, denn bei starker Rückbildung kann es Schwierigkeiten haben, die Flasche zu trinken.

- Schnuller -

Keine allgemeinverbindliche Vorschrift. Das Saugbedürfnis der Kinder ist ein psychisches Bedürfnis, welches durch die Mutter abgedeckt werden kann. Kuscheltieren - zum Einschlafen - zahnärztlicherseits keine Verurteilung (Daumen, Schnuller).

Wenn ein Schnuller notwendig ist, dann geben Sie einen kiefergerecht geformten Schnuller. Sie den Schnuller nie mit dem Finger zu stechen.

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

Dr. Helmut Simon
Romanstr. 39
8000 München 19

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

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, Donaustaufferstr. 25, 8400 Regensburg

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

oder an die

Hauptgeschäftsstelle des DAZ, Dr. Claudia Wohlgemuth,
Lindenschmitzstr. 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 trete dem DAZ bei und bitte um Zusendung der Satzung und Beitragsordnung

Unterschrift

- stud./cand. med. dent
- angest. ZÄ/ZA
- selbst. ZÄ/ZA
- kein ZÄ/ZA

forum 17

Fa. Gruss-Prophylaxe

TELEFON (02058) 70377
DÜSSELER STRASSE 14
5603 WÜLFRAATH

Snap-on-Ansätze für PAROMATIC-SWING und Prophy-Winkelstück zur Zahnreinigung und Belagentfernung mit Prophy-Paste

- a) Gummikelche mit Lamellen universelle Anwendung, speziell
Gingivalsaumbereich
- b) Bürstchen flach für glatte Zahnflächen
- c) Bürstchen spitz für Krümmungsbereiche
- d) Interdentalbürste Spirex für Zahnzwischenräume



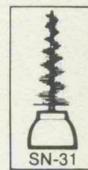
a)



b)



c)



d)

ABSENDER:

Tel. _____

ANTWORTKARTE

Deutscher Arbeitskreis
für Zahnheilkunde
(DAZ)

Lindenschmitstr. 44
8000 München 70